



**JOLANTA ŁODZIŃSKA**

Cardinal Stefan Wyszyński University  
in Warsaw, Poland

*j.lodzinska@uksw.edu.pl*

ORCID: 0000-0002-2224-3834

**WIELOASPEKTOWE PERSPEKTYWY  
PRACY WŁOSKIEGO PERSONELU  
PIELĘGNIARSKIEGO PODCZAS PANDEMII  
COVID 19 – RAPORT Z BADAŃ**

**THE MULTI-FACETED JOB PROSPECTS OF  
ITALIAN NURSING STAFF DURING THE  
COVID-19 PANDEMIC – RESEARCH REPORT**

**SUMMARY**

The COVID-19 pandemic has been the greatest challenge facing the healthcare system in many years. The situation related to the prevailing coronavirus pandemic has become a contribution to the research of many environments in order to learn about real situations and real emotions that accompany everyday life and at work. The degree of intensity of harmful factors determines whether the work environment is onerous, and whether it poses a threat to the health and even life of employees. Therefore, the main goal of the study boils down to diagnosing a pandemic situation in Italy, because

only the answers of people directly involved in the threats are able to show a reliable picture. The sample was selected using the snowball method. It is a method recommended in exploratory research to study communities that could be troublesome to reach. The pandemic conditions did not allow reaching the group of respondents directly. The study was a pilot study involving 105 representatives of nursing. The research results confirm the difficult working conditions in Italian medical institutions. The work of nursing staff is a high-risk profession in both biological and psychosocial terms. The research of Italian nurses has shown the difficult realities of the pandemic, which in turn exacerbated the occurrence of undesirable stressful situations.

## STRESZCZENIE

Pandemia COVID-19 jest największym wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia od wielu lat. Sytuacja związana z panującą pandemią koronawirusa stała się przyczynkiem do badań wielu środowisk, celem poznania realnych sytuacji oraz prawdziwych emocji, które towarzyszą w codziennym życiu oraz w pracy. Stopień natężenia czynników szkodliwych decyduje o tym, czy środowisko pracy jest uciążliwe, oraz czy stwarza zagrożenie zdrowia, a nawet życia pracowników. Dlatego główny cel opracowania sprowadza się do zdiagnozowania sytuacji pandemicznej we Włoszech, gdyż tylko odpowiedzi osób uczestniczących bezpośrednio w zagrożeniach są w stanie ukazać rzetelny obraz. Dobór próby zrealizowano metodą kuli śnieżnej. Jest to metoda polecana w badaniach eksploracyjnych do badania zbiorowości, do których dotarcie mogłoby okazać się kłopotliwe. Warunki stanu pandemii nie pozwalały na bezpośrednie dotarcie do grupy respondentów. Badanie miało charakter pilotażowy, wzięło w nim udział 105 przedstawicieli pielęgniarstwa włoskiego. Wyniki badań potwierdzają trudne warunki pracy we włoskich placówkach medycznych. Praca personelu pielęgniarstwa należy do zawodów o podwyższonym ryzyku w sensie zarówno biologicznym, jak i psychospołecznym. Badania włoskich pielęgniarek ukazały trudne realia w dobie pandemii, która z kolei spotęgowała wystąpienie niepożądanych sytuacji stresogennych.

**KEYWORDS:** *Italian nursing staff, COVID-19 pandemic, threat, anxiety, fear, infection*

**SŁOWA KLUCZOWE:** *włoski personel pielęgniarstwa, pandemia COVID-19, zagrożenie, lęk, obawa, zakażenia*

## WPROWADZENIE

Zawód pielęgniarstwa klasyfikuje się jako profesję zaufania publicznego, która polega na wykonywaniu wielu czynności wobec drugiego człowieka w różnych obszarach i w różnych okolicznościach. Począwszy od działań profilaktycznych i edukacyjnych, poprzez pracę w stanach zagrożenia zdrowia do stanu zagrożenia życia włącznie. Pielęgniarki są świadkami radości, kiedy pacjent wraca do zdrowia, ale także i cierpienia, bólu, kiedy medycyna jest bezradna wobec niektórych jednostek chorobowych. Historia pokazuje udział pielęgniarek nie tylko w stanie pokoju, lecz także na frontach podczas wojen. Praca balansuje na dwóch ekstremalnych biegunach, przeplatających się z entuzjazmem i smutkiem. Stan taki zależny jest m.in. od warunków pracy, relacji w niej panującej, oceny społecznej zawodu pielęgniarstwa, możliwości pomocy innym oraz od stanu zdrowia pacjenta. Sytuacja pandemii wywołanej przez wirusa SARS-CoV-2, rzutująca na różne dziedziny życia człowieka, zmierzająca do ograniczenia jego codziennych zadań, wywołuje niepokój, lęk i zagrożenie (Krawczyk, 2021, s. 8–9), (World Health Organisation). Taki stan rzeczy dotyczy w dużej mierze pielęgniarek. Podczas pandemii są one ważnym ogniwem w procesie zapewniania bezpieczeństwa zdrowotnego tym, którzy tego potrzebują. (Stawicka, Stawicki, 2020, s. 3). Z uwagi na dynamikę sytuacji, liczbę zarażonych koronawirusem we Włoszech, w konfrontacji z realiami panującymi w placówkach zatrudniających pielęgniarki praca stała się trudna i nieprzewidywalna. Coraz częściej udokumentowanymi następstwami pandemii i działań mających na celu ich ograniczenie (np. kwarantanny, izolacje) są problemy psychiczne i mentalne, w tym depresja czy zaburzenia lękowe. (Constantinou, Kagialis, Karekla, 2021, s. 2) Ponadto w przestrzeni publicznej zaczęły pojawiać się nieprawdziwe informacje związane z zawodem pielęgniarstwa w czasie pandemii koronawirusa. Dlatego istotne jest poznanie prawdy obiektywnej na podstawie procesu poznawczego.

## PRZEBIEG PANDEMII WE WŁOSZECH

Diagnostując stan faktyczny we włoskich placówkach medycznych na podstawie opinii personelu pielęgniarskiego, warto przedstawić, jakie panowały realia w tym czasie oraz w jaki sposób władze reagowały na intensywną sytuację pandemiczną. Pierwsze dwa przypadki wirusa SARS-CoV-2 zostały zdiagnozowane 30 stycznia 2020 r. u chińskich turystów przebywających w Rzymie. Jednak gwałtowny rozwój pandemii rozpoczął się dopiero 21–22 lutego, gdy w Lombardii stwierdzono 76 kolejnych zarażeń. Z początkiem marca wirus zaczął przenosić się poza północ Włoch, a liczba zarażonych przekroczyła 1700. Szczyt zachorowalności nastąpił 21 marca, gdy w ciągu jednego dnia przybyło 6557 zarażonych. Następnie między 22 marca a 1 kwietnia dzienna liczba nowych chorych wahała się od 4 tys. do 6 tys. Szczyt umieralności na COVID-19 nastąpił 27 marca – zmarło 969 osób. Według stanu na 16 kwietnia całkowita liczba zarażonych wyniosła 167 tys., zmarłych – 22 tys., a wyleczonych – 40 tys. Pandemia najbardziej dotknęła północne regiony Włoch: Lombardię (63 tys. chorych), Emilię Romanię (21,5 tys.), Piemont (19 tys.), Wenecję Euganejską (15 tys.) i Toskanię (8 tys.). Jej rozprzestrzenianiu się sprzyjał wysoki odsetek osób należących do grupy podwyższonego ryzyka zachorowalności na COVID-19 (osoby powyżej 60. roku życia), w strukturze społecznej Włoch stanowiących aż 29% populacji. (Pawłowski, 2020, s. 60)

Działania władz włoskich rozpoczęły się od wprowadzenia stanu wyjątkowego 31 stycznia 2020 r. Tym samym rząd przejął kompetencje do zarządzania służbą zdrowia od władz regionalnych. Miejscowości na północy kraju, w których zlokalizowano ogniska pandemii od 23 lutego, ustanowiono „strefami czerwonymi”, czyli obszarami z ograniczeniami przemieszczania się, a na terenie całego kraju zakazano organizowania manifestacji i zgromadzeń publicznych, w tym nabożeństw. Od 8 marca „strefa czerwona” objęła terytorium Lombardii i 14 gmin Wenecji Euganejskiej, a od 9 marca całe Włochy. (Agnoletto, 2020, s. 7–8). Oznaczało to wprowadzenie ogólnokrajowych ograniczeń w zakresie przemieszczania się ludności, zawieszenie imprez sportowych, zamknięcie szkół oraz obowiązek przekazywania rządowi przez sieci telefonii komórkowej danych GPS dotyczących opuszczania mieszkań przez ludność. (De Lorenzo, Indini, 2020, s. 9–10). 11 marca władze nakazały

zamknięcie dyskotek i restauracji, a 22 marca zawiesiły handel artykułami innymi niż pierwszej potrzeby (Pawłowski, 2020, s. 60).

Służby medyczne państw dotkniętych pandemią stanęły przed olbrzymim wyzwaniem, jakim jest zapewnienie chorym obywatelom opieki zdrowotnej oraz sprawnego i skutecznego działania służby zdrowia, w większości przypadków nieprzygotowanej na rozmiar pandemii. Zbyt powolne wprowadzanie restrykcji oraz niezastosowanie się do nich obywatele spowodowały lawinowy wzrost zachorowań we Włoszech (Stawicka, Stawicki, 2020, 9–10). Jako że nie istnieje oficjalny lek na COVID-19, stosuje się długotrwałe leczenie objawowe w warunkach hospitalizacji. Brak wystarczającej liczby łóżek w szpitalach, szczególnie na oddziałach intensywnej opieki, spowodował konieczność budowy szpitali polowych oraz adaptację budynków, takich jak hale wystawowe czy stadionów (Stawicka, Stawicki, 2020, s. 9–10).

Kolejny problem stanowi konieczność zapewnienia kadry medycznej oraz wyposażenia lekarzy i personelu medycznego w podstawowy sprzęt ochronny. Na skutek braku wystarczającego zabezpieczenia we Włoszech zanotowano wysoką liczbę zakażonych pracowników służby zdrowia (ponad 6 tys.), a także liczne w tej grupie przypadki śmiertelne, co stało się przyczyną zapaści systemu ochrony zdrowia. Ponadto braki kadrowe w wielu krajach spowodowały, że zdecydowano o uzupełnieniu personelu poprzez zaangażowanie dodatkowych pracowników medycznych (samozatrudnionych pielęgniarek, emerytów, studentów ostatniego roku medycyny oraz innych kierunków związanych ze służbą zdrowia, takich jak pielęgniarstwo czy ratownictwo medyczne). Dodatkowo część krajów o najwyższym poziomie zachorowań (Włochy, Hiszpania i Francja) nie dysponowała wystarczającymi zapasami środków medycznych i specjalistycznego sprzętu, przede wszystkim w zakresie wyposażenia oddziałów intensywnej opieki w odpowiednią liczbę respiratorów. Na przykład szpitale w Niemczech, mimo iż są dobrze wyposażone w sprzęt medyczny, w tym w respiratory, odczuwają brak odzieży ochronnej i masek. Także pozostałe kraje w różnym stopniu odczuły brak wystarczającego wyposażenia medycznego. Większość z tych państw zdecydowała się na interwencyjny zakup środków ochrony osobistej i sprzętu medycznego (najczęściej z Chin) oraz adaptację linii produkcyjnych (np. w przemyśle motoryzacyjnym) do wytwarzania niezbędnego wyposażenia. W produkcję

masek chirurgicznych włączył się przemysł tekstylny, a sektor gorzelniczy przystąpił do produkcji płynów dezynfekcyjnych (Stawicka, Stawicki, 2020, s. 10). Z uwagi na bardzo dużą liczbę chorych wymagających hospitalizacji wiele placówek medycznych straciło wydolność. Interesujące z punktu widzenia badacza wydają się odpowiedzi udzielone przez włoski personel medyczny, który był nie tylko świadczeniodawcą zleceń pielęgniarских, lecz także naczynym świadkiem wielu sytuacji panujących w ich miejscach zatrudnienia.

## RYZIKO W TEORII SOCJOLOGICZNEJ

Z racji uwagi na wielość ryzykownych zjawisk zachodzących w świecie trudno jest wskazać jednoznaczną definicję ryzyka. Pojawiają się nie tylko rozbieżności w jego interpretacji, lecz także odmienne stanowiska. Na potrzeby niniejszego opracowania niezbędne jest wskazanie wybranych określeń ryzyka, gdyż jest ono powszechne w pracy personelu pielęgniarского. Ciekawa jest socjologiczna perspektywa zagrożenia człowieka, kiedy społeczeństwo wkracza w etap późnej nowoczesności. Jedną z jej cech jest pojawienie się nowych form ryzyka (Beck, 2002, s. 33). Dość powszechne podejście przy określaniu zakresu znaczeniowego słowa „ryzyko” jest takie, że „ryzyko jest pojęciem wieloznacznym i złożonym, stąd bardzo trudno podać jego ścisłą i uniwersalną definicję. Zatem można je definiować na różne sposoby, zależnie od aspektu, który bierze się pod uwagę, oraz okoliczności, jakie interesują badacza” (Ronka-Chmielowiec, 2016, s. 11).

Według Niklasa Luhmanna termin „ryzyko” pojawił się w słownikach języka niemieckiego mniej więcej w połowie XVI w., a w języku angielskim dopiero w drugiej połowie następnego stulecia. Pochodzi od łacińskiego słowa *riscum*, które mogło być używane w tych krajach wcześniej. Oznaczało wówczas, mówiąc najogólniej, różnego rodzaju kataklizmy i epidemie, których występowanie miało być niezależne od działania ludzi i nie do końca przez nich zrozumiałe (Luhmann, 1993, s. 3). Odmierna koncepcja głosi, że „ryzyko” wywodzi się od starowłoskiego słowa *riscare*, znaczącego tyle co „odważyć się” (Giddens, 1990, s. 30). Istotne zmiany w znaczeniu i stosowaniu pojęcia „ryzyko” zaszły w XVII i XVIII w. Wraz z rozwojem statystyki

oraz rachunku prawdopodobieństwa koncepcja ryzyka uległa przeobrażeniu. Ryzyko uzależniono od stopnia pewności, z jaką można osiągnąć postawiony sobie cel. Pojawiły się możliwości formułowania w miarę precyzyjnych prognoz dotyczących przyszłych zdarzeń i dokonywania wyborów między różnymi alternatywami. Niemal wszystkie narzędzia wykorzystywane obecnie w dziedzinie kontroli ryzyka, analizy procesów decyzyjnych i dokonywania wyborów mają swoje źródła w odkryciach, których dokonano na przestrzeni tych dwóch stuleci (Bernstein, 1997, s. 18).

Podstawa przeobrażeń zachodzących we współczesnym społeczeństwie poddana jest dociekaniom nad prestiżem zwyczajowego znaczenia nauki oraz technologii w definiowaniu ryzyka. Obserwowany wzrost jego świadomości w społeczeństwie XXI w. dokonuje reinterpretacji podstawowych sfer życia zbiorowości, w wyniku czego kształtuje się wewnątrz niej nowy porządek. Pociąga za sobą zmiany w sferze kulturowej, społecznej oraz politycznej. Ryzyko nie może być już dłużej rozpatrywane przez obiektywne standardy nauk ścisłych. Dokonująca się metamorfoza wymaga wytworzenia standardów dyskursywnej kultury postrzegania, komunikacji oraz kolektywnego działania, aby identyfikować, definiować oraz rozwiązywać nieprzewidywalne problemy, ujawniające się w sferze publicznej i politycznej. W ostatnich trzech dekadach XX w. obserwujemy wzrost kontrowersji wokół kwestii ryzyka. Wraz z narastaniem sytuacji konfliktowych w społeczeństwie ponowoczesnym, których głównym podmiotem było ryzyko oraz zagrożenie, zmieniała się również perspektywa nauk z nim związanych. Według Ulricha Becka społeczeństwo nowoczesne staje się społeczeństwem ryzyka (Beck, 2002, s. 33). Także Anthony Giddens określa nowoczesność mianem *kultury ryzyka* (Giddens, 2001, s. 6). Potrzeba unikania ryzyka jest jedną z podstawowych potrzeb człowieka. Dlatego też odnalezienie własnego „ja” we współczesnym świecie, „w świecie wyprodukowanego ryzyka, które jest ceną postępu cywilizacyjnego i technicznego”, jak określił P. Sztompka, jest dużym wyzwaniem dla człowieka (Sztompka, 2007, s. 576).

Także Kodeks pracy nakłada na pracodawcę obowiązek ochrony zdrowia i życia zatrudnianych pracowników. To właśnie on ponosi odpowiedzialność za stan bezpieczeństwa i higieny pracy w kierowanym przez siebie zakładzie pracy. Pracodawca powinien również stosować się do orzeczonych

przez lekarza wskazań związanych ze stanem zdrowia pracownika. Do jego obowiązków należy również określenie ryzyka zawodowego. Kodeks pracy nakłada na pracodawcę obowiązek ochrony zdrowia i życia zatrudnianych pracowników. Ryzyko zawodowe to prawdopodobieństwo wystąpienia niepożądanych zdarzeń mogących spowodować niekorzystne dla zdrowia skutki, które są wynikiem zagrożeń zawodowych występujących w środowisku pracy lub związanych ze sposobem wykonywania pracy. Zgodnie z artykułem 226 Kodeksu pracy pracodawca:

- ocenia i dokumentuje ryzyko zawodowe związane z wykonywaną pracą oraz stosuje niezbędne środki profilaktyczne zmniejszające ryzyko,
- informuje pracowników o ryzyku zawodowym, które wiąże się z wykonywaną pracą, oraz o zasadach ochrony przed zagrożeniami (Kodeks pracy, art. 226).

Analizując znaczenie wyrażenia „ryzyko zawodowe”, należy zwrócić uwagę na definicję samego ryzyka sformułowaną przez Iwonę Romanowską-Słomkę i Adama Słomkę, którzy podają, iż ryzyko to kombinacja częstości lub prawdopodobieństwa wystąpienia określonego zdarzenia wywołującego zagrożenie i konsekwencji związanych z tym zdarzeniem (Romanowska-Słomka, Słomka, 2002, s. 13), (Romanowska-Słomka, Słomka, 2010, s. 10–12)

Przeprowadzenie oceny i dokumentacji ryzyka zawodowego to podstawowy obowiązek pracodawcy, który dotyczy każdego stanowiska pracy. Poinformowanie pracownika o ryzyku zawodowym powinno nastąpić przed dopuszczeniem do pracy. Ma to szczególne znaczenie na stanowisku pracy pielęgniarki, gdzie występuje złożone ryzyko zawodowe, m.in. związane z czynnikami biologicznymi, fizycznymi, chemicznymi czy psychospołecznymi (Kowalczuk, Krajewska-Kułąk, Jankowiak, Klimaszewska, Rolka, Kondzior, Kowalewska, 2008, s. 214). Dochodzi do tego praca pod presją czasu, w godzinach nocnych, kontakt z cierpieniem lub śmiercią, konieczność pracy zespołowej (Durkheim, 1926, s. 146–150). Najpoważniejszym zagrożeniem, według danych epidemiologicznych, są czynniki biologiczne występujące w środowisku pracy. Efekty ich oddziaływania na organizm ludzki zależą w dużej mierze od indywidualnych cech osobowościowych oraz odpowiedzi układu odpornościowego. Na podstawie badań epidemiologicznych wykazano



duże działanie teratogenne i mutagenne powyższych czynników (Kowalczuk, Kułak-Krajewska, Ostapowicz-Vandamme, Kułak, 2010, s. 354). Pracownicy wykonujący zawód pielęgniarstwa są wyjątkowo narażeni na oddziaływanie tych czynników, które mogą być przenoszone m.in. drogą kropelkową czy krwiopochodną. Dlatego istotne jest, aby uzyskać informacje związane z przygotowaniem personelu medycznego do wykonywania ich zadań, szczególnie w warunkach intensywnych zmian w rzeczywistości pandemicznej.

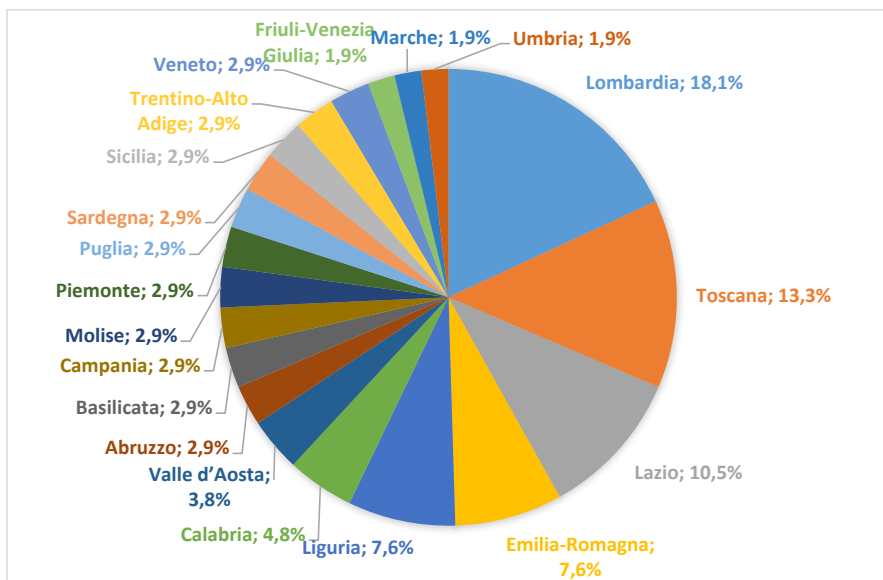
## **METODA ORAZ OPIS PRÓBY BADAWCZEJ**

Celem badań przeprowadzonych we włoskim środowisku pielęgniarstwa było ukazanie prawdziwego obrazu towarzyszącego czynnościom zawodowym w ekstremalnych warunkach. Cel artykułu sprowadza się do ukazania realiów pracy personelu pielęgniarstwa na terenie Włoch w czasie pandemii w wieloaspektowym kontekście. Badania pilotażowe były przeprowadzane od maja 2020 r. do lutego 2021 r. na próbie 105 przedstawicieli profesji pielęgniarstwa z terenu całych Włoch. Przedmiotem poniższych badań była diagnoza autentycznej sytuacji, jaka panowała w czasie pandemii w różnych placówkach ochrony zdrowia. Zbiorowością generalną były pielęgniarki zatrudnione na terenie Włoch (Dutkiewicz, 2001, s.78). Dobór próby realizowano metodą kuli śnieżnej, która polega na tym, że wyznacza się kilka punktów startowych badania, którymi są znani badaczowi reprezentanci zbiorowości generalnej, każda z tych osób docierała do innych osób, które z kolei przekazywały kwestionariusze następnym, stąd nazwa „śnieżna kula”. Jest to metoda polecana w badaniach eksploracyjnych do badania zbiorowości, do których dotarcie mogłoby okazać kłopotliwe (Jabłońska, Sobieraj, 2013, s. 43). Takie właśnie okoliczności zaistniały w trakcie pandemii COVID-19, gdyż angażowanie do badań ankietowanych, by docierali z kwestionariuszami bezpośrednio do respondentów na pierwszej linii frontu w walce z koronawirusem było praktycznie niemożliwe. Badanie ma charakter eksploracyjny, jego celem jest scharakteryzowanie sytuacji pielęgniarek i pielęgniarzy w rzeczywistości ogarniętej pandemią. Przedstawione wyniki badań zostały ujęte w formie tabel oraz wykresów.

Większość włoskiego personelu pielęgniarskiego – 87,6% – stanowią kobiety. Odsetki pielęgniarek i pielęgniarzy w poszczególnych grupach wiekowych są dość wyrównane, najniższy odsetek stanowią osoby najmłodsze w wieku 20–25 lat – 3,8%, a następnie najstarsze, powyżej 55 lat – 8,6%. Zdecydowana większość respondentów pracuje na cały etat – 91,4%, na pół etatu pracuje 5,7% pielęgniarek i pielęgniarzy, respondentów zatrudnionych w innych formach jest 2,9%.

Zdecydowanie najwyższy odsetek respondentów – 50,7% – ma wykształcenie wyższe licencjackie, wykształcenie wyższe magisterskie ma 12,4% pielęgniarek i pielęgniarzy, średnie – 7,6%, doktoranckie 1%, inne 8,6%. Zdecydowana większość ankietowanych pielęgniarek i pielęgniarzy – 69,5% – jest zatrudniona w szpitalu, 14,3% w Domu opieki (*Strutturare zidentiale per anziani*) polski odpowiednik ZOL, 3,8% w Domu starców (*Casa di riposo*) polski odpowiednik DPS, 2,9% w przychodniach poza szpitalem. Najwyższy odsetek respondentów – 53,3% – nie ma żadnej specjalizacji, 27,6% ma jedną specjalizację, 14,3% dwie specjalizacje, 2,9% ankietowanych ma trzy specjalizacje, 1,9% ma sześć lub więcej. Najwyższy odsetek – 34,3% respondentów pracuje w zawodzie pielęgniarki/pielęgniacza powyżej 20 lat, 22,9% ma staż pracy na poziomie 11–15 lat, 16,2% pracuje w zawodzie 16 lat, 2% ma staż pracy 6–10 lat i 16–20 lat ma 13,3% pielęgniarek i pielęgniarzy. Najwyższy odsetek respondentów pozostaje w związku małżeńskim – 47,6%, panien i kawalerów jest 38,1%, osób rozwiedzionych 13,3% i 1% owdowiałych. Najwyższy odsetek ankietowanych – 57,1% – ocenia swoją sytuację materialną jako przeciętną, 23,8% jako dobrą, 15,2% jako złą i po 1,9% jako bardzo złą i bardzo dobrą. Najwyższy odsetek badanych – 41,9% – nie ma dzieci, 28,6% posiada jedno dziecko, 25,7% dwoje dzieci 3,8% posiada troje lub czworo dzieci. 46,7% respondentów ocenia swój stan zdrowia jako przeciętny, jako dobry swój stan zdrowia ocenia 43,8% respondentów, 7,6% podało ocenę bardzo dobry, 1,9% zły, nikt nie ocenił swojego stanu zdrowia jako bardzo zły. Na wsi mieszka 24,8% ankietowanych pielęgniarek i pielęgniarzy, w mieście do 20 tys. 29,5%, w mieście 21–60 tys. 10,5%, w mieście 61–100 tys. 20%, w mieście powyżej 100 tys. 15,2%.

Wykres 1. Region pochodzenia respondentów



Źródło: Badania własne.

Najwyższy odsetek respondentów – 18,1% – pochodzi z Lombardii, 13,3% z Toskanii, 10,5% z Lazio, najniższy zaś z Umbrii, Marche, Friuli-Venezia (po 1,9%). Interesujący jest fakt, iż z każdego regionu Włoch uzyskano odpowiedzi.

## WYNIKI BADAŃ

Aby zdiagnozować wiedzę personelu pielęgniarskiego na temat szkoleń związanych z ewentualnym wystąpieniem pandemii, z przestrzeganiem reżimu epidemiologiczno-sanitarnego w trakcie jej trwania, z odbytym instruktażem w jaki sposób nosić ubrania i akcesoria ochronne, z wiedzą na temat wystarczającej liczby środków ochrony indywidualnej lub koniecznością jej zakupu z własnych środków zadano respondentom szereg ważnych w tym zakresie pytań. Ponadto istotna z punktu widzenia badacza jest wiedza dotycząca obsady kadrowej w okresie pandemii, organizacji pracy, zapewnienia

bezpiecznych i higienicznych warunków pracy oraz informacji o istnieniu chorób współistniejących włoskiego personelu pielęgniarskiego. Odpowiedzi te mogą wyjaśnić wiele wątpliwości związanych z przebiegiem organizacji pracy oraz stanem zagrożenia samego personelu pielęgniarskiego. W pierwszych dniach „walki z nieznanym przeciwnikiem” pielęgniarki musiały nauczyć się pracy w odmiennych, specyficznych warunkach. Zważywszy na fakt, iż metafory wojenne były najczęściej używane w odniesieniu do panującej epidemii, wirus nazywany był „zabójcą, groźnym przeciwnikiem”, natomiast personel medyczny określany był jako „bohaterowie toczący walkę na pierwszej linii frontu” (Bogaczyk, 2022, str. internet.).

**Tabela 1.** *Diagnoza środowiska pracy ankietowanego personelu*

Treść pytania	Zdecydowanie nie %	Raczej nie %	Raczej tak %	Zdecydowanie tak %	Nie pamiętam/Nie wiem/Nie dotyczy %
Czy podczas zatrudnienia na stanowisku pielęgniarki/pielęgniarskiego kiedykolwiek wcześniej było prowadzone szkolenie związane z ewentualnym wystąpieniem pandemii?	63,8	19,0	7,6	3,8	5,7
Czy podczas trwającej pandemii zorganizowano szkolenie związane z przestrzeganiem reżimu epidemiologiczno-sanitarnego w Pani/Pana zatrudniającej placówce?	37,1	12,4	25,7	18,1	6,7
Czy odbył się instruktaż, w jaki sposób i według jakich zasad należy nosić ubranie i akcesoria ochronne?	20,0	8,6	30,5	39,0	1,9
Czy Pani/Pana zdaniem w placówce zatrudniającej podczas pandemii znajduje się wystarczająca ilość środków ochrony indywidualnej?	39,0	17,1	25,7	9,5	8,6
Czy od momentu wystąpienia pandemii koronawirusa zdarzyła się sytuacja, że musiała Pani/Pan dokonać zakupu środków ochrony indywidualnej we własnym zakresie?	45,7	26,7	11,4	12,4	3,8
Czy Pani/Pana zdaniem na dyżurach była wystarczająca obsada kadrowa?	46,7	20,0	21,0	6,7	5,7
Czy organizacja pracy była Pani/Pana zdaniem dobrze przeprowadzona?	33,3	18,1	27,6	8,6	12,4
Czy według Pani/Pana opinii placówka medyczna zapewniła bezpieczne i higieniczne warunki pracy?	30,5	16,2	36,2	5,7	11,4
Czy jest Pani/Pan w grupie ryzyka ze względu na wystąpienie chorób współistniejących?	24,8	23,8	23,8	17,1	10,5

Źródło: Badania własne.

**Legenda:**

	<=9,99%
	10-19,99%
	20-29,99%
	30-39,99%
	40-49,99%
	50-79,99%
	>=80%

W zdecydowanej większości placówek – 63,8% – nie było wcześniej szkolenia na wypadek wystąpienia ewentualnej pandemii, w 19% „raczej nie odbyły się” takie szkolenia, „raczej odbyły się” w 7,6% placówek, „zdecydowanie tak” w 3,8% placówek, respondenci, którzy nie pamiętają faktu szkolenia, stanowią 5,7%. Podczas trwającej pandemii szkolenia związane z przestrzeganiem reżimu sanitarno-epidemiologicznego „zdecydowanie nie odbyły się” w 37,1% placówek, „raczej nie odbyły się” w 12,4%, „raczej odbyły się” w 25,7%, „zdecydowanie odbyły się” w 18,1% placówek, 6,7% respondentów nie ma zdania na ten temat. Instruktaż, w jaki sposób i według jakich zasad nosić ubrania i akcesoria ochronne „zdecydowanie nie odbył się” w 20% placówek, „raczej nie odbył się” w 8,6% placówek, „raczej odbył się” w 30,5% i „zdecydowanie odbył się” w 39% miejscach zatrudnienia, 1,9% respondentów nie ma zdania na ten temat. 39% ankietowanych pielęgniarek i pielęgniarzy stwierdziło, że w ich placówce „zdecydowanie brakuje” środków ochrony indywidualnej, 17,1% jest zdania, że „raczej brakuje” takich środków, 25,7% twierdzi, że ilość środków ochrony indywidualnej jest „raczej wystarczająca”, 9,5% twierdzi, że jest „zdecydowanie wystarczająca”, 8,6% respondentów deklaruje, że ich ten problem ich „nie dotyczy”. 45,7% respondentów „zdecydowanie nie musiało” dokonać zakupu środków ochrony indywidualnej we własnym zakresie, 26,7% „raczej nie musiało” tego robić, 11,4% „raczej musiało” dokonać takich zakupów, 12,4% „zdecydowanie musiało”, 3,8% pielęgniarek i pielęgniarzy nie ma zdania na ten temat. 46,7% respondentów uważa, że obsada kadrowa na dyżurach była „zdecydowanie niewystarczająca”, zdaniem 20% „raczej niewystarczająca”, według 21% „raczej wystarczająca”, a według 6,7% obsługa kadrowa była

„zdecydowanie wystarczająca”, 5,7% ankietowanych nie ma zdania na ten temat. Według 33,3% respondentów organizacja pracy była „zdecydowanie źle” przeprowadzona, według 18,1% „raczej źle”, natomiast zdaniem 27,6% respondentów organizacja pracy była „raczej dobrze” przeprowadzona, zdaniem 8,6% „zdecydowanie dobrze”, a 12,4% nie ma zdania na ten temat. Zdaniem 30,5% respondentów placówka medyczna „zdecydowanie nie” zapewniła ani bezpiecznych, ani higienicznych warunków pracy, według 16,2% odpowiedź brzmi „raczej nie”, 36,2% ankietowanych twierdzi, że placówka medyczna „raczej zapewniła” bezpieczne i higieniczne warunki pracy, 5,7% uważa, że takie warunki „zdecydowanie zostały” zapewnione, 11,4% nie ma zdania na ten temat. 24,8% respondentów podało, że „zdecydowanie nie jest” w grupie ryzyka ze względu na występowanie chorób współistniejących, po 23,8% uważa, że „raczej nie jest” lub „raczej jest” w grupie ryzyka, 17,1% „zdecydowanie nie” należy do grupy ryzyka, a 10,5% nie ma zdania na ten temat.

**Tabela 2.** *Satysfakcja z organizacji stanowiska pracy i poczucie bezpieczeństwa w pracy podczas pandemii*

Treść pytania	Brak satysfakcji %	Częściowy brak satysfakcji %	Trudno powiedzieć %	Częściowa satysfakcja %	Pełna satysfakcja %
Stopień satysfakcji z organizacji stanowiska pracy podczas pandemii w Pani/Pana placówce zatrudnienia	14,3	29,5	30,5	21,9	3,8
Stopień poczucia Pani/Pana bezpieczeństwa podczas wykonywanych obowiązków służbowych w pierwszych dniach pandemii	23,8	32,4	22,9	19,0	1,9

Źródło: Badania własne.

Analiza materiału badawczego wykazała, iż 14,3% respondentów deklaruje „całkowity brak satysfakcji” z organizacji stanowiska pracy podczas pandemii w placówce zatrudnienia, 29,5% mówi o „częściowym braku satysfakcji”, 30,5% udzieliło odpowiedzi „trudno powiedzieć”, 21,9% informuje o „częściowej satysfakcji”, a 3,8% o „pełnej satysfakcji”. Stopień poczucia bezpieczeństwa podczas wykonywania obowiązków służbowych w pierwszych dniach pandemii 23,8% respondentów ocenia jako w „niesatysfakcjonujący”, 32,4% jako

„częściowo niesatysfakcjonujący”, 22,9% udzieliło odpowiedzi „trudno powiedzieć”, 19% deklaruje „częściową”, a 1,9% „całkowitą satysfakcję”.

**Tabela 3.** Osoby udzielające wsparcia w czasie pandemii

Odpowiedzi	Zdecydowanie nie %	Raczej nie %	Nie mam zdania %	Raczej tak %	Zdecydowanie tak %
Dyrekcja	33,3	21,0	18,1	21,9	5,7
Pielęgniarka oddziałowa	13,3	9,5	8,6	43,8	24,8
Koleżanki z pracy	1,0	5,7	6,7	41,9	44,8
Znajomi spoza pracy	21,0	12,4	11,4	37,1	18,1
Najbliższa rodzina	5,7	1,9	5,7	38,1	48,6
Pacjenci	29,5	13,3	17,1	28,6	11,4
Rodzina pacjentów	25,7	20,0	26,7	20,0	7,6
Kapelan	21,9	13,3	35,2	20,0	9,5
Sąsiedzi	27,6	22,9	21,9	19,0	8,6

Źródło: Badania własne.

Jak wynika z powyższych danych, najczęściej wsparcia udzielali sobie nawzajem koleżanki i koledzy z pracy – 44,8% odpowiedzi „zdecydowanie tak” i 41,9% odpowiedzi „raczej tak”, najbliższa rodzina – 48,6% odpowiedzi „zdecydowanie tak” oraz 38,1% w kategorii odpowiedzi „raczej tak”. Pielęgniarka oddziałowa 43,8% odpowiedzi „raczej tak”, a także 24,8% „zdecydowanie tak”. W przypadku dyrekcji odnotowano 33,3% odpowiedzi „zdecydowanie nie” i 5,7% „zdecydowanie tak”, jest to najwyższy i najniższy odsetek w danej kategorii. Poniżej przedstawiono ranking udzielanego wsparcia według wag przypisanych wartościom procentowym zgodnie ze skalą:

- zdecydowanie tak = 2;
- raczej tak = 1;
- nie mam zdania = 0;
- raczej nie = - 1;
- zdecydowanie nie = - 2.

**Tabela 4.** *Ranking wsparcia personelu pielęgniarskiego w czasie pandemii*

Źródło wsparcia	Ranking
Koleżanki z pracy	123,81
Najbliższa rodzina	121,90
Pielęgniarka oddziałowa	57,14
Znajomi spoza pracy	19,05
Kapelan	-18,10
Pacjenci	-20,95
Rodzina pacjentów	-36,19
Sąsiedzi	-41,90
Dyrekcja	-54,29

Źródło: Badania własne.

Z rankingu wynika, że najważniejszym źródłem wsparcia są koleżanki z pracy oraz najbliższa rodzina, a zdecydowanie nie wspierają pielęgniarek i pielęgniarzy dyrekcja i sąsiedzi.

**Tabela 5.** *Poczucie bezpieczeństwa ankietowanych*

Treść pytania	Zdecydowanie nie %	Raczej nie %	Nie mam zdania %	Raczej tak %	Zdecydowanie tak %
Czy obecnie towarzyszy Pani/Panu poczucie bezpieczeństwa w pracy?	25,7	17,1	7,6	41,0	8,6
Czy miała Pani/Pan bezpośredni kontakt z osobą zakażoną koronawirusem?	10,5	2,9	2,9	17,1	66,7
Czy odreagowywała Pani/Pan stres zawodowy wśród swoich domowników?	22,9	16,2	6,7	30,5	23,8
Czy Pani/Pana zdaniem istnieje potrzeba wsparcia personelu medycznego w zakresie radzenia sobie ze stresem i jego skutkami w związku z wystąpieniem pandemii koronawirusa?	1,0	1,0	6,7	34,3	57,1
Czy w obecnej sytuacji potrzebuje Pani/Pan wsparcia ze strony psychologa?	19,0	13,3	18,1	21,0	28,6
Czy zamierza Pani/Pan skorzystać ze zwolnienia lekarskiego dla podratowania zdrowia?	37,1	16,2	9,5	19,0	18,1
Czy z Pani/Pana obserwacji wynika, iż koleżanki/koledzy z pracy są dla siebie bardziej życzliwi?	19,0	20,0	24,8	29,5	6,7



Czy z Pani/Pana obserwacji wynika, iż koleżanki/koledzy z pracy są do siebie nastawieni bardziej wrogo?	23,8	15,2	20,0	32,4	8,6
Czy Pani/Pana zdaniem lekarze byli solidarni z Państwem w pracy?	7,6	13,3	14,3	51,4	13,3
Czy w związku z sytuacją wystąpienia pandemii żałowała Pani/Pan, że wybrała zawód pielęgniarki/pielęgniarza?	45,7	15,2	3,8	24,8	10,5
Czy spotkała się Pani/Pan osobiście z dowodami sympatii, uznania społecznego?	20,0	21,9	17,1	24,8	16,2
Czy doświadczyła Pani/Pan tzw. hejtu z uwagi na bycie pielęgniarką/pielęgniarem w związku z wystąpieniem pandemii?	49,5	26,7	11,4	6,7	5,7

Źródło: Badania własne.

Jak wynika z powyższego zestawienia tabelarycznego, 25,7% respondentów zadeklarowało, że obecnie „nie towarzyszy” im poczucie bezpieczeństwa w pracy, jednak relatywnie najwyższy odsetek – 41% uważa, że „raczej towarzyszy” im poczucie bezpieczeństwa w pracy. Większość respondentów – 66,7% – zdecydowanie miało kontakt z osobą zakażoną koronawirusem. Relatywnie najwyższy odsetek ankietowanych pielęgniarek i pielęgniarzy – 30,5% – przyznaje, że „raczej odreagowywało” stres wśród domowników. Większość respondentów – 57,1% – uważa, że zdecydowanie istnieje potrzeba wsparcia personelu medycznego w zakresie radzenia sobie ze stresem i jego skutkami w obliczu pandemii. Respondenci potrzebują wsparcia psychologa – 28,6% odpowiedziało „zdecydowanie tak”, 21% – „raczej tak”. Najwyższy odsetek respondentów – 37,1% „zdecydowanie nie” zamierza skorzystać ze zwolnienia lekarskiego dla podratowania zdrowia. Odpowiedzi na pytanie o to, czy koleżanki i koledzy z pracy są dla siebie bardziej życzliwi, są podzielone; 29,5% uważa, że „raczej tak”, 20% odpowiedziało „raczej nie”, 24,8% nie ma zdania na ten temat. Relatywnie najwyższy odsetek ankietowanych pielęgniarek i pielęgniarzy – 32,4% – uznał, że koleżanki i koledzy z pracy „raczej są” do siebie nastawieni bardziej wrogo. Większość respondentów – 51,4% – uważa, że lekarze „raczej byli” solidarni w pracy z pielęgniarkami i pielęgniarzami. Najwyższy odsetek – 45,7% – badanych „zdecydowanie nie” żałował wyboru zawodu pomimo sytuacji wystąpienia pandemii. Odpowiedzi na pytanie o dowody sympatii są podzielone: 24,8% odpowiedziało „raczej tak”, 21,9% – „raczej nie” i 20% – „zdecydowanie nie”. 49,5% respondentów „zdecydowanie nie” doświadczyło hejtu z powodu wykonywanego zawodu w obliczu pandemii.

## WNIOSKI

Najlichnieszą grupę stanowili respondenci z Lombardii, następnie z Toskanii oraz Lazio. Należy podkreślić, że w Lombardii wystąpiło najwięcej zgonów z powodu zakażenia koronawirusem (Carola Elvira, 2021, s. 9–10). Na pytanie o szkolenie na wypadek pandemii większość respondentów odpowiedziała zdecydowanie przecząco. Podobnie sytuacja odnosi się do braku instruktażu związanego ze stanem sanitarno-epidemiologicznym w ponad połowie placówek medycznych. W większości przypadków odbył się instruktaż, jak należy nosić ubranie i akcesoria ochronne. Liczba środków ochrony indywidualnej nie jest oceniana jako wystarczająca w opinii ponad połowy respondentów. Jednak większość respondentów nie musiała dokonywać ich zakupów z własnych środków finansowych. Obsługa kadrowa na dyżurach nie była wystarczająca. Organizacja pracy także nie była dobrze przeprowadzona w opinii połowy ankietowanych. Zdania na temat bezpiecznych i higienicznych warunków pracy są podzielone połowicznie. Prawie połowa respondentów nie należy do grupy ryzyka ze względu na występowanie chorób współistniejących. Kwestię satysfakcji z organizacji stanowiska pracy w czasie pandemii personel pielęgniarski traktuje także połowicznie. W opiniach na temat bezpieczeństwa podczas wykonywania obowiązków służbowych przeważają odpowiedzi wskazujące na częściowy lub całkowity brak satysfakcji.

Największym wsparciem byli dla siebie nawzajem koledzy i koleżanki z pracy, najbliższa rodzina oraz pielęgniarka oddziałowa. Najmniej wspierająca okazała się dyrekcja oraz sąsiedzi. Pielęgniarki pokazały ogromną determinację, trwając przy pacjentach pomimo lęku oraz przeważającego braku wsparcia ze strony pracodawców oraz dezaprobaty sąsiadów (pielęgniarki wyprasane były np. z windy znajdującej się na klatce schodowej). Obecnie połowie respondentów towarzyszy poczucie bezpieczeństwa w pracy, na jego brak skarży się prawie tyle samo uczestników badania. Większość respondentów miała kontakt z koronawirusem. Ponad połowa respondentów odreagowywała stres wśród domowników. Najczęściej stres odreagowywali młodszy respondenci w grupie wiekowej 26–30 lat i 31–35 lat oraz z wykształceniem wyższym licencjackim. Respondenci w przeciętnym stanie zdrowia w większości deklaruowali, że zdecydowanie odreagowywali stres zawodowy wśród domowników.

Bardzo wysoki odsetek respondentów podkreślał, że istnieje konieczność wsparcia personelu medycznego w zakresie radzenia sobie ze stresem, ale potrzebę wsparcia psychologicznego w sensie indywidualnym dostrzega jednak połowa badanych. Można zauważyć w tym miejscu dużą troskę oraz empatię do swojego środowiska zawodowego a mniejszą do samego siebie. Niemniej jednak trzeba mieć na uwadze nie tylko aktualną sytuację, lecz także należy przewidzieć możliwość wystąpienia zespołu stresu pourazowego wśród personelu pielęgniarskiego. W sytuacji zagrożenia pielęgniarki muszą łączyć profesjonalne umiejętności z dobrymi kompetencjami relacyjnymi, empatycznymi i emocjonalnymi, a to może być wyjątkowo stresujące ze względu na liczne i nieprzewidywalne sytuacje kryzysowe, na jakie narażona jest pielęgniarka zarówno ogólnie, jak i podczas pandemii. Depresja, wypalenie i bezsenność – po kilku falach pandemii pracownicy służby zdrowia, a zwłaszcza kobiety, zmagają się z nową sytuacją kryzysową. W Piemencie 44,5% badanych wykazało objawy choroby psychicznej. Po pandemii zdrowie psychiczne pielęgniarek zaczyna być problemem, załamuje się ich siła psychiczna. Potwierdzają to liczne badania przeprowadzane we Włoszech oraz poza granicami kraju. Psychologowie i psychiatrzy to poświadczają. Wiele z nich, oprócz wypalenia, cierpi na zespół stresu pourazowego, chorobę zwaną w zbiorowej wyobraźni „syndromem wietnamskim”, ponieważ była szeroko badana u żołnierzy amerykańskich powracających z frontu. Z objawami od ataków paniki po depresję, od dysocjacji po bezsenność, od koszmarów po retrospekcje (Martella, 2021, str. internet.). Dlatego monitorowanie stanu zdrowia pielęgniarek w aspekcie psychologicznym jest nieodzowne. Interesujący jest fakt, że większość uczestniczek badania nie zamierzała korzystać ze zwolnienia lekarskiego dla podratowania zdrowia. Respondentki doświadczały wzajemnej życzliwości w pracy, ale w podobnym odsetku doświadczały także jej braku. W większości opinii ankietowanych lekarze byli solidarni z grupą zawodową pielęgniarek. Większość uczestników badania nie żałowała wyboru swojego zawodu. Postawa taka może świadczyć o wierności powołaniu pielęgniarskiemu pomimo trudności oraz sytuacji stresogennych wywołanych pandemią. Optymizmem napawa fakt, iż ankietowany personel w przeważającej części doświadczał ze strony społeczeństwa bardziej gestów

sympatii niż ich braku. Aczkolwiek nieprzyjemne sytuacje także zdarzyły się (np. w kilku przypadkach zarysowania samochodów czy niemiłe słowa pod adresem pielęgniarek).

Praca personelu pielęgniarskiego należy do zawodów o podwyższonym ryzyku w sensie zarówno biologicznym, jak i psychospołecznym. Badania włoskich pielęgniarek ukazały trudne realia w dobie pandemii, które z kolei spotęgowały wystąpienie niepożądanych sytuacji stresogennych. Z jednej strony nieprzewidywalne życie zawodowe z drugiej obowiązki rodzinne. Lęk o zdrowie oraz życie najbliższych, praca w dużym napięciu emocjonalnym, w wielu przypadkach brak odpowiednich szkoleń, luki kadrowe, deficyt środków ochrony indywidualnej przy niewielkim wsparciu ze strony pracodawców spowodowały duże zapotrzebowanie na opiekę psychologiczną personelu pielęgniarskiego. Ryzyko związane z bezpośrednią pracą przy chorych z wirusem COVID-19, strach przed zakażeniem siebie i swoich domowników, nieprzewidywalność wydarzeń, poczucie bezsilności, utraty kontroli, obawy wobec wykonywania powinności zawodowych to tylko niektóre elementy, z jakimi włoski personel pielęgniarski musiał się zmierzyć. Reasumując, należy stwierdzić, iż badania przeprowadzone wśród włoskiego personelu potwierdziły stan faktyczny panujący podczas pandemii, co niestety nie napawa optymizmem.

## REFERENCES

- Agnoletto, V. (2020). *Senza respiro. Un'inchiesta indipendente sulla pandemia Coronavirus, in Lombardia, Italia, Europa. Come ripensare un modello di sanità pubblica*. Milano: Altoreconomia.
- Beck, U. (2002). *Spółczesność ryzyka. W drodze do innej nowoczesności*. S. Cieśla (tłum.). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Bernstein, P.L. (1997). *Przeciw Bogom. Niezwykłe dzieje ryzyka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bogaczyk, G., *Ekspertka: Metafory wojenne były najczęściej używane w odniesieniu do epidemii*, [https://naukawpolsce.pl/aktualnosci/news%2C92458%2Cekspertka-metafory-wojenne-byly-najczesciej-uzywane-w-odniesieniu-do?fbclid=IwAR1ZFyayg-plXKFrQAhIj0nwnN66cIktF83CSUveV0\\_cz33-Gvdreif\\_tLjQ](https://naukawpolsce.pl/aktualnosci/news%2C92458%2Cekspertka-metafory-wojenne-byly-najczesciej-uzywane-w-odniesieniu-do?fbclid=IwAR1ZFyayg-plXKFrQAhIj0nwnN66cIktF83CSUveV0_cz33-Gvdreif_tLjQ), (dostęp:15.06.2022).
- Carola, E. (2021). *Il Consiglio in ascolto. Le esigenze dei giovani residenti in Lombardia. Executivesummary*. Milano: PoliS-Lombardia.
- Constantinou, M., Antonios K., Karekla M. (2021). Is science failing to pass its message to people? Reasons and risks behind conspiracy theories and myths regarding COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (6343), 1–10.
- De Lorenzo, G., Indini, A. (2020). *Il libro nero del coronavirus. Retroscena e segreti della pandemia che ha sconvolto l'Italia*. Milano: Historica Edizioni.
- Durkheim, E. (1926). *De la Division du travail social*. Paris.
- Dutkiewicz, W. (2001). *Podstawy metodologii badań*. Kielce: Wydawnictwo Stachurski.
- Giddens, A. (2001). *Nowoczesność i tożsamość, „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Giddens, A. (1990). *The Consequences of Modernity*. Polity Press. Cambridge.
- Jabłońska, K., Sobieraj, A. (2013). Dobór próby badawczej czynnikiem sukcesu w prowadzonych badaniach empirycznych. *Obronność – Zeszyty Naukowe Wydziału Zarządzania i Dowodzenia Akademii Obrony Narodowej*, 2(6), 40–48.
- Kowalczyk K., Krajewska-Kułąk E., Jankowiak B., Klimaszewska K., Rolka H., Kondzior D., Kowalewska B., (2008). Zagrożenia zawodowe pielęgniarek, położnych i lekarzy w środowisku pracy. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 89 (2), 211–215.
- Kowalczyk, K., Kułąk-Krajewska, E., Ostapowicz-Vandamme, K., Kułąk, W., Narażenie na czynniki niebezpieczne i szkodliwe w pracy pielęgniarek i położnych, *Problemy Pielęgniarstwa*, 18 (3), 353–357.
- Krawczyk, E. (2021). *Plagi świata. Czy człowiek przetrwa kolejną pandemię?* Bielsko-Biała: Wydawnictwo Pascal.
- Luhmann, N. (1993). *Risk: A Sociological Theory*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Martella, S. *La pandemia ha colpito la salute mentale di medici e infermieri*, <https://altreconomia.it/covid-19-salute-mentale-medici-infermieri/>, (dostęp:16.06.2022).

- Pawłowski, M. (2020). Włochy. W: *Kompendium pandemii. Reakcje państw na COVID-19*. Wydawnictwo Polski Instytut Spraw Międzynarodowych.
- Romanowska-Słomka I., Słomka A. (2010). *Ocena ryzyka zawodowego*. Tarnobrzeg: Tarbonus.
- Romanowska-Słomka, I., Słomka, A. (2002). *Poradnik. Ocena ryzyka zawodowego w zakładach służby zdrowia*. Tarnobrzeg: Tarbonus.
- Ronka-Chmielowiec, W. (2016). Ryzyko i istota ubezpieczenia, W: W. Ronki-Chmielowiec (red). *Ubezpieczenia*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.
- Stawicka, A., Stawicki R. (2020). *Pandemia COVID-19. Sytuacja w wybranych krajach europejskich*. Warszawa: Kancelaria Senatu. Biuro analiz, dokumentacji i korespondencji.
- Sztompka, P. (2007). *Socjologia. Analiza społeczeństwa*. Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy. Dz. U. 1974, 24, 141.
- World Health Organisation Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report – 13; (2020). Geneva, <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200202-sitrep-13-ncov-v3.pdf>, (dostęp: 15.05.2022).