



Narażenia zawodowe w środowisku pracy szpitalnej a zdrowie psychiczne pracowników ochrony zdrowia: rola pomocy psychologicznej – przegląd narracyjny

Occupational exposures in hospital work environment and psychological health of healthcare personnel: role of psychological support – a narrative review

Krzysztof Jarosław Niedziela¹,

¹ Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży / Dział Interwencji Psychosomatycznej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu, Polska

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych, D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Niedziela KJ. Narażenia zawodowe w środowisku pracy szpitalnej a zdrowie psychiczne pracowników ochrony zdrowia: rola pomocy psychologicznej – przegląd narracyjny. Med Srodow. doi:10.26444/ms/241461

■ Streszczenie

Wprowadzenie i cel pracy. Środowisko pracy szpitalnej obejmuje współwystępujące narażenia psychospołeczne, organizacyjne i biologiczne. Presja czasu, praca zmianowa, odpowiedzialność kliniczna, kontakt z cierpieniem i śmiercią, agresja, zdarzenia niepożądane, konflikty wartości i ekspozycje biologiczne mogą wpływać na zdrowie psychiczne personelu. Celem pracy jest omówienie tych zależności oraz roli i granic krótkiej pomocy psychologicznej, jaka może być udzielana pracownikom szpitala.

Opis stanu wiedzy. Następstwa narażeń zawodowych mogą obejmować zaburzenia snu, napięcie, lęk, obniżenie nastroju, objawy pourazowe, wyczerpanie emocjonalne i wypalenie zawodowe. Ich występowanie zależy od cech ekspozycji, obciążenia pracą, kultury bezpieczeństwa, jakości komunikacji, możliwości regeneracji i indywidualnych zasobów. Barierami korzystania z pomocy są m.in. stygmatyzacja, obawa przed oceną zawodową i brak zaufania do poufności. Dostępne dowody przemawiają za łączeniem działań indywidualnych, zespołowych i organizacyjnych. Krótka konsultacja psychologiczna może służyć stabilizacji, wstępnemu rozpoznaniu potrzeb i ryzyka oraz skierowaniu pracownika do osoby bądź placówki, która może udzielić mu właściwej pomocy, ale nie zastępuje leczenia, procedur bezpieczeństwa ani zmian organizacyjnych.

Podsumowanie. Pomoc psychologiczna powinna być dostępna, poufna, niestygmatyzująca i oddzielona od oceny pracowniczej. Zaproponowana rama KSP-S porządkuje cztery obszary krótkiego kontaktu: kontakt, stabilizację, plan i skierowanie. Jest rozwiązaniem heurystycznym wymagającym oceny empirycznej.

Słowa kluczowe

personel medyczny, zdrowie psychiczne, narażenie zawodowe, przemoc w miejscu pracy, wypalenie zawodowe, pomoc psychologiczna

■ Abstract

Introduction and Objective. The hospital work environment involves coexisting psychosocial, organizational and biological exposures. Time pressure, shift work, clinical responsibility, contact with suffering and death, workplace violence, adverse events, value conflicts and biological exposures may affect the psychological health of healthcare personnel. This review aims to discuss these relationships and the role and limits of brief psychological support.

Brief description of the state of knowledge. Occupational exposures may be associated with sleep disturbance, tension, anxiety, low mood, post-traumatic symptoms, emotional exhaustion and burnout. Outcomes are shaped by exposure characteristics, workload, safety culture, quality of communication, opportunities for recovery and individual resources. Barriers to help-seeking include stigma, fear of professional consequences and concerns about confidentiality. Available evidence supports combining individual, team-based and organizational measures. Brief psychological consultation may provide stabilization, preliminary assessment of needs and risk, and referral to appropriate care, but it cannot replace treatment, safety procedures, or organizational change.

Summary. Psychological support should be accessible, confidential, non-stigmatizing and separated from employee evaluation. The proposed KSP-S framework (an acronym derived from the Polish terms for contact, stabilization, planning and referral) organizes four areas of brief support. It is a heuristic framework requiring empirical evaluation.

Key words

health personnel, psychological health, occupational exposure, workplace violence, burnout, psychological support

Autor do korespondencji: Krzysztof Jarosław Niedziela, Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży / Dział Interwencji Psychosomatycznej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław, Polska

E-mail: krzysztofjniedziela@interia.pl

WPROWADZENIE I CEL PRACY

Szpital jest środowiskiem zawodowym, w którym jednocześnie występują narażenia psychospołeczne, organizacyjne i biologiczne. Lekarze, pielęgniarki, położne, ratownicy medyczni, diagnosty laboratoryjni, fizjoterapeuci, psychologowie, opiekunowie medyczni i inni członkowie zespołów terapeutycznych pracują pod presją czasu i odpowiedzialności, często w systemie zmianowym lub dyżurowym. Towarzyszą temu kontakt z cierpieniem i śmiercią, niepewność rokowania, zdarzenia niepożądane, agresja, konflikty interpersonalne i moralne, braki kadrowe, ograniczona możliwość odpoczynku oraz ekspozycja na materiał potencjalnie zakaźny [1–5].

W perspektywie medycyny środowiskowej i medycyny pracy zdrowie psychiczne personelu należy rozpatrywać jako jeden z wymiarów bezpieczeństwa środowiska pracy. Stan pracownika jest kształtowany przez relację między wymaganiami zawodowymi a dostępnymi zasobami, takimi jak obsada, organizacja dyżurów, jakość komunikacji, wsparcie przełożonych, poczucie wpływu i możliwość regeneracji. Takie ujęcie ogranicza ryzyko sprowadzania doświadczanych przez pracownika trudności wyłącznie do jego indywidualnej odporności lub cech osobowości [1, 3–7].

Pomoc psychologiczna może stanowić element profilaktyki następstw narażeń zawodowych i postępowania po zdarzeniach obciążających. Jej rola nie polega na zastępowaniu działań z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, medycyny pracy, leczenia ani odpowiedzialności organizacji, lecz na wsparciu stabilizacji pracownika, rozpoznaniu jego aktualnych potrzeb i zagrożeń oraz ułatwieniu mu dostępu do dalszej pomocy.

Celem pracy jest przedstawienie związku między wybranymi narażeniami zawodowymi w środowisku szpitalnym a zdrowiem psychicznym personelu oraz omówienie roli indywidualnych, zespołowych i organizacyjnych form wsparcia. Celem dodatkowym jest zaproponowanie autorskiej ramy KSP-S, porządkującej zakres krótkiej konsultacji psychologicznej w miejscu pracy.

Praca ma charakter ukierunkowanego przeglądu narracyjnego. Literaturę dobierano celowo na podstawie wyszukiwań w bazach PubMed/MEDLINE i Scopus, w Google Scholar oraz wśród dokumentów instytucjonalnych i aktów prawnych. Stosowano następujące hasła: „healthcare workers” (pracownicy ochrony zdrowia), „health personel” (personel ochrony zdrowia), „hospital Staff” (personel szpitala), „mental health” (zdrowie psychiczne), „occupational exposure” (narażenie zawodowe), „work environment” (środowisko pracy), „burnout” (wypalenie zawodowe), „moral distress” (dystres moralny/obciążenie moralne), „moral injury” (uraz moralny), „second victim” (druga ofiara), „workplace violence” (przemoc w miejscu pracy), „needlestick injuries” (zakłucia igłą), „sharp injuries” (zranienia ostrymi narzędziami), „psychological support” (wsparcie psychologiczne), „peer support” (wsparcie rówieśnicze) oraz „work-family conflict” (konflikt praca–rodzina). Uwzględniano przede wszystkim publikacje z lat 2017–2026: przeglądy systematyczne, metaanalizy, przeglądy zakresu, badania obserwacyjne i dokumenty instytucjonalne, uzupełnione o istotne wcześniejsze opracowania, oraz źródła dotyczące polskiego kontekstu prawnego i epidemiologicznego. Wyłączano publikacje niezwiązane z personelem ochrony zdrowia, środowiskiem pracy lub zdrowiem psychicznym oraz prace omawiające

pomoc psychologiczną bez odniesienia do uwarunkowań zawodowych. Wyszukiwanie aktualizacyjne w PubMed/MEDLINE przeprowadzono 12 sierpnia 2026 roku.

Opis celu, sposobu doboru źródeł, znaczenia pracy i jej ograniczeń uporządkowano z uwzględnieniem elementów skali SANRA, przeznaczonej do oceny jakości przeglądów narracyjnych [8]. Nie rejestrowano protokołu, nie prowadzono podwójnej niezależnej selekcji publikacji ani formalnej oceny ryzyka błędu systematycznego. Piśmiennictwo poddano jakościowej syntezie tematycznej, grupując narażenia, możliwe następstwa psychologiczne i kierunki odpowiedzi. Rama KSP-S jest autorską syntezą praktyczną wynikającą z tej analizy; nie stanowi zwalidowanego narzędzia, protokołu terapeutycznego, konsensusu eksperckiego ani standardu postępowania.

W procesie syntezy jakościowej identyfikowano powtarzające się funkcje wczesnego wsparcia pracowników medycznych opisywane w analizowanym piśmiennictwie: nawiązanie bezpiecznego kontaktu i rozpoznanie aktualnego zagrożenia, ograniczenie ostrego napięcia i odzyskanie podstawowej kontroli, ustalenie najbliższych możliwych działań oraz skierowanie do dalszej pomocy, gdy potrzeby przekraczają zakres krótkiego kontaktu [1, 2, 9–13]. Na tej podstawie funkcje te zestawiono (jest to autorski zabieg porządkujący) w 4-elementową ramę KSP-S. Literatura stanowi zatem podstawę dla znaczenia poszczególnych funkcji wsparcia, natomiast ich zestawienie, nazewnictwo, akronim i uporządkowanie w ramach KSP-S są propozycją autora, a nie wynikiem walidacji odrębnego modelu czy też konsensusu eksperckiego.

OPIS STANU WIEDZY

1. Narażenia zawodowe, bezpieczeństwo i ekspozycja biologiczne w środowisku szpitalnym

Warunki zatrudnienia i codzienna organizacja opieki tworzą układ wzajemnie oddziałujących ekspozycji. Szybkie tempo pracy, duża liczba pacjentów, dyżury nocne, odpowiedzialność za decyzje kliniczne, obciążenie biurokracją, ograniczona możliwość przerw, niedobory kadrowe i jakość współpracy zespołowej mogą nakładać się na doświadczenie cierpienia, śmierci, agresji lub ekspozycji biologicznej [1–5].

Skutków tych narażeń nie można przewidywać wyłącznie na podstawie zawodu, wieku lub stażu pracownika. Znaczenie mają nasilenie i czas trwania ekspozycji, ich kumulacja, wcześniejsze doświadczenia danej osoby, dostępne zasoby oraz jakość odpowiedzi organizacji. Także kompetentny i doświadczony pracownik może ulec przeciążeniu, gdy wymagania trwale przekraczają jego możliwości regeneracji. Zdrowie psychiczne personelu jest zatem zarówno kwestią dobrostanu jednostki, jak i wskaźnikiem jakości oraz bezpieczeństwa środowiska pracy [1, 3, 5–7].

Agresja słowna, groźby, poniżanie, naruszanie granic i przemoc fizyczna to narażenia zawodowe wpływające na zdrowie, poczucie bezpieczeństwa i funkcjonowanie zespołów. Metaanaliza 253 badań obejmujących ponad 331 tys. pracowników wykazała, że w okresie 12 miesięcy jakiegokolwiek przemocy w miejscu pracy doświadczało 61,9% badanych, przemocy pozafizycznej 42,5%, a fizycznej 24,4%; duże zróżnicowanie wyników ogranicza jednak możliwość prostego odnoszenia tych wartości do każdego kraju i typu placówki [14].

Ryzyko może być większe w miejscach o dużym nasileniu stresu i gwałtownych interakcji, m.in. na szpitalnych oddziałach ratunkowych, w izbach przyjęć, oddziałach psychiatrycznych, pediatricznych i intensywnej terapii. Następstwami przemocy mogą być lęk, złość, wzmożona czujność, unikanie i utrata poczucia bezpieczeństwa [14, 15].

Reakcja na narażenia nie powinna ograniczać się do indywidualnej rozmowy z pracownikiem. Niezbędne są dostępne procedury zgłaszania takich sytuacji, analiza czynników ryzyka, szkolenie personelu, działania środowiskowe i organizacyjne oraz wsparcie po zdarzeniu. Przeglądy interwencji podkreślają potrzebę podejścia systemowego, choć różnicowanie programów i wyników utrudnia wskazanie jednego najlepszego rozwiązania [15, 16].

Zakłucia i zranienia ostrymi narzędziami łączą ryzyko biologiczne z potencjalnym obciążeniem psychicznym. Analiza 9775 zgłoszeń z 252 polskich szpitali wykazała, że 72,6% zarejestrowanych zdarzeń dotyczyło pielęgniarek; autorzy wskazali ponadto na znaczną skalę niezgłaszania zdarzeń [17]. W badaniu 280 pielęgniarek 51,4% respondentek deklarowało co najmniej jedno zranienie ostrym narzędziem w przebiegu pracy zawodowej [18]. Dane te pochodzą z określonych prób i okresów, dlatego nie stanowią bieżącego oszacowania dla całego polskiego personelu.

Po ekspozycji mogą wystąpić lęk przed zakażeniem HBV, HCV lub HIV, napięcie związane ze zgłoszeniem zdarzenia, oczekiwaniem na wyniki i profilaktyką poekspozycyjną, a także zaburzenia snu, poczucie winy, wstyd lub obawa przed ponownym wykonywaniem podobnej procedury [19, 20]. Natężenie reakcji należy oceniać indywidualnie i nie utożsamiać go automatycznie z wiekiem lub stażem pracownika.

Podstawą postępowania pozostaje natychmiastowe uruchomienie właściwej ścieżki medyczno-organizacyjnej, zgodnej z zasadami profilaktyki i obowiązującymi regulacjami dotyczącymi zranień ostrymi narzędziami [21, 22]. Pomoc psychologiczna może uzupełnić to postępowanie poprzez stabilizację i uporządkowanie lęku, lecz psycholog nie ocenia ryzyka zakażenia i nie podejmuje decyzji medycznych.

2. Zagrożenia psychospołeczne związane z pracą i następstwa psychologiczne

Po zdarzeniu obciążającym mogą pojawić się napięcie, płaczliwość, drażliwość, trudności ze snem, natrętne wspomnienia, lęk przed kolejnym dyżurem, spadek koncentracji lub potrzeba czasowego wycofania. Reakcje te często mają charakter przejściowy i same w sobie nie oznaczają zaburzenia psychicznego. Pogłębionej oceny wymagają natomiast objawy nasilone, utrzymujące się lub wyraźnie dezorganizujące funkcjonowanie, zwłaszcza myśli samobójcze, utrata kontroli nad zachowaniem, problemowe używanie alkoholu lub leków, nasilone objawy depresyjne lub pourazowe oraz długotrwała bezsenność [1, 2].

Przewlekłym następstwem niekorzystnej relacji między wymaganiami a zasobami może być wypalenie zawodowe, przejawiające się wyczerpaniem, narastającym dystansem do pracy i obniżonym poczuciem skuteczności. Jego rozwój wiąże się m.in. z wysokim obciążeniem, małym wpływem na organizację pracy, niedostatecznym wsparciem i konfliktem wartości [3–5].

Przeglądy interwencji wskazują, że działania indywidualne, w tym wybrane programy oparte na uważności lub podejściu poznawczo-behawioralnym, mogą poprawiać część wskaźników dobrostanu, jednak wyniki są niejednorodne,

a trwała poprawa wymaga uwzględnienia organizacyjnych źródeł przeciążenia. Interwencje skierowane do organizacji mogą przynosić korzyści, lecz jakość i porównywalność dowodów pozostają zróżnicowane [5–7]. Pomoc psychologiczna powinna więc uzupełniać, a nie maskować potrzebę zmian w obciążeniu pracą, organizacji dyżurów, komunikacji i dostępności zasobów.

Obciążenie moralne może powstawać, gdy pracownik rozpoznaje działanie zgodne z dobrem pacjenta lub własnymi standardami zawodowymi, lecz jego realizację ograniczają warunki kadrowe, organizacyjne, prawne lub systemowe. Może dotyczyć niedostatecznego czasu dla pacjenta, opóźnień diagnostycznych, ograniczonego dostępu do świadczeń, konfliktów dotyczących celów leczenia lub poczucia uczestniczenia w działaniach sprzecznych z własnym osądem etycznym [23–25].

Pojęcia *moral distress* i *moral injury* są powiązane, ale nie są synonimami. Termin *moral distress* opisuje przede wszystkim napięcie wynikające z konfliktu moralnego lub niemożności działania zgodnie z własnym osądem. Termin *moral injury* bywa odnoszony do bardziej utrwalonych następstw doświadczeń postrzeganych jako naruszenie istotnych przekonań moralnych. Definicje i narzędzia pomiarowe obu konstruktów pozostają niejednorodne [24, 26]. W niniejszej pracy „obciążenie moralne” pełni funkcję szerokiego określenia opisowego i nie oznacza diagnozowania *moral injury*.

Konsekwencjami mogą być bezradność, złość, wstyd, cynizm, wycofanie lub utrata sensu pracy. Pomoc psychologiczna może ułatwiać nazwanie konfliktu i odróżnienie osobistej odpowiedzialności od ograniczeń środowiskowych. Nie zastępuje jednak konsultacji etycznej, rozmowy zespołowej ani decyzji organizacyjnych dotyczących źródła problemu.

Błędy medyczne, ciężkie powikłania i inne zdarzenia niepożądane mogą powodować u zaangażowanego pracownika wstrząs, poczucie winy, wstyd, lęk przed konsekwencjami, zaburzenia snu, spadek zaufania do własnych kompetencji lub wycofanie [27, 28]. W piśmiennictwie używa się określenia „druga ofiara”, jednak termin ten budzi zastrzeżenia, gdyż może sugerować zrównanie sytuacji personelu z doświadczeniem pacjenta i jego bliskich. Dlatego trafniejsze jest opisywanie pracownika jako osoby zawodowo zaangażowanej w zdarzenie, która również może wymagać wsparcia.

Przegląd systematyczny interwencji dla tej grupy wskazuje na możliwą użyteczność wczesnego, poufnego wsparcia i programów rówieśniczych, ale heterogeniczność badań nie pozwala traktować pojedynczego modelu jako rozwiązania o potwierdzonej jednoznacznie skuteczności [27]. Funkcja pomocowa powinna być oddzielona od analizy bezpieczeństwa pacjenta, postępowania wyjaśniającego i ustalania odpowiedzialności.

Szczególne znaczenie mają potencjalnie traumatyczne zdarzenia zawodowe, takie jak ekspozycja na śmierć lub ciężkie obrażenia, nieudana resuscytacja pacjenta, przemoc lub groźby, a także niektóre zdarzenia niepożądane, zwłaszcza gdy wiążą się z poczuciem zagrożenia, bezsilności albo silnej odpowiedzialności zawodowej. Sam fakt ekspozycji nie oznacza rozwoju zaburzenia pourazowego. W pierwszych godzinach i dniach mogą występować m.in. pobudzenie, odrętwienie, trudności ze snem, natrętne wspomnienia, poczucie winy lub unikanie; ich znaczenie należy oceniać z uwzględnieniem nasilenia, czasu trwania i wpływu na funkcjonowanie pracownika [1, 2, 14, 15, 27, 29].

Wczesne wsparcie psychologiczne po potencjalnie traumatycznym zdarzeniu powinno mieć charakter dobrowolny, być praktyczne, niestygmatyzujące i dostosowane do aktualnych potrzeb. Obejmuje ono w pierwszej kolejności sprawdzenie bezpieczeństwa, spokojny kontakt, rozpoznanie pilnych potrzeb, pomoc w obniżeniu napięcia i odzyskaniu podstawowego poczucia kontroli, uruchomienie dostępnego wsparcia społecznego i organizacyjnego oraz przekazanie informacji o możliwości uzyskania dalszej pomocy. Istotne jest również monitorowanie dynamiki reakcji i skierowanie do specjalistycznej oceny, gdy objawy są nasilone, utrzymują się lub znacząco dezorganizują funkcjonowanie. Wczesny kontakt nie powinien wymuszać szczegółowego relacjonowania zdarzenia ani ujawniania prywatnych przeżyć [1, 2, 9–13, 29].

Wymagania zawodowe mogą utrudniać pełnienie ról rodzinnych, odpoczynek i sen, natomiast obciążenia rodzinne mogą czasowo ograniczać koncentrację i zasoby potrzebne w pracy. W badaniu pracowników ochrony zdrowia konflikt praca–rodzina wiązał się z nasileniem objawów depresyjnych, a zależność tę częściowo wyjaśniały sen i zakres kontroli decyzyjnej [30]. Przy czym wyniku obserwacyjnego nie należy interpretować jako dowodu prostego związku przyczynowego.

Trudności prywatne nie są same w sobie narażeniem zawodowym, ale mogą modyfikować reakcję na obciążenia środowiska pracy. Krótka konsultacja może pomóc ocenić wpływ sytuacji na aktualne funkcjonowanie, rozpoznać zasoby oraz ustalić, czy potrzebna jest pomoc medyczna, psychoterapeutyczna, kryzysowa, prawna lub socjalna. Miejsce pracy nie powinno jednak przejmować funkcji długoterminowego leczenia problemów osobistych.

3. Pomoc psychologiczna, bariery korzystania ze wsparcia i odpowiedzialność organizacyjna

Pracownicy ochrony zdrowia mogą obawiać się, że ujawnienie trudności zostanie uznane za oznakę ich słabości, braku odporności lub niewystarczających kompetencji. W badaniach dotyczących lekarzy powtarzają się obawy przed oceną zawodową, utratą poufności ich prywatnych informacji i negatywnymi konsekwencjami doświadczanych przez nich w pracy trudności dla ich kariery [31–33]. Nie należy jednak automatycznie przenosić wyników uzyskanych w jednej grupie zawodowej na cały personel szpitala.

Gotowość do szukania pomocy zależy od kultury organizacyjnej miejsca pracy, wcześniejszych doświadczeń pracownika, jasności procedur i wiarygodności zasad poufności. Kontakt wspierający powinien posługiwać się językiem funkcjonalnym, normalizować proporcjonalne reakcje stresowe bez bagatelizowania cierpienia oraz wyraźnie określać cel konsultacji, sposób dokumentowania i granice tajemnicy zawodowej. Łączenie funkcji pomocowej z oceną pracowniczą może ograniczać zaufanie i dostępność wsparcia.

Krótka konsultacja po zdarzeniu obciążającym nie jest pełną diagnozą psychologiczną ani psychoterapią. Jej zadaniem może być stworzenie bezpiecznych warunków rozmowy, uporządkowanie faktów, nazwanie aktualnej reakcji, wstępna ocena bezpieczeństwa i funkcjonowania pracownika, krótka psychoedukacja oraz uzgodnienie dalszych kroków [1, 2, 9–11]. Psychologiczna ocena aktualnego stanu nie jest równoznaczna z formalnym orzekaniem o zdolności do pracy.

Szczegółowej uwagi wymagają bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia, myśli samobójcze, nasilone objawy

depresyjne lub pourazowe, problemowe używanie substancji, doświadczenie przemocy, utrwalona bezsenność i znaczna dezorganizacja funkcjonowania. W takich sytuacjach priorytetem jest bezpieczeństwo pracownika oraz skierowanie go do osoby lub instytucji mogącej udzielić mu adekwatnej pomocy, w tym interwencji kryzysowej, konsultacji lekarskiej lub psychiatrycznej.

Niektóre wydarzenia, np. śmierć pacjenta, jego nieudana resuscytacja, agresja, zdarzenie niepożądane lub poważny konflikt, oddziałują na cały zespół. Spotkanie zespołowe może służyć uporządkowaniu wspólnego doświadczenia, rozpoznanie potrzeb i poprawie komunikacji, nie powinno jednak wymuszać ujawniania prywatnych przeżyć. Funkcję wspierającą należy oddzielić od postępowań dyscyplinarnych, oceny pracowniczej i procedur ustalania odpowiedzialności.

Piśmiennictwo zawiera opisy wsparcia rówieśniczego, krótkich interwencji psychologicznych, programów dobrostanu oraz spotkań refleksyjnych dotyczących emocjonalnych i relacyjnych aspektów pracy [9–11, 34, 35]. Wsparcie rówieśnicze może zwiększać dostępność pomocy, pod warunkiem odpowiedniego przygotowania osób wspierających, jasnych granic roli i rozpoznawania wskazań do skierowania do specjalisty [9].

Schwartz Center Rounds są przykładem ustrukturyzowanych spotkań służących refleksji nad relacyjnymi i emocjonalnymi aspektami opieki. Nie są psychoterapią grupową, a wyniki badań dotyczących ich wpływu należy interpretować z uwzględnieniem zróżnicowania sposobów wdrażania [34, 35]. W warunkach polskich mogą stanowić punkt odniesienia, lecz nie obowiązują jako standard organizacyjny.

Aktualne przeglądy piśmiennictwa podkreślają, że dostęp do pomocy indywidualnej jest ważny, ale niewystarczający, gdy źródłem trudności pozostają przewlekłe braki kadrowe, nadmierne obciążenie w pracy, niebezpieczne procedury, nieskuteczna komunikacja lub brak możliwości regeneracji [5–7]. Odpowiedzialność organizacyjna obejmuje profilaktykę, ograniczanie źródeł narażenia, czytelne ścieżki zgłaszania i kierowania, ochronę poufności oraz monitorowanie skutków wdrażanych działań [1, 2, 36].

Zaufanie do poufności warunkuje gotowość pracowników do korzystania ze wsparcia. Przed konsultacją należy wyjaśnić jej cel, charakter, sposób dokumentowania, dostęp do informacji i granice tajemnicy zawodowej. Zakres poufności nie powinien być formułowany jako obietnica absolutna; zależy od aktualnych przepisów, rodzaju świadczenia, występowania zagrożenia oraz procedur obowiązujących w jednostce.

Według stanu prawnego na dzień zakończenia przeglądu podstawę regulacji wykonywania zawodu i tajemnicy zawodowej psychologa nadal stanowiła ustawa z 8 czerwca 2001 r. Ustawa z 23 stycznia 2026 r. została ogłoszona, lecz jej zasadnicze przepisy wejdą w życie 19 maja 2028 r.; wyjątki obowiązują w terminach wskazanych w jej przepisach końcowych [37, 38]. Ze względu na zmieniający się stan prawny rozwiązania dotyczące dokumentacji i ujawniania informacji powinny być każdorazowo przed wdrożeniem programu wsparcia weryfikowane.

Pomoc psychologiczna w szpitalu nie zastępuje psychoterapii, leczenia psychiatrycznego, procedur antymobbingowych, postępowania poekspozycyjnego, konsultacji prawnej ani interwencji organizacyjnych. Powinna być elementem szerszej kultury bezpieczeństwa, a nie narzędziem selekcji pracowników lub oceny ich kompetencji.

Tabela 1. Wybrane narażenia zawodowe, możliwe następstwa psychologiczne i priorytetowe odpowiedzi

Narażenie lub sytuacja	Możliwe następstwa psychologiczne	Priorytetowe odpowiedzi
Przeciążenie pracą, presja czasu, praca zmianowa	Napięcie, zaburzenia snu, drażliwość, pogorszenie koncentracji, wyczerpanie	Ocena bieżącego funkcjonowania; regeneracja; analiza obciążenia i działań organizacyjnych
Kontakt z cierpieniem, śmiercią lub zdarzeniem niepożądanym	Smutek, bezradność, wstyd, poczucie winy, natrętne wspomnienia	Poufne wsparcie; ocena ryzyka; oddzielenie pomocy od postępowania wyjaśniającego
Agresja pacjenta lub osoby bliskiej	Lęk, złość, wzmożona czujność, unikanie, utrata poczucia bezpieczeństwa	Zapewnienie bezpieczeństwa; raportowanie; wsparcie; analiza czynników ryzyka
Zakłucie lub zranienie ostrym narzędziem	Lęk przed zakażeniem, napięcie, bezsenność, wstyd	Niezwłoczne postępowanie poekspozycyjne; uzupełniające wsparcie emocjonalne
Obciążenie moralne lub konflikt wartości	Bezradność, złość, cynizm, utrata sensu pracy	Nazwanie konfliktu; odróżnienie odpowiedzialności osobistej od ograniczeń systemowych
Konflikt praca–dom	Zaburzenia snu, obniżona koncentracja, napięcie, ograniczenie regeneracji	Ocena wpływu na funkcjonowanie; identyfikacja zasobów; skierowanie do właściwej pomocy

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizowanego piśmiennictwa [1–7, 14–28, 30]

Tabela 2. Rama KSP-S w krótkiej pomocy psychologicznej dla pracowników ochrony zdrowia

Obszar	Główne pytanie funkcjonalne	Podstawowe działanie	Cel bezpośredni
K – kontakt	Co się wydarzyło i czy występuje aktualne zagrożenie?	Wyjaśnienie celu i poufności; rozpoznanie sytuacji, potrzeb i bezpieczeństwa	Bezpieczne warunki rozmowy i wstępna orientacja w sytuacji
S – stabilizacja	Co obecnie najbardziej dezorganizuje funkcjonowanie?	Uporządkowanie reakcji; krótka psychoedukacja; proste działania regulacyjne	Ograniczenie ostrego napięcia i odzyskanie podstawowej kontroli
P – plan	Jakie działania są możliwe w najbliższym czasie?	Ustalenie konkretnych kroków, zasobów i osób odpowiedzialnych	Uporządkowanie dalszego postępowania
S – skierowanie	Czy potrzeby przekraczają zakres krótkiej konsultacji?	Skierowanie do pomocy medycznej, psychoterapeutycznej, kryzysowej, prawnej, socjalnej lub organizacyjnej	Uruchomienie adekwatnej ścieżki dalszej pomocy

Źródło: opracowanie własne na podstawie syntezy piśmiennictwa [1, 2, 9–13]. KSP-S jest autorską, dotychczas niezwalidowaną empirycznie ramą heurystyczną

4. Ograniczenia przeglądu

Narracyjny i celowy dobór piśmiennictwa nie zapewnia kompletności właściwej przeglądowni systematycznemu. W niniejszym przeglądzie nie zastosowano niezależnej podwójnej selekcji, nie przeprowadzono formalnej oceny jakości metodologicznej ani ryzyka błędu systematycznego, a heterogeniczność populacji, definicji i miar uniemożliwia ilościowe porównanie interwencji. Część źródeł dotyczyła pandemii COVID-19, lekarzy lub pielęgniarek, dlatego nie wszystkie wnioski można bezpośrednio uogólniać na każdą grupę zawodową i warunki każdego szpitala.

Konstrukty takie jak „wypalenie”, *moral distress*, *moral injury* i „następstwa zdarzeń niepożądanych” częściowo się nakładają i są mierzone za pomocą różnych narzędzi. Przegląd wskazuje więc kierunki praktyczne, a nie hierarchię interwencji opartą na porównawczej ocenie skuteczności. Ograniczenie to dotyczy również ramy KSP-S, która nie została dotychczas poddana badaniu wykonalności, trafności, bezpieczeństwa ani skuteczności.

AUTORSKA PRAKTYCZNA RAMA KSP-S

Rama KSP-S obejmuje cztery funkcje krótkiego kontaktu: kontakt, stabilizację, plan i skierowanie. Funkcje te odzwierciedlają powtarzające się zadania opisywane w literaturze dotyczącej wczesnego wsparcia, interwencji ukierunkowanych na kryzys, wsparcia równieśniczego i kierowania do osoby bądź instytucji, która może udzielić dalszej pomocy [1, 2, 9–13]. Ich zestawienie w 4-elementową sekwencję, nazwy oraz akronim KSP-S stanowią autorską propozycję heurystyczną. KSP-S nie jest skalą psychometryczną, algorytmem oceny ryzyka, protokołem leczenia, formalną rekomendacją

ani narzędziem orzekania o zdolności do pracy i nie została dotychczas zwalidowana empirycznie.

K – kontakt

Pierwszym zadaniem jest stworzenie bezpiecznych warunków rozmowy, wyjaśnienie celu konsultacji i zasad poufności oraz rozpoznanie, co się wydarzyło i co jest obecnie najbardziej obciążające. Należy ustalić, czy występuje bezpośrednie zagrożenie dla pracownika lub innych osób oraz czy uruchomiono właściwe procedury medyczne i organizacyjne. Kontakt wspierający powinien być oddzielony od oceny kompetencji i ustalania winy.

S – stabilizacja

Stabilizacja służy ograniczeniu ostrego napięcia i odzyskaniu podstawowego poczucia kontroli. Może obejmować spokojną rozmowę, uporządkowanie faktów, nazwanie reakcji stresowej, krótką psychoedukację i proste działania regulacyjne. Ocenia się także znaczenie snu, zmęczenia, koncentracji i bieżącego funkcjonowania pracownika. W przypadku ekspozycji biologicznej należy odróżnić wsparcie emocjonalne od informacji i decyzji wymagających kompetencji medycznych.

P – plan

Plan powinien obejmować niewielką liczbę realistycznych działań na najbliższe godziny lub dni. Może uwzględniać kontakt ze specjalistą, konsultację lekarską, kolejne spotkanie psychologiczne, wsparcie bliskiej osoby, zgłoszenie zdarzenia lub uruchomienie procedury organizacyjnej. Nie może przenosić na pracownika odpowiedzialności za rozwiązanie systemowych źródeł przeciążenia.

S – skierowanie

Skierowanie jest potrzebne, gdy zakres trudności przekracza możliwości krótkiej konsultacji. Dalsza pomoc może obejmować konsultację psychiatryczną, psychoterapię, interwencję kryzysową, kontakt z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, leczenie uzależnień, pomoc prawną lub socjalną oraz właściwe działania organizacyjne. Priorytetem pozostaje bezpieczeństwo i zachowanie ciągłości pomocy.

Potencjalną wartością KSP-S jest prostota i przypomnienie o granicach roli psychologa. Przed uznaniem ramy za rozwiązanie rekomendowane potrzebne są badania jej akceptowalności, wykonalności, zgodności stosowania, bezpieczeństwa i wpływu na wyniki istotne dla pracowników oraz organizacji.

PODSUMOWANIE

Środowisko pracy szpitalnej jest wieloczynnikowym układem narażeń, w którym obciążenia psychospołeczne, organizacyjne i biologiczne mogą się kumulować. Ich następstwa obejmują zarówno przejściowe reakcje stresowe, jak i utrwalone zaburzenia funkcjonowania, objawy depresyjne lub porażowe oraz wypalenie zawodowe. Nasilenie konsekwencji zależy od cech ekspozycji, zasobów pracownika i jakości odpowiedzi organizacji.

Ochrona zdrowia psychicznego personelu wymaga podejścia wielopoziomowego. Dostępna i poufna pomoc psychologiczna może wspierać stabilizację pracownika, rozpoznanie jego potrzeb i ryzyka oraz kierowanie do dalszej opieki. Nie może jednak zastępować bezpiecznych warunków pracy, raportowania zdarzeń, właściwego postępowania poekspozycyjnego, leczenia ani działań ograniczających organizacyjne źródła przeciążenia.

Rama KSP-S porządkuje cztery podstawowe funkcje krótkiej konsultacji: kontakt, stabilizację, plan i skierowanie. Jej zastosowanie powinno być dobrowolne, niestygmatyzujące, oddzielone od oceny zawodowej i osadzone w systemie dostępnych świadczeń oraz procedur bezpieczeństwa. Zanim zostanie uznana za model rekomendowany, wymaga perspektywnej oceny empirycznej.

PIŚMIENNICTWO

- World Health Organization. WHO guidelines on mental health at work. Geneva: World Health Organization; 2022. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240053052> (access: 2026.09.03).
- World Health Organization. Protecting health and care workers' mental health and well-being. Geneva: World Health Organization; 2024. Available from: https://www.who.int/news/item/25-04-2024-202404_protecthw_mentalhealth (access: 2026.09.03).
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Taking Action Against Clinician Burnout: A Systems Approach to Professional Well-Being. Washington, DC: National Academies Press; 2019. <https://doi.org/10.17226/25521>
- Dall'Orta C, Ball J, Reinius M, et al. Burnout in nursing: a theoretical review. *Hum Resour Health*. 2020;18:41. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00469-9>
- Cohen C, Pignata S, Bezak E, et al. Workplace interventions to improve well-being and reduce burnout for nurses, physicians and allied healthcare professionals: a systematic review. *BMJ Open*. 2023;13:e071203. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-071203>
- Mohd Nadzir AYB, Gopinath D, Rajiah K, et al. Effectiveness of interventions to support healthcare workers' mental health and well-being: an umbrella review of systematic reviews. *Public Health*. 2026;258:106392. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2026.106392>
- Boskma A, van der Braak K, Hooft L, et al. Effectiveness of organization-directed interventions on healthcare professionals' well-being: a systematic review. *EclinicalMedicine*. 2025;88:103496. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2025.103496>
- Baethge C, Goldbeck-Wood S, Mertens S. SANRA-a scale for the quality assessment of narrative review articles. *Res Integr Peer Rev*. 2019;4:5. <https://doi.org/10.1186/s41073-019-0064-8>
- Anderson GS, Di Nota PM, Groll D, et al. Peer Support and Crisis-Focused Psychological Interventions Designed to Mitigate Post-Traumatic Stress Injuries among Public Safety and Frontline Healthcare Personnel: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(20):7645. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207645>
- Pollock A, Campbell P, Cheyne J, et al. Interventions to support the resilience and mental health of frontline health and social care professionals during and after a disease outbreak, epidemic or pandemic: a mixed methods systematic review. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;11:CD013779. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013779>
- De Kock JH, Latham HA, Leslie SJ, et al. A rapid review of the impact of COVID-19 on the mental health of healthcare workers: implications for supporting psychological well-being. *BMC Public Health*. 2021;21:104. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-10070-3>
- World Health Organization, War Trauma Foundation, World Vision International. Psychological first aid: Guide for field workers. Geneva: World Health Organization; 2011. ISBN 978-92-4-154820-5
- Wang L, Norman I, Edleston V, Oyo C, Leamy M. The Effectiveness and Implementation of Psychological First Aid as a Therapeutic Intervention After Trauma: An Integrative Review. *Trauma Violence Abuse*. 2024;25(4):2638–2656. <https://doi.org/10.1177/15248380231221492>
- Liu J, Gan Y, Jiang H, et al. Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med*. 2019;76(12):927–937. <https://doi.org/10.1136/oemed-2019-105849>
- Fricke J, Siddique SM, Douma C, et al. Workplace Violence in Healthcare Settings: A Scoping Review of Guidelines and Systematic Reviews. *Trauma Violence Abuse*. 2023;24(5):3363–3383. <https://doi.org/10.1177/15248380221126476>
- Fatai A, Sattayarom C, Butdee S. Effectiveness of Interventions to Reduce Workplace Violence Against Nurses by Patients and Visitors: A Systematic Review. *West J Nurs Res*. 2026;48(7):795–802. <https://doi.org/10.1177/01939459261442054>
- Garus-Pakowska A, Górajski M. Epidemiology of needlestick and sharp injuries among health care workers based on records from 252 hospitals for the period 2010–2014, Poland. *BMC Public Health*. 2019;19:634. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6996-6>
- Garus-Pakowska A, Górajski M, Sakowski P. Non-Safety and Safety Device Sharp Injuries-Risk of Incidents, SEDs Availability, Attitudes and Perceptions of Nurses According to Cross-Sectional Survey in Poland. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(18):11315. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811315>
- Matsubara C, Sakisaka K, Sychareun V, et al. Anxiety and perceived psychological impact associated with needle stick and sharp device injury among tertiary hospital workers, Vientiane, Lao PDR. *Ind Health*. 2020;58(4):388–396. <https://doi.org/10.2486/indhealth.2019-0088>
- Wicker S, Stirn AV, Rabenau HF, et al. Needlestick injuries: causes, preventability and psychological impact. *Infection*. 2014;42:549–552. <https://doi.org/10.1007/s15010-014-0598-0>
- Council of the European Union. Council Directive 2010/32/EU of 10 May 2010 implementing the Framework Agreement on prevention from sharp injuries in the hospital and healthcare sector concluded by HOSPEEM and EPSU. *Off J Eur Union*. 2010;L134:66–72.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. *DzU* 2013 poz. 696.
- Hossain F, Clatty A. Self-care strategies in response to nurses' moral injury during COVID-19 pandemic. *Nurs Ethics*. 2021;28(1):23–32. <https://doi.org/10.1177/0969733020961825>
- Riedel PL, Kreh A, Kulcar V, et al. A scoping review of moral stressors, moral distress and moral injury in healthcare workers during COVID-19. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(3):1666. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031666>
- Smallwood N, Pascoe A, Karimi L, et al. Moral distress and perceived community views are associated with mental health symptoms in frontline health workers during the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(16):8723. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168723>
- Habib T, Noorloos J, Woodley HJR, et al. Moral distress and moral injury in healthcare: a review and instrument analysis. *J Health Psychol*. 2026;31(9):3439–3453. <https://doi.org/10.1177/13591053251398337>

27. Ong TSK, Goh CN, Tan EKY, et al. Second Victim Syndrome Among Healthcare Professionals: A Systematic Review of Interventions and Outcomes. *J Healthc Leadersh*. 2025;17:225–239. <https://doi.org/10.2147/JHL.S526565>
28. Vanhaecht K, Seys D, Schouten L, et al. Duration of second victim symptoms in the aftermath of a patient safety incident and association with the level of patient harm: a cross-sectional study in the Netherlands. *BMJ Open*. 2019;9:e029923. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029923>
29. Billings J, Wong NZY, Nicholls H, et al. Post-incident psychosocial interventions after a traumatic incident in the workplace: a systematic review of current research evidence and clinical guidance. *Eur J Psychotraumatol*. 2023;14(2):2281751. <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2281751>
30. Zhang Y, Dugan AG, El Ghaziri M, et al. Work-family conflict and depression among healthcare workers: the role of sleep and decision latitude. *Workplace Health Saf*. 2023;71(4):195–205. <https://doi.org/10.1177/21650799221139998>
31. Zaman N, Mujahid K, Ahmed F, et al. What are the barriers and facilitators to seeking help for mental health in NHS doctors: a systematic review and qualitative study. *BMC Psychiatry*. 2022;22:595. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04202-9>
32. Wijeratne C, Johnco C, Draper B, et al. Doctors' reporting of mental health stigma and barriers to help-seeking. *Occup Med (Lond)*. 2021;71(8):366–374. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqab119>
33. Bianchi EF, Bhattacharyya MR, Meakin R. Exploring senior doctors' beliefs and attitudes regarding mental illness within the medical profession: a qualitative study. *BMJ Open*. 2016;6(9):e012598. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012598>
34. Leamy M, Reynolds E, Robert G, et al. The origins and implementation of an intervention to support healthcare staff to deliver compassionate care: exploring fidelity and adaptation in the transfer of Schwartz Center Rounds from the United States to the United Kingdom. *BMC Health Serv Res*. 2019;19:457. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4311-y>
35. Taylor C, Xyrichis A, Leamy MC, et al. Can Schwartz Center Rounds support healthcare staff with emotional challenges at work, and how do they compare with other interventions aimed at providing similar support? A systematic review and scoping reviews. *BMJ Open*. 2018;8:e024254. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024254>
36. Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health. Risk Factors for Stress and Burnout. 2024. Available from: <https://www.cdc.gov/niosh/healthcare/risk-factors/stress-burnout.html> (access: 2026.09.03).
37. Ustawa z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów. *DzU* z 2019 r. poz. 1026, z 2026 r. poz. 187.
38. Ustawa z dnia 23 stycznia 2026 r. o zawodzie psychologa oraz samorządzie zawodowym psychologów. *DzU* z 2026 r. poz. 187.