

# Wypalenie sił w opiece nad dzieckiem niepełnosprawnym

## Implikacje w obszarze jakości życia rodziców/opiekunów

Ks. dr Paweł Brudek  
Katedra Psychologii Klinicznej  
KUL Jana Pawła II

# Kwestie definicyjne

- **Niepełnosprawność** jest zjawiskiem, które nabiera coraz większego znaczenia dla funkcjonowania współczesnego społeczeństwa.
- **Udział osób z niepełnosprawnościami w populacji globalnej** w poszczególnych krajach sięga od kilkunastu procent do 1/5 ogółu ludności
- Osoby z niepełnosprawnościami to **największa grupa mniejszościowa.**

- Precyzyjne zdefiniowanie podstawowych pojęć związanych z niepełnosprawnością nie jest łatwym i skończonym zadaniem.
- **Definicje niepełnosprawności różnią się** między sobą pod względem:
  - **stopnia**, w jakim kładą nacisk na konkretny model niepełnosprawności (np. medyczny, społeczny),
  - **stosowania opisów** interdyscyplinarnych lub opisów pojedynczych dyscyplin (np. medycyna, w celu określenia prawa do świadczenia i usług),
  - **statusu** definicji niepełnosprawności (definicje mogą być chronione przez prawo lub stanowić tylko część mechanizmu administracyjnego),
  - **celu** (np. do celów rentowych).

- W ostatnich latach zmienił się paradygmat postrzegania osób z niepełnosprawnościami (**medycznego → społecznego**), co spowodowało zmianę wizerunku tych osób (**podopieczny → pełnoprawny uczestnik życia społecznego**)
- W **modelu medycznym** osoby z niepełnosprawnościami określane były:
  - przez pryzmat biologicznych uwarunkowań i medycznych zdarzeń,
  - jako niezdolne do pełnienia ról społecznych.
- Niepełnosprawność była rozumiana jako:
  - tragedia osobista,
  - okrutne doświadczenie

- Problemy, na jakie napotykają osoby z niepełnosprawnościami, w modelu medycznym postrzegane były jako:
  - bezpośrednia konsekwencja ich choroby czy uszkodzenia.
- W rezultacie:
  - **niepełnosprawność = problem** na poziomie jednostkowym
  - **niepełnosprawność = indywidualne ograniczenie sprawności**
- Model medyczny przyczynił się do „**ukrycia**” niepełnosprawności, ponieważ jego konsekwencją było umieszczanie osób z niepełnosprawnościami (pacjentów) w instytucjach zamkniętych.
- Głównymi działaniami to **usprawnianie i pomoc**, mające na celu **dostosowanie** osoby z niepełnosprawnością do funkcjonowania w sposób zgodny z panującymi **normami społecznymi**.

- **Spoleczne (systemowe) ujęcie** niepełnosprawności akcentuje natomiast, że niepełnosprawność jest rezultatem **barier** na jakie człowiek napotyka **w społeczeństwie**.
- Zadaniem systemu wsparcia jest zatem **eliminowanie, zmniejszanie i kompensowanie barier** tak, aby każdej osobie umożliwić korzystanie z dóbr publicznych, respektując jednocześnie jej prawa i przywileje.

## **Konsekwencje** zmiany modelu **medycznego** → **społecznego**

1. nastąpiło „odbiologizowanie” zjawiska niepełnosprawności, co zmniejszyło rangę uszkodzenia organizmu
2. przeniesiono punkt ciężkości na zachowanie możliwości człowieka, czego następstwem jest postrzeganie w pierwszej kolejności osoby, a nie niepełnosprawności
3. podkreślono kontekst społeczny, czego konsekwencją jest budowanie systemu wsparcia społecznego
4. ustalono zmianę w podejściu do granic i możliwości rozwoju osoby z niepełnosprawnością

- W porządkowaniu definicji dotyczących niepełnosprawności ważną rolę odgrywa Światowa Organizacja Zdrowia (WHO).
- W 1980 roku WHO sformułowała oficjalną definicję niepełnosprawności, zawartą w Międzynarodowej Klasyfikacji Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń (ICIDH), która podkreśla trzy jej aspekty:
  - **Uszkodzenie** (*impairment*), czyli utrata lub odstępstwo od norm struktury albo funkcji psychicznej, fizjologicznej lub anatomicznej na skutek wady wrodzonej, choroby lub urazu.
  - **Niepełnosprawność** (*disability*) to ograniczenia lub brak zdolności wykonywania jakiejś czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka.
  - **Upośledzenie** (*handicap*) oznacza niekorzystną dla danej jednostki sytuację, wynikającą z ograniczenia lub niepełnosprawności, która zmniejsza lub uniemożliwia pełnienie ról społecznych uznanych za normalne dla danej jednostki.



- W 2001 roku powstała Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF).
- Niepełnosprawność została tutaj określona jako **wielowymiarowe zjawisko wynikające ze wzajemnych oddziaływań pomiędzy ludźmi a ich fizycznym i społecznym otoczeniem.**
- **Niepełnosprawność nie jest tylko właściwością** osoby, lecz zespołem warunków środowiska społecznego i fizycznego, które powodują trudności i ograniczenia osoby z niepełnosprawnością.
- Od czasu opublikowania Klasyfikacji, wiele krajów w Europie zaczęło ją stosować przy definiowaniu niepełnosprawności w medycynie, polityce społecznej i statystyce

- Nowa definicja osoby z niepełnosprawnością wprowadzona została do polskie go prawa przez ratyfikowaną w 2012 roku Konwencję Narodów Zjednoczonych o prawach osób z niepełnosprawnościami.
- ...mają **długotrwałe naruszoną sprawność fizyczną, umysłową, intelektualną lub w zakresie zmysłów, co może, w oddziaływaniu z różnymi barierami, utrudniać im pełny i skuteczny udział w życiu społecznym, na zasadzie równości z innymi osobami.**

- **Niepełnosprawność intelektualna to pojęcie stosunkowo nowe, które pojawiło się wypierając stygmatyzujące i wartościujące określenia *niedorozwój umysłowy* czy *upośledzenie umysłowe*.**
- **Niepełnosprawność intelektualna** charakteryzuje się przede wszystkim utrudnieniami w sferze **percepcyjnej i poznawczej**, powodując wolniejsze tempo uczenia się i opanowywania różnorodnych sprawności poznawczych i społecznych.
- Niepełnosprawność intelektualna **nie jest** chorobą psychiczną.
- W ciągu ostatnich kilku dekad sytuacja osób z niepełnosprawnością intelektualną na świecie, a także w Polsce, uległa dużej zmianie.

1. Zauważono, że **poprawa jakości życia** osób z niepełnosprawnością intelektualną **wpływa na ich rozwój i umiejętności życia w integracji**, co jest bardzo korzystne zarówno z punktu widzenia psychospołecznego, jak i ekonomicznego usamodzielnienia.
2. Osoby te są znacznie **rzadziej** niż dawniej **izolowane** w ośrodkach zamkniętych (domach pomocy społecznej); alternatywą stają się nowoczesne formy wsparcia (m.in. mieszkania chronione), w których mają szansę na bardziej samodzielne, niezależne życie i realizację swoich potrzeb.
3. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną coraz częściej są postrzegane jako **podmioty** wolności i praw, przestają być oceniane wyłącznie przez pryzmat niepełnosprawności, ograniczeń czy deficytów.

- W obowiązującej nadal w praktyce diagnostycznej klasyfikacji ICD-10 wciąż używane jest określenie „upośledzenie umysłowe” i w tej formie stosuje się je w medycynie oraz rehabilitacji.
- Wiąże się to z dużym rozpowszechnieniem tego nazewnictwa w międzynarodowej nomenklaturze, co pozwala na zrozumienie ich przez różne środowiska w wielu krajach.
- Jednakże współczesna literatura przedmiotu, międzynarodowe akty prawne oraz istniejąca już klasyfikacja DSM-V, używają terminu „niepełnosprawność intelektualna”.

# DSM-5

- Zalicza niepełnosprawność intelektualną do grupy zaburzeń neurorozwojowych.
- Nowe kryteria zalecają **testowanie współczynnika inteligencji** z **jednoczesnym** uwzględnianiem deficytów w **funkcjonowaniu adaptacyjnym**, ponieważ to one wpływają na osobistą niezależność i społeczną odpowiedzialność jednostki oraz w znacznym stopniu odpowiadają za problemy z wypełnianiem standardów rozwojowych i socjokulturowych

- W najnowszej edycji DSM funkcjonowanie adaptacyjne odnosi się do **trzech obszarów**, które determinują radze nie sobie z codziennymi zadaniami:
  - **Sfera koncepcyjna** do której zalicza się zdolności i umiejętności w zakresie języka, czytania, pisania, matematyki, myślenia, wiedzy i pamięci.
  - **Sfera społeczna** odnosząca się do funkcjonowania społecznego, empatii, komunikacyjnych zdolności interpersonalnych, zdolności do zawierania i podtrzymywania kontaktów społecznych.
  - **Sfera praktyczna** dotycząca samodzielności w opiece osobistej, odpowiedzialności w pracy, umiejętności gospodarowania pieniędzmi, czasem wolnym, czy organizowania zadań szkolnych

# ICD-10

*Upośledzenie umysłowe ujmowane jest jako zahamowanie lub niepełny rozwój umysłowy, wyrażający się przede wszystkim w upośledzeniu umiejętności, które ujawniają się w okresie rozwojowym i stanowią o ogólnym poziomie inteligencji, tzn. zdolności poznawczych, mowy, motorycznych i umiejętności społecznych. Może występować samodzielnie lub z innymi zaburzeniami psychicznymi i fizycznymi.*



- Najnowsza definicja niepełnosprawności intelektualnej została stworzona przez zespół specjalistów American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD), którego przewodniczącym był Robert L. Schalock.
- Według niej **niepełnosprawność intelektualna** charakteryzuje się **znaczными ograniczeniami w funkcjonowaniu intelektualnym** (dotyczącym ogólnych zdolności umysłowych, takich jak: rozumowanie, uczenie się, rozwiązywanie problemów) oraz **równocześnie w zachowaniach przystosowawczych** (które obejmują codzienne umiejętności społeczne i praktyczne). **Niepełnosprawność ta ujawnia się przed 18 rokiem życia**

## WYPALANIE SIĘ SIŁ U RODZICÓW DZIECI Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

- Jako pierwsza problemem wypalania się sił u rodziców zajęła się **Ruth Sullivan** - matka dziecka z autyzmem.
- Skłoniło ją to do analizy procesu radzenia sobie rodziców i stopniowej adaptacji rodzicielskiej, ale także było punktem wyjścia do podjęcia dyskusji na temat zagrożenia wypalaniem się.
- W **1979** roku Sullivan i jej współpracownicy przedstawili **konceptję zespołu wypalania się sił** pojawiającego się u rodziców dzieci z zaburzeniami w rozwoju.
- **Samotność, izolacja, frustracja, beznadzieja, bezradność, poczucie „schwywania w pułapkę”, brak możliwości wystąpienia znaczącej zmiany w życiu**, to charakterystyczne dla funkcjonowania rodziców cechy

- Jako zasadnicze dla wypalenia uznała **wyczerpanie opieką**, które przeanalizowała, odnosząc się do wcześniej opisanych teorii wypalenia charakteryzujących sytuacje pracy zawodowej.
- Nie były to jednak badania ilościowe.
- Sullivan skupiła się na jakościowym opisie sytuacji rodzicielskiej, co dało podstawy do dalszych analiz, jednak nie rozwiązało problemu rodzicielskiego wypalania się w bardziej globalnym wymiarze.

- Pierwszą publikacją książkową podejmującą problem wypalenia rodziców było praca terapeutów z Baltimore: J. Procacciniego i M. Kiefabera *Parent Burnout (1983)*.
- Jest ona raczej **obszernym poradnikiem** dla rodziców niż pracą ściśle naukową, ale zawiera też model wypalenia rodziców oparty na wynikach badań poprzedników (wprowadzonych tam w odniesieniu do wypalenia zawodowego pracowników sfery pomocowej) oraz w nawiązaniu do klasycznych prac Hansa Sely'ego (1956, 1974).

- Wśród badań analizujących wypalenie rodzicielskie na uwagę zasługują badania zespołu **Tadeusza Gałkowskiego**, w których uczestniczyła **Ewa Pisula**.
- Efektem tych badań jest opis przedstawiający natężenie 15 psychologicznych czynników sprzyjających wystąpieniu zespołu wypalania się sił rodziców dzieci z autyzmem i dzieci z zespołem Downa.
- W zakresie **13 czynników** rodzice dzieci z autyzmem osiągnęli **wyższe** wyniki w porównaniu z rodzicami dzieci z zespołem Downa

1. Poczucie przeciążenia sprawowaniem ciągłej opieki nad dzieckiem,
2. Poczucie osamotnienia i braku pomocy,
3. Poczucie niemożności osiągnięcia znaczących zmian w życiu,
4. Poczucie beznadziejności podejmowanych wysiłków,
5. Poczucie braku umiejętności i wiedzy na temat wychowania chorego dziecka,
6. Poczucie wyłącznej odpowiedzialności za los dziecka,
7. Poczucie bycia lekceważonym w zetknięciu z instytucjami,
8. Poczucie niejasności co do możliwości dziecka,
9. Odczuwanie złej atmosfery w domu,
10. Niechęć wobec oddania dziecka do zakładu, połączona z wyrzutami sumienia, jeśli rodzice czasem o tym myślą,
11. Rezygnacja,
12. Zmęczenie fizyczne,
13. Przeżywanie frustracji.

## Özcan Elçi (2004)

- **Cel projektu:** identyfikacja predyktorów (wybranych zmiennych demograficznych, sposobów radzenia sobie, wsparcia społecznego, postrzeganego poziomu stresu) **wypalenia sił i wzrostu posttraumatycznego** rodziców dzieci z autyzmem.
- W badaniach uczestniczyło **136 rodziców** dzieci z ASD, 58 par małżeńskich oraz 13 matek i 7 ojców, razem 71 matek i 65 ojców.
- W celu ustalenia skali i natężenia wypalenia wśród badanych rodziców, autor wykorzystał kwestionariusz **MBI Maslach** do badania wypalenia zawodowego.

## Wyniki badań

- Matki doświadczały znacząco wyższego wyczerpania emocjonalnego niż ojcowie
- Wsparcie społeczne i radzenie sobie ukierunkowane na optymistyczne rozwiązywanie problemu były znaczącymi predyktorami pourazowego wzrostu wśród matek
- Wsparcie społeczne, radzenie sobie ukierunkowane na rozwiązanie problemu, bardziej optymistyczne postrzeganie sytuacji, religijność, wiek i lata małżeństwa były znaczącymi predyktorami pourazowego wzrostu wśród ojców



## Wyniki badań

- Poziom stresu był jedynym znaczącym predyktorem zarówno wypalenia, jak i wyczerpania emocjonalnego wśród matek i ojców.
- Bezradność i samoobwinianie się były znaczącymi predyktorami ojcowskiego wypalenia się.
- Z kolei, wsparcie społeczne, ukierunkowanie na rozwiązywanie problemu, optymistyczne podejście do swojej sytuacji i poziom stresu były znaczącymi predyktorami braku osiągnięć osobistych wśród matek.
- Obecność opiekuna oraz bezradność i samoobwinianie się były znaczącymi predyktorami braku osiągnięć osobistych wśród ojców.

# Pałowska (2013)

- **Cel projektu:** analiza związku pomiędzy poziomem i strukturą zespołu wypalenia sił u rodziców dzieci z autyzmem a percepcją oferowanego im wsparcia społecznego oraz czynnikami związanymi z funkcjonowaniem rodziny.
- Analizowane zmienne:
  - poziom tego wsparcia
  - satysfakcję rodziców
  - relacje małżeńskie,
  - klimat emocjonalny i stosunki interpersonalne w rodzinie
  - Współdziałanie rodziców w opiece nad dzieckiem
  - ilość napięć i konfliktów małżeńskich.

- **Uczestnicy badań:** 68 rodziców dzieci z autyzmem (25 ojców i 43 matki).
- **Wiek badanych** mieścił się w przedziale od 29 do 60 lat. Średnia wieku w badanej grupie wyniosła 40,13 lat.
- W badaniach uczestniczyło 64 rodziców chłopców i 4 dziewczynek z autyzmem.
- **Metody:**
  - Polska adaptacja kwestionariusza Ch. Maslach *Burnout Inventory* w polskim tłumaczeniu Tadeusza Marka (2000).
  - Narzędzie to pozwala na oszacowanie poziomu wypalenia w trzech skalach:
    - „wyczerpanie emocjonalne”,
    - „depersonalizacja”
    - „obniżone poczucie dokonań osobistych”

# Wyniki badań

Tabela 2. Korelacje między wybranymi aspektami relacji interpersonalnych w rodzinie a komponentami zespołu wypalenia sił

Aspekty relacji interpersonalnych w rodzinie		Wyczerpanie emocjonalne (EE)	Depersonalizacja (DP)	Poczucie dokonań osobistych (PA)
Relacje małżeńskie	$r =$	-0,381*	-0,370	0,435
Klimat emocjonalny w rodzinie	$r =$	-0,276	-0,442	0,353
Stosunki interpersonalne w rodzinie	$r =$	-0,248	-0,388	0,344
Napięcia i konflikty małżeńskie	$r =$	0,428	0,361	-0,279
Współdziałanie rodziców w opiece nad dzieckiem	$r =$	-0,564	-0,491	0,221

\* Oznaczone współczynniki korelacji są istotne statystycznie z  $p < 0,05$ .

**Tabela 3.** Różnice w skalach MBI między grupami rodziców wyodrębnionymi z uwagi na kryterium relacji małżeńskich

Skale MBI	1 Bardzo dobre (N = 19)		2 Dobre (N = 22)		3 Przeciętne (N = 23)		Istotność różnic między grupami (1-3)	
	M	SD	M	SD	M	SD	F	p Test Tukeya HSD
Wyczerpanie emocjonalne (EE)	16,21	10,92	27,09	12,39	28,09	12,35	6,096	,004
Depersonalizacja (DP)	4,53	4,27	8,45	6,67	9,43	5,38	4,376	,017
Poczucie dokonań osobistych (PA)	34,16	6,41	30,41	7,23	25,74	8,67	6,538	,003
MANOVA: $F = 3,62$ ; $df_1 = 6$ ; $df_2 = 118$ ; $p < 0,002$								

**Tabela 4.** Różnice w skalach MBI między grupami rodziców wyodrębnionymi z uwagi na kryterium klimatu emocjonalnego w rodzinie

Skale MBI	1 Bardzo dobry (N = 6)		2 Dobry (N = 43)		3 Przeciętny (N = 17)		Istotność różnic między grupami (1-3)	
	M	SD	M	SD	M	SD	F	p
Wyczerpanie emocjonalne (EE)	15,33	8,66	24,19	12,66	29,65	13,69	2,970	0,059
Depersonalizacja (DP)	2,17	1,60	7,26	5,49	11,82	6,86	7,388	0,001
Poczucie dokonań osobistych (PA)	37,17	4,49	30,21	7,94	26,65	8,18	4,134	0,021
MANOVA: $F = 3,15$ ; $df_1 = 6$ ; $df_2 = 122$ ; $p < 0,007$								

**Tabela 5.** Różnice w skalach MBI między grupami rodziców wyodrębnionymi z uwagi na kryterium stosunków interpersonalnych w rodzinie

Skale MBI	1 Bardzo dobre (N = 5)		2 Dobre (N = 43)		3 Przeciętne (N = 20)		Istotność różnic między grupami (1–3)	
	M	SD	M	SD	M	SD	F	p
Wyczerpanie emocjonalne (EE)	15,00	10,75	24,23	11,92	28,80	14,26	2,569	,084
Depersonalizacja (DP)	2,20	1,64	7,30	5,49	11,25	6,77	6,051	,004
Poczucie dokonań osobistych (PA)	35,60	4,93	30,95	7,22	25,85	8,99	4,571	,014
MANOVA: $F = 2,89$ ; $df_1 = 6$ ; $df_2 = 126$ ; $p < 0,01$								

Tabela 6. Korelacja między wsparciem społecznym a komponentami zespołu wypalenia sił

Czynniki społeczne		Wyczerpanie emocjonalne (EE)	Depersonalizacja (DP)	Poczucie dokonań osobistych (PA)
Sieć wsparcia (SSQSR1)	r =	-0,158	-0,346*	0,182
	p <	0,209	0,005	0,148
Siła satysfakcji ze wsparcia (SSQSR2)	r =	-0,191	-0,366	0,206
	p <	0,128	0,003	0,099

\* Oznaczone współczynniki korelacji są istotne statystycznie



**Tabela 7.** Różnice w skalach MBI między grupami rodziców wyodrębnionymi z uwagi na kryterium subiektywnej oceny wsparcia społecznego

Skale MBI	Mam odpowiednie wsparcie (N = 21)		Nie mam odpowiedniego wsparcia (N = 47)		t	p
	M	SD	M	SD		
Wyczerpanie emocjonalne (EE)	17,35	9,83	28,09	12,89	3,33	0,001
Depersonalizacja (DP)	3,60	3,75	9,87	6,07	5,14	0,000
Poczucie dokonań osobistych (PA)	33,05	6,21	28,38	8,49	2,21	0,030

## ZJAWISKO ZESPOŁU „WYPALANIA SIĘ SIĘ” U MATEK DZIECI NIEPEŁNOSPRAWNYCH

- Matki opiekujące się dziećmi niepełnosprawnymi - należą do tej grupy kobiet, która jest szczególnie narażona na zwielokrotnione przeżywanie niepokojów wychowawczych i znoszenie wielu trudów wynikających z ich macierzyńskiej roli.
- „...trudne macierzyństwo wyraża się negatywnymi przeżyciami stanami emocjonalnymi matki, jej dylematami moralnymi oraz zaburzeniami tworzenia macierzyńskiej roli” (A. Maciarz, 2004, s. 24).

## Psychospołeczne funkcjonowanie matek dzieci niepełnosprawnych

- Bezsilność
- Sytuacja kryzysowa → silne emocje negatywne
- Zbytne emocjonalne obciążenie negatywnymi i przykrymi doświadczeniami
- Przeżywanie permanentnego żalu, smutku, poczucia winy
- Konieczność akceptacji niepełnosprawności dziecka
- Trwała i generalna zmiana sytuacji socjalnej i egzystencjalnej
- Rezygnacja z siebie, ze swojej pracy zawodowej, z własnych planów, zamierzeń, z inwestowania we własny rozwój

## Psychospołeczne funkcjonowanie matek dzieci niepełnosprawnych

- Rezygnacja z życia towarzyskiego
- Brak poczucia bycia pełnowartościową kobietą
- Chroniczne zmęczenie/zirytowanie/podenerwowanie
- Konieczność podejmowania roli terapeutki/pielęgniarki/opiekunki
- Przyjmowanie całkowitego ciężaru opieki
- Nadmierna ilość obowiązków → izolacją, utratą pewnych zdolności osobowości (autonomii własnego życia) czy nawet zatraceniem poczucia realności życia
- Największe ryzyko obciążenia przykrymi stanami emocjonalnymi ciąży na samotnych matkach, pozostających nierzadko bez żadnego wsparcia

## Psychospołeczne funkcjonowanie matek dzieci niepełnosprawnych

- Stała koncentracja na DN nieustannie zaangażowane w jego sprawy → **przeciążenie psychiczne → długotrwały wysiłek psychiczny jak też fizyczny → WYPALNIE SIĘ**
- Długotrwałe **przeciążenie opiekunów** niepełnosprawnością potomka, mogą w konsekwencji doprowadzić do obniżenia ich immunologicznej bariery a co za tym idzie nawet do **ciężkiej choroby**.
- Możliwość wystąpienia zespołów/zaburzeń psychosomatycznych
- Wycofanie z domowych obowiązków/drastyczne ich zaniedbywanie
- Negatywne postrzegania dziecka/oddanie go do zakładów specjalistycznych

# Bujak (2013)

Tabela 1. Stopień nasilenia symptomów zespołu „wypalania się sił” u badanych matek

Lp.	Stopień nasilenia	N	%	Matki wychowujące dzieci z partnerem		Matki samotnie wychowujące dzieci	
				N	%	N	%
1	Wysoki	-	-	-	-	-	-
2	Umiarkowany	3	11	2	9	1	25
3	Niski	9	35	8	36	1	25
4	Bardzo niski	14	54	12	55	2	50
Ogółem		26	100	22	100	4	100

Źródło: badania własne.

Wykres 1. Wskaźniki stopnia nasilenia symptomów „wypalania się sił” badanych kobiet

