

Pielęgniarki i pielęgniarstwo dla zdrowia nas wszystkich

Edyta Kędra, Dorota Milecka, Elżbieta Garwacka – Czachor,
Piotr Jerzy Gurowiec



Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Głogowie

Głogów 2023

PIEŁĘGNIARKI I PIEŁĘGNIARSTWO DLA ZDROWIA NAS WSZYSTKICH

pod redakcją:

dr n. med. Edyta Kędra

dr n. o zdr. Dorota Milecka

dr n. med. Elżbieta Garwacka – Czachor

dr n. oz dr. Piotr Jerzy Gurowiec

Głogów 2023

RECENZENCI

dr hab. Mariola Głowacka. prof. UMK
prof. dr hab. n. o zdr. Joanna Rosińczuk

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Głogowie
67-200 Głogów, ul. Piotra Skargi 5
tel.: 76 832 04 22
tel./fax: 76 835 35 82
e-mail: wydawnictwo@pans.glogow.pl
www.pans.glogow.pl

ISBN

978-83-63349-27-1

Copyright 2023 © by PANS w Głogowie

Projekt okładki i skład:
Edyta Kędra
Elżbieta Garwacka-Czachor
Dorota Milecka
Piotr Jerzy Gurowiec

Za zgodność z prawami autorskimi użytych w tekście cytowań, fotografii, rycin i tabel odpowiedzialność ponoszą autorzy poszczególnych rozdziałów.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie, przedrukowywanie i rozpowszechnianie całości lub fragmentów niniejszej pracy bez zgody wydawcy zabronione.

AUTORZY

Iwona Adamska – Kuźmicka, dr n. med.

Zakład Podstaw Pielęgniarstwa, Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Beata Babiarczyk, dr n. oz dr.

Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej

Karolina Baszyńska, lic. piel.

Studentka Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Głogowie, kierunek pielęgniarstwo, studia II stopnia, Przewodnicząca Studenckiego Koła Naukowego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego

Anna Bogdańska, lic.

absolwentka kierunku ratownictwo medyczne studia I stopnia, Uniwersytet Medyczny w Lublinie; studentka 3 roku pielęgniarstwa I stopnia, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Barbara Bogdańska, mgr

Szkoła Doktorska Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Wydział Farmaceutyczny, Katedra i Zakład Syntezy i Technologii Chemicznej Środków Leczniczych

Adriana Borodzicz, mgr

Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Arkadiusz Borowiecki

Student Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Głogowie, kierunek pielęgniarstwo, studia I stopnia

Ewa Buczko, mgr

Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Ochrony Zdrowia, Wydział Nauk Społecznych, Humanistycznych i Ochrony Zdrowia, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Przemyślu

Dominika Chambon MA, MBA, PMP,

PTC-Corporate Experience Center in Boston (Ma) US

Agata Chmielewska

Studenckie Koło Chirurgiczne przy Zakładzie Chirurgii i Pielęgniarstwa Chirurgicznego Katedra Pielęgniarstw Zabiegowych, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Gabriela Czerwińska, mgr

Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Beskidzkie Centrum Onkologii - Szpital Miejski im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej

Patrycja Czyż, mgr piel.

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Głogowie, Instytut Medyczny, kierunek pielęgniarstwo

Alicja Diak, dr n. med. i n. o zdr.

Instytut Medyczny Podhalańska Państwowa Uczelnia Zawodowa w Nowym Targu; Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno – Rehabilitacyjny w Zakopanem

Hanna Dobrowolska, dr n. o zdr.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Katowicach; Akademia WSB Dąbrowa Górnicza Katedra Nauk o Zdrowiu

Alicja Downar, lic. piel.

Absolwentka Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Głogowie, Instytut Medyczny, kierunek pielęgniarstwo, studia I stopnia

Jolanta Dyndur, dr n. o zdr.

Państwowa Uczelnia Zawodowa im. Prof. Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu

Małgorzata Dziura, mgr

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Krośnie

Anna Fąfara, dr n. o zdr.

Uniwersytet Rzeszowski, Instytut Nauk o Zdrowiu

Kinga Fecko – Gałowicz, mgr piel.

Podhalańska Państwowa Uczelnia Zawodowa w Nowym Targu, Instytut Medyczny

Wiktor Filipowski

Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Interny i Pielęgniarstwa Internistycznego Katedra Pielęgniarstw Zachowawczych, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Małgorzata Fraś, dr n. o zdr.

Akademia Techniczno-Humanistyczna Bielsko-Biała, Wydział Nauk o Zdrowiu

Katarzyna Gaćkowska, mgr

Zakład Chirurgii i Pielęgniarstwa Chirurgicznego Katedra Pielęgniarstw Zabiegowych, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Elżbieta Garwacka – Czachor, dr n. med.

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Głogowie, Instytut Medyczny, kierunek pielęgniarstwo

Piotr Glegoła, lic. piel.

Wydział Nauk o Człowieku, Lubelska Akademia WSEI

Piotr Jerzy Gurowiec, dr n. oz dr.

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Głogowie, Instytut Medyczny, kierunek Pielęgniarstwo; Klinika Elektrokardiologii i Niewydolności Serca Katedra Elektrokardiologii Wydział Nauk o Zdrowiu Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Ewa Guz, dr n. o zdr.

Wydział Nauk o Człowieku, Lubelska Akademia WSEI

Beata Guzak, dr n. med.

Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie

Wioleta Halczuk – Gorzelnik

Collegium Witelona Uczelnia Państwowa w Legnicy, kierunek pielęgniarstwo, studia I stopnia

Aneta Hałat

Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej

Marlena Janko, mgr

Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Beata Jarząbek

Wydział Nauk o Człowieku Lubelska Akademia WSEI

Iwona Jastrzębska, dr n. med.

Zakład Interny i Pielęgniarstwa Internistycznego Katedra Pielęgniarstw Zachowawczych, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Aleksandra Jędrysek

Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Monika Kadlubowska, dr

Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Halina Kalandyk, dr n. oz dr.

Państwowa Uczelnia Zawodowa im. Prof. Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu

Sylwia Kamińska, mgr piel.

Blok Operacyjny, Szpital Wolski w Warszawie

Katarzyna Kanadys, dr n. med. prof. UM

Zakład Pielęgniarstwa Położniczo- Ginekologicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Magdalena Karpińska, mgr piel.

Miejskie Centrum Zdrowia w Lublinie, Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego

Edyta Kędra, dr n. med.

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Głogowie, Instytut Medyczny, kierunek pielęgniarstwo

Jolanta Kolonko, dr n. o zdr.

Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Tomasz Kolonko

Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Justyna Kopycka, mgr

psycholog kliniczny, Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Radomiu

Monika Korbel – Pawlas, mgr piel.

Instytut Medyczny, Podhalańska Państwowa Uczelnia Zawodowa

Daria Kościewicz, lic. piel.

absolwentka Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Głogowie, kierunek pielęgniarstwo, studia I stopnia, członek Studenckiego Koła Naukowego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa przy PWSZ w Głogowie

Aneta Kościołek, dr n. o zdr.

Zakład Podstaw Pielęgniarstwa, Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Anna Krakowiak – Burdzy, dr n. o zdr.

Uniwersytet Rzeszowski, Instytut Nauk o Zdrowiu

Bożena Krawczyk, dr

Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Katarzyna Kroczyk, mgr piel.

Akademia Techniczno-Humanistyczna Bielsko-Biała, Wydział Nauk o Zdrowiu

Sylwia Krzemińska, dr hab. n. med. i n. o zdr.

Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Beata Kubica

Akademia Techniczno-Humanistyczna Bielsko-Biała, Wydział Nauk o Zdrowiu

Beata Kudłacik, dr n. med. i dr n. o zdr.

Akademia Techniczno-Humanistyczna Bielsko-Biała, Wydział Nauk o Zdrowiu

Martyna Kutkowska

Studenckie Koło Naukowe „Pasjonatów Sztuki Położniczej” przy Zakładzie Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Paulina Łakota,

Scanmed Sport, Żory

Wioletta Ławska, dr n. med.

Podhalańska Państwowa Uczelnia Zawodowa w Nowym Targu, Instytut Medyczny

Samanta Mazur

Studentka Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Głogowie, kierunek pielęgniarstwo, studia I stopnia

Artur Metera, dr n. med.

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Głogowie, Instytut Medyczny, kierunek pielęgniarstwo

Anna Michalik, dr n. o zdr.

Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Dorota Milecka, dr n. o zdr.

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Głogowie, Instytut Medyczny, kierunek pielęgniarstwo

Mariola Mróz, dr n. o zdr.

Zakład Opieki Specjalistycznej w Położnictwie, Katedra Rozwoju Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Małgorzata Pabiś, dr n. med.

Zakład Podstaw Pielęgniarstwa, Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Sandra Paćkowska

Studenckie Koło Naukowe „Pasjonatów Sztuki Położniczej” przy Zakładzie Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Joanna Palki, mgr piel.

Akademia Techniczno-Humanistyczna Bielsko-Biała, Wydział Nauk o Zdrowiu

Lidia Paś

Studentka Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Głogowie, kierunek pielęgniarstwo, studia I stopnia

Andrzej Pawlak, mgr piel.

Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Joanna Piechowska, dr n. o zdr.

Akademia Nauk Stosowanych Wincentego Pola w Lublinie; Katedra Położnictwa

Iga Pikuła, mgr

Akademia Nauk Stosowanych Wincentego Pola w Lublinie; Katedra Położnictwa

Kinga Pochopień, mgr piel.

Beskidzkie Centrum Onkologii-Szpital Miejski im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej

Maria Póltorak, mgr piel.

Podhalańska Państwowa Uczelnia Zawodowa w Nowym Targu, Instytut Medyczny

Zuzanna Przybylska

Studentka Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Głogowie, kierunek pielęgniarstwo, studia I stopnia

Izabela Przybyło

Studentka kierunku Pielęgniarstwo, Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Bogusława Ryś, mgr piel.

Akademia Techniczno-Humanistyczna Bielsko-Biała, Wydział Nauk o Zdrowiu

Barbara Siedlecka

Wydział Nauk o Człowieku Lubelska Akademia WSEI, Studenckie Koło Naukowe przy Monoprofilowym Centrum Symulacji Medycznej

Małgorzata Sieniawska, mgr

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Krośnie

Daria Sieniawska

Uniwersytet Rzeszowski Kolegium Nauk Medycznych

Julia Sieniawska

Uniwersytet Rzeszowski Kolegium Nauk Medycznych

Kornelia Skoczylas, dr n. med. i n. o zdr.

Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku Białej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Anita Sokolowska – Mikityn, lic. piel.

Absolwentka Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Głogowie, kierunek pielęgniarstwo, studia I stopnia

Grażyna Stadnicka, dr n. med., prof. UM

Zakład Pielęgniarstwa Położniczo- Ginekologicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Jolanta Sulek, dr n. med. i n. o zdr.

Instytut Medyczny, Podhalańska Państwowa Uczelnia Zawodowa w Nowym Targu; Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno – Rehabilitacyjny w Zakopanem

Mariusz Sutryk, mgr piel.

Wydział Nauk o Człowieku, Lubelska Akademia WSEI

Edyta Szydło, dr

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Krośnie

Ewelina Ścipień, mgr

Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie

Aleksandra Świdorska, lic. piel.

Absolwentka Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Głogowie, kierunek pielęgniarstwo, studia I stopnia

Anna Umińska

Studenckie Koło Naukowe „Pasjonatów Sztuki Położniczej” przy Zakładzie Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Magdalena Uryga, mgr

Instytut Medyczny, Podhalańska Państwowa Uczelnia Zawodowa w Nowym Targu

Jan Walczuk

Student Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Głogowie, kierunek pielęgniarstwo, studia I stopnia

Emilia Wawszczak, dr n. o zdr.

Wydział Medyczny. Collegium Medicum. UKSW w Warszawie

Iwona Wielgosz

Studentka kierunku Pielęgniarstwo, Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Paulina Wieszczyk, lic. piel.

absolwentka Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Głogowie, kierunek pielęgniarstwo, studia I stopnia

Adrian Wilk

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie Wydział Nauk o Zdrowiu

Alicja Wolińska

Studentka Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Głogowie, kierunek pielęgniarstwo, studia I stopnia

Kinga Wójcik

Wydział Nauk o Człowieku, Studenckie Koło Naukowe przy Monoprofilowym Centrum Symulacji Medycznej, Lubelska Akademia WSEI

Katarzyna Zalewska, mgr

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Krośnie

Ewa Zaród

Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej, Wydział Nauk o Zdrowiu

Emilia Zielińska

Wydział Nauk o Człowieku Lubelska Akademia WSEI, Studenckie Koło Naukowe przy Monoprofilowym Centrum Symulacji Medycznej

Amelia Żachowska

Studentka Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Głogowie, kierunek pielęgniarstwo, studia I stopnia

Kinga Żurawska vel Dziurawiec, dr n. med.

Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Ochrony Zdrowia, Wydział Nauk Społecznych, Humanistycznych i Ochrony Zdrowia, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Przemyślu

Szanowni Państwo,

Monografia, którą oddajemy do Państwa dyspozycji zawiera wystąpienia zaprezentowane w czasie II Ogólnopolskiej Konferencji Naukowo – Szkoleniowej pt.: „Pielęgniarki i pielęgniarstwo dla zdrowia nas wszystkich” zorganizowanej w dniach 19-20 kwietnia 2023 roku przez Instytut Medyczny PWSZ w Głogowie, Koło Naukowe PTP nauczycieli akademickich przy PWSZ w Głogowie, Studenckie Koło Naukowe PTP przy PWSZ w Głogowie.

Układ tematyczny monografii wpisuje się w najbardziej aktualne zagadnienia dotyczące zdrowia i choroby, pielęgniarstwa i pielęgniarek.

Zagadnienia dotyczące pandemii COVID -19 w dalszym ciągu stanowią istotny temat badań naukowych, co także widoczne było w czasie naszej konferencji. Wpływ pandemii na życie społeczeństwa, jakość opieki pielęgniarskiej, postawy wobec personelu pielęgniarskiego, a także na jakość kształcenia zawodowego znajdują odzwierciedlenie w badaniach naukowych zaprezentowanych w pierwszym rozdziale monografii.

Ważnym zagadnieniem poruszonym w czasie konferencji było kształcenie przed- i podyplomowe pielęgniarek. Możliwości i wyzwania kształcenia podyplomowego przedstawiła dr n. med. Beata Guzak - Dyrektor CKPPiP w Warszawie. Dopełnieniem było wystąpienie dotyczące znaczenia kształcenia dla rozwoju zawodowego pielęgniarek i położnych. Natomiast kształcenie przeddyplomowe zostało przedstawione z perspektywy studentów pielęgniarstwa w badaniu dotyczącym opinii studentów pielęgniarstwa na temat przebiegu zajęć prowadzonych w ramach symulacji medycznej niskiej wierności.

Obszerny rozdział w monografii dotyczy aspektów związanych z opieką pielęgniarską zaprezentowaną w badaniach opartych na studium przypadku, a także sondażu diagnostycznym z wykorzystaniem narzędzi standaryzowanych oraz kwestionariuszy autorskich. Tematyka rozdziału obejmuje badania dotyczące: jakości życia pacjentów, akceptacji choroby, roli pielęgniarki w bezpośredniej opiece nad pacjentami z różnymi jednostkami chorobowymi, a także działań profilaktycznych skierowanych na wczesne wykrywanie chorób m.in. raka piersi i dolnego odcinka przewodu pokarmowego.

Odrębny rozdział w monografii poświęcony został otwartej opiece zdrowotnej ze szczególnym podkreśleniem wagi i możliwości opieki koordynowanej. W rozdziale tym przedstawione są także casusy z wykorzystaniem studium przypadku w zakresie opieki pielęgniarskiej wobec pacjentki z wyłonioną stomią jelitową oraz wobec pacjentki z raną przewlekłą.

Całość monografii zamyka tematyka związana z etyką i odpowiedzialnością zawodową. Poruszone zostały także kwestie związane z występowaniem zagrożeń na stanowisku pracy pielęgniarki: dolegliwości ze strony kręgosłupa czy występowanie wypalenia zawodowego. Podjęto również tematy dotyczące bezpieczeństwa pacjenta w kontekście zdarzeń niepożądanych oraz znaczenia relacji interpersonalnych pomiędzy pielęgniarką a pacjentem hospitalizowanym. Rozdział kończy wystąpienie „Pielęgniarka multikulti. Kompetencje vs wyzwania”, stanowiące opis oczekiwań wobec pielęgniarki w związku z zmieniającym się otoczeniem kulturowym oraz technologicznym.

Zachęcamy Państwa do zapoznania się z bogatą w różnorodność tematyczną monografią pokonferencyjną, której wartością jest aktualność zagadnień oraz naturalna chęć dzielenia się wiedzą, za co serdecznie dziękujemy Wszystkim Autorom nadesłanych prac.

*Edyta Kędra,
Dorota Milecka,
Elżbieta Garwacka-Czachor,
Piotr Jerzy Gurowiec*

SPIS TREŚCI

Pandemia COVID-19 i jej wpływ na społeczeństwo, pielęgniarstwo oraz pielęgniarki	18
Postawy rodziców wobec szczepienia dzieci przeciw COVID-19 w wybranych placówkach medycznych na terenie małopolski	19
<i>Magdalena Uryga, Jolanta Sulek, Monika Korbel Pawlas</i>	
Myśli i tendencje samobójcze wśród dzieci i młodzieży w pandemii Covid-19 – przegląd literatury	28
<i>Wioletta Ławska, Maria Półtorak, Kinga Fecko – Gałowicz</i>	
Wpływ pandemii COVID-19 na pracę personelu pielęgniarstwa na oddziałach zabiegowych	40
<i>Wiktor Filipowski, Agata Chmielewska, Iwona Jastrzębska, Katarzyna Gaćkowska</i>	
Skutki zdrowotne i ekonomiczne wynikające z pandemii COVID-19	49
<i>Anna Krakowiak-Burdzy, Anna Fafara</i>	
Wpływ pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne wśród personelu pielęgniarstwa	58
<i>Wioletta Halczuk-Gorzelnik</i>	
Covid-19, zakrzepica i ciąża	69
<i>Kinga Żurawska vel Dziurawiec, Małgorzata Pabiś, Ewa Buczko</i>	
Stres w pracy i sposoby radzenia sobie z nim wśród pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach szpitalnych w dobie pandemii Covid - 19	77
<i>Halina Kalandyk, Jolanta Dyndur</i>	
Ocena jakości opieki w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w dobie pandemii COVID-19	84
<i>Piotr Glegoła, Ewa Guz, Kinga Wójcik, Mariusz Sutryk</i>	
Zachowania agresywne wobec pracowników ochrony zdrowia podczas pandemii COVID-19	94
<i>Emilia Wawszczak, Sylwia Kamińska</i>	
Ocena wpływu pandemii Covid- 19 na jakość kształcenia zawodowego przez studentów kierunków medycznych Podhalańskiej Państwowej Uczelni Zawodowej w Nowym Targu	107
<i>Alicja Diak, Jolanta Sulek, Magdalena Uryga</i>	
Opieka pielęgniarstwa nad pacjentem z zakażeniem COVID-19 wymagającym wysokoprzepływową tlenoterapii donosowej – studium przypadku	121
<i>Magdalena Karpińska</i>	
Poziom zaufania społecznego do pielęgniarek w sytuacji pandemii SARS-CoV-2	137
<i>Beata Jarząbek Ewa Guz, Barbara Siedlecka Mariusz Sutryk</i>	
Kształcenie przed i podyplomowe pielęgniarek – możliwości i wyzwania ostatnich lat	145
Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych - możliwości i wyzwania	146
<i>Beata Guzak, Ewelina Ścipień</i>	
Opinie studentów pielęgniarstwa na temat przebiegu zajęć prowadzonych w ramach symulacji medycznej niskiej wierności	165
<i>Dorota Milecka</i>	

Znaczenie kształcenia podyplomowego dla rozwoju zawodowego pielęgniarek i położnych	186
<i>Hanna Dobrowolska, Piotr Gurowiec, Edyta Kędra</i>	
Zdrowie społeczeństwa w badaniach naukowych w pielęgniarstwie	202
Wpływ aktywności fizycznej na zdrowie osób starszych	203
<i>Martyna Kutkowska, Sandra Paćkowska, Anna Umińska, Katarzyna Kanadys, Grażyna Stadnicka</i>	
Rola pielęgniarki w profilaktyce raka piersi	214
<i>Anna Umińska, Sandra Paćkowska, Martyna Kutkowska, Grażyna Stadnicka, Katarzyna Kanadys</i>	
Badanie przesiewowe jako złoty standard postępowania w profilaktyce chorób dolnego odcinka przewodu pokarmowego	226
<i>Marlena Janko, Monika Kadłubowska, Bożena Krawczyk</i>	
Wybrane aspekty jakości życia pacjentów z chorobą refluksową przełyku	238
<i>Aleksandra Jędrysek, Monika Kadłubowska, Bożena Krawczyk, Jolanta Kolonko</i>	
Obszary problemowe diabetyków leczonych insuliną	250
<i>Gabriela Czerwińska, Kornelia Skoczylas, Beata Babiarczyk</i>	
Wpływ wybranych czynników socjodemograficznych na postawy zdrowotne- doniesienia wstępne	264
<i>Jolanta Kolonko, Tomasz Kolonko, Monika Kadłubowska, Anna Michalik, Ewa Zaród</i>	
Styl życia preferowany w okresie prokreacji	278
<i>Joanna Piechowska, Iga Pikula</i>	
Wykształcenie rodziców a wybrane zachowania zdrowotne uczniów	289
<i>Małgorzata Sieniawska, Małgorzata Dziura, Edyta Szydło, Katarzyna Zalewska, Daria Sieniawska, Julia Sieniawska, Adrian Wilk</i>	
Metody i znaczenie badań prenatalnych w medycynie	303
<i>Sandra Paćkowska, Mariola Mróz, Grażyna Stadnicka, Anna Umińska, Martyna Kutkowska</i>	
Menopauza – zmiany zachodzące w organizmie kobiety i ich wpływ na życie codzienne	317
<i>Anna Bogdańska, Barbara Bogdańska, Justyna Kopycka</i>	
Jakość życia pacjentów 5 lat po zawale mięśnia sercowego – doniesienie wstępne	329
<i>Anna Michalik, Beata Kubica, Katarzyna KroczeK</i>	
Akceptacja choroby u pacjentów poddawanych chemioterapii z powodu nowotworu jelita grubego	345
<i>Małgorzata Fraś, Beata Kudlacik, Joanna Palki, Kornelia Skoczylas, Katarzyna KroczeK, Bogusława Rys</i>	
Rola pielęgniarki w opiece okołoperacyjnej nad pacjentem z kamicą pęcherzyka żółciowego-studium przypadku	352
<i>Paulina WieszczeK, Patrycja Czyż</i>	
Zatrucie lekami znieczulenia miejscowego - studium przypadku	365
<i>Jolanta Sulek, Magdalena Uryga</i>	
Istota pielęgnowania pacjenta z porażeniem czterokończynowym z uszkodzeniem rdzenia kręgowego po wypadku komunikacyjnym	372
<i>Emilia Zielińska, Mariusz Sutryk</i>	

Zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem z chorobą Parkinsona	382
<i>Iwona Wielgosz, Izabela Przybyło, Aneta Kościółek, Iwona Adamska-Kuźmicka</i>	
Specyfika opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z chorobą afektywną dwubiegunową – studium przypadku	393
<i>Karolina Baszyńska, Elżbieta Garwacka-Czachor</i>	
Świadomość zdrowotna społeczeństwa i znaczenie zdrowia w aspekcie epigenetyki	411
<i>Anna Krakowiak-Burdzy, Anna Fafara</i>	
Ocena bio-psycho-społecznego funkcjonowania chorych z zespołem bezdechu śródsewnego	421
<i>Aneta Hałat, Beata Babiarczyk</i>	
Powikłania poszczepienne	435
<i>Jolanta Sulek, Magdalena Uryga, Alicja Diak</i>	
Satysfakcja rodziców z opieki pielęgniarskiej nad dziećmi hospitalizowanymi w oddziałach chirurgicznych	445
<i>Andrzej Pawlak, Adriana Borodziej, Sylwia Krzemińska</i>	
Przyjęcia pacjentów do szpitala a występowanie zachowań agresywnych	458
<i>Anna Krakowiak-Burdzy, Anna Fafara</i>	
Analiza uzależnienia od nikotyny i motywacji do rzucenia palenia u pacjentów z przewlekłymi chorobami układu oddechowego	469
<i>Paulina Łakota, Katarzyna Kroczyk, Beata Babiarczyk</i>	
Potencjał i autonomia pielęgniarek w otwartej opiece zdrowotnej	482
Pielęgniarka i pielęgniarstwo w opiece koordynowanej	483
<i>Edyta Kędra, Piotr Jerzy Gurowiec</i>	
Wpływ choroby przewlekłej na jakość życia pacjentów POZ	492
<i>Kinga Żurawska vel Dziurawiec, Małgorzata Pabiś</i>	
Zadania pielęgniarki rodzinnej wobec pacjentki z wylonioną stonią jelitową z powodu raka jelita grubego – studium przypadku	500
<i>Anita Sokółowska-Mikityn, Elżbieta Garwacka-Czachor</i>	
Opieka pielęgniarska nad pacjentką z raną przewlekłą w warunkach domowych	519
<i>Alicja Downar, Edyta Kędra</i>	
Model opieki nad 93-letnim pacjentem z rozpoznaną chorobą Parkinsona w środowisku domowym	538
<i>Katarzyna Kroczyk, Kornelia Skoczylas, Anna Michalik, Małgorzata Fraś, Beata Kudłacik, Kinga Pochopień</i>	
Wartości i wyzwania opieki pielęgniarskiej w kontekście rozwoju nowoczesnych technologii i odpowiedzialności zawodowej	551
Paulina Palczak – zapomniana Laureatka Medalu im. Florence Nightingale z Dolnego Śląska	552
<i>Karolina Baszyńska, Elżbieta Garwacka-Czachor</i>	

Ocena występowania i nasilenia niesprawności kręgosłupa w odcinku szyjnym i lędźwiowym u pielęgniarek anestezjologicznych	558
<i>Sylvia Krzemińska, Andrzej Pawlak, Adriana Borodziej</i>	
Satysfakcja z pracy czy wypalenie zawodowe- co częściej towarzyszy pracy pielęgniarek? Dyskusja w ramach debaty oksfordzkiej studentów pielęgniarstwa	573
<i>Dorota Milecka, Elżbieta Garwacka-Czachor, Aleksandra Świdorska, Daria Kościewicz, Zuzanna Przybylska, Amelia Żachowska, Alicja Wolińska, Jan Walczuk, Lidia Paś, Samanta Mazur, Arkadiusz Borowiecki</i>	
Relacje interpersonalne pomiędzy pielęgniarką a pacjentem hospitalizowanym	594
<i>Anna Krakowiak-Burdzy, Anna Fafara</i>	
Znajomość zapisów i stopień przestrzegania Kodeksu etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej	605
<i>Elżbieta Garwacka-Czachor, Dorota Milecka, Edyta Kędra, Karolina Baszyńska</i>	
Zdarzenia niepożądane w praktyce pielęgniarstwa	625
<i>Edyta Kędra, Piotr Jerzy Gurowiec, Hanna Dobrowolska</i>	
Pielęgniarka multikulti. Kompetencje vs wyzwania	634
<i>Artur Metera, Dominika Chambon</i>	

**PANDEMIA COVID-19 I JEJ WPŁYW
NA SPOŁECZEŃSTWO,
PIEŁĘGNIARSTWO ORAZ
PIEŁĘGNIARKI**

POSTAWY RODZICÓW WOBEC SZCZEPIENIA DZIECI PRZECIW COVID-19 W WYBRANYCH PLACÓWKACH MEDYCZNYCH NA TERENIE MAŁOPOLSKI

MAGDALENA URYGA, JOLANTA SUŁEK, MONIKA KORBEL PAWLAS

Wstęp. W 2019 roku czas zatrzymał się na chwilę, gdy świat obiegła informacja o nowej chorobie wywołanej przez nieznanego wcześniej wirusa SARS-CoV-2. Choroba ta miała bardzo różnorodny przebieg: od łagodnej postaci bezobjawowej poprzez umiarkowaną i ciężką, aż do bardzo ciężkiej ostrej niewydolności oddechowej – ARDS. Jej śmiertelność oceniana była na ~2-3%, a wśród pacjentów hospitalizowanych sięgała nawet do 72% [1]. W związku z tym w marcu 2020 roku rozpoczęto intensywne badania nad pierwszymi szczepionkami, a pierwsze szczepienia wykonano już w grudniu 2020 roku [2]. U dzieci przebieg choroby wydaje się być łagodniejszy, niska jest chorobowość i śmiertelność, jednak schorzenie to wiąże się z ryzykiem powikłań, w postaci wieloukładowego zespołu zapalnego (Paediatric Inflammatory Multisystem Syndrome – PIMS) [3]. Zespół ten po raz pierwszy został opisany w maju 2020 roku. Występuje po 2-4 a nawet do 6 tygodni od zakażenia, cechuje się dużą dynamiką i nasileniem, może pojawić się nawet po przebyciu bezobjawowym [3,4]. Najczęstszymi powikłaniami są zaburzenia kardiologiczne, zapalenie mięśnia sercowego, tętniaki tętnic wieńcowych, wstrząs, a śmiertelność tego zespołu sięga do 2% [4]. Innym powikłaniem, do jakiego może dojść po przebyciu COVID-19 jest rozregulowanie homeostazy glukozy, a następstwem może być wystąpienie nowej postaci cukrzycy [5]. Cukrzyca wywołana u pacjentów po COVID-19 ma wyższe wskaźniki śmiertelności i gorsze wyniki [5]. Aby zapobiec tym powikłaniom, a także zmniejszyć możliwość rozprzestrzeniania się wirusa w Polsce wprowadzane są stopniowo szczepienia w różnych grupach dzieci. Najpierw wprowadzono szczepienia w grupie młodzieży powyżej 12 roku życia, później grupę szczepionych rozszerzono o dzieci od 5 do 11 roku życia, a od 12 grudnia 2022 roku można szczepić dzieci już od 6 miesiąca życia szczepionką Comirnaty [6].

Cel. Celem badania było zbadanie postaw rodziców wobec szczepienia dzieci przeciw COVID-19 w wybranych placówkach medycznych na terenie Małopolski.

Materiał i metoda. W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego za pomocą skonstruowanej ankiety. Badanie przeprowadzono w 2 placówkach medycznych w Nowym Targu w 1 placówce w Nowym Sączu, w 2 ośrodkach w Zakopanem i 1 w Rabce Zdroju. Respondentów do grupy badawczej kwalifikowano za pomocą próby okolicznościowej. W sumie rozdano 350 ankiet, z czego 278 zostało wypełnionych. Kryterium wykluczającym były ankiety niepoprawnie wypełnione, a także wypełnione przez osoby bezdzietne, lub osoby

mające dorosłe dzieci, które samodzielnie decydują o szczepieniu. W efekcie badaniem objęto 194 osoby, które wyraziły dobrowolną zgodę na wzięcie udziału w badaniu. Okres zbierania danych trwał od kwietnia do października 2022 roku. Do analizy zależności pomiędzy 2 zmiennymi wykorzystano test chi-kwadrat przyjmując poziom istotności $p=0,05$.

Wyniki. W naszym badaniu zapytano ankietowanych o ich postawy wobec szczepienia przeciw COVID-19, a także o ich stosunek do szczepienia dzieci przeciw COVID-19 (Tabela 1.). Ponad 38% (74 respondentów), wykazuje postawę pro szczepienną z czego 26 osób (13,4%) zamierza szczepić dzieci a 48 (24,7%) już zaszczepiło. Postawę anty szczepienną wykazuje 120 ankietowanych (61,8%). Co ciekawe, niechęć do szczepienia dzieci deklarują nie tylko osoby, które nie zamierzają się szczepić, osoby niezdecydowane, ale także osoby, które się zaszczepiły i które deklarują chęć dalszych szczepień. Wśród osób, które deklarują chęć do szczepień dzieci są osoby, które nie planują dalszych szczepień siebie. Jak widać postawy dorosłych wobec szczepienia nie można rozpatrywać równoznacznie z postawą wobec szczepienia dzieci.

Tabela 1. Postawa rodziców wobec szczepienia siebie i szczepienia dzieci

	Nie zgadzam się na szczepienie dzieci		Będę szczepić dzieci		Moje dzieci są już zaszczepione		Suma	
	N	%	n	%	N	%	N	%
Nie będę się szczepić	47	97,9 39,2	1	2,1 3,8	0	0	48	100
Ciągle się waham	14	93,3 11,7	1	6,7 3,8	0	0	15	100
Zaszczepiłem się, ale nie będę się szczepić dalej	49	71 40,8	6	8,7 23,1	14	20,3 29,2	69	100
Będę się szczepić	10	16,1 8,3	18	29 69,2	34	54,8 70,8	62	100
Suma	120	100	26	100	48	100	194	

Próbowano przeanalizować od czego zależy postawa rodziców wobec szczepień dzieci. Badano, czy dana postawa jest zależna od poszczególnych czynników, poczynając od płci. W badaniu wzięło udział 130 kobiet (67%), 59 mężczyzn (30,4%), a 5 osób (2,6%) nie podało płci. Nie wykazano związku między postawą wobec szczepień dzieci, i płcią respondentów ($p=0,68$). Wiek badanych wahał się między 22 a 57 lat, dominanta to 36 lat. Średnia wieku była 37,96, a odchylenie standardowe to 6,9. Wykryto istotną statystycznie zależność pomiędzy postawą wobec szczepienia a wiekiem ($p=0,02$). Trudno nie dostrzec, że im młodsi ankietowani tym częściej są przeciwni szczepieniu, a im starsi, tym częściej są zwolennikami szczepień (Tabela 2).

Tabela 2. Postawa rodziców wobec szczepienia dzieci w zależności od wieku

	Nie zgadzam się na szczepienie dzieci		Będę szczepić dzieci		Moje dzieci są już zaszczepione		W sumie osoby popierające szczepienia		Suma	
	N	%	N	%	N	%	n	%	N	%
do 30 lat	21	70	6	20	3	10	9	30	30	100
3–40 lat	65	63,7	18	17,6	19	18,6	37	36,2	102	100
powyżej 40 lat	34	54,8	2	3,2	26	41,9	28	45,2	62	100
suma	120		26		48		74			

Połowa ankietowanych 50% była mieszkańcami miasta, a połowa mieszkańcami wsi. Statystycznie wykazano zależność pomiędzy miejscem zamieszkania a postawą wobec szczepienia ($p=0,03$). Mieszkańcy wsi częściej wykazują niechęć wobec szczepienia, niż mieszkańcy miasta (Tabela 3).

Tabela 3. Postawa rodziców wobec szczepienia dzieci w zależności od miejsca zamieszkania

	Nie zgadzam się na szczepienie dzieci		Będę szczepić dzieci		Moje dzieci są już zaszczepione		W sumie osoby popierające szczepienia		Suma	
	N	%	N	%	N	%	n	%	N	%
Mieszkańcy miasta	53	54,6	12	12,4	32	33	44	45,4	97	100
Mieszkańcy wsi	67	69,1	14	14,4	16	16,5	30	30,9	97	100
Suma	120		26		48		74			

Zdecydowana większość 117 osób (60,3%) to absolwenci wyższych uczelni, 50 ankietowanych (25,8%) ukończyło szkołę średnią, a tylko 27 respondentów (13,9%) edukację zakończyło na poziomie szkoły podstawowej, gimnazjalnej, bądź zawodowej. Nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy wykształceniem a postawą rodziców ($p=0,19$). Różnic w postawie także nie wykazano ($p=0,15$) pomiędzy osobami niepracującymi (24 ankietowanych – 10,3%), osobami pracującymi w zawodzie niemedyceznym (137 respondentów -70,6%) a osobami pracującymi w zawodzie medycznym (33 ankietowanych - 17%).

W badaniach uwzględniono też doświadczenia związane z COVID-19. Obliczenia wykazały, że nie ma zależności pomiędzy przebyciem choroby przez rodzica a postawą wobec tej choroby ($p=0,19$). Podobnie nie ma zależności pomiędzy ciężkim przechorowaniem COVID-19, zakończonym zgonem przez osoby bliskie, a postawą ($p=0,65$). W kolejnym etapie badano wpływ ilości dzieci na postawę wobec szczepienia, co także okazało się nie mieć związku ($p=0,07$). 65 osób (33,5%) to rodzice 1 dziecka, 80 osób (41,2%) miało 2 dzieci, a 49

ankietowanych (25,2%) miało przynajmniej 3 dzieci. Ankietyowanych zapytano także o źródła informacji z których czerpali wiedzę na temat szczepień. Najczęściej (125-64,4%) korzystano z mediów (radio, prasa, telewizja), później z internetu (116-59,8%), od lekarza rodzinnego/pediatry (91-46,9%), od rodziny/znajomych (54-27,8%), z publikacji naukowych (3-1,5%), a 1 osoba (0,5%) przyznała, że nie szukała żadnych informacji na ten temat. Wykazano zależność ($p=0,008$), osoby zasięgające opinii lekarza, bądź szukające informacji w publikacjach naukowych częściej wykazują chęć do szczepienia, niż pozostali respondenci (Tabela 4.).

Tabela 4. Postawa rodziców wobec szczepienia dzieci w zależności od źródła informacji

	Osoby przeciwne szczepieniu		W sumie osoby popierające szczepienia		Suma	
	N	%	n	%	N	%
Osoby czerpiące wiedzę od lekarza, z publikacji naukowych	44	52,2	48	47,8	92	100
Pozostali respondenci	30	70,6	72	29,4	102	100
suma	120		74			

Spośród ankietowanych aż 95 osób (49%) ma obawy co do tych szczepionek, nie wie czy są bezpieczne, 50 osób (25,8%) uważa, że ogół społeczeństwa nic nie wie o bezpieczeństwie szczepionek przeciw COVID-19, a jednak na pytanie czy chcieliby poszerzyć swoją wiedzę na ten temat, to tylko 29 z nich (14,9%) przyznało, że ma taką potrzebę, a aż 165 osób (85,1%) nie czuje takiej potrzeby. Ciekawym jest też fakt, że spośród osób, które są zainteresowane zgłębieniem wiedzy, aż 55,2% wykazuje postawę pozytywną wobec szczepień, a spośród osób, które nie mają potrzeby pogłębiać wiedzy aż 64,8% wykazuje postawę anty szczepienną. Spośród wszystkich ankietowanych aż 72 osoby (37,1%) uważa, że szczepionki powstały zbyt szybko i nie zostały dostatecznie zbadane, a 48 osób (24,7%) boi się szczepić ze względu na działania niepożądane. Znacznie częściej przez 72 osoby (37,1%) choroba jest postrzegana jako bardziej niebezpieczna niż szczepienie, jednak przez 33 osoby (17%) szczepienie jest uznawane za bardziej niebezpieczne, a 40 osób (20,6%) uważa, że przechorowanie daje większą odporność od szczepienia. Dla 44 osób (22,7%) szczepienia przeciw COVID-19 to eksperyment medyczny. Wśród badanych zdarzały się także osoby, które popierały takie stwierdzenia, jak:

- W szczepionkach przeciw COVID-19 wstrzykiwane są czipy – 1 osoba, 0,5%
- Szczepionki przeciw COVID-19 powodują niepłodność – 1 osoba, 0,5%
- Wariant Delta zabija głównie zaszczepionych – 2 osoby, 1%
- WHO uważa, że dzieci nie powinny być szczepione – 5 osób, 2,6%

- Szczepionka przeciw COVID-19 zawiera toksyczne białko wirusa – 7 osób, 3,6%
- Szczepienia przeciw COVID-19 powodują powstawanie nowych mutacji wirusa – 12 osób, 6,2%
- Wszystkie rodzaje szczepionek przeciw COVID-19 działają dokładnie tak samo – 9 osób, 4,46%
- Dawka szczepionki jest taka sama dla wszystkich – 10 osób, 5,1%

Dyskusja. Jedną z zalet szczepienia dzieci przeciw COVID-19 jest odporność zbiorowa. Rola dzieci nie jest doceniana w szerzeniu się epidemii, poprzez częsty bezobjawowy przebieg, ale to właśnie najmłodsi członkowie społeczeństwa są jednym ze źródeł transmisji wirusa przez co dochodzi do niekontrolowanego rozprzestrzeniania się pandemii [3, 7]. Według Markowskiej Gos odporność zbiorowa powinna być uznawana za priorytet w polityce prozdrowotnej państwa, a szczepienie dzieci należy traktować jako *obligatio*, co wynika nie tyle z powinności, lecz jest efektem kierowania się dobrem dziecka i interesem społecznym [8]. Kolejną zaletą jaką mogą przynieść szczepienia jest zmniejszenie ryzyka wystąpienia wieloukładowego zespołu zapalnego (PIMS) [9]. Wykazano wysoką skuteczność szczepień w profilaktyce PIMS u nastolatków, a także łagodniejszy przebieg zespołu spowodowany odpornością poszczepienną [10]. W badaniach przeprowadzonych przez Zagórska i wsp. uzyskano rezultaty, z których wynika, że :

- respondentki wykonujące zawód medyczny częściej decydowały się na wykonywanie szczepień zalecanych u swoich dzieci,
- najbardziej świadome obowiązku szczepień ochronnych u dzieci są kobiety z grupy ≥ 29 ,
- 86,7% badanych kobiet nie zdecydowało się na zalecane szczepienia przeciw COVID-19 u swojego dziecka,
- według badanych personel medyczny powinien stanowić główne źródło informacji w tym temacie,
- matki, które zrezygnowały z tego szczepienia jako główny argument podawały, że nie chcą takiego szczepienia u swojego dziecka [11].

Dotychczasowe badania naukowe potwierdzają efektywność szczepień przeciw COVID-19, która sięga nawet 90% [9, 12]. Jednak zarówno w badaniach Cecot i wsp. jak i w niniejszym badaniu ponad 60% ankietowanych podaje, że nie zaszczepiłoby swojego dziecka, a niespełna 40% wykazuje postawę pro szczepienną [7]. W badaniach CEBOS bardziej przychylnie nastawienie 61% mieli rodzice starszych dzieci (12-17 lat) a mniej przychylnie 38% patrzyli na

szczepienie rodzice młodszych dzieci (5-11 lat) [13]. Dane te nie znajdują odzwierciedlenia w racjonalnie uzasadnionej wiedzy respondentów na temat szczepień i powikłań poszczepiennych. W badaniu przeprowadzonym przez Faleńczyk i wsp. 71% rodziców nie zetknęło się z niepokojącymi doniesieniami na temat szczepień, najczęściej z negatywnymi opiniami stykali się badani z wykształceniem wyższym [14]. Można dopatrywać się różnych przyczyn negatywnych postaw wobec szczepienia dzieci. Cecot i wsp. mówi o niekorzystnej sytuacji, która jest wynikiem ruchów antyszczepionkowych, wyznaniu religijnym, niskiej świadomości zdrowotnej, braku zaufania do instytucji ochrony zdrowia, a także wpływie środków masowego przekazu [7]. W okresie pandemii wzrosło korzystanie z mediów, które z jednej strony przyczyniły się do spowolnienia rozprzestrzeniania się wirusa, a także kształtowania postaw wobec pandemii, z drugiej strony wzrosło też korzystanie z mediów, które przekazywały nie potwierdzone opinie o charakterze dezinformacyjnym, co spowodowało zjawisko infodemii i wzmocniło postawy lękowe i depresyjne wobec problematyki szczepień [15]. W badaniach Cecot i wsp. lęk jako stan jest niższy u osób nastawionych negatywnie do szczepień, a lęk jako cecha jest u nich najwyższy [7]. W badaniach Golińska Konecko 77% badanych przyznało, że nie chce już informacji w mediach wyłącznie na temat pandemii, chciałaby innych informacji [16]. Także Baładynowicz-Panfil zauważa, że monotematyczność i powtarzalność informacji mogły przyczynić się do zmniejszenia siły wydzwiku w stosunku do szczepień przeciw COVID-19 [15]. W niniejszym badaniu respondenci najczęściej czerpali wiedzę właśnie z mediów 64,4% i Internetu 59,8%, a spośród wszystkich badanych aż 49% przyznała, że ma obawy przed szczepieniem, a 25,8% przyznaje, że nic nie wie o bezpieczeństwie szczepionek. Z badań przeprowadzonych przez Szalonka wynika, że pacjenci obawiają się skutków ubocznych wynikających ze szczepień [17]. Tymczasem w badaniach Podwański i wsp. sprawdzano czynniki mogące mieć związek z zaburzeniami lękowymi w związku z pandemią. Najczęstszą przyczyną był niepokój związany z ze zdrowiem rodziny i bliskich, co jednak nie wpłynęło na zależność postaw [18]. W niniejszym badaniu charakter przebiegu choroby przez respondenta i osoby bliskie nie miały wpływu na postawę wobec szczepienia dzieci przeciw COVID-19. Strach według co 4 respondenta wiązał się z wystąpieniem działań niepożądanych. Natomiast według badań Sybilski NOP (niepożądane odczyny poszczepienne) występują u ok. 0,03-0,2 zaszczepionych i najczęściej są to ból w miejscu wstrzyknięcia, zmęczenie, ból głowy, bóle mięśni, dreszcze, bóle stawów, gorączka [9, 19]. Do poważnych rzadkich odczynów szczepionek mRNA zalicza się reakcje anafilaktyczne, a także budzące obawy zapalenie mięśnia sercowego lub osierdzia [10]. Prawie połowa 46,9% respondentów w naszym badaniu czerpała wiedzę od lekarza

rodzinnego, pediatry. W badaniu Feleńczyk i wsp. tylko 39% respondentów uznaje lekarza za najbardziej wiarygodne źródło w pozyskiwaniu wiedzy dotyczącej szczepień [14]. Do negatywnej postawy wobec szczepień mogło się przyczynić także przekonanie, że choroba jest bardziej niebezpieczna niż szczepienie – popiera to stwierdzenie 37,1% ankietowanych, i przekonanie, że przechorowanie daje większą odporność od szczepienia, co potwierdza 22,7% respondentów. Jednak zgodnie z badaniami In vitro ozdrowieńcy po szczepieniu mają lepszą ochronę zarówno od osób zaszczepionych 2 dawkami, jak i od ozdrowieńców niezaszczepionych [2]. Zgodnie z rekomendacjami szczepienia przeciw COVID-19 mogą być realizowane już po miesiącu od zakażenia, a po przebyciu PIMS okres ten należy warunkowo wydłużyć do 3 miesięcy [10]. Z innych czynników, które mogą mieć wpływ uchwytne okazała się zależność między wykształceniem, a postawą wobec szczepienia. Chociaż postawa wobec szczepienia siebie nie jest jednoznaczna z postawą wobec szczepienia dzieci, to jednak w obu grupach osoby z wykształceniem wyższym częściej deklarują chęć do szczepień, co potwierdzają wyniki badań przeprowadzone w USA, oraz badania CEBOS [13, 20]. Podobne zależności dotyczące częstszej postawy proszczepiennej wśród mieszkańców miast i wśród starszej grupy respondentów także są zgodne z badaniem CEBOS [13]. Według badań Jach i wsp. pozytywne postawy były dodatnio skorelowane z wiedzą [21]. W niniejszym badaniu 85% respondentów nie chce poszerzyć swojej wiedzy na ten temat i większość z tej grupy (64,8%) wykazuje postawę antyszczepienną. Spór wokół szczepień, choć bezsprzecznie przyczynia się do wzrostu świadomości społeczeństwa w tej kwestii, przynosi jednak także sporą dawkę chaosu i dezinformacji. Dyskusja cechuje się często brakiem merytoryki i zweryfikowanych naukowo argumentów – dominują obustronny hejt, groźby oraz rozprzestrzenianie treści niezgodnych z prawdą [22].

Wyniki. Postawy dorosłych wobec szczepienia siebie nie są równoznaczne z postawą wobec szczepienia dzieci. Postawę antyszczepienną w stosunku do dzieci wykazuje 61,8%, tylko 13,4% zamierza szczepić dzieci a 24,7% jest już po pierwszych szczepieniach. Im starsi respondenci, tym częściej wykazują postawę pro szczepienną, a im młodszy, tym częściej są przeciwni. Osoby mieszkające w mieście, zasięgające opinii lekarza, bądź czerpiące wiedzę z publikacji naukowych także są bardziej pozytywnie nastawione do szczepień.

Wnioski. Większość badanych, 61% jest negatywnie nastawiona do szczepienia przeciw COVID-19, są to nawet osoby, które deklarują, że same będą się szczepić. Niespełna 40% ma pozytywne nastawienie, z czego ¼ badanych już zaszczepiła swoje dzieci. Mimo iż badani deklarują strach i brak wiedzy na ten temat, to nie wykazują chęci do jej zgłębienia.

Piśmiennictwo

1. Rymer W., Wroczyńska A., Parczewski M. i wsp. COVID-19 (choroba spowodowana przez SARS-COV-2). W: Interna Szczeklika 2021, red. P. Gajewski. Medycyna Praktyczna, Kraków 2021: 2454-2471
2. Stoczyńska-Fidelus E., Rieske P. Ocena skuteczności szczepień przeciw COVID-19. *Alergologia Polska – Polish Journal of Allergology*. 2022; 9, 1: 1–13
3. Pac M., Migdał M. Czy powinniśmy szczepić dzieci przeciw COVID-19? *Produkty lecznicze*. 2021; Vol 16 Nr 4: 56-59
4. Okarska-Napierała M., Ludwikowska K., Książyk J. i wsp. Postępowanie z dzieckiem z wieloukładowym zespołem zapalnym powiązany z COVID-19 Wytyczne grupy eksperckiej przy Polskim Towarzystwie Pediatrycznym i Konsultancie Krajowym w dziedzinie pediatrii. *Przegląd pediatryczny*. 2020; v. 49, nr 4: 1-9
5. Chandrashekar Joshi S., Pozzilli P. COVID-19 induced Diabetes: A novel presentation. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2022; 191: 110034 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35940303/> (data dostępu 28.02.2023 r.) <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2022.110034>
6. Szczepienia przeciw COVID-19 również dla dzieci od 6 miesiąca. Ministerstwo Zdrowia - Portal Gov.pl (www.gov.pl), (dostęp z dnia 9.01.2023r.)
7. Cecot N., Stalmirska S. Wpływ pandemii COVID-19 na realizację kalendarza szczepień. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*. 2022; T. 7, nr1: 7–24 <https://apcz.umk.pl/IWPNZ/article/view/39406> (data dostępu 24.01.2023) <https://doi.org/10.21784/IwP.2022.001>
8. Markowska-Gos E. Immunizacja dziecka na Covid-19 jako etap realizacji Narodowego Programu Szczepień a władza rodzicielska. Obowiązek czy powinność? *Kultura-Przemiany-Edukacja*. 2021; T. 9: 182–212
9. Sybilski A. J. Szczepienia przeciw COVID-19 u dzieci 5–11-letnich ze szczególnym uwzględnieniem niepożądanych odczynów poszczepiennych. *Medycyna Faktów*. 2022; 15(1(54): 22-27. <https://doi.org/10.24292/01.MF.0122.2>
10. Ludwikowska K. M., Okarska-Napierała M., Matkowska-Kocjan A. i wsp. Rekomendacje dotyczące szczepienia dzieci po przebytych wieloukładowym zespole zapalnym powiązany z covid-19. *Przegląd pediatryczny*. 2022; Vol. 51/No. 1: 19-28
11. Zagórska E., Twarduś K., Marcinkowska Trimboli U. Postawy matek wobec szczepień ochronnych wykonywanych u dzieci. n.d. Praca magisterska Repozytorium Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2022
12. Augustynowicz E., Jackowska T. COVID-19 – szczepionki i szczepienia. *Przegląd Pediatryczny*. 2021; Vol. 50/2B: 16 - 26
13. Koronawirus - obawy, stosunek do szczepień, ocena polityki rządu. Komunikat z badań nr 27/2022 https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2022/K_027_22.PDF (dostęp z dnia 28.02.2023 r.)
14. Faleńczyk K., Piekarska M., Pluta A. i wsp. Czynniki wpływające na postawy rodziców wobec szczepień ochronnych u dzieci. *Postępy Nauk Medycznych*. 2016; 6/2016: 380-385
15. Baładynowicz-Panfil K. Media, informacja a szczepienia przeciw COVID-19. *Media - Biznes – Kultura*. 2021; no. 2 (11): 201-215 <https://czasopisma.bg.ug.edu.pl/index.php/MBK/article/view/6650> (data dostępu 28.02.2023 r.)

16. Golińska-Konecko M. Media i dziennikarze w czasach pandemii COVID-19. Na przykładzie olsztyńskim. *Media Biznes Kultura*. 2021; nr 2 (11): 39-51
17. Szalotka A. Społeczne uwarunkowania szczepień w Polsce w świetle badań ankietowych. W: *Zdrowie i style życia. Determinanty długości życia*, red. W. Nowak, K. Szalotka. E-Wydawnictwo. Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa. Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2020: 389-404 <https://doi.org/10.34616/23.20.129>
18. Podwański P., Szczygieł K., Tyburski E. i wsp. Obawy, postawy i porównanie wpływu epidemii COVID-19 na stan psychiczny pracowników medycznych oraz osób niewykonyjących zawodu medycznego. *Psychiatr. Pol.* 2022; 56(2): 277–288
19. Sybilski A. J. Niepożądane odczyny po szczepieniu przeciw COVID-19 – jak postępować? *Medycyna Faktów*. 2021; 1(50): 6-10. <https://doi.org/10.24292/01.MF.0121.A>.
20. Malik A.A., McFadden S., Elharake J. et al. Determinants of COVID-19 vaccine acceptance in the US. *Eclinical Medicine*. 2020; 26: 100495
21. Jach Ł., Lamża Ł., Wardawy-Dudziak P. Psychologiczne korelaty postaw wobec szczepionek na COVID-19 wśród polskich respondentów – migawkowe badanie przed rozpoczęciem masowej kampanii szczepień. *Przegląd Psychologiczny*. 2021; TOM 64, Nr 3: 7–26
22. Księżka-Koszałka J. M. Vaccination decision-making problems among parents. Implications for the doctor–patient relationship. *Paediatrics and Family Medicine*. 2021; 17.2: 111.

MYŚLI I TENDENCJE SAMOBÓJCZE WŚRÓD DZIECI I MŁODZIEŻY W PANDEMII COVID-19 – PRZEGLĄD LITERATURY

WIOLETTA LAWSKA, MARIA PÓLTORAK, KINGA FECKO – GAŁOWICZ

Wstęp. Wraz z początkiem pandemii COVID -19 znany wszystkim świat nagle uległ zmianie, co okazało się naruszeniem pewnej równowagi i stało się koniecznością adaptacji do nowych warunków, ponadto stanowiło niepewność przyszłości i ogromne obciążenie psychiczne [1]. Pandemia COVID-19 wpłynęła na życie codzienne wielu ludzi, dezorganizując je pod względem zawodowym, domowym i szkolnym. Dzieci i młodzież na całym świecie została bez istotnych środków wsparcia emocjonalnego, a to wywarło ogromny wpływ na ich zdrowie psychiczne [2].

Istnieje bogata literatura dotycząca wpływu pandemii koronawirusa SarsCov2 na dobrostan dzieci i młodzieży. U znacznego odsetka tej populacji rozwinęły się negatywne objawy emocjonalne, a poziom lęku, depresji, a także myśli i zachowań samobójczych znacznie wzrósł [3,4,5]. Przyczyniły się do tego środki, które miały zatrzymać rozprzestrzenianie się koronawirusa, głównie dystans fizyczny, izolacja, kwarantanna [4,6]. Nakaz pozostawania w domu, zakłócenie życia codziennego spowodowały dodatkowy stres i stały się wyzwaniem dla zdrowia psychicznego [7,8]. Sytuacja z wprowadzeniem obostrzeń na tak szeroką skalę miała miejsce pierwszy raz w historii szkolnictwa. U wielu dzieci, pozostawionych bez pomocy, narażenie na niekorzystne doświadczenia wzrosło [3]. Nastolatki z niską odpornością psychiczną, zwłaszcza dzieci z wcześniej istniejącymi problemami emocjonalnymi i behawioralnymi, były bardziej narażone na zwiększone ryzyko samobójstwa podczas pandemii [4,9]. Dzieci i nastolatki w kryzysowych momentach życia nie powinny zostawać same z problemami, ponieważ na tym etapie nie potrafią jeszcze radzić sobie z nimi i potrzebują pomocy swoich bliskich oraz czasu, żeby nauczyć się sposobów radzenia sobie ze stresem i trudnymi sytuacjami. Stabilne wsparcie i empatyczne słuchanie to rola dorosłych, których zadaniem jest wspomagać dziecko w okresie dorastania. Edukacja, pomoc psychologa, a w razie potrzeby psychiatry jest konieczna dla zapobiegania samobójstwom. Takie postępowanie może uratować komuś życie [10].

Celem pracy było dokonanie przeglądu literatury o tematyce związanej z myślami i próbami samobójczymi wśród dzieci i młodzieży w latach 2020 - 2022.

Wyniki. Na zachowania samobójcze ma wpływ wiele czynników i żeby zrozumieć decyzję o samobójstwie, należy je dokładnie przeanalizować [10]. Samobójstwo jest sytuacją złożoną, a indywidualne tragedie i okoliczności mogą się różnić [11]. Uznaje się, że próba

samobójcza jest aktem komunikacji, samobójstwo zaś jest oświadczeniem „nie chcę dalej uczestniczyć w życiu” [12]. Co dziesięć lat z mapy naszego kraju w wyniku samobójstw znika jedno średniej wielkości miasto. Każde samobójstwo i próba samobójcza ma wpływ na najbliższe otoczenie. Jest to sytuacja traumatyczna dla rodziny, grupy rówieśniczej z klasy, podwórka czy najbliższego otoczenia [10]. W Polsce wg Komendy Głównej Policji liczba prób samobójczych zakończonych zgonem utrzymuje się na stałym poziomie od kilku lat. W 2020 roku w ten sposób zmarło 5 165 osób, w 2021 roku – 5 201, a w 2022 roku policja odnotowała 5 108 samobójstw. Z roku na rok wzrasta również liczba prób samobójczych. W 2022 roku w statystykach policyjnych odnotowano 14 520 prób samobójczych. To o 5 proc. więcej niż w roku poprzednim oraz aż o 1/5 więcej niż w roku 2020 [10]. Najczęściej samobójstwa dotyczą mężczyzn. Niepokojący wzrost można zaobserwować w przypadku kobiet, zarówno jeśli chodzi o próby samobójcze, jak i te zakończone zgonem. Należy jednak podkreślić istotny wzrost samobójstw i prób samobójczych wśród dzieci i młodzieży [10].

Próby samobójcze oraz samobójstwa dzieci i młodzieży w Polsce w latach 2020-2022. W Polsce wg KGP w 2020 roku 843 młodych ludzi w wieku do 18 roku życia targnęło się na swoje życie, w 2021 roku 1496, a w 2022 roku 2093 (w tym 85 dzieci młodszych niż 13 lat). To więcej o prawie 40% w stosunku do 2021 roku a względem 2020 roku liczba prób samobójczych była już 2,5-krotnie wyższa. Próby samobójcze częściej dotyczyły dziewcząt. Zdecydowany wzrost - o 101% zarejestrowano w roku 2021.

W 2020 roku w wyniku samobójstwa zmarło jedno dziecko w wieku 7-12 r.ż. , w wieku do 18 r.ż. -107. W 2021 roku w grupie od 7-12 r.ż. były to dwie osoby, do 18 r.ż. – 127. W 2022 roku nastąpił nagły wzrost samobójstw dzieci w wieku od 7 do 12 lat – życie odebrało sobie sześć osób w tej grupie wiekowej. W grupie do 18 r.ż. - 156 osób. Zamachy śmiertelne częściej dotyczyły chłopców [12]. W Polsce osoby płci męskiej częściej popełniają samobójstwo, z kolei kobiety częściej dokonują prób samobójczych.

Jak donosi Wojak zdecydowanie więcej samobójstw miało miejsce poza dużymi miastami, na wsiach i w małych miasteczkach [13]. Wg Hou i wsp. podobna sytuacja miała miejsce w Chinach, gdzie myśli i próby samobójcze częściej obserwowano u nastolatków zamieszkujących obszary wiejskie [14].

Czynniki ryzyka myśli samobójczych i samobójstw w pandemii. Liczba dzieci i młodzieży, u których zaobserwowano negatywne skutki dla zdrowia psychicznego podczas pandemii COVID-19 była zróżnicowana w wielu krajach na całym świecie [2]. Badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych, Japonii, Korei Południowej i Chinach wykazały znaczący wpływ na problemy ze zdrowiem psychicznym wśród dzieci i młodzieży, takie jak

depresja i lęk, zwiększona liczba samobójstw, myśli samobójczych i samookaleczenia. Wśród czynników wymieniano wcześniejsze problemy psychiczne, zmianę harmonogramu dnia codziennego, zmniejszoną aktywność fizyczną, nadmierne korzystanie z urządzeń elektronicznych i zmniejszone wsparcie społeczne. Powtarzalna schematyczność dnia wpłynęła również na gorszą jakość snu [15]. W badaniach meksykańskich przeprowadzonych przez Hermosillo-de-la-Torre i wsp. odnotowano, że 21% wszystkich uczniów wykazała zachowania samobójcze (11% z próbami samobójczymi o niskiej śmiertelności, 6% z samouszkodzeniami i 4% z próbami samobójczymi z dużą śmiertelnością). Czynniki zachowań samobójczych obejmowały: płęć żeńską, depresję, poczucie beznadziejności, niepokój, używanie alkoholu i tytoniu, traumę z dzieciństwa. Poczucie bezpieczeństwa i wsparcia społecznego wiązało się z mniejszym prawdopodobieństwem zachowań samobójczych [16]. Badania Sara i wsp. z Nowej Południowej Walii w Australii pokazują wzrost liczby samookaleczeń i myśli samobójczych wśród dzieci i młodzieży w pandemii COVID-19 do 19,2% rocznie w porównaniu do okresu sprzed pandemii, kiedy liczba ta oscylowała na poziomie 8,4% rocznie. Sytuacja zdecydowanie częściej dotyczyła dziewcząt w wieku 13-17 lat (z 290 na 10 000 w 2019 r. do 466 na 10 000 w 2021 r.). W grupie mężczyzn w wieku 10-24 lat liczby te nie wzrosły znacząco (105,4 na 10 000 w 2019 r., 109,8 na 10 000 w 2021). Problemy natury psychicznej częściej miały miejsce w rejonach o wyższym statusie społeczno-ekonomicznym [17]. Wyniki Mamun i wsp. przeprowadzone w Bangladeszu wskazują, że częstymi czynnikami ryzyka myśli samobójczych i depresji były: młody wiek, płęć żeńska, palenie papierosów, choroby współistniejące, wysoki poziom lęku i bezsennaść [18]. Yau i wsp. wykazali, że blisko połowa badanych przyznała się do odczuwania strachu przed zarażeniem się koronawirusem SarsCov2, blisko 70% martwiło się o zdrowie swoich rodzin, ok. 50% odczuwało niepokój, co czwarta doświadczała objawów depresji, a 1% przyznawało się do myśli samobójczych z powodu COVID-19 [19]. Wg badań Oliveira i wsp. w czasie pandemii nasiliły się objawy zaburzeń depresyjnych, stanów lękowych i myśli samobójczych wśród dzieci i młodzieży [2]. Podobne wyniki uzyskał Liu i wsp., gdzie 12,33% badanych wykazywało objawy depresji, a 6,26% lęk po okresie lockdownu. Brak fizycznego kontaktu z nauczycielami był związany z wystąpieniem ww. zaburzeń [20]. Lee i wsp. podają, że na zaburzenia zdrowia psychicznego młodzieży południowo-koreańskiej wpływało pogorszenie sytuacji ekonomicznej spowodowanej przez COVID-19. Im większe problemy ekonomiczne, tym większy niepokój u chłopców, a u dziewcząt smutek i poczucie beznadziejności [21]. Jak donoszą Mensi i wsp. ok. 80% włoskich nastolatków zgłosiło pojedyncze objawy zespołu stresu pourazowego podczas pierwszego lockdownu. U 16% stwierdzono objawy psychotyczne, u 25% objawy

paniki, u 46,8% objawy lęku, u 18,7% stany depresyjne, problemy ze snem u 57% i odżywiania u 51%. Myśli samobójcze stwierdzono u 30%, a zachowania autoagresywne u 9% badanych [22]. Wcześniejsze problemy psychiatryczne nasilały wystąpienie tych zaburzeń [23]. Utrata możliwości przebywania w szkole z rówieśnikami, brak zajęć szkolnych i pozaszkolnych znacząco wpłynęło na wystąpienie myśli i zachowań samobójczych. Z badań Dale i wsp. przeprowadzonych w Austrii wśród 1505 nastolatków wynika, że 62% dziewcząt i 38,1% chłopców doświadczyło objawów depresji, 49% dziewcząt i 29% chłopców lęku oraz 28% dziewcząt i 17% chłopców cierpiało na bezsenność, a częstość występowania myśli samobójczych wynosiła 47% u dziewcząt i 32% u chłopców. Badania przeprowadzono dwuetapowo - jesienią 2021 r. (początek drugiego semestru) i w lutym 2021 r. (semestr po zdalnym nauczaniu). Porównane wyniki wykazały niewielkie pogorszenie stanu zdrowia psychicznego u dziewcząt, natomiast wzrost myśli samobójczych u chłopców [24]. Melhem i wsp. wskazywali, że na ryzyko wystąpienia myśli i zachowań samobójczych u dzieci miała wpływ zwiększona zachorowalność i śmiertelność rodziców, a także zwiększone ubóstwo i obciążenia finansowe, izolacja społeczna, utrata łączności ze szkołą, rówieśnikami i zajęciami pozaszkolnymi [25].

Istotne znaczenie we wdrożeniu trybu nauczania zdalnego miały dostępność do sprzętu informatycznego oraz warunki lokalowe uczniów w ich domach rodzinnych. Negatywne emocje towarzyszące dzieciom i młodzieży wiązały się z nierównością dostępu do technologii informacyjnych. Brak możliwości korzystania z Internetu, przerywane połączenia związane ze słabym zasięgiem sieci internetowej, braki lub ograniczenia sprzętowe i lokalowe w domu stawały się przyczyną niepokoju i lęku przed realizacją zajęć szkolnych on – line. Pfefferbaum i wsp. zauważyli, że niektóre dzieci poprawiły swoje funkcjonowanie, bowiem zmniejszył się u nich stres związany ze szkołą i socjalizacją [4].

Piquero i in. zauważyli, że nakazy dotyczące pozostania w domu z powodu COVID-19 spowodowały poważne zakłócenia w codziennym życiu rodzin. Zamknięcie szkół i placówek opieki nad dziećmi spowodowały konieczność podjęcia przez opiekunów obowiązków związanych z potrzebami edukacyjnymi swoich dzieci [26]. Szkoły odgrywają kluczową rolę w zapobieganiu samobójstwom, uczestnicząc w ocenie ryzyka występowania myśli samobójczych wśród uczniów [27]. Podczas pandemii COVID-19 nauczyciele i specjaliści szkolni mieli utrudnioną możliwość oceny sytuacji dzieci i młodzieży w sferze psychicznej [28]. Skutki pandemii zwiększyły wrażliwość na konieczność wnikliwej diagnostyki, promocji i zapobiegania problemom zdrowia psychicznego. Obecnie wiele placówek dydaktycznych posiada ofertę w zakresie wczesnego wykrywania zaburzeń zdrowia psychicznego [27].

Opieka specjalistyczna dzieci i młodzieży w pandemii. Otrzymywanie pomocy ze strony specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego w pandemii COVID-19 było zmniejszone. Z badań Erjavac i wsp. wynika, że ponad 38% respondentów zgłosiło, że pandemia doprowadziła do braku możliwości korzystania, a 22% do ograniczenia dostępu do opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia psychicznego [29]. W swoich badaniach udowodnili, że wzrosła liczba dzieci i nastolatków szukających pomocy psychiatrycznej w nagłych wypadkach, takich jak lęk (71%) depresja (66%), myśli lub zachowania samobójcze (45%) i agresja [29]. Potwierdzeniem tych wyników są badania Berger i wsp., którzy wskazywali na wzrost korzystania ze scentralizowanego pogotowia ratunkowego. Liczba telefonów alarmowych wzrosła prawie dwukrotnie w czasie pandemii w porównaniu do pierwszego półrocza 2019 r. [30]. Najczęściej poruszonymi tematami były samookaleczenia 1119 (4% rozmów i wiadomości), myśli samobójcze 5613 (8%), myślenie o/lub podejmowanie prób samobójczych 1395 razy (2%), zamiary samobójcze 1095 (1%). Tendencje zwykłe dotyczące niepokoju, lęku, napięcia, zachowań autoagresywnych miały miejsce w marcu, kwietniu i maju 2020 roku [28]. Podobne wyniki badań uzyskali Lantos i wsp. podając, że ryzyko samobójstwa wśród nastolatków wzrosło w pierwszych miesiącach pandemii. Przyczyną tej sytuacji okazały się też różnice socjodemograficzne [31]. W pierwszych miesiącach pandemii zauważono mniejszą liczbę wizyt na SOR, co było spowodowane koniecznością izolacji i kwarantanny, a po tym czasie zaobserwowano większą liczbę zgłaszającej się młodzieży bez wcześniejszych problemów psychiatrycznych i młodzieży z przeszłością psychiatryczną, która zgłaszała obawy związane z myślami samobójczymi [32]. Z kolei badania z Illinois przeprowadzone przez Brewer i wsp. wskazały, że wzrosła o 10% liczba wizyt na SOR w pierwszym roku pandemii, zauważono również tendencję wzrostową hospitalizowanych pacjentów z powodu problemów zdrowia psychicznego [33], a Ridout i wsp. podkreślali, że młodzież w Północnej Kalifornii (Stany Zjednoczone) zgłaszająca się na SOR ze współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi częściej wykazywała myśli i tendencje samobójcze w dobie pandemii w porównaniu do okresu sprzed 2020 roku [32]. Liczba wizyt na SOR wzrosła z 34,6% do 44,3% w pierwszym roku pandemii, zauważono również tendencję wzrostową hospitalizowanych pacjentów z powodu problemów zdrowia psychicznego [33]. Llorca-Bofi i wsp. z Hiszpanii potwierdzają wzrost liczby coraz młodszych osób bez wcześniejszych problemów psychiatrycznych przyjmowanych do psychiatrycznych oddziałów ratunkowych w trybie nagłym z myślami samobójczymi. Przyczyną był podwyższony poziom stresu zwłaszcza u młodych kobiet, mieszkających z krewnymi wykazującymi objawy depresji [34]. Wg Bergera i wsp. w Zurychu (Szwajcaria) doraźna pomoc ambulatoryjna wzrosła o 40%,

interwencje pomostowe doraźne wzrosły o 230%, a hospitalizacje nieletnich wzrosły ponad dwukrotnie. Odsetek nastolatków zgłaszających myśli samobójcze wzrósł z 69% do 84% [30]. Bozzola i wsp. we Włoszech uważają, że najczęstszymi zaburzeniami, które nasiliły się podczas pandemii COVID -19 były myśli samobójcze (o 147%), depresja (o 115%), zaburzenia odżywiania (o 78,4%), psychozy (o 17,2%). To spowodowało wzrost hospitalizacji o 39,5% [7]. Jak wynika z badań Rozental i wsp. w Szwecji pandemia przyczyniła się do pogłębienia już wcześniej występujących zaburzeń psychicznych u badanych osób. Najczęściej były to zaburzenia depresyjne (80,5%), w tym ciężkie objawy depresyjne 30,5%, zaburzenia lękowe uogólnione (45,9%), niepokój 37,1%. Podczas pandemii 14,5% przyznało się do przyjmowania narkotyków [35]. Wg Ibezjako i wsp. w Stanach Zjednoczonych odnotowano wyraźny wzrost hospitalizacji pacjentów pediatrycznych z myślami samobójczymi i po próbach samobójczych w pierwszym roku pandemii w porównaniu do roku poprzedniego. Zauważono przeciążenie oddziałów psychiatrycznych, co było powodem czasowego umieszczania dzieci na innych oddziałach szpitalnych. Czas hospitalizacji w pierwszym roku pandemii wydłużał się powyżej dwóch dni. Badacze zwrócili uwagę na potrzebę pilnego zreformowania opieki psychiatrycznej [36].

Dzieci z wybranych grup ryzyka wystąpienia myśli i tendencji samobójczych. Wg Sugg i wsp. ze Stanów Zjednoczonych dzieci pracowników podmiotów leczniczych, szczególnie z młodszej grupy wiekowej ze względu na obawę o zdrowie i życie swoich rodziców narażone były na stany depresyjne, stres/lęk, samookaleczanie się, nadużywanie substancji psychoaktywnych, myśli samobójcze [37]. Podobne wyniki badań uzyskali Runkle i wsp. podając, że dzieci pracowników ochrony zdrowia były bardziej narażone na stres, co wpłynęło na częstsze używanie substancji psychoaktywnych i samookaleczania [38].

Czynnikiem traumatyzującym wpływającym na pogorszenie stanu psychicznego była przemoc domowa. Wg Boo skala pandemii COVID-19 przyniosła ogromne konsekwencje dla stanu zdrowia psychicznego dzieci. Przymusowa izolacja w domu, utrata pracy i problemy finansowe rodziny spowodowały wysoki poziom stresu i niepokoju, zwiększając w ten sposób ryzyko przemocy domowej wobec dzieci [39]. Machlin i in., zaobserwowali wzrost przemocy w rodzinach, w których dominowała ona jeszcze przed pandemią. Stres i problemy rodzinne, w tym brak wsparcia społecznego, trudności ekonomiczne mogły skutkować maltretowaniem dzieci [40]. Jednak Piquero i in. w swoich badaniach nie zauważyli utrzymującego się wyższego poziomu przemocy domowej wobec dzieci [26]. Z racji przebywania w jednym domu/mieszkanii z agresorem możliwość kontaktu telefonicznego mogła być utrudniona, nie pozwalając na swobodną rozmowę i otrzymanie pomocy. Viola i wsp. wskazali, że w czasie

pandemii nastąpił znaczny wzrost przypadków przemocy domowej wobec dzieci ze strony rodziców i opiekunów z powodu wzrostu lęku, objawów depresyjnych oraz problemów socjoekonomicznych [23]. Anderson i wsp. w badaniach przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych podkreślają, że niekorzystne doświadczenia z dzieciństwa wiążą się ze złym stanem zdrowia psychicznego i zachowaniami samobójczymi, a podczas pandemii udokumentowano wysoką częstość występowania takich doświadczeń, a były to zaniedbania, doświadczanie lub bycie świadkiem przemocy, próba samobójcza lub śmierć członka rodziny [41].

Młodzież należąca do mniejszości seksualnych była bardziej narażona na wystąpienie myśli i prób samobójczych. W pandemii COVID-19 zauważono tendencje wzrostowe problemów zdrowia psychicznego i używania substancji psychoaktywnych w tej populacji [42]. Badania przeprowadzone w Kanadzie przez Kundu i wsp. wśród osób LGBTQI2S+ potwierdziły wzrost ryzyka myśli samobójczych u osób mających problemy ze zdrowiem psychicznym i/lub doświadczających lęku ze względu na przynależność do mniejszości seksualnej. Jest on bardziej widoczny u osób mieszkających na obszarach miejskich i wśród osób bezrobotnych. Spośród 1414 uczestników badania (średnia wieku 21,9 lat) 61% zgłosiło myśli samobójcze. Najważniejszymi korelacjami było zdrowie psychiczne, wiek, piętno i stres związany z mniejszością [42]. Podobne wyniki uzyskał w swoich badaniach Turner i wsp. Potwierdzają oni, że myśli samobójcze i tendencje do samookaleceń występowały częściej wśród młodzieży, która deklaruje się jako osoby transpłciowe, niebinarne, o zmiennej tożsamości płciowej (*gender fluid*), a także nie mieszkające z obojgiem rodziców, z wcześniejszymi problemami psychicznymi oraz używające narkotyków [43]. Wyniki badań Runkle i wsp. wykazały silny związek między przynależnością do grup o odmiennej orientacji seksualnej i tożsamości płciowej (LGBTQ) a myślami i tendencjami samobójczymi. Przed pandemią zauważano większe ryzyko samobójstwa w związku ze stresem interpersonalnym, natomiast w okresie pandemii, podczas izolacji pojawiły się objawy depresji wraz z myślami samobójczymi i samookaleczeniami [44].

Podsumowanie. Z wielu badań przeprowadzonych na całym świecie wynika, że pandemia wywarła zdecydowanie negatywny wpływ na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Wśród zgłaszanych problemów znalazły się: podwyższony poziom stresu, stany lękowe, niepokój, obniżony nastrój, drażliwość i frustracja [45]. Samotność i napięcia spowodowane przez pandemię nasiliły występowanie myśli i prób samobójczych. Najczęstszą przyczyną samobójstw była depresja, a dodatkowym zagrożeniem były uzależnienia. Na wskaźniki myśli

samobójczych i samobójstw wpływały czynniki biologiczne, psychologiczne, społeczne, polityczne i ekonomiczne.

W sytuacji lockdownu i utrudnionego dostępu do podstawowej opieki psychologicznej w placówkach edukacyjnych zmieniła się forma komunikacji z bezpośredniej na zdalną, w związku z tym najczęściej dzieci i młodzież kontaktowały się poprzez telefon zaufania oraz inne komunikatory i media społecznościowe [28]. Utrudniona komunikacja, zaburzone więzi między członkami rodziny, brak zaufania i empatii, uzależnienia, przemoc domowa to tylko niektóre z czynników które mogły negatywnie wpłynąć na młodsze pokolenie. Przymusowa izolacja spotęgowała brak poczucia bezpieczeństwa. Niewłaściwe relacje rodzinne stały się źródłem zaburzeń zdrowia psychicznego [1]. W badaniach amerykańskich przeprowadzonych przez Andersona i wsp. zauważono, że w pandemii ilość sytuacji traumatycznych była wprost proporcjonalna do ilości myśli i prób samobójczych wśród dzieci i młodzieży [41].

Aby osiągnąć szerszą profilaktykę samobójstw wśród młodego pokolenia i zmniejszyć obciążenie opieki psychiatrycznej, potrzebne jest szersze podejście do zdrowia publicznego i lepszy dostęp do świadczeń dla młodzieży z różnych grup szczególnie narażonych na wystąpienie zaburzeń w sferze zdrowia psychicznego [46].

Wnioski.

1. W fazie postpandemicznej należy dokładnie przeanalizować długoterminowy wpływ pandemii na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, nie zapominając jednocześnie o bieżących problemach i zapewniając im pomoc specjalistyczną. Ocena potrzeb psychicznych dzieci powinna mieć miejsce na poziomie podstawowym u lekarza pediatry.
2. Brak dostępu do specjalistów i leczenia farmakologicznego miał negatywny wpływ na samopoczucie i komfort psychiczny młodych ludzi. Telefon zaufania okazał się w czasie pandemii nieocenionym środkiem komunikacji.
3. Działania profilaktyczne i terapeutyczne wspierające zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży powinny być traktowane priorytetowo w związku z pogłębianiem się problemów psychiatrycznych.
4. Uczniowie uczący się zdalnie wykazują gorsze wyniki w wielu sferach życia - społecznej, szkolnej i emocjonalnej - w porównaniu z młodzieżą uczącą się stacjonarnie. Mają mniejszą więź z rówieśnikami, nie czują się częścią społeczności szkolnej i zgłaszają mniejsze wsparcie ze strony dorosłych. Odczuwają też więcej negatywnych emocji.

5. Zaobserwowano większą liczbę młodzieży bez przeszłości psychiatrycznej zgłaszającej się na SOR z myślami samobójczymi. Może to świadczyć o wrażliwości tej grupy wiekowej i konieczności wnikliwej diagnozy i interwencji.
6. Dzieci pracowników ochrony zdrowia były bardziej narażone na stres, dlatego interwencje wspierające w zakresie zdrowia psychicznego są potrzebne nie tylko pracownikom na pierwszej linii, ale także ich dzieciom.
7. Młodzież LGBTQ+ w czasie pandemii narażona była na pogłębianie lęku izolacyjnego, samookaleczanie i myśli samobójcze.
8. Dorośli powinni być stabilnym i empatycznym wsparciem dla dzieci, aby przeprowadzić je przez okres dorastania, szczególnie w obecnych trudnych czasach.

Piśmiennictwo

1. Wojtczuk A. Pandemia koronawirusa – zmiana w świecie. Zagrożenia dla zdrowia psychicznego i szanse rozwojowe. Szkice i rozprawy. 2020, Zeszyt 20(13).
2. Oliveira JMD, Butini L, Pauletto P, Lehmkühl KM, Stefani CM, Bolan M, Guerra E, Dick B, De Luca Canto G, Massignan C. Mental health effects prevalence in children and adolescents during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2022 Apr;19(2):130-137.
3. Cacchiarelli San Román N, Eymann A, Ferraris JR. Current impact and future consequences of the pandemic on children's and adolescents' health. *Arch Argent Pediatr.* 2021 Dec;119(6):e594-e599.
4. Pfefferbaum B. Children's Psychological Reactions to the COVID-19 Pandemic. *Curr Psychiatry Rep.* 2021 Oct 6;23(11):75.
5. Port MS, Lake AM, Hoyte-Badu AM, Rodriguez CL, Chowdhury SJ, Goldstein A, Murphy S, Cornette M, Gould MS. Perceived Impact of COVID-19 Among Callers to the National Suicide Prevention Lifeline. *Crisis.* 2022 Oct 20. doi: 10.1027/0227-5910/a000881. Epub ahead of print. Erratum in: *Crisis.* 2023 Jan 10.
6. Suárez Soto E, Pereda N, Guilera G. Suicidal ideation and behaviour in Spanish adolescents during the COVID-19 pandemic: an exploratory study. *Actas Esp Psiquiatr.* 2022 Nov;50(6):256-265.
7. Bozzola E, Ferrara P, Spina G, Villani A, Roversi M, Raponi M, Corsello G, Staiano A; Italian Pediatric COVID-19 Board. The pandemic within the pandemic: the surge of neuropsychological disorders in Italian children during the COVID-19 era. *Ital J Pediatr.* 2022 Jul 27;48(1):126.
8. Yard E, Radhakrishnan L, Ballesteros MF, Sheppard M, Gates A, Stein Z, Hartnett K, Kite-Powell A, Rodgers L, Adjemian J, Ehlman DC, Holland K, Idaikkadar N, Ivey-Stephenson A, Martinez P, Law R, Stone DM. Emergency Department Visits for Suspected Suicide Attempts Among Persons Aged 12-25 Years Before and During the COVID-19 Pandemic - United States, January 2019-May 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2021 Jun 18;70(24):888-894.
9. Thompson EC, Thomas SA, Burke TA, Nesi J, MacPherson HA, Bettis AH, Kudinova AY, Affleck K, Hunt J, Wolff JC. Suicidal thoughts and behaviors in psychiatrically hospitalized adolescents pre- and post- COVID-19: A historical chart review and examination of contextual correlates. *J Affect Disord Rep.* 2021 Apr;4:100100.

10. Kicińska Lucyna, Palma Jolanta Zachowania samobójcze wśród dzieci i młodzieży. Raport za lata 2012-2021 https://backend.zwjz.pl/media/attachments/Raport_za_lata_2012-2021_zachowania_samobojcze_młodzieży2_JVEHSu1.pdf
11. da Silva UP, Reis AOA, Pereira YTG, Vieira NB, Neto MLR, Lima NNR. Cemetery, tombstones, tears and hidden silences: Suicide in children and adolescents. *J Pediatr Nurs.* 2022 Jul-Aug;65:e11-e12.
12. Ruszel Kinga, Dubel Robert, Czekaj Aleksandra, Namroży Natalia, Dubel Julia, Pieciewicz-Szczęsna Halina. Wpływ pandemii Covid-19 na zamachy samobójcze wśród dzieci i młodzieży - porównanie statystyk z lat 2013-2021. *Profilaktyka zachowań suicydalnych wśród dzieci i młodzieży. Journal of Education, Health and Sport.* 2022;12(7):357-365.
13. Wojak N. Zachowania suicydalne w opinii młodzieży licealnej (wybrane aspekty). *Sprawozdanie z badań empirycznych. Uniwersyteckie Czasopismo Socjologiczne,* 2022;29(1):89-96
14. Hou T, Mao X, Shao X, Liu F, Dong W, Cai W. Suicidality and Its Associated Factors Among Students in Rural China During COVID-19 Pandemic: A Comparative Study of Left-Behind and Non-Left-Behind Children. *Front Psychiatry.* 2021 Aug 3;12:708305.
15. Jo E, Seo K, Nam B, Shin D, Kim S, Jeong Y, Kim A, Kim Y. Deterioration of Mental Health in Children and Adolescents During the COVID-19 Pandemic. *Soa Chongsonyon Chongsin Uihak.* 2023 Jan 1;34(1):21-29.
16. Hermosillo-de-la-Torre AE, Arteaga-de-Luna SM, Acevedo-Rojas DL, Juárez-Loya A, Jiménez-Tapia JA, Pedroza-Cabrera FJ, González-Forteza C, Cano M, Wagner FA. Psychosocial Correlates of Suicidal Behavior among Adolescents under Confinement Due to the COVID-19 Pandemic in Aguascalientes, Mexico: A Cross-Sectional Population Survey. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 May 7;18(9):4977.
17. Sara G, Wu J, Uesi J, Jong N, Perkes I, Knight K, O'Leary F, Trudgett C, Bowden M. Growth in emergency department self-harm or suicidal ideation presentations in young people: Comparing trends before and since the COVID-19 first wave in New South Wales, Australia. *Aust N Z J Psychiatry.* 2023 Jan;57(1):58-68.
18. Mamun MA, Sakib N, Gozal D, Bhuiyan AI, Hossain S, Bodrud-Doza M, Al Mamun F, Hosen I, Safiq MB, Abdullah AH, Sarker MA, Rayhan I, Sikder MT, Muhit M, Lin CY, Griffiths MD, Pakpour AH. The COVID-19 pandemic and serious psychological consequences in Bangladesh: A population-based nationwide study. *J Affect Disord.* 2021 Jan 15;279:462-472.
19. Yau JJ, Nager AL. Adolescent and young adult stress and coping during COVID-19: the utility of a pediatric emergency department screener. *Int J Emerg Med.* 2021 Jul 27;14(1):41.
20. Liu Y, Yue S, Hu X, Zhu J, Wu Z, Wang J, Wu Y. Associations between feelings/behaviors during COVID-19 pandemic lockdown and depression/anxiety after lockdown in a sample of Chinese children and adolescents. *J Affect Disord.* 2021 Apr 1;284:98-103.
21. Lee J, Hong SW, Kim K. Mental Health of Adolescents and Subjective Economic Deterioration Caused by COVID-19 in Korea. *J Korean Med Sci.* 2022 Sep 5;37(35):e268.
22. Mensi MM, Iacopelli M, Orlandi M, Capone L, Rogantini C, Vecchio A, Casini E, Borgatti R. Psychiatric symptoms and emotional impact of the COVID-19 pandemic on Italian adolescents during the third lockdown: a cross-sectional cohort study. *Sci Rep.* 2022 Dec 3;12(1):20901.

23. Viola TW, Nunes ML. Social and environmental effects of the COVID-19 pandemic on children. *J Pediatr (Rio J)*. 2022 Mar-Apr;98 Suppl 1(Suppl 1):S4-S12. doi: 10.1016/j.jpmed.2021.08.003. Epub 2021 Sep 20. PMID: 34571018; PMCID: PMC8463108.
24. Dale R, Jesser A, Pieh C, O'Rourke T, Probst T, Humer E. Mental health burden of high school students, and suggestions for psychosocial support, 1.5 years into the COVID-19 pandemic in Austria. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2022 Jul 28:1–10.
25. Melhem NM, Brent DA. Debate: The toll of the COVID-19 pandemic on children's risk for suicidal thoughts and behaviors. *Child Adolesc Ment Health*. 2021 Sep;26(3):274-275.
26. Piquero, A.R., Riddell, J.R., Bishopp, S.A., Narvey, C., Reid, J.A. i Piquero, N.L. (2020). Staying Home, Staying Safe? A Short-Term Analysis of COVID-19 on Dallas Domestic Violence. *Am J Crim Justice*., Jun 14, 1-35.
27. Exner-Cortens D, Baker E, Gray S, Fernandez Conde C, Rivera RR, Van Bavel M, Vezina E, Ambrose A, Pawluk C, Schwartz KD, Arnold PD. School-Based Suicide Risk Assessment Using eHealth for Youth: Systematic Scoping Review. *JMIR Ment Health*. 2021 Sep 21;8(9):e29454.
28. Dąbrowska P. Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w roku 2020 na podstawie rozmów w 116 111 – telefonie zaufania. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka* 2021; Vol.20, No 2.
29. Erjavac BW, Rolin AI, Gondy K, Cranford JA, Shobassy A, Biermann BJ, Rogers AJ, Hong V. Impact of the COVID-19 Pandemic on Children and Adolescents Presenting With a Psychiatric Emergency. *Clin Pediatr (Phila)*. 2022 Aug 30:99228221120288.
30. Berger G, Häberling I, Lustenberger A, Probst F, Franscini M, Pauli D, Walitza S. The mental distress of our youth in the context of the COVID-19 pandemic. *Swiss Med Wkly*. 2022 Feb 23;152:Swiss Med Wkly. 2022;152:w30142.
31. Lantos JD, Yeh HW, Raza F, Connelly M, Goggin K, Sullivant SA. Suicide Risk in Adolescents During the COVID-19 Pandemic. *Pediatrics*. 2022 Feb 1;149(2):e2021053486.
32. Ridout KK, Alavi M, Ridout SJ, Koshy MT, Awsare S, Harris B, Vinson DR, Weisner CM, Sterling S, Iturralde E. Emergency Department Encounters Among Youth With Suicidal Thoughts or Behaviors During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Psychiatry*. 2021 Dec 1;78(12):1319-1328.
33. Brewer AG, Doss W, Sheehan KM, Davis MM, Feinglass JM. Trends in Suicidal Ideation-Related Emergency Department Visits for Youth in Illinois: 2016-2021. *Pediatrics*. 2022 Dec 1;150(6):e2022056793.
34. Llorca-Bofi V, Irigoyen-Otiñano M, Sánchez-Cazalilla M, Torterolo G, Arenas-Pijoan L, Buil-Reiné E, Adrados-Pérez M, Nicolau-Subires E, Albert-Porcar C, Ibarra-Pertusa L, Puigdevall-Ruestes M. Urgent care and suicidal behavior in the child and adolescent population in a psychiatric emergency department in a Spanish province during the two COVID-19 states of alarm. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2022 Jun 15.
35. Rozental A, Sörman K, Ojala O, Jangard S, El Alaoui S, Månsson KNT, Shahnava S, Lundin J, Forsström D, Hedman-Lagerlöf M, Lundgren T, Jayaram-Lindström N. Mental health in individuals with self-reported psychiatric symptoms during the COVID-19 pandemic: Baseline data from a swedish longitudinal cohort study. *Front Psychiatry*. 2022 Jul 19;13:933858.
36. Ibeziako P, Kaufman K, Scheer KN, Sideridis G. Pediatric Mental Health Presentations and Boarding: First Year of the COVID-19 Pandemic. *Hosp Pediatr*. 2022 Sep 1;12(9):751-760.

37. Sugg MM, Runkle JD, Andersen L, Weiser J, Michael KD. Crisis response among essential workers and their children during the COVID-19 pandemic. *Prev Med.* 2021 Dec;153:106852.
38. Runkle JD, Sugg MM, Yadav S, Harden S, Weiser J, Michael K. Real-Time Mental Health Crisis Response in the United States to COVID-19. *Crisis.* 2021 Oct 22.
39. Boo, W.H. Exposure to Domestic Violence During the COVID-19 Pandemic: A Potent Threat to the Mental Well-being of Children. *Malays J Med Sci.*, 28(3), 158-159.
40. Machlin, L., Gruhn, M.A., Miller, A.B., Milojevich, H.M., Motton, S., Findley, A.M., Patel, K., Mitchell, A., Martinez, D.N. i Sheridan, M.A. (2021). Predictors of family violence in North Carolina following initial COVID-19 stay-at-home orders. *Child Abuse Negl.*, Oct 25, 105376.
41. Anderson KN, Swedo EA, Trinh E, Ray CM, Krause KH, Verlenden JV, Clayton HB, Villaveces A, Massetti GM, Holditch Nolon P. Adverse Childhood Experiences During the COVID-19 Pandemic and Associations with Poor Mental Health and Suicidal Behaviors Among High School Students - Adolescent Behaviors and Experiences Survey, United States, January-June 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2022 Oct 14;71(41):1301-1305.
42. Kundu A, Fu R, Grace D, Logie C, Abramovich A, Baskerville B, Yager C, Schwartz R, Mitsakakis N, Planinac L, Chaiton M. Correlates of past year suicidal thoughts among sexual and gender minority young adults: A machine learning analysis. *J Psychiatr Res.* 2022 Aug;152:269-277.
43. Turner BJ, Robillard CL, Ames ME, Craig SG. Prevalence and Correlates of Suicidal Ideation and Deliberate Self-harm in Canadian Adolescents During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *Can J Psychiatry.* 2022 May;67(5):403-406.
44. Runkle JD, Yadav S, Michael K, Green S, Weiser J, Sugg MM. Crisis Response and Suicidal Patterns in U.S. Youth Before and During COVID-19: A Latent Class Analysis. *J Adolesc Health.* 2022 Jan;70(1):48-56.
45. Rybarczyk I, Koweszko T. Zespół stresu pourazowego, ryzyko samobójcze, poczucie samotności oraz satysfakcja z życia u osób w ogólnej populacji w dobie pandemii Covid-19. *Psychiatria* 2022;19(3):183-193.
46. Barzilay S, Apter A. Recent research advances in identification and prevention of youth suicide risk. *Curr Opin Psychiatry.* 2022 Nov 1;35(6):395-400.

WPLYW PANDEMII COVID-19 NA PRACĘ PERSONELU PIELEŃNIARSKIEGO NA ODDZIAŁACH ZABIEGOWYCH

WIKTOR FILIPOWSKI, AGATA CHMIELEWSKA, IWONA JASTRZĘBSKA, KATARZYNA GAĆKOWSKA

Wstęp. Wraz z końcem 2019 roku rozpoczęły się na świecie zmagania z nowym patogenem z grupy wirusów RNA – beta-koronawirusem który z czasem oficjalnie otrzymał nazwę „koronawirusa ciężkiego ostrego zespołu oddechowego 2” (SARS-CoV-2). Pierwsze przypadki zakażeń odnotowano w Wuhan w środkowych Chinach [1].

Chorobę układu oddechowego wywoływaną przez SARS-CoV-2 nazwano chorobą koronawirusową 2019 (COVID-19). Zakażenie przenosi się głównie drogą kropelkowo-powietrzną lub kropelkowo-pyłową poprzez drogi oddechowe, ale także drogą bezpośredniego kontaktu błon śluzowych z zanieczyszczonymi powierzchniami [2]. Rozprzestrzenianiu się SARS-CoV-2 sprzyja często bezobjawowy lub skąpoobjawowy przebieg zakażenia, a tym samym nieświadoma jego transmisja wśród populacji ludzkiej [3]. Zazwyczaj COVID-19 charakteryzują objawy łagodne lub o umiarkowanym nasileniu, z dobrymi rokowaniami. Wśród typowych objawów wymieniane są: kaszel, ból gardła, gorączka, ból mięśni i stawów, zmęczenie oraz ból głowy. Niekiedy pojawić się może utrata węchu i/lub smaku [2, 4]. W ciężkich przypadkach zakażenie SARS-CoV-2 może prowadzić do wirusowego zapalenia płuc, ostrej niewydolności oddechowej, jak również zgonu [5]. Szczególnie narażone na wystąpienie niebezpiecznych powikłań są osoby starsze, głównie z przewlekłymi chorobami współistniejącymi [6].

Pojawienie się na świecie pandemii COVID-19 wywarło znaczący wpływ na systemy opieki zdrowotnej. We wszystkich szpitalach w Polsce wprowadzone zostały specjalne procedury związane z przyjmowaniem oraz postępowaniem z osobami z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2 lub chorymi na COVID-19 [7]. Istotnym aspektem było zwiększenie poziomu zabezpieczenia personelu pielęgniarskiego. Koniecznością stały się szkolenia w zakresie używania środków ochrony indywidualnej, np. prawidłowego zakładania i zdejmowania kombinezonów ochronnych [8]. Narastająca liczba zakażeń SARS-CoV-2 i pojawiające się problemy w przeprowadzaniu zabiegów lub operacji, wymusiły dokładne wydzielenie osób zakażonych i zdrowych przebywających na szpitalnych oddziałach zabiegowych. Ponieważ SARS-CoV-2 rozprzestrzenia się poprzez płyny ustrojowe, obszarami wysokiego ryzyka zakażeń stają się szpitalne sale operacyjne [9]. W celu zminimalizowania ryzyka transmisji

koronawirusa niezbędna jest odpowiednia kwalifikacja pacjentów do leczenia operacyjnego [10].

Personel pielęgniarski, który pracuje w bezpośrednim kontakcie z zakażonymi SARS-CoV-2 pacjentami poddany jest ogromnej presji. W związku z dużym prawdopodobieństwem zarażenia się koronawirusem oraz następnie zainfekowania swojej rodziny i przyjaciół, kadra pielęgniarska stale odczuwa obawę przed zachorowaniem [11]. Zaobserwowano, że trwający stan pandemii skutkował problemami natury psychicznej, takimi jak stres, lęk, objawy depresji, bezsenność, zaprzeczanie, złość i strach [12]. Z wielu badań wynika, że obciążenie pracą personelu pielęgniarskiego wzrosło dwukrotnie. Zgłaszane jest wyczerpanie fizyczne z powodu długotrwałych godzin pracy oraz brak odpowiedniej ilości środków ochrony indywidualnej [13].

Cel pracy. Celem badań była charakterystyka zmian pracy personelu pielęgniarskiego zatrudnionego na oddziałach zabiegowych szpitali w Polsce w czasie pandemii COVID-19.

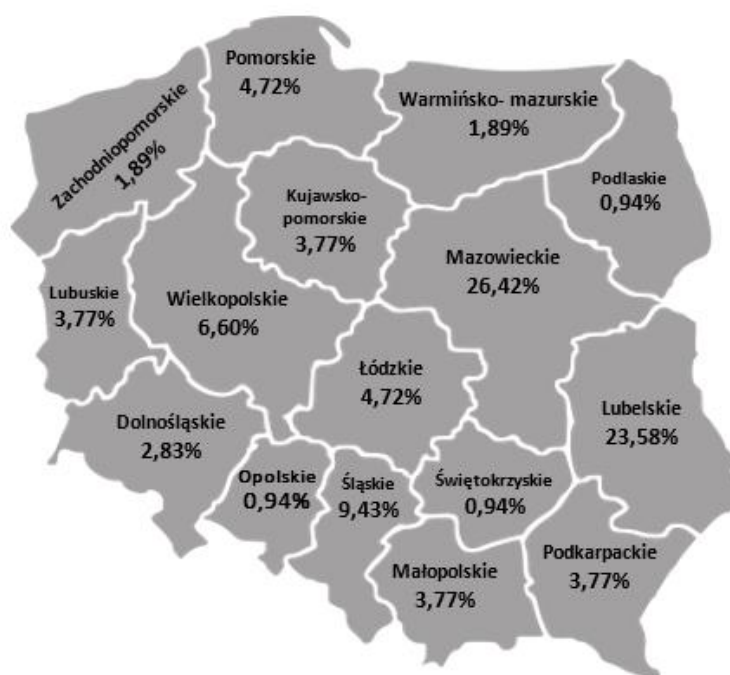
Material i metody. W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego oraz technikę ankietowania. Narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety, zawierający łącznie 31 pytań. Część metryczkowa kwestionariusza ankiety charakteryzowała grupę badaną pod względem: wieku, płci, wykształcenia, miejsca zamieszkania oraz miejsca, stażu i systemu pracy. Natomiast w części analizującej badany problem uwzględniono opinie respondentów w zakresie następujących kategorii: procedury postępowania w związku z pandemią COVID-19 i ich wpływ na organizację pracy, bezpośredni kontakt z wirusem SARS-CoV-2, przebywanie na kwarantannie, zachorowanie, wpływ pandemii COVID-19 na stan zdrowia personelu pielęgniarskiego. Badanie przeprowadzono on-line w okresie od stycznia 2021 do marca 2021 roku. Kwestionariusz ankiety udostępniono na platformie Facebook na stronie grupy „Pielęgniarki/ Pielęgniarze – najlepszy zawód”. Ankietowani zostali poinformowani o celu badania oraz o jego anonimowości.

Wyniki. W przeprowadzonym badaniu udział wzięło 106 pielęgniarek/ pielęgniarzy zatrudnionych na oddziałach zabiegowych szpitali w Polsce. Najchętniej swoją opinią na temat zmian warunków pracy związanych z pandemią COVID-19 podzieliły się osoby w przedziale wiekowym 41-50 lat (N=37) oraz w wieku poniżej 30 lat (N=35). Znaczącą większość stanowiły kobiety – 101 ankietowanych (95,28%). Szczegółową charakterystykę grupy badanej pod względem struktury demograficznej przedstawiono w tabeli numer 1.

Tabela nr 1. Charakterystyka grupy badanej pod względem struktury demograficznej

	Wiek				Płeć	
	<30 lat	30-40 lat	41-50 lat	>50 lat	Kobieta	Mężczyzna
N	35	19	37	15	101	5
%	33,02	17,92	34,91	14,15	95,28	4,72

Spośród ankietowanych najczęściej osób zamieszkiwało województwa mazowieckie (26,42%) oraz lubelskie (23,58%). W mniejszym stopniu w ankiecie wzięli udział mieszkańcy pozostałych województw (rycina nr 1).



Rycina nr 1. Miejsce zamieszkania badanych

Niemal połowa ankietowanych posiadała dyplom licencjata pielęgniarstwa (49,06%), a 38,68% dyplom magistra pielęgniarstwa. Liceum medyczne ukończyło 9,43% uczestników badania, a policealną szkołę pielęgniarstwa – 2,83%. Ponad połowa respondentów (50,94%) deklarowała, że ich staż pracy w zawodzie pielęgniarki/ pielęgniarza przekroczył 10 lat. Większość ankietowanych (82,08%) pracowało w równoważnym systemie czasu pracy, tj. 12-godzinnym; pozostała część (16,98%) w podstawowym systemie pracy, tj. 8-godzinnym.

Uczestniczący w badaniu personel pielęgniarski jako miejsce wykonywanej pracy wskazywał: oddział chirurgii ogólnej (26,42%), oddział ortopedii i traumatologii (13,21%), blok operacyjny (12,26%), oddział chirurgii onkologicznej (5,66%), ambulatoryjny oddział zabiegowy (3,77%), oddział neurochirurgii (3,77%), oddział urologii (1,89%) oraz oddział torakochirurgii (1,89%).

Pojawiły się również pojedyncze odpowiedzi takie jak: oddział chirurgii klatki piersiowej, zakład brachyterapii, oddział otolaryngologii czy oddział ginekologiczny.

Zdecydowana większość ankietowanych (92,45%) deklarowała, że w ich miejscu pracy zmodyfikowano procedury epidemiologiczne w związku z pandemią COVID-19. Mimo to przeważająca większość z nich (67,92%) uznała wprowadzone zmiany za niewystarczające. Z drugiej strony wymagane nowymi procedurami stosowanie środków ochrony indywidualnej (najczęściej wymieniane: maski chirurgiczne, maski z filtrem FFP2 lub FFP3 oraz kombinezony ochronne) utrudniało pracę 89,62% ankietowanym. Zaledwie 10,38% osób nie odczuwało różnicy podczas pracy.

W opinii znaczącej części respondentów (83%) w związku z obecnością pandemii COVID-19 liczba personelu medycznego w szpitalnych oddziałach zabiegowych uległa redukcji. Tylko 17% osób nie zaobserwowało takich zmian. Równocześnie ponad połowa ankietowanych (59,43%) potwierdziła, że wraz ze zmniejszeniem się liczby pracowników w oddziale, zwiększyła się liczba dyżurów w miesiącu dla pozostałych pracowników. Ponadto według 87,74% respondentów pandemia COVID-19 wymusiła wprowadzenie zmian w liczbie przeprowadzanych zabiegów w oddziale. Znaczna część osób pracujących w warunkach pandemii COVID-19 (75,47%) otrzymała gratyfikację za pracę w trakcie pandemii w postaci większego wynagrodzenia, bądź premii. Natomiast 24,53% respondentów takiej gratyfikacji nie otrzymało.

Wśród uczestniczącego w badaniu personelu pielęgniarskiego szpitalnych oddziałów zabiegowych 33,02% potwierdziło, że przebyło zakażenie SARS-CoV-2, natomiast 22,64% udzieliło odpowiedzi przeczącej. Równocześnie 44,34% respondentów zadeklarowało, że na COVID-19 chorowała osoba z ich najbliższej rodziny. Niemal wszyscy ankietowani (96,23%) twierdząco odpowiedzieli na pytanie o kontakt z pacjentem z wynikiem dodatnim na obecność wirusa SARS-CoV-2. Większość ankietowanych (63,21%) nie przebywała jednak na kwarantannie przypadku zaistnienia takiej sytuacji. Na kwarantannie po kontakcie z pacjentem z wynikiem dodatnim na obecność SARS-CoV-2 przebywało 23,58% respondentów, natomiast 13,21% skierowano na izolację po otrzymaniu pozytywnego wyniku badania na obecność SARS-CoV-2. Spośród osób pracujących z pacjentami zakażonymi SARS-CoV-2 aż 73,58% miało wykonany test na obecność wirusa.

Większość badanych (84,91%) odczuło niekorzystny wpływ pracy w warunkach pandemii na ich stan psychiczny. Analogiczne deklaracje dotyczyły stanu fizycznego – 85,85% ankietowanego personelu pielęgniarskiego uważa, że odczuwa wpływ pracy w czasie pandemii na ich stan fizyczny. W związku z pracą w warunkach pandemii 70,75% osób miało potrzebę

skorzystania z porady lekarskiej; najczęściej był to lekarz rodzinny oraz psychiatra. Od czasu wybuchu pandemii COVID-19 ze zwolnienia lekarskiego skorzystało 56,60% uczestniczących w badaniu pielęgniarek/ pielęgniarzy.

Dyskusja. Pojawienie się pandemii COVID-19 wymusiło na systemach ochrony zdrowia wprowadzenie szeregu dodatkowych procedur lub modyfikację dotychczas istniejących [14]. Wyniki badań własnych pozostają zbieżne w tym aspekcie z dostępną literaturą przedmiotu – 92,45% respondentów zadeklarowało, że w ich miejscu pracy zmodyfikowano procedury epidemiologiczne w związku z pandemią COVID-19. Niestety aż 67,92% ankietowanych uznała nowe procedury wprowadzone w miejscu pracy za niewystarczające. Równocześnie jednak 89,62% uczestniczącego w badaniu personelu pielęgniarskiego zgłosiło, że stosowanie wymaganych tymi procedurami środków ochrony indywidualnej utrudnia im pracę. Podobnie Atay i Cura [15] odnotowali wiele problemów związanych ze stosowaniem środków ochrony indywidualnej, szczególnie gdy są noszone przez ponad 4 godziny. Wymieniają oni m.in. pocenie się podczas noszenia maski chirurgicznej/ kombinezonu, suche dłonie po noszeniu rękawiczek oraz problemy ze wzrokiem podczas noszenia okularów [15]. Z kolei Sun i wsp. [16] zwrócili uwagę na deficyty odzieży ochronnej, co zmuszało personel pielęgniarki do ograniczeń ich stosowania generując większy dyskomfort i zmęczenie podczas pracy. Podobne wnioski znajdują się w artykule Gniadek i wsp. [8], opisującym pracę pielęgniarki w czasie pandemii. Personel pielęgniarski musiał nauczyć się pracy w nowych, specyficznych warunkach połączonych ze wspomnieniem dawnych czasów, kiedy brakowało wielu niezbędnych sprzętów medycznych. W pierwszej kolejności najważniejsze było wyposażenie szpitali jednoimiennych zakaźnych, zatem sytuacja była wyjątkowo trudna w pozostałych szpitalach, gdzie zdarzały się przypadki pacjentów „dodatnich”, a niedobory środków ochrony osobistej zmuszały do udostępniania próśb o zbiórki fartuchów ochronnych, przyłbic czy masek [8]. W badaniach własnych dysproporcje nie są aż tak duże – 50,94% respondentów uważało, że ilość środków ochrony indywidualnej jest wystarczająca aby zapewnić im poczucie bezpieczeństwa w pracy. Problem jednak pozostaje, ponieważ tylko niewiele mniej osób (49,06%) nie czuje się bezpiecznie w pracy ze względu na braki w zaopatrzeniu.

Ze względu na dużą liczbę hospitalizacji oraz zachorowania i absencję wśród pracowników szpitali, pandemia COVID-19 istotnie zwiększyła obciążenie pracą personelu pielęgniarskiego. Znajduje to również odzwierciedlenie w badaniach własnych, w których 83% respondentów twierdzi, że w związku sytuacją epidemiczną liczba personelu medycznego na oddziale uległa zmniejszeniu, zaś 59,43% potwierdziło, że w konsekwencji zwiększyła się liczba dyżurów w miesiącu dla pozostałych pracowników. Podobne wyniki uzyskali Sun i wsp. [16] – zgodnie

z ich obliczeniami godziny pracy i obciążenie pracą pielęgniarek w związku z pandemią koronawirusa wzrosły ok. 1,5-2 razy. Z kolei w badaniach Anliu i wsp. [17] 73,9% pielęgniarek pierwszej linii zgłosiło zmiany w zwykłych obowiązkach zawodowych, a 68,1% z nich zgłosiło pracę w godzinach nadliczbowych [17]. Powyższe dane potwierdzają jak bardzo personel pielęgniarski jest przeciążony pracą. Z uwagi na drogę rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2 szpitale zostały zmuszone do odwołania znacznej części zabiegów planowych i ograniczenia się do wykonywania tylko tych najpilniejszych, ratujących życie. [18].

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) w oparciu o dane z 30 krajów, ustaliła, że koronawirusem zarażonych zostało 90 000 pracowników systemów ochrony zdrowia (stan na 8 sierpnia 2020 rok) [19]. Szacuje się, że w Polsce zakażonych zostało ok. 17% personelu medycznego (stan na 15 kwietnia 2020) [7]. W badaniach własnych odsetek ankietowanych zakażonych SARS-CoV-2 sięga natomiast 33,02%. Pokazuje to jak intensywnie rozwijała się pandemia i że pomimo wprowadzonych restrykcji (masowa diagnostyka, monitorowanie kontaktów, bezwzględna kwarantanna dla osób podejrzanych o zakażenie oraz ich domowników, ochrona osób najbardziej narażonych) koronawirus przedzierał się przez zabezpieczenia do szpitali dedykowanych pacjentom niezakaźnym [8]. Najprawdopodobniej przyczyniło się to również do zmniejszenia liczby przeprowadzanych zabiegów, na co zwróciło uwagę aż 87,74% uczestników badań własnych. Większość respondentów (63,21%) nie pracowała w szpitalach jednoimiennych, ale aż 96,23% z nich miało kontakt z pacjentem z wynikiem „dodatnim”. Pomimo tego tylko u 73,58% z nich wykonano badanie na obecność SARS-CoV-2. Pozostaje więc 23% ankietowanego personelu pielęgniarskiego który nie został przebadany. Wynika to najprawdopodobniej z priorytetów opracowanych przez WHO, w których określono u kogo w pierwszej kolejności należy wykonać badanie w kierunku zakażenia SARS-CoV-2. Na pierwszym miejscu znalazły się ciężkie przypadki, z wyraźnymi symptomami lub poważnymi rokowaniami, przy wysokim prawdopodobieństwie zakażenia wirusem [8]

Pielęgniarki pracujące na oddziałach zabiegowych są obciążone psychicznie i fizycznie z powodu długich godzin pracy (82,08% ankietowanych pracuje w 12-godzinnym systemie pracy), szybkiego tempa wykonywanych procedur oraz przebywania w środowisku wysokiego ryzyka. Wymienione czynniki znacząco wpływają na zdrowie psychiczne i fizyczne pracownika. Potwierdzeniem są wyniki badań własnych, w których 84,91% respondentów deklaruje, iż praca w warunkach pandemii wpływa na ich stan psychiczny, zaś 85,85% deklaruje wpływ pracy na ich stan fizyczny. Ponadto znacząca część ankietowanych zgłosiła potrzebę skorzystania z porady lekarskiej (70,75%), a ponad połowa korzystała ze zwolnień

lekarskich (56,6%). Respondenci najczęściej potrzebowali porady lekarza rodzinnego, psychiatry oraz fizjoterapeuty. Analogiczne problemy obserwowali również Lai i wsp. [20], którzy wśród 1257 przebadanych osób u 50,4% stwierdzili objawy depresji, u 44,6% – lęk, u 34,0% – bezsenność, a u 71,5% – nadmierny stres. Czynniki te niewątpliwie przyczyniają się do pogorszenia dobrostanu psychicznego i fizycznego pracowników [20]. W badaniach Sun i wsp. [16] dodatkowo zwrócono uwagę na sposoby radzenia sobie ze stresem i lękiem wywoływanymi nadmiernie obciążającą pracą podczas pandemii koronawirusa. Uczestniczące w tym badaniu pielęgniarki potwierdziły wprowadzenie w życie psychologicznych mechanizmów obronnych takich jak izolacja, rozproszenie uwagi, racjonalizacja oraz samoświadomość. Większość z nich (70%) starała się także skorzystać z technik relaksacji oddechu, medytacji muzycznej, emocjonalnej ekspresji, ćwiczeń fizycznych oraz zwiększenia ilości snu. W sytuacjach stresowych pielęgniarki starały się sobie pomagać widząc w pracy zespołowej dodatkowe źródło wsparcia [16]. Nowa sytuacja często budzi lęk, a w czasie pandemii wszystko było „nowe”. Szczególnie na początku ciężko było znaleźć wytyczne i procedury postępowania z pacjentem zakażonym SARS-CoV-2. Okoliczności zmuszały do wypracowywania własnych algorytmów i bieżącej wymiany informacji między zespołami terapeutycznymi z różnych szpitali w celu optymalizacji podjętych działań. Uczestniczki badania Sun i wsp [16] podjęły inicjatywę zgłębiania wiedzy medycznej oraz analizowania sytuacji. Ich postawa była bardzo racjonalna, ponieważ budowanie świadomości pozwala na pewniejsze wykonywanie działań i bardziej racjonalną ocenę sytuacji tym samym zmniejszając ich poczucie lęku wynikające z niepewności.

Wnioski.

1. Pandemia COVID-19 wymusiła na systemach ochrony zdrowia wdrożenie specjalnych procedur postępowania z osobami z podejrzeniem zakażenia koronawirusem oraz chorymi. W opinii ankietowanych modyfikacja procedur na oddziałach zabiegowych była niewystarczająca i nie zapewniała poczucia bezpieczeństwa.
2. Tylko połowa respondentów deklarowała, że ilość środków ochrony indywidualnej stosowanych w oddziale jest wystarczająca. Ich stosowanie utrudniało istotnie pracę.
3. Podczas pandemii COVID-19 znacząco zmniejszyła się liczba personelu pielęgniarskiego na oddziałach zabiegowych, co niekorzystnie wpłynęło na organizację pracy.
4. Pandemia COVID-19 przyczyniła się do przekładania zabiegów planowych na późniejsze terminy.

5. Praca w bezpośrednim kontakcie z zakażonymi SARS-CoV-2 spotęgowała obciążenie obowiązkami i negatywnie wpłynęła na stan psychiczny i fizyczny personelu pielęgniarskiego oddziałów zabiegowych.
6. Pandemia COVID-19 przyczyniła się do zwiększenia liczby zwolnień lekarskich oraz częstości zasięgnięcia porad u specjalistów wśród personelu pielęgniarskiego.

Piśmiennictwo

1. Guan W, Ni Z, Hu Y, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *The New England Journal of Medicine*, 2020: 1708-1720.
2. Struyf T, Deeks JJ, Dinnes J, et al. Signs and symptoms to determine if a patient presenting in primary care or hospital outpatient settings has COVID-19 disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021.
3. Wujtewicz MA, Dylczyk-Sommer A, Aszkielowicz A, et al. COVID-19 – what should anaesthesiologists and intensivists know about it? *Anaesthesiology Intensive Therapy*, 2020, 52, 1: 34-41.
4. Burke RM, Killerby ME, Newton S, et al. Symptom Profiles of a Convenience Sample of Patients with COVID-19. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2020: 904-908.
5. Zhou P, Yang X, Hu B, et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature*, 2020: 270-275.
6. CDC COVID-19 Response Team. Severe Outcomes Among Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) - United States, February 12-March 16, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020 Mar 27;69(12):343-346.
7. Mitura K, Myśliwiec P, Rogula W, et al. Guidelines for the management of surgical departments in non-uniform hospitals during the COVID-19 pandemic. *Polish Journal of Surgery*, 2020; 92: 48-59.
8. Gniadek A, Nawara W, Padykuła M, et al. Polska pielęgniarka w czasie pandemii zakażeń SARS-CoV-2 – różne perspektywy wykonywania zawodu. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 2020, 18: 149-154.
9. Bui N, Coetzer M, Schenning KJ, et al. Preparing previously COVID-19-positive patients for elective surgery: a framework for preoperative evaluation. *Perioper Med.*, 2021;10: 1.
10. <https://pulsmedycyny.pl/koronawirus-znacznie-zwieksza-ryzyko-smierci-po-operacji-badanie-992935> [dostęp z dnia 21.05.2023r.]
11. Spoorthya SM, Pratapa SK, Mahant S, et al. Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic, *Asian Journal of Psychiatry*, 2020: 51.
12. Korkmaz S, Kazgan A, Çekiç S, et al. The anxiety levels, quality of sleep and life and problem-solving skills in healthcare workers employed in COVID-19 services. *Journal of Clinical Neuroscience*, 2020, 80: 131-136.
13. Kackin O, Ciydem E, Aci OS, et al. Experiences and psychosocial problems of nurses caring for patients diagnosed with COVID-19 in Turkey: A qualitative study. *International Journal of Social Psychiatry*, 2020: 1-10.
14. Gonzalez K, Trigo S, Miller C, Urajnik D. Rescheduling of Cancelled Elective Surgical Procedures Among Older Adults Post-COVID-19. *Can Geriatr J*. 2021 Mar 2;24(1):73-76.
15. Atay S, Cura SU. Problems Encountered by Nurses Due to the Use of Personal Protective Equipment During the Coronavirus Pandemic: Results of a Survey. *Wound Manag Prev*. 2020 Oct;66(10):12-16.

16. Sun N, Wei L, Shi S, Jiao D, Song R, Ma L, et al. A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. *American Journal of Infection Control* 48, 2020, 48(6): 592-598.
17. Anliu NM, Xiangfen S, Shuzeng Z, Wenjie G, Jianfeng L. Psychological impact of COVID-19 outbreak on frontline nurses: A cross-sectional survey study. *J Clin Nurs*. 2020; 29: 4217-4226.
18. Murat M, Köse S, Savaser S. Determination of stress, depression and burnout levels of front-line nurses during the COVID-19 pandemic. *Int J Ment Health Nurs*. 2021 Apr;30(2):533-543.
19. Jianbo L, Simeng M, Ying W, Zhongxiang C, Jianbo Hu, Ning W, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *AMA Netw Open*. 2020 Mar 2;3(3).
20. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020 Mar 2;3(3).

Wstęp. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) dnia 11 marca 2020 określiła COVID-19 jako pandemię. Wskazała, że odnotowano ponad 3 miliony przypadków, 207 973 zgonów w 213 krajach [1]. COVID-19 (koronawirus) spowolnił gospodarkę światową, a także znacznie wpłynął na nasze codzienne życie. Choroba dotknęła tysiące osób i niejednokrotnie doprowadzała do zgonu pacjenta wskutek różnych powikłań ludzi, którzy albo są chorzy, albo giną z powodu rozprzestrzeniania się tej choroby [2-3]. Według Singal i wsp. do głównych objawów zalicza się złe samopoczucie, osłabienie, bóle mięśni, zmęczenie, kaszel, gorączkę, duszność [4]. W przypadku występowania chorób współistniejących u danego pacjenta rokowanie jest znacznie gorsze. Ponad 80% zgonów odnotowywano u osób powyżej 60 roku życia, a u 75 % zmarłych występowały choroby współistniejące takie jak nowotwory, cukrzyca, choroby układu krążenia. Stwierdzono również, że płeć męska predysponuje do większej śmiertelności [5]. Ye i wsp. twierdzą, iż COVID-19 może mieć różny przebieg m.in. od postaci bezobjawowej, łagodnej do bardzo ciężkiej prowadzącej do niewydolności oddechowej, a nawet śmierci [5]. Vellingiri i wsp. wskazują, że środkami chroniącymi przed wirusem może być karmienie piersią zwiększające odporność u dzieci, unikanie miejsc zatłoczonych, sama świadomość istnienia wirusa czy częsta dezynfekcja rąk środkiem z alkoholem [6]. Zdaniem Yamey i wsp. choroba wpłynęła zarówno na gospodarkę światową jak i doprowadziła do kryzysu zdrowia publicznego. Infekcja nie tylko stała się kryzysem zdrowia publicznego, ale także wpłynęła na światową gospodarkę[7].

Cel pracy Celem pracy jest przedstawienie skutków biologicznych, psychicznych i ekonomicznych wynikających z pandemii COVID 19.

Założenia metodologiczne. Założono analizę przeglądu piśmiennictwa z zakresu skutków biologicznych, psychicznych i ekonomicznych .

Dokumenty zostały ograniczone do daty publikacji między 2017–2023 rokiem. Spośród kryteriów wzięto pod uwagę badania prospektywne, obserwacyjne oraz przekrojowe. Za źródło piśmiennictwa posłużyły elektroniczne bazy: Elsevier, Springer, Polska Bibliografia Lekarska, Google Scholar. Kryteriami wyszukiwania były słowa kluczowe: skutki zdrowotne, COVID-19. Dokonano wnikliwego przeglądu 49 prac opublikowanych w czasopiśmie zagranicznych i polskich. Prace podzielono tematycznie: skutki biologiczne, skutki psychiczne i skutki ekonomiczne pandemii COVID-19.

Rozwinięcie. Skutki biologiczne. COVID – 19 może doprowadzić do wystąpienia udaru mózgu. Marin-Median i wsp. w swoich badaniach udowodnili, że około 6% pacjentów z rozpoznaniem COVID-19 miało udar niedokrwieny mózgu [8]. W badaniu retrospektywnym przeprowadzonym w Wuhan (Chiny) 5,7% pacjentów doznało udaru mózgu w związku z ciężkim przebiegiem COVID-19. Najcięższy przebieg kliniczny zauważalny jest u osób z chorobami współistniejącymi (otyłością, cukrzycą, chorobami serca, nadciśnieniem tętniczym), mężczyzn, pacjentów starszych. Udar może być spowodowany łączeniem się enzymu konwertującego angiotensynę 2 (ACE2) z wirusem SARS-CoV-2. Enzym ten jest obecny zarówno w mięśniach gładkich znajdujących się w mózgu jak i w komórkach śródbłonna [9]. W ciężkich zachorowaniach z powodu COVID-19 obserwowano wzrost markerów odpowiadających za krzepnięcie jak D-dimery i fibrynogen [10].

W innych badaniach Scarpellii i wsp. w grupie 5988 pacjentów dotyczących aspektów emocjonalnych, jakości snu, częstotliwości występowania koszmarów i snów oraz oceny zdrowia psychicznego stwierdzono, że Włosi podczas pandemii częściej mieli sny i koszmary o treściach przerażających [11]. Izolacja w trakcie pandemii COVID-19 doprowadziła do występowania lęku przed zachorowaniem, depresji, nasilonego stresu, ograniczeń w nawiązywaniu kontaktów społecznych, a także zaburzeń jakościowych jak ilościowych snu. Urządzenia elektroniczne jak również praca zmianowa mogą nasilać zaburzenia snu przez stymulację siatkówki. Istotne jest, że nieregularne cykle snu lub zbyt mała ilość snu jest przyczyną osłabienia układu odpornościowego co naraża chorego na większą podatność na infekcje wirusowe i stany zapalne [12].

Obowiązkowa kwarantanna w przypadku dzieci i młodzieży była istotnym zagrożeniem dla zdrowia w związku z zaburzeniem rytmu dobowego, wypoczynku i stylu życia. Badania Ranjbar i wsp. pokazały, że ograniczenia związane z COVID-19 doprowadziły do zmiany stylu życia irańskich uczniów szkół publicznych (83,3%) i zamieszkujących miasta (80,6%). Uczniowie w związku z zamknięciem szkół więcej czasu spędzali przy komputerze. Preferowali oglądanie telewizji (13,8%), gry komputerowe i mobilne (30,1%), a następnie uczenie się (26,6%). Wzorce snu również zostały zaburzone, gdyż 53,5 % badanych spała powyżej 12 godzin [13].

W związku z wystąpieniem COVID -19 zmniejszyła się dostępność do usług zdrowotnych. Przeprowadzone badania u dzieci pokazują wpływ pandemii na samopoczucie, możliwość korzystania z usług medycznych, zdrowie. Większa połowa badanych (54,2%) miała zmienione terminy konsultacji, natomiast u 21,6% respondentów nie wykonano szczepień ochronnych. W opinii rodziców wystąpiły również znaczne konsekwencje społeczne, fizyczne i psychiczne

w okresie pandemii [14]. Katalanda i wsp. twierdzą, że współistnienie chorób przewlekłych takich jak otyłość, cukrzyca, nadciśnienie, choroby układu oddechowego, choroby wieńcowe serca znacznie częściej naraża na cięższy przebieg Covid-19. W przyszłości należałoby się zastanowić nad większą ochroną takich pacjentów z powodu większego ryzyka zachorowania [15-16]. Według zachorowalność z powodu raka płuc była znacznie wyższa u chorych, którzy zachorowali z powodu COVID-19, a także cięższy był przebieg choroby i większa śmiertelność u pacjentów z rakiem płuc aniżeli u osób mających zdiagnozowane inne nowotwory [17-18]. Zmiany powiązane z komponentami zapalnymi, szereg zdarzeń immunogennych jak również ciężka immunosupresja doprowadzają do zwiększonej zachorowalności na raka płuc u pacjentów z COVID-19. Zwiększoną częstość występowania raka płuc wśród pacjentów z COVID-19 [19-20].

Według Spruit i wsp. zalecane jest wczesne wdrażanie rehabilitacji u pacjentów z chorobami przewlekłymi z uwzględnieniem rehabilitacji oddechowej. Wskazane jest jej rozpoczęcie już w momencie przyjmowania pacjenta do szpitala jak i kontynuowanie bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji [21].

Skutki psychiczne. Izolacja związana z COVID-19 może także doprowadzić do zaburzeń psychicznych [22]. Pierwszą z konsekwencji może być zaburzenie funkcji układu nerwowego, a druga natomiast związana jest z narażeniem na działanie długotrwałe stresorów. Zachorowalność z powodu COVID-19 doprowadza do występowania spowolnienia psychoruchowego, zaburzeń w zakresie funkcji poznawczych i intelektualnych (mgły covidowej), przewlekłego zmęczenia i dezorientacji [23]. Vuren i wsp. twierdzą, że w przypadku długotrwałego stresu obserwuje się występowanie frustracji, zaburzenia psychotyczne, zaburzenia snu, wypalenie zawodowe, drażliwość, impulsywność, złość, obniżenie nastroju czy stany lękowe [24-25]. W opinii Brooks i wsp. wprowadzane restrykcje potęgowały osamotnienie, były przyczyną izolowania społecznego i lęku co mogło być przyczyną pojawiania się zaburzeń psychicznych [26].

Według Liu i wsp. szkoła jest miejscem, w którym dziecko korzysta z edukacji, budowane są relacje interpersonalne, więzi społeczne. Szkoła odgrywa również rolę w odpowiedniej aktywności fizycznej, edukacji w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych, higienie, kulturze osobistej. W związku z tym izolacja czy krótkotrwałe zamknięcie edukacyjnych placówek doprowadza do występowania zaburzeń zdrowia zarówno psychicznego jak i fizycznego [27]. Zdaniem Dubey i wsp. zamknięcie szkół, zaburzenie rytmu dobowego, nieprawidłowe odżywianie jak i ograniczenie aktywności fizycznej zwiększało ryzyko wystąpienia obciążeń psychicznych u dzieci i młodzieży [22]. W opinii Ghosh i wsp.

czynniki te w konsekwencji powodowały większy stres, były monotonne, a także zakłócały wcześniej prowadzony styl życia [28].

Dubey i wsp. wskazują, że konsekwencją braku aktywności fizycznej, nieprawidłowego odżywiania, siedzącego trybu życia, zaburzeń snu mogą być ograniczenia związane z wydolnością oddechowo-sercową oraz otyłość. Również strach przed infekcją, brak kontaktu z rówieśnikami, większe obciążenia finansowe rodziców związane z brakiem możliwości uzyskiwania na wcześniejszym poziomie dochodów mogą przyczyniać się do pojawiania się zaburzeń psychicznych i fizycznych [22].

Według Lee i wsp. wykazano, że skutki psychospołeczne i zdrowotne w trakcie pandemii były poważniejsze wśród osób z wywodzących się z grup marginalizowanych społecznie [29-31].

Badania przeprowadzone przez McElroy i wsp. dowodzą, że występowanie strachu przed zachorowaniem na COVID-19, izolacja, status ekonomiczny i edukacyjny, poprzedni stan zdrowia, wiek rozwojowy mają związek z pojawianiem się różnych konsekwencji społecznych i zdrowotnych u młodzieży i dzieci. Zidentyfikowane również zostały czynniki ryzyka wśród nastolatków (N=698) i rodziców (N=4793) takie jak konsekwencje zdrowotne i lęk związane z czynnikami demograficznymi respondentów [32]. Xiao i wsp. w swoich badaniach wykazali, że izolowane osoby mają zaburzony sen, a także odczuwają wysoki poziom stresu. Osoby te odczuwają lęk przed możliwym zachorowaniem, stres w związku z ograniczeniem kontaktów społecznych czy brakiem aktywności fizycznej [33]. Według danych United Nations Policy w trakcie pandemii COVID-19 dzieci hiszpańskie i włoskie doświadczały samotności (31 %), nerwowości (38%), drażliwości (39%), zaburzeń koncentracji uwagi (77%) i niepokoju (39%) [34]. W trakcie pandemii doszło również do częstszych przestępstw internetowych [35].

Izolacja również u osób starszych doprowadzała do występowania zaburzeń psychicznych. Badania Müller i wsp. pokazały, że samotność izolowana ($p<0,001$) oraz samotność nieizolowana ($p<0,001$) wiążą się z większą skłonnością do depresji. Dowiedziono także, że subiektywna ocena w zakresie emocjonalnym (sytuacja społeczna podczas izolacji oraz poczucie osamotnienia) jest istotniejsza niż obiektywny stan (w trakcie izolacji) [36].

Wyniki United Nations Policy Brief wskazują, że w pandemii COVID-19 wzrosła ilość spożywanego alkoholu o 20 % wśród osób między 15 a 19 rokiem życia z powodu pojawiających się problemów z możliwością odreagowania emocji negatywnych. Wysoki poziom niepokoju obserwowano u dzieci, osób starszych, młodych dorosłych, osób mieszkających na terenach gdzie występują konflikty, pracowników ochrony zdrowia. Wśród osób pracujących w placówkach medycznych wykazano nasilenie stresu na różnym poziomie

od umiarkowanego (46%) aż do wysokiego (26%). Ponadto zaobserwowano, że grupa lekarzy i pielęgniarek miała problemy z bezsennością (34%), odczuwała niepokój (45%), zgłaszała objawy depresji (50%), potrzebowała pomocy psychologicznej (46%) [37].

Konieczne jest podejmowanie działań związanych ochroną zdrowia psychicznego takich jak odpowiednia regulacja rytmu dobowego z dostateczną ilością odpoczynku i snu, higiena snu, prowadzenie zdrowego stylu życia [38]. Poprawa funkcjonowania układu nerwowego możliwa jest poprzez suplementację witamin z grupy B, preparatów magnezu, kwasów omega-3 [39]. Należy również zadbać o prawidłową aktywność fizyczną [40].

Skutki ekonomiczne. Pandemia COVID-19 miała wpływ na dochody obywateli. Przyczyną były częste nieobecności w pracy, spadek i zmniejszenie produktywności oraz występowanie przedwczesnych zgonów. Przykładem mogą być Chiny, gdzie odnotowano obniżenie wskaźnika produkcyjnego o więcej niż 54 % w porównaniu do miesiąca poprzedniego [41]. Wzrost produkcji w Europie nie przekraczał 3 % [42]. Zarówno w Europie jak i USA COVID-19 dotknął bezpośrednio osoby samozatrudnione i małe firmy, a nie osoby zatrudniane na umowy o pracy i duże firmy [43]. Wg Graber i wsp. kobiety będące właścicielkami małych firm były o 35% bardziej narażone w porównaniu do mężczyzn na utratę dochodów prowadzące małe firmy były o 35% bardziej narażone na utratę dochodów niż mężczyźni [44]. Dey i wsp. twierdzą, że restrykcje spowodowały również zmniejszenie dochodów w barach, restauracjach, transporcie [45]. Kolejnym problemem była inflacja cen gazu, energii i ropy. Pogłębiło to znacznie inflację zasadniczą oraz doprowadziło do powstania skutków ubocznych w innych sektorach. Inflacja cen energii spowodowana była popytem i podażą ropy naftowej [46].

Ograniczenia związane z podróżowaniem, przepływami migracyjnymi doprowadziły do zahamowania rozwoju i wzrostu gospodarczego [47]. Z powodu ograniczeń dotyczących podróżowania straty odniosła również branża hotelarska. Zaobserwowano również, iż konsumenci zmienili zachowania dotyczące wydatków w obawie przed utratą finansów i znaczny spadek otrzymywanych dochodów [48]. W opinii Yamej i wsp. zakłócenia występujące w handlu, zdziesiątkowanie turystycznej branży, zamykanie firm, pojawienia się śmiertelnych ofiar oraz mniejsza produktywność wpłynęły znacząco na gospodarkę [48].

Wnioski. Pandemia COVID-19 spowodowała znaczne utrudnienia w codziennym funkcjonowaniu. Wymagała podjęcia działań związanych z coraz większą zachorowalnością jak i zastosowania licznych środków ostrożności. W aspekcie ekonomicznym doprowadziła do pojawienia się kryzysu i zdestabilizowania gospodarki. Ograniczenia związane z podróżowaniem i mobilnością wpływały na popyt konsumentów na usługi i produkty,

transport materiałów co znacznie pogłębiało niedostosowanie firm do produkcji, miały również dość duży wpływ na rynek pracy. Skutkami psychicznymi izolacji było zwiększenie ryzyka zachorowania z powodu chorób psychicznych jak i większa ilość emocji negatywnych, a w przypadku skutków biologicznych restrykcje stały się przyczyną ograniczenia dostępu do opieki zdrowotnej co przełożyło się na zbyt późne podejmowanie leczenia chorób nowotworowych i narażało społeczeństwo na przedwczesne zgony.

Piśmiennictwo

1. World Health Organization. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Situation Report 100. Geneva (dostęp 22.03.2023).
2. Wang M, Cao R, Zhang L. Remdesivir and chloroquine effectively inhibit the recently emerged novel coronavirus (2019-nCoV) in vitro. *Cell Res.* 2020;30(3):269–271.
3. Huang C, Wang Y, Li X. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet.* 2020;395(10223):497–506.
4. Singhal T. A review of coronavirus disease-2019 (COVID-19). *Indian J Pediatr* 2020; 87: 281-286.
5. Ye Q, Wang B, Mao J i wsp. Epidemiological analysis of COVID-19 and practical experience from China. *J Med Virol* 2020; 92: 755-769.
6. Vellingiri B, Jayaramayya, K, Iyer M, Narayanasamy A, et al.: COVID-19: A promising cure for the global panic. In *Science of the Total Environment*. (dostęp 18.03.2023) doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.138277.
7. Yamey G, Schäferhoff M, Aars OK, Bloom B, Carroll D, Chawla M, et al. Financing of international collective action for epidemic and pandemic preparedness. *Lancet Global Health.* (2017) 5:e742–4. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30203-6.
8. Marín-Medina DS, Muñoz-Rosero AM, Bernal-Bastidas BL, Gaspar-Toro JM. Infección por SARS-CoV-2 y ataque cerebrovascular isquémico [SARS-CoV-2 infection and ischemic stroke]. *Semergen.* 2021;47(7):482-487. Spanish. doi: 10.1016/j.semerng.2020.09.007.
9. Hess DC, Eldahshan W, Rutkowski E. COVID-19-Related Stroke. *Transl Stroke Res.* 2020;11(3):322-325.].
10. Costanzo L, Palumbo FP, Ardita G, et al. Coagulopathy, thromboembolic complications, and the use of heparin in COVID-19 pneumonia. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord.* 2020;8(5):711-716.
11. Scarpelli S, Alfonsi V, Mangiaruga A, Musetti A, Quattropiani MC, Lenzo V, Freda MF, Lemmo D, Vegni E, Borghi L, Saita E, Cattivelli R, Castelnuovo G, Plazzi G, De Gennaro L, Franceschini C. Pandemic nightmares: Effects on dream activity of the COVID-19 lockdown in Italy. *J Sleep Res.* 2021;30(5):e13300. doi: 10.1111/jsr.13300.
12. Patell R, Bogue T, Koshy A, et al. Postdischarge thrombosis and hemorrhage in patients with COVID-19. *Blood.* 2020;136(11):1342-1346.
13. Ranjbar H, Hosseinpour H, Shahriarirad R, Ghaem H, Jafari K, Rahimi T, Mirahmadizadeh A, Hosseinpour P. Students' attitude and sleep pattern during school closure following COVID-19 pandemic

- quarantine: a web-based survey in south of Iran. *Environ Health Prev Med.* 2021;26(1):33. doi: 10.1186/s12199-021-00950-4.
14. Poppe M, Aguiar B, Sousa R, Oom P. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Children's Health in Portugal: The Parental Perspective. *Acta Med Port.* 2021;34(5):355- 361. doi: 10.20344/amp.14805.
 15. Katulanda P, Dissanayake HA, Ranathunga I, Ratnasamy V, Wijewickrama PSA, Yogendranathan N, Gamage KKK, de Silva NL, Sumanatilleke M, Somasundaram NP, Matthews DR. Prevention and management of COVID-19 among patients with diabetes: an appraisal of the literature. *Diabetologia.* 2020;63(8):1440-1452. doi: 10.1007/s00125- 020-05164-x;
 16. Flaherty GT, Hession P, Liew CH, Lim BCW, Leong TK, Lim V, Sulaiman LH. COVID- 19 in adult patients with pre-existing chronic cardiac, respiratory and metabolic disease: a critical literature review with clinical recommendations. *Trop Dis Travel Med Vaccines.* 2020;6:16. doi: 10.1186/s40794-020-00118-y.
 17. Venkatesulu BP, Chandrasekar VT, Girdhar P, Advani P, Sharma A, Elumalai T, et al. A systematic review and meta-analysis of cancer patients affected by a novel coronavirus. *medRxiv [Preprint] (2020) 29:2020.05.27.20115303.* doi: 10.1101/2020.05.27.20115303;
 18. Lemos AEG, Silva GR, Gimba ERP, Matos ADR. Susceptibility of lung cancer patients to COVID-19: A review of the pandemic data from multiple nationalities. *Thorac Cancer (2021) 12(20):2637–47.* doi: 10.1111/1759-7714.14067.
 19. Han S, Zhuang Q, Chiang J, Tan SH, Chua GWY, Xie C, et al. Impact of cancer diagnoses on the outcomes of patients with COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open (2022) 12(2):e044661.* doi: 10.1136/bmjopen-2020-044661;
 20. Belsky JA, Tullius BP, Lamb MG, Sayegh R, Stanek JR, Auletta JJ. COVID-19 in immunocompromised patients: A systematic review of cancer, hematopoietic cell and solid organ transplant patients. *J Infect (2021) 82(3):329–38.* doi: 10.1016/j.jinf.2021.01.022).
 21. Spruit MA, Holland AE, Singh SJ, Tonia T, Wilson KC, Troosters T. COVID-19: Interim Guidance on Rehabilitation in the Hospital and Post-Hospital Phase from a European Respiratory Society and American Thoracic Society-coordinated International Task Force. *Eur Respir J.* 2020;56(6):2002197. doi: 10.1183/13993003.02197-2020.
 22. Dubey S., Biswas P., Ghosh R., Chatterjee S. Psychosocial impact of COVID-19: the deadliest pandemic in the internet era, *Diseases, 2020; 7: 367–375.*
 23. De Sousa Moreira, J.L, Barbosa SMB, Vieira JG, Chaves NCB, Felix EBG, et al. Feitosa, P.W.G., da Cruz, I.S., da Silva, C.G.L., Neto, M.L.R. The psychiatric and neuropsychiatric repercussions associated with severe infections of COVID-19 and other coronaviruses. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 20212, 106, 110159, <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110159>.*
 24. Vuren V., Steyn S.F., Brink C.B., Marisa M., Viljoen F.P., Harvey B.H. (2021). The neuropsychiatric manifestations of COVID-19: Interactions with psychiatric illness and pharmacological treatment, *Biomedicine & Pharmacotherapy, 135 1, 1–20, <https://doi.org/10.1016/j.biopha.2020.111200>;*
 25. Szcześniak, D., Gładka, A., Misiak, B., Cyran, A., Rymaszewska, J. (2020). The SARS-CoV-2 and mental health: From biological mechanisms to social consequences, *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry 2020; 10: 104, 110046, <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110046>.*

26. Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., Rubin, G.J. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* 2020; 395(10227): 912-920, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).
27. Liu J.J., Bao Y., Huang X., Shi J., Lu L. Mental health considerations of children quarantined because of COVID-19, *Lancet Child and Adolescent Health*, 2020; 4: 357–359.
28. Ghosh R, Dubey MJ, Chatterjee S, Dubey S. Impact of COVID -19 on children: special focus on the psychosocial aspect. *Minerva Pediatr.* 2020;72(3):226-235. doi: 10.23736/S0026-4946.20.05887-9.
29. Lee H, Singh GK (2021): Monthly trends in self-reported health status and depression by race/ethnicity and socioeconomic status during the COVID-19 pandemic, United States, April 2020–May 2021. *Ann Epidemiol* 63:52–62. 38;
30. Lopez L, Hart LH, Katz MH. Racial and ethnic health disparities related to COVID-19. *JAMA* 2021; 325:719–720. 39;
31. Mena GE, Martinez PP, Mahmud AS, Marquet PA, Buckee CO, Santillana M (2021): Socioeconomic status determines COVID-19 incidence and related mortality in Santiago, Chile. *Science* 372: eabg5298.
32. McElroy E, Patalay P, Moltrecht B, Shevlin M, Shum A, Creswell C, Waite P. Demographic and health factors associated with pandemic anxiety in the context of COVID-19. *Br J Health Psychol.* 2020;25(4):934-944. doi: 10.1111/bjhp.12470.
33. Xiao H, Zhang Y, Kong D i wsp. Social capital and sleep quality in individuals who self-isolated for 14 days during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in January 2020 in China. *Med Sci Monit* 2020; 26: e923921.
34. [United Nations Policy Brief. COVID - 19 and the Need for Action on Mental Health, 13 May 2020, <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/UN-Policy-Brief-COVID-19-and-mental-health.pdf> (dostęp: 02.03. 2023).
35. Ghosh R, Dubey MJ, Chatterjee S, Dubey S. Impact of COVID -19 on children: special focus on the psychosocial aspect. *Minerva Pediatr.* 2020;72(3):226-235. doi: 10.23736/S0026-4946.20.05887-9.
36. Müller F, Röhr S, Reininghaus U, Riedel-Heller SG. Social Isolation and Loneliness during COVID-19 Lockdown: Associations with Depressive Symptoms in the German Old-Age Population. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(7):3615. doi: 10.3390/ijerph18073615.
37. United Nations Policy Brief. COVID - 19 and the Need for Action on Mental Health, 13 May 2020, <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/UN-Policy-Brief-COVID-19-and-mental-health.pdf> (dostęp: 02.03.2023).
38. Robillard, R., Dion, K., Pennestri, M.H., Solomonova, E., Lee, E., Saad, M., Murkar, A., Godbout, R., Edwards, J.D., Quilty, L., Daros, A.R., Bhatla, R., Kendzerska, T. (2021). Profiles of sleep changes during the COVID-19 pandemic, Demographic, behavioural and psychological factors, *Journal of Sleep Research*, 2021; 30 (1): e13231, <https://doi.org/10.1111/jsr.13231>.
39. Villadsen, A., Patalay, P., Bann, D. (2021). Mental health in relation to changes in sleep, exercise, alcohol and diet during the COVID-19 pandemic: Examination of four UK cohort studies, *Psychological Medicine*, 2021; 2: 1-10, <https://doi.org/10.1017/S0033291721004657>.

40. Amatriain-Fernández, S., Murillo-Rodríguez, E.S., Gronwald, T., Machado, S., Budde, H. Benefits of physical activity and physical exercise in the time of pandemic. *Psychological Trauma*, 2020; 12(S1):S264-S266, <https://doi.org/10.1037/tra0000643>.
41. National Bureau of Statistics of China. Purchasing Managers Index for February. National Bureau of Statistics of China [Press Release]. Beijing: Department of Service Statistics of NBS. (2020). http://www.stats.gov.cn/english/PressRelease/202003/t20200302_1729254.html (dostęp 13.02.2023)
42. UNIDO. World Manufacturing Production, Quarter 1. 2021. <https://xfiles.unido.org/index.php/s/o3iKrGRW8Hjfp9Q/download> (dostęp 20. 03. 2023).
43. European Small businesses find a digital safety net during Covid-19. Report. Connected Commerce. <https://digitallydriven.connectedcouncil.org/europe/>. (dostęp 15. 02.2023)
44. Graeber, D., Kritikos, AS i Seebauer, J. 2021. COVID 19: kryzys samozatrudnionych kobiet, *Journal of Population Economics*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8435174/> (dostęp 14.02.2023).
45. Dey M, Loewenstein M. How many workers are employed in sectors directly affected by COVID-19 shutdowns, where do they work, and how much do they earn? *Monthly Labor Rev.* (2020). doi: 10.21916/mlr.2020.6. (dostęp 13.02.2023).
46. Food and Agriculture Organisation of the United Nations. Migrant workers and the COVID-19 Pandemic. Rome 2020. <https://sdgs.un.org/un-system-sdg-implementation/food-and-agriculture-organization-fao-44217> (dostęp 12.02.2023).
47. International Air Transport Association. IATA Economics' Chart of the Week: return to air travel expected to be slow. In: IATA Economics Report (2020). <https://www.iata.org/en/iata-repository/publications/economic-reports/return-to-air-travel-expected-to-be-slow/> (dostęp 6. 03. 2023).
48. Yamey G, Schäferhoff M, Aars OK, Bloom B, Carroll D, Chawla M, et al. Financing of international collective action for epidemic and pandemic preparedness. *Lancet Global Health.* (2017) 5:e742–4. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30203-6.

WPLYW PANDEMII COVID-19 NA ZDROWIE PSYCHICZNE WŚRÓD PERSONELU PIELEŃNIARSKIEGO

WIOLETA HALCZUK-GORZELNIK

Wstęp. Pielęgniarstwo jest klasyfikowane jako zawód zaufania publicznego, ponieważ wiąże się z wykonywaniem szerokiego zakresu działań na rzecz innych ludzi w różnych warunkach. Obejmuje to pracę w nagłych przypadkach zdrowotnych, aż do tych zagrażających życiu włącznie, a także inicjatywy profilaktyczne i edukacyjne [1]. Do chwili obecnej pielęgniarstwo było przeciążone psychicznie z powodu trudu dotychczas wykonywanego zawodu oraz odpowiedzialności. W ostatnim czasie spotkano się z nowym czynnikiem jakim jest pandemia. Pierwsze przypadki zupełnie nowego szczepu SARS-CoV-2, często znanego jako „zespół ciężkiej niewydolności oddechowej”, odnotowano w Wuhan w Chinach w listopadzie 2019 roku. Ze względu na silną zakaźność tego koronawirusa, rozprzestrzenił się on szybko nie tylko w Chinach, ale także na całym świecie. Marzec 2020, czyli zaledwie kilka miesięcy później Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ogłosiła wówczas wybuch epidemii. W tym samym miesiącu odnotowano pierwszy przypadek zakażenia w Polsce. W dniu 29 maja 2021 r., po ponad roku trwania pandemii (licząc od czwartego marca 2020 r.), w naszym kraju odnotowano 2 871 371 przypadków zakażeń, z czego 73 682 to zgony. Na całym świecie odnotowano 170 403 440 przypadków, z czego 3 543 430 śmiertelnych [2].

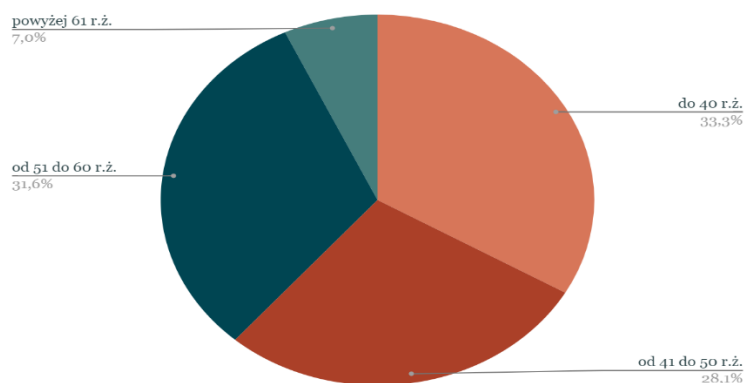
Cel pracy. Celem badania jest przedstawienie i porównanie stanu zdrowia psychicznego z czasu przed pandemią COVID-19 oraz podczas jej trwania wśród personelu pielęgniarstwowego pracującego na swoim oddziale oraz dodatkowo na oddziale zakaźnym/covidowym, za pomocą analizy ankiety własnej. Praca ma również na celu podsumowanie czy pandemia COVID-19 miała wpływ na zdrowie psychiczne wśród personelu pielęgniarstwowego.

Material i metody. W badaniach wykorzystano ankietę własną opracowaną na użytek badania. Badana grupa osób dobrowolnie i anonimowo udzielała odpowiedzi na ustrukturyzowaną serię pytań w formularzu internetowym oraz w formie ogólnodostępnej, stosując w prezentowanym badaniu strategię sondażu diagnostycznego, metodologię badania oraz instrument kwestionariusza ankiety. Była to ankietą jednorazową z pytaniami zamkniętymi. Badani mieli za zadanie zaznaczyć odpowiedzi na podstawie swoich doświadczeń i odczuć. Badaniem objęto grupę 83 osób z personelu pielęgniarstwowego, pracującego na siedmiu oddziałach szpitalnych na terenie Polski. Ankietę została

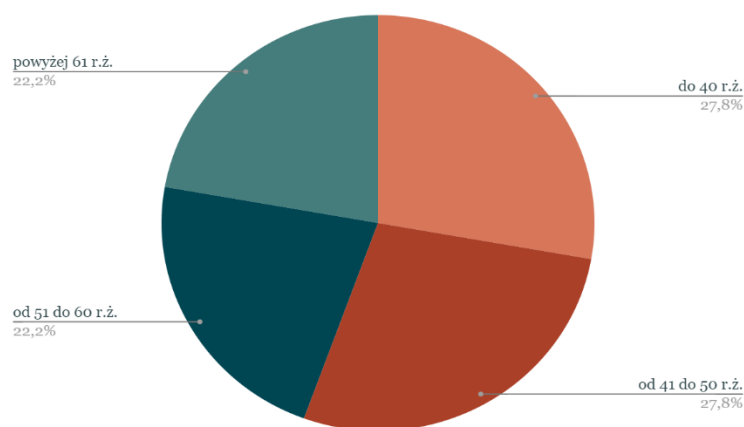
przeprowadzona od 01.03.2023 roku do 30.03.2023 roku. Ankieta składała się łącznie z 17 pytań i była podzielona na dwie części.

Wyniki. I część ankiety dotyczyła podstawowych informacji takich jak płeć, wiek, dotychczasowy staż pracy w zawodzie pielęgniarskim, czy praca odbywała w pełnym wymiarze czasu, na jakim oddziale było zajmowane dotychczasowe stanowisko pracy oraz uzyskanie informacji czy osoba ankietowana podczas pandemii COVID-19 pracowała dodatkowo na oddziale zakaźnym/covidowym, a jeśli tak to w jakim wymiarze godzin miesięcznie.

W badaniu większą część stanowiły kobiety (78,3%) od mężczyzn (21,7%). Najliczniejszą grupę wśród kobiet były osoby w wieku do 40 lat (33,3%), a najmniejszą powyżej 61 r.ż. (7%) [Wykres 1]. Zaś wśród mężczyzn wartości były równe wobec siebie w zakresie do 40 r.ż. oraz od 41 do 50 r.ż., które wyniosły po 27,8% oraz wartości w zakresie od 51 do 60 r.ż. i powyżej 61 r.ż. wyniosły po 22,2% [Wykres 2].

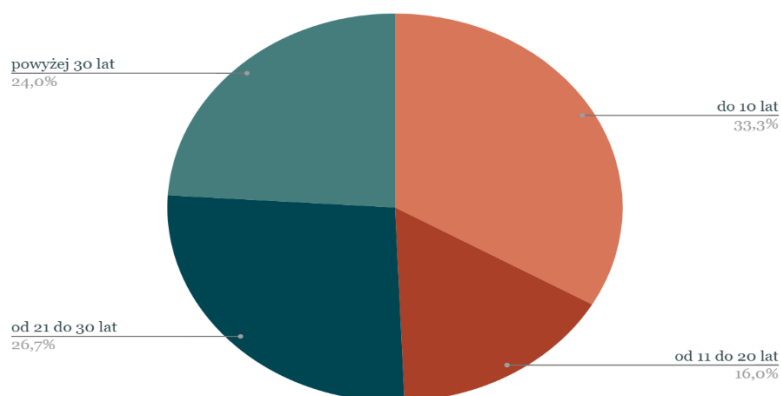


Wykres 1. Podział badanych kobiet ze względu na wiek (źródło: Wykres wykonany na podstawie własnych badań)



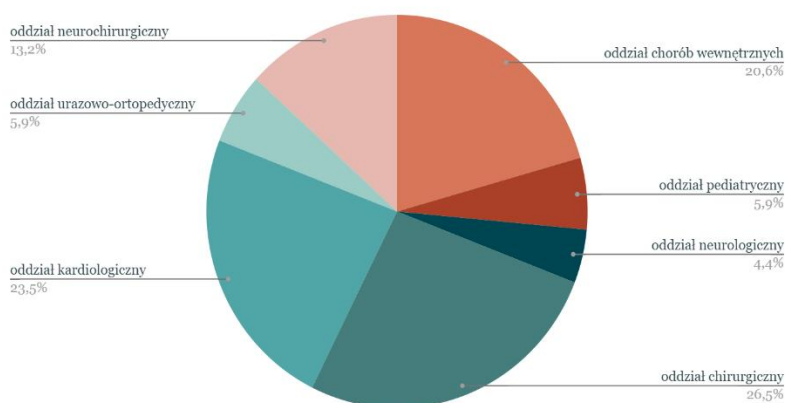
Wykres 2. Podział badanych mężczyzn ze względu na wiek (źródło: Wykres wykonany na podstawie własnych badań)

Aż 89,6% badanych potwierdziło, że pracuje w pełnym wymiarze czasu pracy. Według zebranych danych najwięcej respondentów wskazywało przebyty staż pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza w czasie do 10 lat (33,3%), zaś najmniej deklarowało przepracowane lata pracy w czasie od 11 do 20 lat (16%) [Wykres 3].



Wykres 3. Staż pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza (źródło: Wykres wykonany na podstawie własnych badań)

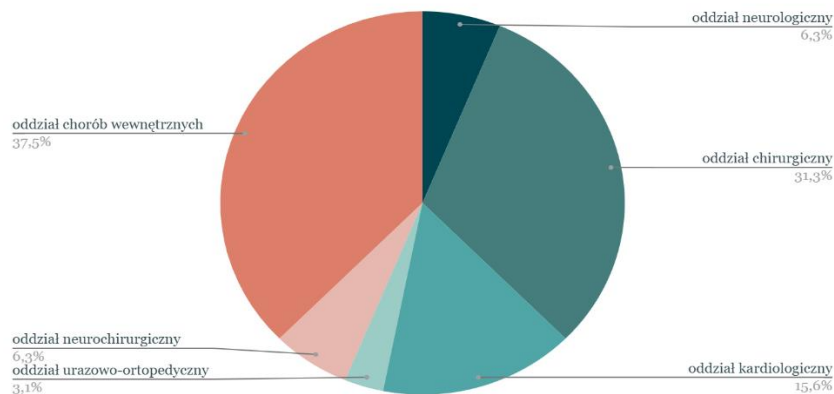
Poniżej w wykresie przedstawiono oddziały szpitalne na których pracowali respondenci. Największą liczbę ankietowanych osób odnotowano na oddziale chirurgicznym (26,5%), następnie na oddziale kardiologicznym (23,5%), oddziale chorób wewnętrznych (20,6%), oddziale neurochirurgicznym (13,2%), mniej chętnych wzięło udział w badaniu kolejno na oddziałach takich jak pediatryczny (5,9%), urazowo-ortopedyczny (5,9%) oraz neurologiczny (4,4%) [Wykres 4].



Wykres 4. Oddziały na których pracowali badani do momentu wybuchu pandemii COVID-19 (źródło: Wykres wykonany na podstawie własnych badań)

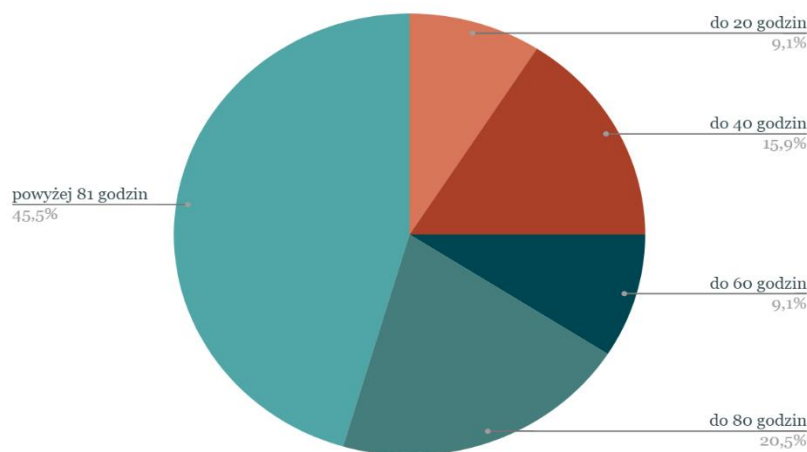
Na pytanie, czy oprócz swojego stałego miejsca pracy ankietowani wykonywali dodatkową pracę na oddziale zakaźnym/covidowym, 48,6% wszystkich respondentów przyznało, że tak.

Z tej grupy najwięcej chętnych odnotowano kolejno z poszczególnych oddziałów: oddział chorób wewnętrznych (37,5%), oddział chirurgiczny (31,3%), oddział kardiologiczny (15,6%), oddział neurologiczny (6,3%), oddział neurochirurgii (6,3%), oddział urazowo-ortopedyczny (3,1%). Z oddziału pediatrycznego nie odnotowano badanych, którzy pracowali dodatkowo na oddziale zakaźnym/covidowym [Wykres 5].



Wykres 5. Oddziały z których byli badani wykonując dodatkową pracę na oddziale zakaźnym/covidowym, oprócz swojego pierwotnego oddziału (źródło: Wykres wykonany na podstawie własnych badań)

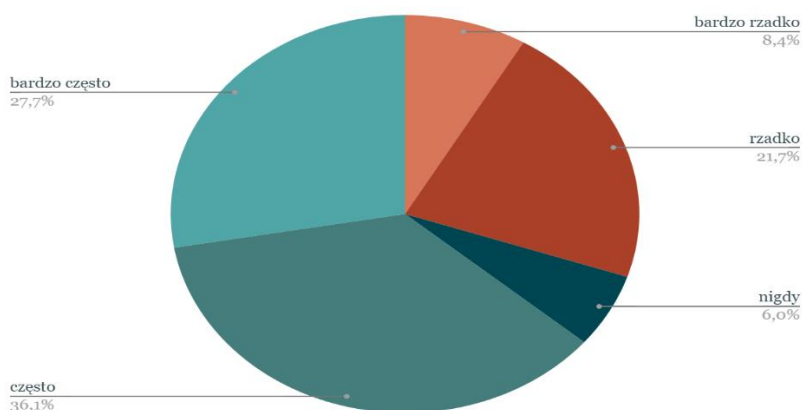
Osoby, które pracowały dodatkowo na powyższym oddziale w kolejnym zadanym pytaniu ile w większości godzin miesięcznie podczas całego okresu pandemii wypracowały, najwięcej odpowiedzi dotyczyło czasu powyżej 81 godzin (45,5%), a najmniej respondentów wskazywało czas pracy do 20 godzin oraz do 60 godzin, gdzie wartości te były względem siebie równe, czyli po 9,1% [Wykres 6].



Wykres 6. Ilość wypracowanych godzin pracy miesięcznie na oddziale zakaźnym/covidowym podczas pandemii COVID-19 (źródło: Wykres wykonany na podstawie własnych badań)

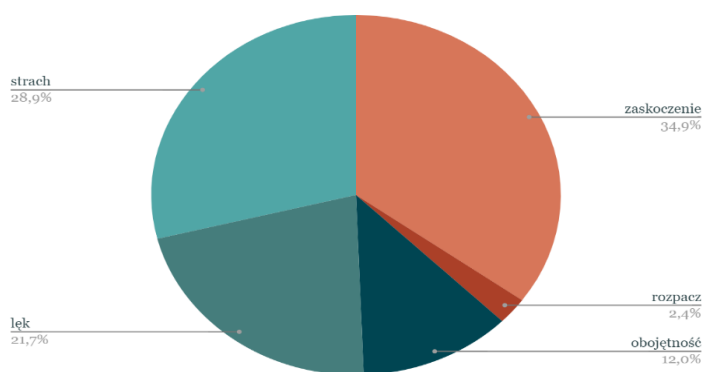
II część ankiety dotyczyła informacji o zdrowiu psychicznym, gdzie respondenci mieli na początku określić swój dotychczasowy stan według podanych odpowiedzi. Najczęściej badani

oceniali swoje zdrowie psychiczne jako dobre (41%), następnie bardzo dobre (25,3%), umiarkowane (24,1%), złe (7,2%), a najmniej odnotowano odpowiedź bardzo źle (2,4%). Ankietowani na pytanie, jak często przed pandemią byli poddawani ekspozycji na stres w miejscu pracy, 36,1% przyznało, że często, a 27,7%, że bardzo często [Wykres 7]. W kolejnym pytaniu, czy w związku z powyższym podejmowali próby radzenia sobie ze stresem, aż 84,3% odpowiedziało twierdząco.



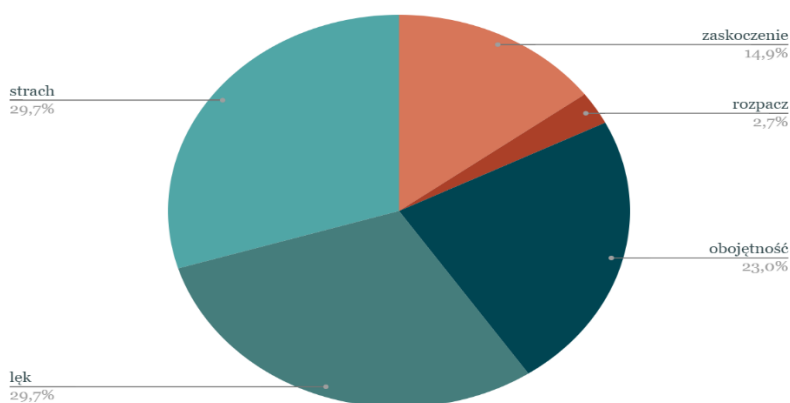
Wykres 7. Ekspozycja na stres badanych w miejscu pracy w czasie sprzed pandemii (źródło: Wykres wykonany na podstawie własnych badań)

Osoby ankietowane, które podejmowały próbę radzenia sobie ze stresem przed pandemią z wymienionych metod najczęściej wskazywały aktywność fizyczną, której wartość była na równi z oglądaniem TV, słuchaniem muzyki, czytaniem książki lub prasy oraz korzystaniem z internetu (31%), następnie kontakty towarzyskie (19,7%), farmakologicznie (11,3%), konsultacja ze specjalistą z dziedziny zdrowia psychicznego (5,6%) oraz inne (1,4%). Na pytanie jaka była pierwsza reakcja na ogłoszenie pandemii w Polsce, 34,9% było zaskoczonych tym faktem, zaś 28,9% odczuwało strach, a dla 12% ankietowanych było to obojętne [Wykres 8].



Wykres 8. Pierwsza reakcja badanych na informację dotyczącą ogłoszenia pandemii COVID-19 w Polsce (źródło: Wykres wykonany na podstawie własnych badań)

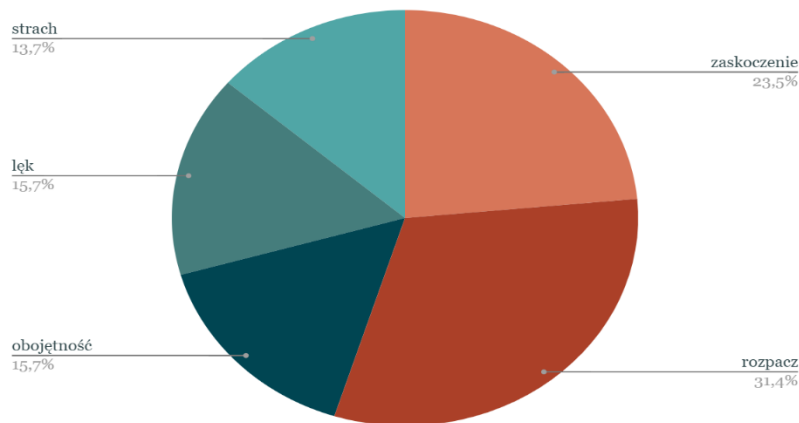
Pierwszą reakcją badanych na informację o zakażonym pacjencie wirusem SARS-CoV-2 znajdującym się w oddziale na którym pierwotnie pracował badany personel pielęgniarski odczuwało w większości strach (29,7%) oraz tyle samo ankietowanych zaznaczyło w odpowiedzi lęk (29,7%), obojętnie zareagowało, aż 23% ankietowanych, zaskoczonych było 14,9% ankietowanych, a rozpacz odczuwało 2,7% [Wykres 9].



Wykres 9. Pierwsza reakcja badanych na informację o zakażonym pacjencie wirusem SARS-CoV-2 znajdującym się w oddziale na którym dotychczas pracował personel pielęgniarski (źródło: Wykres wykonany na podstawie własnych badań)

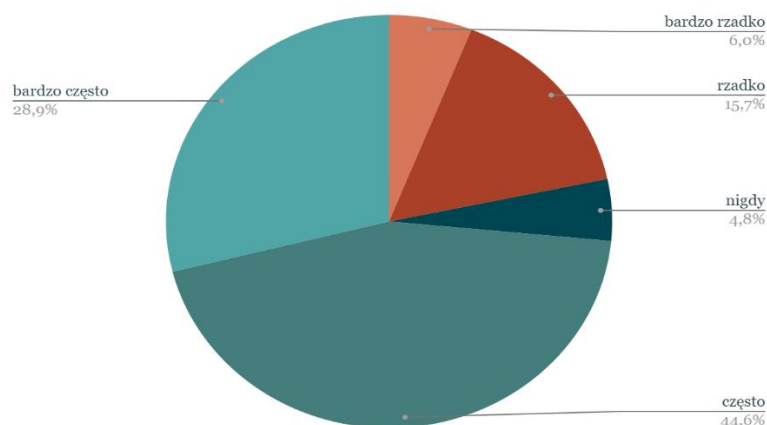
Respondenci oceniali swój stan zdrowia psychicznego podczas pracy na swoim dotychczasowym oddziale w trakcie trwania pandemii w większości jako umiarkowany (41,2%), następnie odpowiedź jako dobre i złe zaznaczyło po tyle samo badanych czyli po 23,5%, mniejsze wartości dotyczyły oceny stanu zdrowia psychicznego jako bardzo dobre (9,4%) oraz bardzo złe (2,4%). Wszyscy badani, którzy dodatkowo wykonywali pracę na oddziale zakaźnym/covidowym (czyli 48,6% ankietowanych) oceniali swój stan zdrowia psychicznego jako umiarkowane w 54,5%, dobre w 22,7%, złe w 20,5% oraz bardzo złe w 2,3%, żaden z respondentów nie ocenił swojego zdrowia na bardzo dobry.

Na pytanie, czy podczas pandemii sami ankietowani zostali zarażeni wirusem SARS-CoV-2, ze wszystkich badanych 53% przyznało, że tak. W większości pierwszą reakcją na informację o własnym zakażeniu była rozpacz (31,4%), następnie zaskoczenie (23,5%), lęk (15,7%), obojętność, (15,7%), oraz strach (13,7%) [Wykres 10].



Wykres 10. Pierwsza reakcja badanych na informację o swoim zarażeniu wirusem SARS-CoV-2 (źródło: Wykres wykonany na podstawie własnych badań)

Respondenci na zadane pytanie dotyczące oceny częstotliwości poddanej ekspozycji na stres podczas trwania pandemii COVID-19 w miejscu pracy najczęściej odpowiadali, że często (44,6%) oraz bardzo często (28,9%), najmniejszą wartość stanowiła odpowiedź nigdy w 4,8% [Wykres 11].



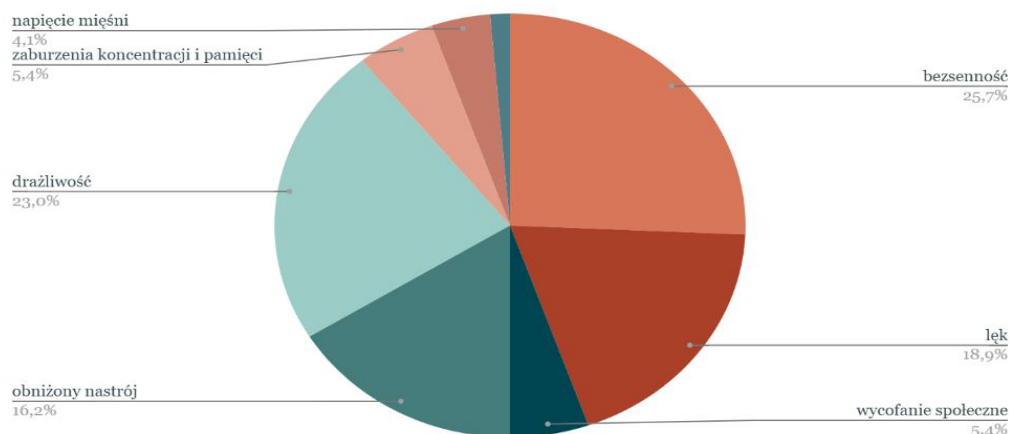
Wykres 11. Ocena badanych częstotliwości ekspozycji na stres podczas pandemii w miejscu pracy (źródło: Wykres wykonany na podstawie własnych badań)

90,1% respondentów odpowiedziało, że w związku z powyższą ekspozycją podejmowali próby radzenia sobie ze stresem. Z wymienionych metod w ankiecie najwięcej odpowiedzi dotyczyło oglądania TV, słuchania muzyki, czytanie książki lub prasy oraz korzystanie z internetu (34,2%), następnie aktywność fizyczna (30,3%), kontakty towarzyskie (15,8%), farmakologicznie (11,8%), konsultacja ze specjalistą z dziedziny zdrowia psychicznego (6,6%) oraz inne (1,3%).

Na pytanie czy negatywny stan psychiczny spowodowany poprzez pracę podczas pandemii miał wpływ na życie osobiste, aż 69% badanych odpowiedziało, że tak. Na następne pytanie,

czy badani myśleli o rezygnacji z pracy podczas pandemii, aż 84,3% ankietowanych zaprzeczyło.

Skutki, które zauważyli respondenci spowodowane pracą zawodową podczas pandemii oceniając te, które były najdotkliwsze najczęściej zaznaczali bezsenność (25,7%) oraz drażliwość (23%), rzadziej zaburzenia koncentracji i pamięci (5,4%), wycofanie społeczne (5,4%) oraz napięcie mięśni (4,1%) [Wykres 11]. Na pytanie czy powyższe skutki uboczne utrzymują się do dnia dzisiejszego większość odpowiedziała, że nie (56,4%).



Wykres 12. Skutki, które zauważyli ankietowani u siebie, spowodowane pracą zawodową podczas pandemii COVID-19 (źródło: Wykres wykonany na podstawie własnych badań)

Dyskusja. Prawie połowa respondentów przyznała, że prócz swojego stałego miejsca pracy wykonywała dodatkowo pracę w oddziale zakaźnym/covidowym, co mogło świadczyć o tym, że zapotrzebowanie na personel pielęgniarski podczas pandemii było wysokie na danym oddziale. Ponadto, już do tamtej pory narastał problem niedoborów kadrowych i starzejącego się personelu medycznego. Polska ma najmniej praktykujących pielęgniarek (5,1) na 1000 mieszkańców. Lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni i diagnosty medyczni są dotknięci widocznym niedoborem personelu w systemie opieki zdrowotnej, co skutkuje brakiem personelu i przepracowaniem, co wpływa zarówno na dostępność, jak i skuteczność oferowanych usług [3]. Najwięcej ankietowanych wskazało, że ilość godzin, którą wypracowali na oddziale zakaźnym/covidowym wynosiła powyżej 81 godzin, co może również potwierdzać wcześniejszy wniosek związany z zapotrzebowaniem personelu, gdyż taka ilość godzin może stanowić ½ etatu.

Ocena własna swojego stanu zdrowia psychicznego w okresie sprzed oraz w trakcie pandemii dotycząca ankietowanych, którzy pracowali na swoim pierwotnym oddziale wskazuje znaczne różnice. Czyli z oceny na bardzo dobre w 25,3% przed pandemią, a w trakcie wartość ta obniżyła się do 9,4%, zaś ocena stanu zdrowia psychicznego jako zła przed pandemią w 7,2%

wzrosła do 23,5% już podczas jej trwania. W ankietach osób, które pracowały dodatkowo na oddziale zakaźnym/covidowym nie odnotowano w ogóle oceny wskazującej na bardzo dobre, zaś największą wartość wskazywała ocena umiarkowana na 54,5%.

Personel pielęgniarski, który pracował podczas trwania pandemii był poddany większej ekspozycji na stres niż dotychczas. Wskazują na to uzyskane odpowiedzi dotyczące okresu sprzed pandemii, gdzie ankietowani stwierdzili, że bardzo często w 27,7% oraz często w 36,1% byli poddawani ekspozycji na stres, zaś w trakcie pandemii wartości te wynosiły już w ocenie częstotliwości na bardzo często 28,9%, a często 44,6%, co łącznie daje to niemal $\frac{3}{4}$ wszystkich ankietowanych. W 2020 roku w jednym ze szpitali w Toruniu przeprowadzono badanie statystyczne mające na celu sprawdzenie, w jaki sposób epidemia COVID-19 wpłynęła na zmiany w sposobie, w jaki personel pielęgniarski doświadczał stresu związanego z pracą, co ujawniło silną korelację między tymi dwoma czynnikami. Przed globalną epidemią 58,5% uczestników stwierdziło, że czasami odczuwa stres związany z pójściem do pracy, 24,6% stwierdziło, że rzadko, a 16,9%, że nigdy. Wraz z wybuchem pandemii stres był odczuwany przez 9,2% respondentów stale, 15,4% prawie zwykle, 60% sporadycznie i 13,8% prawie nigdy przed rozpoczęciem zadań zawodowych. Tylko 1 (1,5%) osoba nie odczuwała żadnej różnicy. Według przeprowadzonego badania uzyskano wynik, który wskazywał u 98,5% respondentów zmianę w sposobie postrzegania stresu w pracy w trakcie trwania pandemii [4].

Większość ankietowanych zapewne nie przypuszczała, że sytuacja, w której ogłoszono pandemię w innych krajach może dotyczyć również naszego państwa, gdyż najczęściej wskazywaną reakcją było zaskoczenie (34,9%). Reakcja ankietowanych mogła zostać spowodowana przez przekazy medialne, które podkreślały liczbę zachorowań i zgonów, między innymi w celu promowania złych cech scenariusza pandemii. Stresujące komunikaty ministerialne obejmowały te, które były sprzeczne i irracjonalne, takie jak te, które omawiały wdrażanie lub nie wdrażanie zaleceń dotyczących izolacji społecznej, ograniczenie działalności branż, które miały niewielki wpływ na wzrost liczby zakażeń, oraz zaostrzenie ograniczeń dotyczących instytucji i branż, które były głównymi źródłami wysokiej transmisji wirusa. Silne negatywne odczucia wywołała również nieprzewidywalność dotkliwości i długości ograniczeń, które zostały nałożone w niektórych krajach [5]. Zaś bezpośrednia styczność już na oddziale z pacjentem zakażonym wirusem SARS-CoV-2 wzbudzało strach (29,7%) oraz lęk (29,7%), ale zaskakujące jest również, że obojętnie zareagowało, aż 23% ankietowanych, czyli o 9% więcej niż w przypadku reakcji na ogłoszenie pandemii w Polsce.

Choroba może u pacjenta wystąpić jako bezobjawowa lub łagodna infekcja, różnego rodzaju zapalenia płuc, z których niektóre mogą powodować zespół ostrej niewydolności oddechowej.

Typowe oznaki i objawy choroby różniły się w miarę pojawiania się nowych odmian SARS-CoV-2, ale najczęściej występowały gorączka, wyczerpanie, duszność, dyskomfort w mięśniach i stawach, ból głowy, nieżyt nosa, ból gardła, osłabienie węchu lub biegunka. Proces leczenia trwa średnio do trzech tygodni. Starszy wiek, choroby współistniejące, w szczególności choroby układu krążenia (w tym nadciśnienie), rak, cukrzyca, przewlekła niewydolność nerek i utrzymująca się astma są czynnikami ryzyka ciężkiego przebiegu COVID-19 [3]. Ponadto niektórzy obawiają się, przymusowej hospitalizacji i przedłużonego pobytu w szpitalu. Kolejnym powodem do niepokoju jest możliwość zarażenia bliskich, którzy mogą nie wyzdrowieć z choroby. Nowość koronawirusa i nieznaną przebieg epidemii przyczyniły się do niepokoju ludzi. W rezultacie COVID-19 przeraża ludzi znacznie bardziej niż grypa sezonowa. Według badań i ustaleń klinicznych (np. Taylor 2019), wiele osób odczuwa niepokój związany z pandemią, w tym strach przed rozprzestrzenianiem się choroby, kontaktem z potencjalnie zakaźnymi przedmiotami lub powierzchniami oraz obawami o społeczno-ekonomiczne skutki pandemii [6]. Powyższe czynniki mogły mieć wpływ na wynik, że u 53% respondentów, którzy zostali zarażeni wirusem SARS-CoV-2 najczęstszą reakcją na informację o swoim zakażeniu była rozpacz (31,4%).

Najczęstszym skutkiem ubocznym, który zauważyli respondenci oraz powiązali z pracą zawodową podczas pandemii COVID-19 była bezsenność. W przeszłości kwestia bezsenności była szeroko omawiana w literaturze psychiatrycznej. Gdzie wykazano, że jest to reakcja organizmu na stres lub stresujące sytuacje. Personel medyczny jest bardziej narażony na bezsenność i inne problemy ze snem niż pozostałe osoby ze względu na kontakt z pacjentami z COVID-19. Zaburzenia snu mogą być krótkotrwałe lub długotrwałe. Przewlekła bezsenność wpływa na to, jak ludzie postrzegają swoją subiektywną jakość życia, a także na ich zdrowie psychiczne, wydajność w pracy i zdolności poznawcze. Zwiększa również ryzyko rozwoju zaburzeń metabolicznych i sercowo-naczyniowych [7].

Wnioski.

1. Wpływ pracy zawodowej personelu pielęgniarskiego podczas pandemii COVID-19 wskazuje znaczącą zmianę na stan zdrowia psychicznego wśród badanych.
2. Negatywne skutki związane z pracą zawodową podczas pandemii COVID-19 utrzymują się u prawie połowy ankietowanych do dnia dzisiejszego.
3. U większości badanych negatywny stan psychiczny spowodowany poprzez pracę w okresie pandemii miał wpływ na życie osobiste.
4. Większość ankietowanych chętnie podejmowało próby radzenia sobie ze stresem.

5. Wskazane jest wdrożenie działań mających na celu zapewnienie wsparcia psychicznego dla personelu pielęgniarskiego.

Piśmiennictwo

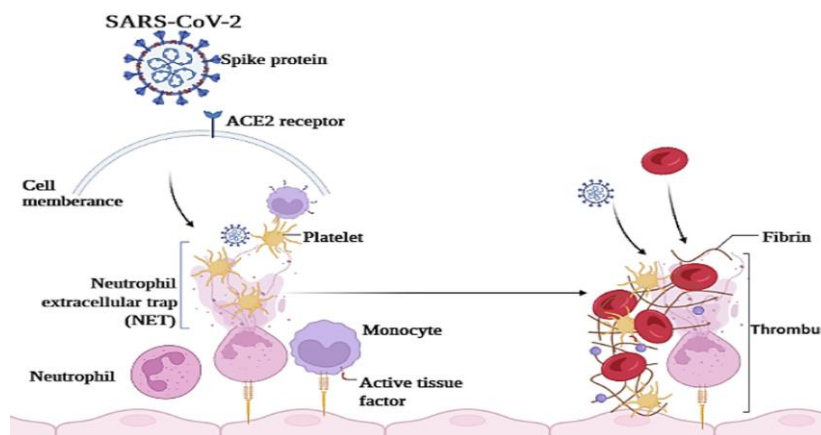
1. Łodzińska J.: Wieloaspektowe perspektywy pracy włoskiego personelu pielęgniarskiego podczas pandemii Covid-19- raporty z badań. W: Journal of Modern Science TOM 1/50/2023: 94-114. DOI: <https://doi.org/10.13166/jms/161525>, data wejścia 18.05.2023.
2. Piękoś-Lorenc I., Woźniak-Holecka J., Jaruga-Sękowska S.: Otyłość, nadwaga i problemy psychiczne jako konsekwencje pandemii koronawirusa. W: Zdrowie i style życia: Ekonomiczne, społeczne i zdrowotne skutki pandemii pod. red. W. Nowak, K. Szalonki. Prace Naukowe Wydziału Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2021, 71.
3. Jaroszevska E., Ołdak M.: Ochrona zdrowia, zdrowie i życie ludzkie jako kluczowe obszary zagrożenia w czasie pandemii COVID-19 w Polsce. Studia politologiczne, Warszawa 2022, 3/2022 Vol. 65: 29-57.
4. Grzelak L., Szwarz P.: Wpływ pracy w czasie pandemii COVID-19 na stres personelu pielęgniarskiego. W: Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu. 1(6)/2021: 7-21. DOI: <http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2021.001>, data wejścia 20.05.2023.
5. Księżka-Koszalka, J.: Psychologiczne konsekwencje pandemii COVID-19. W: Zdrowie i style życia: Ekonomiczne, społeczne i zdrowotne skutki pandemii pod. red. W. Nowak, K. Szalonki. Prace Naukowe Wydziału Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2021, 50.
6. Dymecka J.: Psychospołeczne skutki pandemii COVID-19, Neuropsychiatria i Neuropsychologia, 2021, 16(1): 1-10. DOI: <https://doi.org/10.5114/nan.2021.108030>, data wejścia 20.05.2023.
7. Wasik J., Koweszko T.: Analiza stanu zdrowia psychicznego i problemów ze snem wśród personelu pielęgniarskiego i położniczego w dobie pandemii COVID-19. W: Psychiatria 2022, 19(2): 79-88. DOI: 10.5603/PSYCH.a2021.0046, data wejścia 10.05.2023.

Wstęp. Choroba COVID-19 (ang. *coronavirus disease 2019*) jest wywoływana przez jednoniciowego, wysoko zjadliwego koronawirusa SARS-CoV-2 (ang. *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2*), który pojawił się po raz pierwszy w grudniu 2019 roku w mieście Wuhan w środkowych Chinach. Do 10.03.2023 roku odnotowano 676 609 955 potwierdzonych przypadków zachorowania na COVID-19 na świecie, 6 881 955 osób zmarło. W Polsce liczba zakażeń od 4 marca 2020 roku wyniosła 6 516 424 (dane z dn. 23.05.2023) [1, 2].

Spektrum choroby waha się od bycia bezobjawowym, mającym od łagodnych objawów grypopodobnych do ciężkiego zespołu ostrej niewydolności oddechowej i niewydolności wielonarządowej. Chorobę można zdiagnozować na podstawie objawów oraz potwierdzić badaniem metodą RT-PCR (ang. *reverse-transcription polymerase chain reaction*; łańcuchowej reakcji polimerazy w czasie rzeczywistym - test genetyczny wykrywający RNA wirusa w próbce) w materiale pobranym od pacjenta. Typowe objawy łagodnego COVID-19 to duszność, gorączka, zaburzenia smaku lub węchu oraz kaszel, ale wachlarz objawów jest szeroki [3, 4]. Metaanaliza autorstwa Cao i wsp. wykazała, że do najczęstszych objawów COVID-19 należą: gorączka (87%), kaszel (58%), duszność (38%) oraz bóle mięśni i zmęczenie (36%) [5].

Po zakażeniu SARS-CoV-2 mechanizmy zależne od wirusów, takie jak inwazja komórek śródbłonna i nabłonka pęcherzyków płucnych oraz mechanizmy niezależne od wirusów, w tym uszkodzenia immunologiczne, takie jak zapalenie okołonaczyniowe, mogą prowadzić do rozpadu bariery śródbłonek-nabłonek. W tak ciężkich układowych stanach zapalnych związanych z COVID-19 obserwowano wzrastające poziomy cytokin: interleukiny (IL)-6, czynnika martwicy nowotworów (TNF)- α i IL-2R [6]. Z kolei ostry stan zapalny jest związany z prozakrzepowymi zmianami w dynamice skrzepu fibrynowego, w tym zwiększeniem zmętnienia fibryny i gęstości nici skrzepu. W związku z tym poziomy markerów, takich jak fibrynogen i D-dimer, mogą być podwyższone. Podczas stanu zapalnego dochodzi nie tylko do promowania rekrutacji leukocytów, ale także do krzepnięcia i aktywacji płytek krwi, co prowadzi do zwiększenia trombiny. Zapalenie w krążeniu tętniczym może prowadzić do rozwoju blaszek miażdżycowych, co może wywołać zakrzepicę poprzez wpływ na lokalną hemodynamikę, stabilność blaszki oraz pęknięcie lub erozję blaszki [7]. Stan zapalny może

również wywoływać niekorzystny wpływ na funkcję śródbłonna, taki jak zmniejszenie aktywności czynników przeciwzakrzepowych, inhibitora szlaku czynnika tkankowego i białka C, a także zwiększenie uwalniania czynnika von Willebranda (vWF), co ułatwia wiązanie płytko-śródbłonek i płytko-płytko (rycina 1) [8, 9].



Ryc. 1. Mechanizmu koagulopatii u pacjentów z COVID-19.

Źródło: Sahar Vahdat, A review of pathophysiological mechanism, diagnosis s.3.

Kobiety ciężarne zostały uznane za grupę pacjentów bardziej podatną na zakażenie i ciężki przebieg COVID-19 niż pacjentki, które są w podobnym wieku i nie są w ciąży. Wynika to ze zmienionej odpowiedzi limfocytów T, zwiększonego zużycia tlenu, zwiększonej aktywność większości czynników krzepnięcia. W III. trymestrze następuje zmniejszenie czynnościowej pojemności zalegającej płuc o 20-30% i zwiększenie zużycia tlenu o 20%, co powoduje, że zakażenia dolnych dróg oddechowych są gorzej tolerowane przez ciężarne [10, 11].

Breslin i wsp. stwierdzili u kobiet w ciąży podobne nasilenie COVID-19 (przebieg łagodny, ciężki i krytyczny odpowiednio w 86,0%, 9,3% i 4,7% przypadków) jak opisywane u osób niebędących w ciąży [12]. Kobiety w ciąży mają podobny obraz choroby, ale częściej są bezobjawowe (więcej niż dwie trzecie) w porównaniu z kobietami niebędącymi w ciąży w tym samym wieku. Często ich objawy mogą pokrywać się z normalnymi fizjologicznymi objawami ciąży. Nasilenie choroby było zgłaszane u kobiet w III. trymestrze ciąży, wiek >35 lat, BMI >25, uprzednio chorujących zwłaszcza na cukrzycę, oraz ciemnoskórych i wśród mniejszości etnicznych [10]. Przegląd systematyczny, obejmujący 18 artykułów dotyczących infekcji SARS-CoV-2 u łącznie 108 ciężarnych wykazał, że do najczęstszych objawów klinicznych w tej grupie należały gorączka (68%) oraz kaszel (34%), rzadziej opisywano zmęczenie (13%), duszność (12%) i biegunkę (6%). 92% kobiet zainfekowanych SARS-CoV-2 urodziło drogą cięcia cesarskiego [13]. Stwierdzono również, że ciężarne chorujące na

COVID – 19 są 2,5 raza bardziej narażone na wystąpienie poważnych powikłań ogólnoustrojowych (m.in. posocznicę, niewydolność nerek, zawał serca, zespół ostrej niewydolności oddechowej) oraz położniczych (śmiertelność okołoporodowa, poród przedwczesny oraz VTE – *venous thromboembolism* czyli choroba zakrzepowo-zatorowa) [14]. W badaniu, w którym poddano testom na Covid 30 noworodków urodzonych przez matki z potwierdzoną infekcją, nie stwierdzono obecności wirusa [15]. W większości opisanych przypadków noworodki po porodzie poddawano natychmiastowej izolacji od matki.

Ciąża może predysponować do rozwoju powikłań ze strony układu oddechowego w przypadku zakażeń wirusowych ze względu na zmiany zachodzące w układzie immunologicznym i sercowo-płucnym. Jednocześnie wskutek zmian hemostatycznych ciąża zwiększa ryzyko zatorowości żyłnej. Nasileniu ulega zastój krwi poprzez ucisk rosnącej macicy na żyłę główną dolną, wzrasta ciśnienie w żyłach kończyn dolnych. Następuje także uszkodzenie śródbłków naczyń oraz zwiększenie ciśnienia wewnątrzbrzuszego. Czyli mamy do czynienia z wystąpieniem klasycznej triady Virchowa. Chociaż około połowa zatorowości żyłnej występuje w czasie ciąży, a połowa w okresie poporodowym, dzienne ryzyko jest największe w tygodniach bezpośrednio po porodzie. Wynika to w dużej mierze ze wzrostu stężenia czynników krzepnięcia takich jak V, VII, VIII, IX, XII, czynnika von Willebranda i fibrynogenu oraz spadku ilości aktywatorów plazminogenu w osoczu i śródbłonku naczyń. Oczywiście zmiany te odgrywają dużą rolę w zapobieganiu nadmiernej utracie krwi po porodzie, jednak u niektórych kobiet rozwija się zwiększone ryzyko zakrzepicy [16].

Opis przypadku. Pacjentka lat 36, dnia 08.11.2021 przyjęta na kliniczny Oddział Ginekologiczno-Położniczy jednego ze szpitali podkarpacia (odcinek OCP – Oddział Ciąży Powikłanej) w 33. tygodniu ciąży (C II. P II. – ciąża druga, poród drugi) z rozpoznaniem U07.1 (COVID-19). Zalecono izolację. Wykonano pomiary: RR 124/78; HR – 98 ud./min/; SpO₂ - 92%, temp. 38,7°C. W wywiadzie od kilku dni kaszel, ogólne osłabienie, wymioty, wzrost temperatury ciała. Brak wymaganych u ciężarnych wyników badań HBs (wirusowe zapalenie wątroby typu b) oraz GBS (badanie w kierunku paciorkowców B- hemolizujących). W badaniu *per vaginam* pęcherz płodowy zachowany. Wykonano KTG (FHR – 150 ud./min.) oraz USG – w normie dla wieku ciążowego. W badaniu morfologii krwi (leukocyty – 11,63 tys./μl, erytrocyty – 4,16 mln/μl, hemoglobina 11,8 g/dl, CRP – 17 mg/L, AlAt - 36 U/L, AspAt – 28 U/L), w stężeniu białka całkowitego, badaniach w kierunku chorób zakaźnych wykonanych ze względu na brak opieki położniczej w ciąży (toksoplazmoza, różyczka, kiła, HIV, HCV, HBV), a także w badaniu ogólnym moczu nie stwierdzono istotnych odchyłeń od normy.

Zastosowano tlenoterapię – przez maskę 8 l/min., podano Celeston (dwie dawki) oraz Dexaven 3x4 mg i.m. (profilaktyka porodu przedwczesnego oraz stymulacja dojrzałości układu oddechowego płodu co ma zapobiec powikłaniom ze strony układu oddechowego u noworodka), leki p/gorączkowe, Metoclopramid i.v. (2x10 mg) (na nudności i wymioty).

09. listopad – dolegliwości nasiliły się (uporczywy suchy kaszel), stan ogólny pogorszył się, SpO₂ 89%, tlen przez maskę 8 l/min.; KTG prawidłowe, macica miękka, brak skurczy macicy. Pacjentka zaniepokojona, informuje personel o towarzyszącym jej strachu o zdrowie oraz życie dziecka i jej samej.

10-11. listopad stan ogólny bez zmian, tlen przez maskę, z tlenem SpO₂ 96%, KTG prawidłowe;

15. listopad – pojawiły się skurcze macicy, podano Partusisten 5 ml/h. O godzinie 4:35 nastąpił poród siłami natury (ICN – 080.0) w 34 hbd, ułożenie podłużne potylicowe, CŻN (córka żywa niedonoszona) 1800 g, Apgar 10 pkt. Noworodek przebywał na oddziale Patologii Noworodka, karmiony mlekiem z banku mleka, a po ustabilizowaniu stanu pacjentki mlekiem matki.

18. listopad – Pacjentka cały czas przebywa w izolacji, wykazuje cechy niepokoju, martwi się. Podczas porannej wizyty zgłasza pobolewanie w prawej pachwinie. Kaszel cały czas występuje, nie ma już konieczności stosowania tlenoterapii.

23. listopad – lekki obrzęk kończyny prawej;

25. listopad – pacjentka zgłasza ból, obrzęk i oziębienie stopy prawej. Zlecono konsultację chirurga naczyniowego, podano Clexane 2x6000 j.m.. Wykonano angiografię, tomografię jamy brzusznej oraz kończyn dolnych. Pacjentka zgłasza niepokój w związku z zaistniałą sytuacją, wymaga wsparcia emocjonalnego oraz informacyjnego (brak wiedzy i ograniczony udział w procesie przygotowania do badań i procedur zabiegowych).

25. 11 – Pacjentka przeniesiona na oddział Chirurgii Naczyniowej. Stwierdzono ostre niedokrwienie kończyny dolnej prawej, zator tętnicy biodrowej wspólnej prawej, zakrzepicę tętnicy piszczelowej przedniej, tylnej, strzałkowej oraz grzbietowej stopy (ICD – I74.5). W prawej pachwinie krwiak, napięcie powłok skórnych z ociepleniem wielkości ok. 5x4 cm, wyciek treści surowiczo-krwistej (ranę opracowano). Stopy ciepłe, ruchome. Wykonano – trombembolektomia (zabieg polegający na mechanicznym usunięciu z tętnicy materiału blokującego przepływ krwi) tętnicy biodrowej wspólnej prawej, piszczelowej przedniej, tylnej, strzałkowej; angioplastyka z implantacją stentu, tromboliza celowana Actylisae 10 mg.

27. 11 – Pacjentka przeniesiona na Oddział Położniczy (już bez izolacji). Zgłasza bolesność w pachwinie, krwawienia z nosa. Ma ograniczone możliwości samoopiekuńcze, konieczność wdrożenia systemu opieki częściowo kompensacyjnego. Kategoria opieki III.

05.12. – Pacjentka przeniesiona na oddział Chirurgii Naczyniowej celem chirurgicznego opracowania rany w pachwinie (rewizja rany i ewakuacja krwiaka), założono opatrunek VAC (skuteczna i nowoczesna próżniowa terapia leczenia ran).

12.12 – Pacjentka wypisana do domu wraz z dzieckiem. Stan ogólny dobry, zalecenie zgłoszenia się do chirurga naczyniowego.

Dyskusja. W opisie serii przypadków 12 ciężarnych zakażonych SARS-CoV w Hong Kongu (Chiny) odnotowano 3 zgony, poronienie samoistne u 4 z 7 pacjentek, które zachorowały w I. trymestrze, poród przedwczesny u 4 z 5 pacjentek po 24. tygodniu ciąży, oraz 2 przypadki wyzdrowień, powikłane jednak w dalszym przebiegu ciąży przez FGR (ang. *fetal growth restriction*, zahamowanie wzrastania płodu) [17].

Metaanaliza 6 badań nad 41 ciężarnymi z czynną infekcją SARS-CoV-2 wykazała, że poród przedwczesny wystąpił aż u 41%, natomiast przedwczesne pęknięcie błon płodowych (pPROM) stwierdzono u 19% pacjentek, 9% noworodków zostało przyjętych na Oddział Intensywnej Opieki Neonatologicznej [18].

Opublikowano doniesienia o przypadkach koagulopatii i zakrzepicy u ciężarnych zakażonych SARS-CoV-2 oraz zapalenia płuc w ciąży [19]. W przeglądzie systematycznym Serevante et al. wystąpiły trzy przypadki choroby zakrzepowo-zatorowej, z których dwa otrzymały profilaktykę przeciwzakrzepową [20]. Na początku pandemii Pereria i in. opisali serię przypadków sześćdziesięciu kobiet, u których wystąpiło zakażenie SARS-CoV-2 z niewydolnością oddechową w czasie ciąży, z których dwadzieścia pięć otrzymało profilaktykę przeciwzakrzepową z użyciem heparyny drobnocząsteczkowej. Odnotowano dwa epizody zakrzepicy żył głębokich [21].

Istnieją również doniesienia o seriach przypadków z Wuhan i Francji, gdzie u ciężarnych z ciężką infekcją COVID-19 nie wystąpiły żadne powikłania zakrzepowo-zatorowe [22, 23]. Nie jest jasne, czy kobiety te otrzymywały profilaktykę przeciwzakrzepową. Podobnie w Wielkiej Brytanii Obstetric Surveillance System i raport MBRRACE-UK dotyczący śmierci matek udokumentowały przypadki kobiet w ciąży przyjętych z zapaleniem płuc COVID-19. W szybkim raporcie opublikowanym w połowie 2020 r. odnotowano dwa zdarzenia zakrzepowo-zatorowe przyczyniające się do zgonu matki [24], w obu przypadkach kobiety otrzymały profilaktykę przeciwzakrzepową. W pokrewnej publikacji tego samego zespołu opisano 427 przypadków ciężarnych dotkniętych SARS-CoV-2, nie stwierdzono incydentów zakrzepowo-zatorowych [25]. Zgłaszano natomiast powikłania zakrzepowe łożyska związane z koronawirusem. Należą do nich stan przedrzucawkowy, poród przedwczesny i zespół HELLP, w związku z czym klinicyści powinni zachować czujność u kobiet w ciąży

przyjmowanych

z koronawirusowym zapaleniem płuc.

W badaniach Perritt i Grossman opublikowanych w 2021 roku wykazano, że odsetki występowania zawału mięśnia sercowego i żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej (ŻChZZ, VTE) były istotnie wyższe u kobiet z COVID-19, które urodziły niż u osób bez COVID-19 (zawał mięśnia sercowego: 0,1% vs 0,004%; ŻChZZ: 0,2% vs 0,1%; $p < 0,001$) [26].

Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) na wczesnym etapie pandemii wydał wytyczne, zalecające szerokie stosowanie profilaktyki przeciwzakrzepowej u kobiet w ciąży przyjętych z zakażeniem SARS-CoV-2. Prawdopodobnie przyczyniło się to do niskiego wskaźnika zatorów zakrzepowo-zatorowych obserwowanego w brytyjskiej populacji ciężarnych dotkniętych zakażeniem SARS-CoV-2. Częstość występowania zdarzeń zakrzepowo-zatorowych u kobiet w ciąży z zakażeniem SARS-CoV-2, które nie są leczone profilaktyką przeciwzakrzepową, pozostaje nieznana. W przypadku kobiet w ciąży, u których rozwinie się VTE, leczenie pozostaje bez zmian, kobietom proponuje się leczenie w dawce heparyny drobnocząsteczkowej [27].

Wnioski. Coraz liczniejsze badania dostarczają wiedzy umożliwiając lepsze zrozumienie zależności między zakażeniem wirusem SARS a chorobą zakrzepowo-zatorową. Wiemy, że sama ciąża i połóg to czas sprzyjający stanom zakrzepowo-zatorowym. Innym czynnikiem ryzyka VTE jest stan zapalny. Dlatego też kombinacja ciąża/połóg i stan zapalny w przebiegu COVID-19 potęguje już i tak zwiększone ryzyko wystąpienia choroby zakrzepowo-zatorowej.

Skutki zakażenia wirusem w trakcie ciąży nie zostały jeszcze w pełni zbadane więc cały czas brak jest wystarczających wiarygodnych danych dotyczących zasad opieki nad ciężarną z chorobą COVID-19, u której doszło do wystąpienia zatoru i zakrzepu (w tym wypadku tętnicy biodrowej wspólnej). Są tymczasowe wytyczne ISUOG dotyczące choroby COVID-19 w czasie ciąży i porodu, informacje dla pracowników służby zdrowia z 2020 roku, które mogą stanowić pewną propozycję postępowania. Mamy rodzime stanowisko Sekcji Ultrasonografii Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników z 20 marca 2020 r. dotyczące badań ultrasonograficznych wykonywanych w zakresie położnictwa i ginekologii oraz stanowisko PTGiP dotyczące szczepień kobiet ciężarnych przeciwko COVID19 zalecające szczepienia, gdyż sama choroba i ryzyko zachorowania jest dużo gorsze niż ewentualny jeden na milion przypadek powikłań zakrzepowych po szczepieniu [28, 29].

Piśmiennictwo

1. <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/dashboards/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6> (data wejścia: 23.05.2023).
2. <https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2> (data wejścia: 22.05.2023).
3. Li L., Huang T., Wang Y., Wang Z., et al.: COVID-19 patients' clinical characteristics, discharge rate, and fatality rate of meta-analysis. *J Med Virol* 2020, 6(92):577-583. DOI: 10.1002/jmv.25757.
4. Zarychanski R.: Therapeutic anticoagulation in critically ill patients with covid-19 – preliminary report. medRxiv (2021). doi.org/10.1101/2021.03.10.21252749
5. Cao Y., Liu X., Xiong L., Cai K.: Imaging and clinical features of patients with 2019 novel coronavirus SARS-CoV-2: A systematic review and meta-analysis. *J Med Virol.* 2020, 9(92):1449-1459.
6. Chen G., Wu D., Guo W., Cao Y., et al.: Clinical and immunological features of severe and moderate coronavirus disease 2019. *The Journal of clinical investigation* 2020, 130(5):2620-2629.
7. Wolf D., Ley K.: Immunity and inflammation in atherosclerosis. *Circ. Res.*, 2019, 2(124): 315-327.
8. Becker R.C.: COVID-19 update: Covid-19-associated coagulopathy *J. Thromb. Thrombolysis*, 2020, 50(1): 54-67,
9. Vahdat S.: A review of pathophysiological mechanism, diagnosis, and treatment of thrombosis risk associated with COVID-19 infection *Int J Cardiol Heart Vasc*, 2022; 41: 101068. DOI: 10.1016/j.ijcha.2022.101068.
10. Allotey J., Fernandez S., Bonet M., Stallings E., et al.: Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis, *BMJ* 2020, 370; doi.org/10.1136/bmj.m3320.
11. Borowik J., Kaziród K., Mitruski A., Semczuk-Sikora A. Ciężarna zakażona SARS-COV-2 – diagnostyka i leczenie. *Journal of Education, Health and Sport.* 2022;12(9):193-201. doi.org/10.12775/JEHS.2022.12.09.024.
12. Breslin N., Baptiste C., Gyamfi-Bannerman C., Miller R., et al.: COVID-19 infection among asymptomatic and symptomatic pregnant women: Two weeks of confirmed presentations to an affiliated pair of New York City hospitals. *Am J Obstet Gynecol MFM* 2020, 2(2):100118. DOI: 10.1016/j.ajogmf.2020.100118.
13. Zaigham M, Andersson O.: Maternal and perinatal outcomes with COVID-19: A systematic review of 108 pregnancies. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2020, 99(7):823-829. DOI: 10.1111/aogs.13867
14. Ferrara A., Hedderson M.M., Zhu Y., Avalos L.A., et al. Perinatal Complications in Individuals in California With or Without SARS-CoV-2 Infection During Pregnancy. *JAMA Intern Med.* 2022;182(5):503-512. doi: 10.1001/jamainternmed.2022.0330.
15. Shah P.S., Diambomba Y., Acharya G., Morris S.K., et al.: Classification system and case definition for SARS-CoV-2 infection in pregnant women, fetuses, and neonates. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2020; 99(5):565-568. DOI: 10.1111/aogs.13870
16. Robinson S., Longmuir K., Pavord S.: Haematology of pregnancy. *Medicine* 2017, 45 (4): 251-255. doi.org/10.1016/j.mpmed.2017.01.002.

17. Wong S.F., Chow K.M., Leung T.N., Ng W.F., et al.: Pregnancy and perinatal outcomes of women with severe acute respiratory syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191(1): 292-297. doi: 10.1016/j.ajog.2003.11.019
18. Di Mascio D, Khalil A, Saccone G, Rizzo G, et al.: Outcome of Coronavirus spectrum infections (SARS, MERS, COVID 1 -19) during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol MFM* 2020, 2(2); 100-107. doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100107
19. Vlachodimitropoulou Koumoutsea E., Vivanti A.J., Shehata N., et al.: COVID-19 and acute coagulopathy in pregnancy. *J Thromb Haemost*, 2020, 18(7):1648-1652. DOI: 10.1111/jth.14856.
20. Servante J., Swallow G., Thornton J.G., et al. Haemostatic and thrombo-embolic complications in pregnant women with COVID-19: a systematic review and critical analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2021,21(1):108. doi.org/10.1186/s12884-021-03568-0.
21. Pereira A., Cruz-Melguizo S., Adrien M., Fuentes L., et al.: Clinical course of coronavirus disease-2019 in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2020, 99(7):839-847. DOI: 10.1111/aogs.13921.
22. Sentilhes L., De Marcillac F., Jouffrieau C., Kuhn P., et al.: Coronavirus disease 2019 in pregnancy was associated with maternal morbidity and preterm birth. *Am J Obstet Gynecol* 2020, 223(6):914.e1-.e15. DOI: 10.1016/j.ajog.2020.06.022
23. Yan J., Guo J., Fan C., et al.: Coronavirus disease 2019 in pregnant women: a report based on 116 cases. *Am J Obstet Gynecol*, 2020, 223(1): 111.e1-.e14. DOI: 10.1016/j.ajog.2020.04.014.
24. Knight M, Bunch K, Cairns A, Cantwell R, et al.: JJ on behalf of MBRRACE-UK. Saving Lives, Improving Mothers' Care Rapid Report: Learning from SARS-CoV-2-related and associated maternal deaths in the UK March – May 2020 Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford 2020M.
25. Knight, K. Bunch, N. Vousden, et al.: Characteristics and outcomes of pregnant women admitted to hospital with confirmed SARS-CoV-2 infection in UK: national population based cohort study. *BMJ* 2020, 369. doi.org/10.1136/bmj.m2107
26. Perritt J., Grossman D.: Clinical Characteristics and Outcomes of Hospitalized Women Giving Birth With and without COVID-19. *JAMA Internal Medicine*, 2021, 5(181):714-716.
27. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Coronavirus in pregnancy guidance 13th February 2021. <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2021-02-19-coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy-v13.pdf> (2021).
28. <https://naukawpolsce.pl/aktualnosci/news%2C87513%2Cekspert-zalecamy-szczepienie-kobiet-w-ciazy-przeciw-covid-19.html>. Data wejścia: 15.05.2023).
29. Poon L.C., Yang H., Dumont S., Lee J.C.S., et al.: ISUOG Interim Guidance on coronavirus disease 2019 (COVID-19) during pregnancy and puerperium: information for healthcare professionals - an update. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2020, 55(6):848-862. DOI: 10.1002/uog.22061.

STRES W PRACY I SPOSOBY RADZENIA SOBIE Z NIM WŚRÓD PIELĘGNIAREK ZATRUDNIONYCH W ODDZIAŁACH SZPITALNYCH W DOBIE PANDEMII COVID - 19

HALINA KALANDYK, JOLANTA DYNDUR

Wstęp. Sars-Cov 2 przyniósł ze sobą wyzwania jakich personel medyczny nie doświadczył od przeszło 100 lat. Wtedy po raz pierwszy Europa przeżyła pandemię grypy tzw. hiszpanki. Podobna sytuacja spotyka cały świat obecnie. Wirus zaatakował miliony ludzi na wszystkich kontynentach i stał się wyzwaniem dla medycyny, a w szczególności dla personelu medycznego opiekującego się bezpośrednio osobami zakażonymi.

Wszystkie zawirowania społeczne i rodzinne odbijały się psychicznym urazem na służbach medycznych, a przecież właśnie oni musieli się wykazać znajomością swojego zawodu, empatii w stosunku do chorych i do samych siebie. Często zastanawiali się jak wyjdą z pandemii – czy przeżywany stres zaciąży na ich zawodzie, czy zostanie wywarty trwały ślad na ich psychice w postaci stresu, czy znajdą na tyle siły by nie zmienił się ich stosunek do chorego i do samych siebie [1].

Pochodzenie pojęcia „stres” określił po raz pierwszy Hans Hugon Sely. To właśnie on postawił hipotezę, w której stwierdził, że istnieje wiele chorób pochodzenia somatycznego, które są skutkiem niezdolności człowieka do radzenia sobie ze stresem. Opisał to w swojej wydanej w roku 1956 książce noszącej tytuł „*The Stress of Life*” [2,3].

Mimo licznych badań naukowych trudno jest o jednolitą definicję stresu. Stres jako taki jest zjawiskiem zindywidualizowanym, ponieważ każdy człowiek inaczej odbiera rzeczy stresujące go, dlatego też każdy z nich stosuje odmienne strategie radzenia sobie ze stresem. Z tego powodu aby zapewnić pomoc zestresowanemu człowiekowi należy stwierdzić co powoduje jego lęk, a także rodzaje reakcji obronnych [4].

Praca przedstawia problemy jakie niesie ze sobą pandemia i związany z nią stres wśród personelu pielęgniarskiego zatrudnionego w oddziałach szpitalnych.

Cel pracy. Celem pracy było określenie poziomu stresu wywołanego czynnikami stresogennymi występującymi w pracy pielęgniarek w dobie pandemii COVID 19 oraz sposobu radzenia sobie z nim przez pielęgniarki.

Materiał i metody. Badania dotyczące stresu wśród personelu pielęgniarskiego zostały przeprowadzone od grudnia 2020r. do końca stycznia 2021r. Badania dotyczyły pielęgniarek i pielęgniarzy. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Każdy badany został poinformowany o celu badań, a także o sposobie wypełniania kwestionariuszy. W badaniu

udział wzięło 130 osób w tym 124 pielęgniarki oraz 6 pielęgniarzy sprawujących opiekę nad chorymi przebywającymi w oddziałach szpitalnych.

Ocenę stresu personelu medycznego przeprowadzono przy pomocy kwestionariusza PSS 10 oraz ankiety własnej.

Do wyliczeń ankiet zastosowano parametry mierzalne takie jak:

- ✓ wiek;
- ✓ staż pracy;
- ✓ sytuacje w pracy związane ze stresem, a także ilość godzin spędzonych w stroju ochronnym.

Wyniki. W badaniu wzięło udział 130 osób w tym 124 kobiety (95,38%) oraz 6 mężczyzn (4,62%). Najlicniejszą grupę stanowiły osoby w przedziale wiekowym 40-49 lat (łącznie 46 ankietowanych), kolejno osoby między 50-59 rokiem życia (37 respondentów), grupę osób między 31-39 rokiem życia reprezentowało 32 badanych, 11 osób poniżej 30 roku życia, a najmniej liczną grupę stanowiły osoby po 60 roku życia (4 respondentów).

75,38% badanych (98 osób) stanowią osoby będące w związku małżeńskim, 15,38% (20 osób) to osoby rozwiedzione, 5,38% ankietowanych to wdowiec/wdowa (7 respondentów), jedynie 3,86% stanowią osoby stanu wolnego (5 ankietowanych).

Respondenci odpowiedzieli na pytanie o staż pracy w zawodzie pielęgniarki/ pielęgniarza, najlicniejszą grupę stanowiły osoby będące w zawodzie powyżej 15 lat (50 ankietowanych). 52 ankietowanych posiada wykształcenie wyższe magisterskie, 34 respondentów uzyskało tytuł specjalisty, 32 tytuł licencjata, ze średnim wykształceniem medycznym było 12 ankietowanych. 121 ankietowanych (93,08%) przyznało, że doświadcza stresu w związku z wykonywaną pracą w dobie pandemii. Tylko 9 osób (6,92%) badanych uważało, że stres w obecnie panującej sytuacji ich nie dotyczy.

Na pytanie dotyczące sposobów radzenia sobie ze stresem respondenci w liczbie 84 sami starają się niwelować sytuacje stresowe, 28 badanych sięga po pomoc psychologiczną, 11 ankietowanych stosuje używki, a 7 pielęgniarek/pielęgniarzy lekceważy odczuwane napięcie w pracy.

88 ankietowanych odpowiedziało, że odczuwany stres nie wpływa destrukcyjnie na ich rodzinę, 34 deklaruje wpływ sytuacji stresowych na życie osobiste. Większość ankietowanych otrzymuje pomoc ze strony najbliższych w tym trudnym dla nich okresie.

Tabela 1. Wpływ stresu na rodzinę.

Odpowiedzi	N	%
Tak	34	26,15%
Nie	88	67,69%
Nie wiem	8	6,15%
Suma	130	100%

źródło: opracowanie własne

Ankietowani odpowiadali również na pytania dotyczące konkretnych sytuacji w pracy, które mogą wpływać na poziom stresu. Największa liczba badanych tj. 25,68% uważa, że największym stresorem jest praca w dobie pandemii. Na większą liczbę pacjentów wskazało 22,95% ankietowanych oraz sytuacje nagłe, wymagające szybkiej reakcji to kolejny powód powstawania stresu u 22,26% ankietowanych. Respondenci do sytuacji trudnych zaliczają również zmniejszoną liczbę personelu. Według 11,30% badanych stres powoduje również pomyłki w zleceniach.

Tabela 2. Stresujące sytuacje w pracy.

Odpowiedzi	N	%
Zwiększona liczba pacjentów na oddziale(dostawki)	67	22,95%
Zmniejszona obsada pielęgniarska	32	10,96%
Praca w warunkach epidemii	75	25,68%
Nagle pogorszenie zdrowia pacjenta-konieczność reanimacji	65	22,26%
Pomyłki w zleceniach lub lekach	33	11,30%
Inne, jakie	20	6,85%
Suma	292	100%

źródło: opracowanie własne

Negatywne kontakty w zespole powodują zwiększenie stresu u 77 ankietowanych, agresja u pacjentów powoduje stres u 125 respondentów.

Tabela 3. Wpływ relacji międzyludzkich na oddziale na zwiększenie stresu.

Odpowiedzi	N	%
Tak	77	59,23%
Nie	28	21,54%
Nie wiem, nie mam zdania	25	19,23%
Suma	130	100%

źródło: opracowanie własne

Tabela 4. Wpływ agresji pacjentów na stres.

Odpowiedzi	N	%
Tak	125	96,15%
Nie	5	3,85%
Suma	130	100%

źródło: opracowanie własne

Skalowanie stresu wśród respondentów obrazuje się następująco: 78 badanych określa stres jako średni, 30 osób definiuje stres jako niemożliwy do opanowania (z objawami somatycznymi). 113 ankietowanych twierdzi, że stres wpływa konstrukcyjnie na ich życie.

Stres pozbawia empatii do pacjenta 39 ankietowanych, 7 czuje się wypalona, a 84 stara się utrzymać empatię.

W ankiecie oceniono wpływ noszenia stroju ochronnego na stres. 84 respondentów określa stres jako średni podczas pracy w stroju ochronnym. 127 ankietowanych twierdzi, że brak komunikacji w stroju ochronnym wpływa na stres. 66 osób ankietowanych optymalny czas pracy w stroju ochronnym określa jako 2 godziny, natomiast ilość czasu rzeczywistego, spędzonego w stroju ochronnym powoduje stres u 93 ankietowanych. Braki w strojach ochronnych są źródłem stresu dla 113 respondentów. Pozostałe 17 ankietowanych odpowiedziało, że nie stanowi to dla nich źródła stresu.

Kontakt z „pozytywnym” pacjentem zwiększa stres u 68 ankietowanych zaś u pozostałych 62 nie ma wpływu destrukcyjnego.

Według 125 ankietowanych COVID-19 pozostawi trwały ślad na psychice, 5 osób uważa, że nie pozostawi.

Hipotezą główną było założenie, że stres związany z COVID-19 ma wpływ na personel pielęgniarski. Przeprowadzona analiza wyników badań potwierdza postawioną hipotezę. Pandemia COVID-19 ma zasadniczy wpływ na personel pielęgniarski.

Przeprowadzone badanie udowodniło wpływ miejsca pracy na życie rodzinne, $p=0,040$.

Tabela 5. Wpływ miejsca pracy na życie rodzinne ankietowanych.

Pytanie: Czy stres wpływa na Pana/Pani życie rodzinne?	Miejsce pracy											
	SOR		Interna		Kardiologia		Neurologia		Izolatorium		Inne	
Tak	8	67%	5	13%	11	35%	10	24%	0	0%	0	0%
Nie	4	33%	32	82%	18	56%	28	68%	2	100%	4	100%
Nie wiem	0	0%	2	5%	3	9%	3	8%	0	0%	0	0%
Suma	12	100%	39	100%	32	100%	41	100%	2	100%	4	100%
Poziom prawdopodobieństwa	p=0,04											

źródło: opracowanie własne

Na podstawie przeprowadzonych badań wykazano, że agresja pacjentów miała wpływ na pozostawienie trwałych śladów w psychice ($p=0,001$) oraz na radzenie sobie ze stresem ($p=0,05$).

Tabela 6. Wpływ agresji pacjentów na pozostawienie śladów w psychice.

Pytanie: Jak sądzi Pan/Pani czy pandemia COVID -19 pozostawi w Pana/Pani psychice trwały ślad w postaci stresu?	Czy agresja pacjentów powoduje u Pana/Pani zwiększenie stresu?			
	Tak		Nie	
Tak	122	97,6%	3	60%
Nie	3	2,4%	2	40%

Suma	125	100%	5	100%
Poziom prawdopodobieństwa	p=0,001			

źródło: opracowanie własne

Tabela 7. Wpływ agresji pacjentów na radzenie sobie ze stresem.

Pytanie: Jak radzi sobie Pan/Pani ze stresem?	Czy agresja pacjentów powoduje u Pana/Pani zwiększenie stresu?			
	Tak		Nie	
lekceważę go	7	5,6%	0	0%
zasięgam porady psychologa	28	22,4%	0	0%
starasz się sam/sama zwalczyć narastające napięcia	81	64,8	2	40%
sięgam po używki	9	7,2%	3	60%
Suma	125	100%	5	100%
Poziom prawdopodobieństwa	p=0,05			

źródło: opracowanie własne

Przeprowadzone badanie wykazało wpływ czasu pracy w kombinezonie ochronnym na częstotliwość denerwowania się.

Tabela 8. Wpływ pracy w stroju ochronnym na zdenerwowanie.

Pytanie: Jak często w ciągu ostatniego okresie odczuwałeś/aś zdenerwowanie i napięcie	Czy strój ochronny staje się źródłem stresu?					
	Tak		Nie		Czasem	
Nigdy	2	8,7%	1	5%	3	3,45%
Prawie nigdy	5	21,74%	6	30%	16	18,39%
Czasem	10	43,48%	10	50%	48	55,17%
Dość często	3	13,04%	3	15%	20	22,99%
Bardzo często	3	13,04	0	0%	0	0%
Suma	23	100%	20	100%	87	100%
Poziom prawdopodobieństwa	p=0,028					

źródło: opracowanie własne

Przeprowadzone badanie nie udowodniło statystycznie istotnego wpływu stażu pracy na obniżenie empatii w stosunku do pacjenta.

Tabela 9. wpływ stażu pracy na empatię wobec pacjenta.

Pytanie: Czy stres pozbawia Pana/Panią empatii w stosunku do chorego?	Staż pracy					
	5 lat		10 lat		15 lat i więcej	
Czuję się wypalona/wypalony	2	5,26%	0	0%	7	10%
Tak	11	28,95%	12	28,57%	39	32%
Staram się utrzymać empatię mimo przeciwności	25	65,79%	30	71,43%	84	58%
Suma	38	100%	42	100%	50	100%
Poziom prawdopodobieństwa	p=0,288					

źródło: opracowanie własne

Dyskusja. Pandemia COVID -19, która panuje w Europie i w Świecie sieje zniszczenie zarówno wśród służb medycznych jak i pacjentów. Wybuch epidemii zaskoczył wszystkich. Wiele państw nie było przygotowanych na taki obrót sprawy. Pandemia rozwijała się bardzo szybko [4]. WHO, a za nim rządy poszczególnych państw, próbowało przez swe dyrektywy wpłynąć na ograniczenie pandemii. Zamykano szkoły, zakłady pracy, powstawały szpitale

jednoimienne. Ludność cywilna dostała nakaz noszenia maseczek, zaś służba medyczna działała w ścisłej, określonej przepisami higienie pracy, a także opieki nad pacjentami [6].

Choroba jaką jest COVID – 19 ujawniła problemy związane z opieką zdrowotną w Polsce. Wiele placówek medycznych musiało zmienić zasady funkcjonowania. Normą w obecnym czasie stały się teleporady oraz e-recepty. Należy jednak pamiętać, że nie wszystko można wykonać w systemie zdalnym.

Praca, którą wykonują pielęgniarki jest w Polsce i na świecie uznawana za jedną z najbardziej stresujących. Jak wykazały badania prowadzone przez Naczelną Radę Pielęgniarek średnia życia pielęgniarki w Polsce to 62,5lat.

Najczęstszymi źródłami stresu wskazywanymi przez personel pielęgniarski, są: presja czasu, zbyt duże obciążenie psychiczne i fizyczne, strach o własne bezpieczeństwo, braki sprzętu, zła organizacja placówek, nocne dyżury. Wraz z pandemią problemy te tylko się pogłębiły. W utrzymaniu dobrego samopoczucia nie pomagają dynamiczne zmiany grafików, nadgodziny [7]. Pojawia się również niepewność tego, co ma być dla nas priorytetem: czy ratować pacjenta, czy iść na zwolnienie lekarskie i w ten sposób chronić najbliższych. Trzeba pamiętać, że pielęgniarki nie mają tylko zobowiązań w miejscu pracy, ale również w domu. Strach o własne zdrowie i bezpieczeństwo bliskich towarzyszy codziennie pielęgniarkom. Wyeksponowanie na tak wiele czynników stresogennych skutkuje właśnie zmniejszeniem odporności na stres, pogorszeniem stosunków międzyludzkich oraz zmianą nastawienia do podopiecznych. Wiele placówek uruchomiło bezpłatne linie wsparcia dla medyków. Wśród nich Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych. Telefonicznej pomocy udzielają psychologowie, psychoterapeuci i interwent kryzysowy. Dla pielęgniarek przygotowano również filmy edukacyjne [8]. Takie wsparcie jest bardzo potrzebne, ale potrzebą jest również uświadomienie sobie przez pielęgniarki konieczności skorzystania z oferowanej pomocy. Potrzeba wyjątkowych sił, opanowania, umiejętności radzenia sobie ze stresem, aby móc dalej dobrze wykonywać swoje obowiązki, a przy tym chronić siebie i najbliższych.

Jak wynika z analizy, stres wpływa na pogorszenie stosunków międzyludzkich. Strach przed zakażeniem, przed śmiercią, częsty brak środków zabezpieczających zdrowie personelu, a także specjalistycznego sprzętu koniecznego do ratowania życia i zdrowia pacjentów wpływa na powstający stres.

W chwili obecnej na całym świecie pandemia dotknęła 170 milionów ludzi. Wprowadzenie szczepionek stopniowo ogranicza rozwój pandemii. Praca podczas pandemii ujemnie wpływa na personel medyczny, dotyczy to głównie stresu, jakiemu są poddawani pracownicy szpitali, a także innych służb medycznych.

Próba przeprowadzenia badań przez WHO jest w tej chwili sporadyczna. Dochodzące do WHO dane często są niedowartościowane w ilości zgonów, wyleczeń, a także właśnie stresu, który dotyka personel medyczny. Na chwilę obecną brak jest jakichkolwiek danych na ten temat. Trudno więc mówić o dyskusji dotyczącej zarówno stresu podczas pandemii COVID-19 jak i warunków w jakich przychodzi pracować personelowi medycznemu.

Jak wynika z danych odnotowano w Polsce ponad 55 tysięcy przypadków zachorowania na COVID - 19 wśród personelu pielęgniarskiego, na kwarantannie było 165 tysięcy osób, zmarło 181 pielęgniarek (dane z marca b.r.) [7] .

Pandemia staje się próbą sił między wirusem, a człowiekiem. Trwają wysiłki nad opracowaniem leku, a także poprawą jakości szczepionek, które w zasadzie nie zapobiegają w 100% ochronie zdrowia i życia.

Wnioski. Na podstawie uzyskanych wyników w powyższej pracy wyciągnięto następujące wnioski:

- Stres zdecydowanie wpływa na jakość życia personelu medycznego.
- Płeć personelu nie jest czynnikiem, który wpływa zasadniczo na poczucie satysfakcji z pełnionej pracy.
- Wśród personelu powyżej 50 roku życia stres jest gorzej odczuwalny niż personelu, który tego wieku nie osiąga. Poczucie stresu wpływa na obniżenie jakości życia.
- Pomoc psychologiczna jest zdecydowanie konieczna.
- Empatia w stosunku do współpracowników oraz pacjentów nie maleje wraz z wiekiem badanych.

Piśmiennictwo

- [1] Paszko H. (2020). Wyprowadź się stąd pielęgniarko. Magazyn pielęgniarki i położnej, 3.
- [2] Heszen-Celińska I, Sęk H. (2007). Psychologia zdrowia. Warszawa. PWN. 118-125.
- [3] Katsnelson A. (2011). Stres w tłumie. Świat Nauki, 10: 10-15.
- [4] Iniewicz G. (2015). Stres mniejszościowy u osób biseksualnych i homoseksualnych. W poszukiwaniu czynników ryzyka i czynników chroniących. Kraków. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. 120-125.
- [5] Paszko H. (2020). Troska, prawda, zaufanie – w zderzeniu z pandemią. Magazyn pielęgniarki i położnej, 11.
- [6] Fijewska M. (2020). Na pierwszej linii frontu walki potrzebne jest wsparcie. Magazyn pielęgniarki i położnej, 11.
- [7] Paszko H. (2020). Wyprowadź się stąd pielęgniarko. Magazyn pielęgniarki i położnej, 3.
- [8] Praca zbiorowa. (2020). Magazyn Pielęgniarki i Położnej. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, 12.

OCENA JAKOŚCI OPIEKI W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM W DOBIE PANDEMII COVID-19

PIOTR GLEGOŁA, EWA GUZ, KINGA WÓJCIK, MARIUSZ SUTRYK

Wprowadzenie. Od ponad kilku lat, życie każdego człowieka zmieniło się w obliczu pandemii COVID-19. Dla większości osób, które nie odczuwały silnych objawów koronawirusa i nie wymagały hospitalizacji, zmiany dotyczyły ich sytuacji prywatnej, zawodowej czy społecznej. Jednak najbardziej zauważalne transformacje zauważalne są w odniesieniu do systemu zdrowotnego.

Rozwijająca się pandemia doprowadziła do sytuacji, w której konieczne stało się wprowadzenie istotnych zmian w organizacji pracy medyków, żeby z zaangażowaniem mogli pomagać chorym.

Aktualna sytuacja epidemiologiczna powoduje, że wszyscy pracownicy systemu opieki zdrowotnej muszą podejmować ogromny wysiłek w walce z koronawirusem. Pracownicy ochrony zdrowia są w największym stopniu narażeni na niebezpieczeństwo zakażenia COVID-19, w związku z tym, konieczne jest podejmowanie takich działań, żeby wykonywali swoją pracę z zachowaniem wszelkich zaleceń. Zarówno tych- zawartych w Rozporządzeniach Ministra Zdrowia, standardach obowiązujących przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej oraz zaleceń Państwowego Inspektora Sanitarnego, zarówno w stosunku do bezpieczeństwa swojego, współpracowników, członków rodzin i pacjentów.

Pracownicy medyczni, którzy pracują na szpitalnych oddziałach ratunkowych, są narażeni na zakażenie zarówno COVID-19, jak i różnymi innymi chorobami, jednak ich zadaniem jest niesienie pomocy potrzebującym i chorym. Pracownicy SOR-u są szczególnie narażeni na niebezpieczeństwo zakażenia, ponieważ mają kontakt z osobami, które nie zawsze mają wykonane testy na obecność COVID-19. W związku z tym, wykonując swoje obowiązki zawodowe są pełni obaw o własne zdrowie, a także o zdrowie członków swoich rodzin.

Taka sytuacja doprowadziła do konieczności wprowadzania niezbędnych zmian organizacyjnych. Nagle zmieniające się przepisy prawne i zalecenia jeszcze nigdy nie następowały tak szybko i nie wiązały się z koniecznością modyfikacji postaw pracowników, ich kwalifikacji i umiejętności jak również w podejściu pracowników placówek leczniczych do pacjentów. Wdrażanie zmian jest czymś nowym, trudnym, wiąże się ze zmianą dotychczasowego podejścia, procedury lub też schematu postępowania.

Cel pracy. Celem pracy była ocena jakości opieki w SOR w dobie pandemii.

Material i metody. W pracy zastosowano sondaż diagnostyczny. Kwestionariusz ankiety był narzędziem badawczym wykorzystanym w pracy. W grupie badawczej znalazło się 96 osób, które przebywał w SOR podczas pandemii COVID-19. Formularz ankiety składał się z 26 pytań zamkniętych i został stworzony na potrzeby badania.

Wyniki badań przedstawiono względem danych jakościowych za pomocą licznosci i odsetka a danych ilościowych średniej, odchylenia standardowego, mediany oraz wartości minimalnej i maksymalnej. W celu sprawdzenia czy względem zmiennych występują istotne statystycznie zależności przeprowadzono analizę za pomocą nieparametrycznego testu Chi Kwadrat Pearsona dla danych jakościowych. Rozkład danych ilościowych badano przy użyciu Testu Shapiro-Wilka. Po określeniu rozkładu (niezgodny z normalnym) zastosowano do porównania dwóch grup Test U Manna-Whitneya (UMW, Z) a dla trzech i więcej Test Kruskala-Wallisa (KW, H). Wykorzystano także korelacje Spearmana (R). Przyjęto 5 % błąd wnioskowania i związany z nim poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic lub zależności. Analizę wykonano za pomocą pakietu statystycznego StatSoft Statistica 13.1 PL oraz przy udziale pakietu Microsoft Office.

Kwestionariusz zawierał jedynie pytania zamknięte, co ułatwiło jego wypełnienie respondentom. Pytania były sformułowane jasno i zrozumiale, dzięki czemu wypełnienie formularza nie sprawiło trudności respondentom. Rozdanych zostało 96 ankiet, wszystkie zostały wypełnione prawidłowo i posłużyły do przeprowadzenia analizy badań. Wyniki uzyskane z materiału badawczego przedstawiono w tabelach i na wykresach.

Kwestionariusz ankiety poddano ewaluacji na 2 sposoby:

1. przedstawienie ankiety 3 sędziom kompetentnym którzy sprawdzili poprawność sformułowanych pytań,
2. przeprowadzenie badania pilotażowego na 10 osobach, badań tych nie włączono do badań głównych, kwestionariusz nie wymagał poprawek.

Weryfikacje wszystkich hipotez przeprowadzono na poziomie istotności $p=0.05$. Do weryfikacji hipotez wykorzystano test t-studenta dla jednej lub dwóch niezależnych prób.

Wyniki. Większość wyników mających odpowiedzi w postaci skali stopniowej zostały przedstawione w analizie z uwzględnieniem zmiennych przy użyciu analizy ilościowej, co ułatwia ocenę i czyni ją dokładniejszą. Do odpowiedzi przyporządkowane były cyfry – jak w nagłówkach tabel, zdecydowana zgoda – 1, zdecydowany brak zgody – 4, zatem im większa wartość średniej, tym w większym stopniu badani nie zgadzali się z analizowanym stwierdzeniem (wyjątek stanowi ocena 1-5 życzliwości i wsparcia, gdzie im większa wartość, tym większa ocena).

Badani najczęściej raczej zgadzali się (52,1%) ze stwierdzeniem, iż w czasie trwania pandemii mieli trudności z dostaniem się do SOR. (zdecydowanie z tym stwierdzeniem zgadzało się 14,6% badanych, a nie zgadzało się 33,3%, w tym raczej nie: 20,8%, zdecydowanie nie: 12,5%) (tabela 1).

Tab. 1. Opinia badanych dotycząca trudności dostania się na SOR, wszystkich razem

Trudności z dostaniem się na SOR	Zdecydowanie tak [1]	Raczej tak [2]	Raczej nie [3]	Zdecydowanie nie [4]
	14	50	20	12
	14,6%	52,1%	20,8%	12,5%

źródło: opracowanie własne

W analizie wykazano, iż zmienne (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie i sytuacja zawodowa badanych) nie różnicowały istotnie statystycznie ich opinii dotyczącej doświadczania przez nich trudności z dostaniem się do SOR w czasie pandemii, $p > 0,05$. Obserwowano tendencję, iż im badani posiadali wyższy status wykształcenia, tym w mniejszym stopniu odczuwali trudności z dostaniem się na SOR ($Rho = 0,12$) (tabela 2).

Tab. 2. Opinia badanych dotycząca trudności dostania się na SOR, w zależności od zmiennych, analiza opisowa

Trudności z dostaniem się na SOR		M	SD
Płeć	Kobieta	2,15	0,89
	Mężczyzna	2,43	0,85
	Stat.: Z (UMW) i p	-1,48	0,140
Wiek	18-29 lat	1,92	0,90
	30-39 lat	2,75	0,87
	40-49 lat	2,59	0,71
	50-59 lat	2,05	0,79
	≥ 60 lat	2,33	0,92
	Stat.: Rho i p	-0,04	0,720
Miejsce zamieszkania	Wieś	2,36	0,94
	Miasto	2,27	0,82
	Stat.: Z (UMW) i p	0,38	0,705
Wykształcenie	Zawodowe	2,10	0,91
	Średnie	2,33	0,89
	Wyższe	2,42	0,84
	Stat.: Rho i p	0,12	0,236
Sytuacja zawodowa	Etat	2,03	0,93
	Własna firma	2,39	0,92
	Rencista	2,54	0,78
	Emeryt	2,41	0,80
	Stat.: H (KW) i p	1,84	0,146

*M-średnia, SD-odchylenie standardowe

źródło: opracowanie własne

Większość badanych (54,2%) nie zauważyło różnicy w jakości opieki przed i w trakcie pandemii (raczej nie: 12,5%, zdecydowanie nie: 41,7%). Pozostali badani uważali, że jakość uległa zmianie (45,8%, w tym zdecydowanie tak: 10,4%, raczej tak: 35,4%) (tabela 3).

Tab. 3. Opinia badanych dotycząca zauważenia różnicy w jakości opieki przed i w trakcie pandemii, wszystkich razem

Zauważenie różnicy w jakości opieki przed i w trakcie pandemii	Zdecydowanie tak [1]	Raczej tak [2]	Raczej nie [3]	Zdecydowanie nie [4]
	10	34	12	40
	10,4%	35,4%	12,5%	41,7%

źródło: opracowanie własne

W analizie wykazano, iż zmienne (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie i sytuacja zawodowa badanych) nie różnicowały istotnie dostrzegania różnicy w jakości opieki przed i w trakcie pandemii - $p > 0,05$ (tabela 4).

Tab. 4. Opinia badanych dotycząca zauważenia różnicy w jakości opieki przed i w trakcie pandemii, w zależności od zmiennych, analiza opisowa

Zauważenie różnicy w jakości opieki przed i w trakcie pandemii		M	SD
Płeć	Kobieta	2,68	1,16
	Mężczyzna	2,98	1,02
	Stat.: Z (UMW) i p	-1,24	0,216
Wiek	18-29 lat	2,92	1,08
	30-39 lat	2,75	1,22
	40-49 lat	2,94	1,14
	50-59 lat	2,86	1,13
	≥ 60 lat	2,82	1,04
	Stat.: Rho i p	-0,02	0,839
Miejsce zamieszkania	Wieś	2,91	1,10
	Miasto	2,81	1,09
	Stat.: Z (UMW) i p	0,44	0,662
Wykształcenie	Zawodowe	2,40	1,10
	Średnie	3,05	1,06
	Wyższe	2,89	1,06
	Stat.: Rho i p	0,12	0,254
Sytuacja zawodowa	Etat	2,91	1,03
	Własna firma	3,17	0,92
	Rencista	2,96	1,12
	Emeryt	2,41	1,18
	Stat.: H (KW) i p	1,88	0,139

źródło: opracowanie własne

Wykazano, iż emeryci istotnie rzadziej zgadzali się ze stwierdzeniem, iż pracownicy SOR okazywali zainteresowania oczekującymi na przyjęcie pacjentami aniżeli badani o innym statusie zawodowym (emeryci: 3,27 pkt. vs pozostali: praca etatowa (2,47 pkt.), własna działalność (2,61), renciści (2,67), $p < 0,02$). Pozostałe analizowane zmienne (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie badanych) nie różnicowały istotnie opinii badanych odnośnie zainteresowania pracowników SOR oczekującymi na przyjęcie pacjentami, $p > 0,05$ (tabela 5).

Tab. 5. Opinia badanych dotycząca okazywania przez pracowników SOR zainteresowania oczekującymi na przyjęcie pacjentami, w zależności od zmiennych, analiza opisowa

Okazywanie przez pracowników SOR zainteresowania oczekującymi na przyjęcie pacjentami		M	SD
Płeć	Kobieta	2,75	1,01
	Mężczyzna	2,71	0,93
	Stat.: Z (UMW) i p	0,17	0,861
Wiek	18-29 lat	2,58	1,08
	30-39 lat	2,67	0,89
	40-49 lat	2,82	1,01
	50-59 lat	2,77	0,87
	≥ 60 lat	2,73	1,01
	Stat.: Rho i p	0,04	0,720
Miejsce zamieszkania	Wieś	2,57	0,97
	Miasto	2,87	0,93
	Stat.: Z (UMW) i p	-1,45	0,146
Wykształcenie	Zawodowe	2,85	0,93
	Średnie	2,60	1,03
	Wyższe	2,81	0,89
	Stat.: Rho i p	0,00	0,992
Sytuacja zawodowa	Etat	2,47	0,95
	Własna firma	2,61	0,92
	Rencista	2,67	0,92
	Emeryt	3,27	0,88
	Stat.: H (KW) i p	3,55	0,018

źródło: opracowanie własne

Zmienne (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie i sytuacja zawodowa badanych) nie różnicowały istotnie opinii badanych, iż pracownicy SOR-u zachowywali wykonywanie niezbędnych zasad bezpieczeństwa i higieny w SOR, $p > 0,05$ (tabela 6).

Tab. 6. Opinia badanych dotycząca zachowania niezbędnych zasad bezpieczeństwa i higieny w SOR, w zależności od zmiennych, analiza opisowa

Zachowanie niezbędnych zasad bezpieczeństwa i higieny w SOR		M	SD
Płeć	Kobieta	1,33	0,66
	Męczyzna	1,30	0,54
	Stat.: Z (UMW) i p	-0,20	0,844
Wiek	18-29 lat	1,17	0,58
	30-39 lat	1,42	0,79
	40-49 lat	1,35	0,61
	50-59 lat	1,36	0,66
	≥ 60 lat	1,27	0,45
	Stat.: Rho i p	0,06	0,579
Miejsce zamieszkania	Wieś	1,36	0,65
	Miasto	1,27	0,53
	Stat.: Z (UMW) i p	0,44	0,662
Wykształcenie	Zawodowe	1,50	0,83
	Średnie	1,25	0,44
	Wyższe	1,28	0,57
	Stat.: Rho i p	-0,08	0,437
Sytuacja zawodowa	Etat	1,34	0,65
	Własna firma	1,39	0,70
	Rencista	1,38	0,58
	Emeryt	1,14	0,35
	Stat.: H (KW) i p	0,88	0,453

źródło: opracowanie własne

W analizie wykazano, iż zmienne (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie i sytuacja zawodowa badanych) nie różnicowały istotnie opinii badanych opartych na ich doświadczeniach w związku z informowaniem ich o wynikach badań, podejmowanych przez lekarza w decyzjach dotyczących planowanego leczenia, $p > 0,05$ (tabela 7).

Tab. 7. Opinia badanych dotycząca informowania ich o wynikach badań, podejmowanych przez lekarza w decyzjach dotyczących planowanego leczenia, w zależności od zmiennych, analiza opisowa

Bycie na bieżąco informowanym o wynikach badań, podejmowanych przez lekarza w decyzjach dotyczących planowanego leczenia		M	SD
Płeć	Kobieta	2,15	0,92
	Męczyzna	2,04	0,74
	Stat.: Z (UMW) i p	0,41	0,680
Wiek	18-29 lat	1,92	0,67
	30-39 lat	2,00	0,85
	40-49 lat	2,00	0,71
	50-59 lat	2,05	1,00
	≥ 60 lat	2,24	0,79
	Stat.: Rho i p	0,14	0,166
Miejsce zamieszkania	Wieś	2,07	0,82
	Miasto	2,10	0,82
	Stat.: Z (UMW) i p	-0,20	0,840
Wykształcenie	Zawodowe	1,95	0,76
	Średnie	2,18	0,78
	Wyższe	2,06	0,89
	Stat.: Rho i p	0,01	0,935
Sytuacja zawodowa	Etat	2,03	0,74
	Własna firma	2,06	0,87
	Rencista	2,17	0,87
	Emeryt	2,09	0,87
	Stat.: H (KW) i p	0,13	0,942

źródło: opracowanie własne

Większość badanych (83,4%) było przekonanych, że wykonywane badania i zabiegi wobec ich realizowane były z zachowaniem intymności (zdecydowanie tak: 43,8%, raczej tak: 39,6%. Przeciwnie doświadczenia miało 16,6% badanych raczej nie: 12,5%, zdecydowanie nie: 4,2%) (tabela 8).

Tab. 8. Opinia badanych dotycząca wykonywania badania i zabiegów z zachowaniem intymności przez personel SOR, wszystkich razem

Wykonywane badania i zabiegów z zachowaniem intymności	Zdecydowanie tak [1]	Raczej tak [2]	Raczej nie [3]	Zdecydowanie nie [4]
	42	38	12	4
	43,8%	39,6%	12,5%	4,2%

źródło: opracowanie własne

Im badani posiadali wyższy status wykształcenia, tym istotnie częściej zgodzali się ze stwierdzeniem, iż doszło do pogorszenia się jakości opieki w SOR w trakcie pandemii COVID-19 ($Rho = -0,22$, $p < 0,03$). Pozostałe analizowane zmienne (płeć, wiek, miejsce zamieszkania i sytuacja zawodowa badanych) nie różnicowały istotnie opinii badanych dotyczącej zmian w zakresie jakości opieki w SOR-ach w dobie pandemii COVID-19, $p > 0,05$ (tabela 9).

Tab. 9. Opinia badanych dotycząca pogorszenia się jakości opieki w SOR w trakcie pandemii COVID-19, w zależności od zmiennych, analiza opisowa

W dobie pandemii COVID-19 pogorszyła się jakość opieki w SOR-ach		M	SD
Płeć	Kobieta	1,80	0,94
	Męczyzna	1,79	1,02
	Stat.: Z (UMW) i p	0,35	0,724
Wiek	18-29 lat	1,75	0,97
	30-39 lat	2,25	1,22
	40-49 lat	1,76	0,97
	50-59 lat	1,77	0,75
	≥ 60 lat	1,67	1,05
	Stat.: Rho i p	-0,13	0,204
Miejsce zamieszkania	Wieś	1,77	0,96
	Miasto	1,81	1,01
	Stat.: Z (UMW) i p	-0,07	0,944
Wykształcenie	Zawodowe	2,40	1,10
	Średnie	1,60	0,90
	Wyższe	1,67	0,89
	Stat.: Rho i p	-0,22	0,032
Sytuacja zawodowa	Etat	1,78	1,04
	Własna firma	1,94	1,11
	Rencista	1,58	0,83
	Emeryt	1,91	0,97
	Stat.: H (KW) i p	0,60	0,615

źródło: opracowanie własne

Poniżej zbiorczo przedstawiono wyżej opisywane opinie badanych poparte ich doświadczeniami. Im większa wartość, tym mniejsza zgodność z ocenianym stwierdzeniem.

Badani pacjenci najczęściej zgadzali się ze stwierdzeniem, iż miało miejsce zachowanie niezbędnych zasad bezpieczeństwa i higieny w SOR (1,31 pkt.), zachowanie zasad intymności podczas wykonywania badania i zabiegów (1,77) oraz iż w dobie pandemii COVID-19 pogorszyła się jakość opieki w SOR-ach (1,79).

Badani najrzadziej zgadzali się, iż pracownicy SOR-u starali się minimalizować stres i napięcie u oczekujących pacjentów (3,48 pkt.), iż zmieniła się jakość opieki przed i w trakcie pandemii (2,85), a także iż pracownicy SOR-u okazywali zainteresowanie oczekującymi na przyjęcie pacjentami (2,73).

Dyskusja. Celem badań była ocena przez pacjentów SOR-u jakości opieki w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych w dobie pandemii COVID-19. W badaniu wzięło udział 96 pacjentów korzystających z opieki w SOR, w grupie badawczej było 40 kobiet i 56 mężczyzn. Wśród respondentów przeważały osoby po 60 roku życia, mieszkający w mieście, posiadający wykształcenie średnie lub zawodowe. Większość badanych biorących udział w badaniu, do SOR zgłosiło się w ciągu niecałego miesiąca, na przyjęcie czekali ok. 2-3 godziny, co sprawiło, że nie zauważyli oni różnicy w jakości opieki przed i w trakcie pandemii w tym aspekcie.

Uzyskane wyniki badań były podobne do tych, które wskazywały, że trudniejszy dostęp do opieki zdrowotnej, wydłużony czas oczekiwania na wizytę u lekarza doprowadziło do tego, że dynamicznie spadła liczba pacjentów zgłaszających się na badania, zwiększyła się ilość przypadków zawałów czy diagnozowanych nowotworów [1].

W lipcu 2020 roku przeprowadzono badania, których wyniki potwierdziły, że chorym z powodu epidemii koronawirusa przełożono mu lub odwołano wizytę u lekarza specjalisty.

Zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia dotyczących zarządzania SOR w trakcie pandemii COVID-19, stworzono podwójną ścieżkę, w ramach której należało dokonać jednocześnie:

- umożliwienia realizacji pełnego zakresu niezbędnych świadczeń zdrowotnych w celu zapobiegania, diagnozowania, izolowania i leczenia pacjentów z COVID-19,
- zaspokoić potrzeby zdrowotnych społeczeństwa w pozostałych aspektach [2].

Ankietowani przyznali, że pracownicy SOR nie okazywali większego zainteresowania oczekującymi na przyjęcie pacjentami, respondenci zwrócili także uwagę na to, że pracownicy SOR-u nie starali się w żaden sposób minimalizować stresu i napięcia u oczekujących pacjentów.

Badani ocenili także, że życzliwość i wsparcie udzielane przez pracowników SOR-u na rzecz pacjentów, jako bardzo przeciętne. Pozytywnym aspektem było to, że zachowane niezbędnych

zasad bezpieczeństwa i higieny w SOR było przestrzegane wg większości badanych. Podobnie było w przypadku personelu pracującego w SOR, zwracali oni uwagę na przestrzeganie zasad bezpieczeństwa i higieny, zarówno przez siebie, jak również przez oczekujących pacjentów. Badani przyznali, że po przyjęciu ich przez lekarza podczas badania lekarskiego otrzymywali wszystkie niezbędne informacje dotyczące leczenia. Pacjenci byli na bieżąco informowani o wynikach badań, podejmowanych przez lekarza decyzjach dotyczących planowanego leczenia. Jeśli zachodziła konieczność przeprowadzenia badań lub zabiegów, to były one realizowane z zachowaniem intymności.

Większość badanych pacjentów SOR-u było zdania, iż w dobie pandemii COVID-19 pogorszyła się jakość opieki w SOR-ach, co sprawiło, że respondenci swój pobyt w SOR ocenili negatywnie. Swoją opinię respondenci popierają tym, że nie zostali poinformowani o koniecznym czasie oczekiwania na przyjęcie przez lekarza, stosunek lekarza do ich osoby był obojętny, rzadziej życzliwy. Lekarz był oschły, obojętny, a nawet nieuprzejmy. Badani pacjenci przyczynę pogorszenia się jakości opieki w SOR-ach w dobie pandemii COVID-19 wiązali najczęściej z trudnościami z zarejestrowaniem się a także z czasem oczekiwania na przyjęcie i możliwością zakażenia się koronawirusem.

Lekarze pracujący w szpitalnym oddziale ratunkowym, a także pracownicy opieki pielęgniarskiej i ratownicy medyczni wykonują swoją pracę pierwszej linii w każdej sytuacji kryzysowej, kiedy należy podejmować szybkie i właściwe decyzje dotyczące diagnozowania i sposobów leczenia pacjentów.

Ci pracownicy jako pierwsi stykają się z pacjentami zgłaszającymi się do oddziałów ratunkowych, wśród których duża część była zakażona koronawirusem. Pracownicy, niosąc pomoc innym, jednocześnie bali się o zdrowie własne, a także swoich najbliższych [3].

Wnioski.

1. Płeć nie miała istotnego wpływu na ocenę jakości opieki w SOR w dobie pandemii.
2. Wiek miał wpływ na ocenę jakości opieki w SOR w dobie pandemii. Bardziej negatywne doświadczenia przejawiali badani starsi.
3. Wykształcenie nie miało istotnego wpływu miało wpływ na ocenę jakości opieki w SOR w dobie pandemii.
4. Miejsce zamieszkania nie miało istotnego wpływu na ocenę jakości opieki w SOR w dobie pandemii
5. Sytuacja zawodowa nie miała istotnego wpływu na ocenę jakości opieki w SOR w dobie pandemii.

6. Badani pacjenci najczęściej zgadzali się ze stwierdzeniem, iż miało miejsce zachowane niezbędnych zasad bezpieczeństwa i higieny w SOR, zachowanie zasad intymności, oraz iż w dobie pandemii COVID-19 pogorszyła się jakość opieki w SOR-ach.
7. Badani najrzadziej zgadzali się, iż pracownicy SOR-u starali się minimalizować stres i napięcie u oczekujących pacjentów.

Piśmiennictwo

1. Słowik P., Sosnowska M., Ukryte choroby. Koronawirus jest groźny, ale o wiele groźniejsze jest zaniechanie leczenia innych chorób”, Dziennik Gazeta Prawna, wrzesień 4, 2020, <https://serwisy.gazeta.prawna.pl/zdrowie/artykuly/1490071,koronawirus-w-polsce-zaniechanieleczenia-innych-chorob.html>. Dostęp 10.05.2022
2. HO Regional Office for Europe, Strengthening and adjusting public health measures throughout the COVID-19 transition phases. Policy considerations for the WHO European Region., 2020, dostęp 13.05.2022.
3. Jakubaszko J., COVID-19 Alert medycyny ratunkowej. Strategia szpitalnych oddziałów ratunkowych wobec epidemii Covid-19. <http://www.medycynaratunkowa.wroc.pl/wp-content/uploads/2020/03/COVID19-strategia-dla-SORIP.pdf> dostęp 16.05.2022.

ZACHOWANIA AGRESYWNE WOBEC PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA PODCZAS PANDEMII COVID-19

EMILIA WAWSZCZAK, SYLWIA KAMIŃSKA

Wstęp. W trakcie swojego życia każda osoba doświadcza zachowań agresywnych, jednak niektóre profesje narażone są na obcowanie z tym zjawiskiem wyjątkowo często. Zaliczają się do nich pracownicy sektora ochrony zdrowia, gdzie problem dotyczy zarówno kontaktu pracowników z pacjentami, jak również wzajemnych relacji między członkami personelu. Agresja występująca wśród tych zawodów stanowi bardzo dynamiczny problem [1,2].

Pojawienie się pandemii choroby zakaźnej COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*) wywołało strach wśród społeczności na całym świecie. Aby ograniczyć rozprzestrzenianie wirusa konieczne jest zachowanie społecznego dystansu, co może powodować dyskryminację oraz stygmatyzację. Obawa przed wykluczeniem niesie ze sobą negatywne skutki, takie jak ukrywanie objawów, unikanie pomocy lekarskiej – co w efekcie znacząco utrudnia kontrolowanie choroby. Ważne w walce z tym zjawiskiem jest zapobieganie szerzeniu się fałszywych informacji – w osiągnięciu tego niezbędny jest dialog społeczeństwa ze środowiskiem medycznym, szczególnie przy opracowywaniu wytycznych i zaleceń. Ze względu na specyfikę pracy i obcowanie z chorymi, pracownicy ochrony zdrowia i ich bliscy stanowią grupę szczególnie narażoną na wykluczenie, przez co mogą zmagać się oni z różnymi problemami psychospołecznymi. Bardzo ważne jest zapewnienie im wsparcia psychologicznego, uwzględniającego indywidualne potrzeby jednostki [3].

Agresja definiowana jest na wiele różnych sposobów. W psychologii przyjęto określać tym mianem wszystkie zachowania, również werbalne, które mają na celu – pośrednio lub bezpośrednio – krzywdzić ludzi lub istoty zmotywowane do unikania takich sytuacji. Oznacza to, że cechami agresji są ukierunkowane działanie oraz chęć wyrządzenia szkody [1, 4].

Z powyższym zagadnieniem ściśle związane jest pojęcie przemocy. Mówi się o niej wówczas, gdy akt agresji cechuje się znaczącą różnicą zakresu władzy lub siły pomiędzy ofiarą przemocy a jej sprawcą. Może być ona również charakteryzowana – w wąskim zakresie – jako atak na osobę z wykorzystaniem niebezpiecznych przedmiotów lub bez nich. Takie ujęcie sprowadza się jednak do postrzegania przemocy jedynie w kontekście ataków fizycznych. Powyższe rozróżnienie nie jest jednak powszechnie przyjęte. Inna definicja przemocy określa ją jako wpływ na zachowanie, stan fizyczny lub proces myślowy osoby bez jej zgody. W tym rozumieniu uwzględniony został aspekt przemocy psychicznej, która, choć bardziej ukryta,

również stanowi poważne zagrożenie. Uważa się, że część form agresji nie jest przemocą, jednak wszystkie akty przemocy to agresja [1, 2, 4].

Agresja pacjentów wobec pracowników ochrony zdrowia to problem pojawiający się na całym świecie. Podczas bezpośredniego i ciągłego kontaktu z ludźmi chorymi, szansa na wystąpienie nadużyć jest znaczna. Spowodowane są one różnymi czynnikami – od wpływu alkoholu i narkotyków na zachowanie pacjenta, braku satysfakcji z zapewnionej opieki oraz jakości świadczonych usług, po problemy zdrowotne. Znalezienie się w roli obiektu agresji ma wpływ na dobre samopoczucie personelu; takie sytuacje przyczyniają się do odczuwania strachu, poczucia winy, niezadowolenia z pracy, występowania zaburzeń snu lub zjawiska wypalenia zawodowego [1, 6, 7].

Celem pracy było zbadanie problematyki występowania zachowań agresywnych wobec pracowników ochrony zdrowia podczas pandemii COVID-19. Podczas przeprowadzonych badań podjęto próbę odpowiedzi na pytania, czy badane osoby doświadczyły takich zachowań, a jeśli tak, to jakie były ich przejawy, źródła oraz częstotliwość występowania. Analizie poddano także wpływ zaistniałych sytuacji na respondentów. Przedmiot badań niniejszej pracy stanowi doświadczanie agresji przez pracowników ochrony zdrowia podczas pandemii COVID-19.

Material i metody W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Zastosowaną technikę stanowiła ankieta, którą przeprowadzono za pomocą autorskiego kwestionariusza. Udział respondentów w badaniu był dobrowolny oraz anonimowy. Autorski kwestionariusz ankiety udostępniony został za pomocą formularza Google. Znajdowało się w nim 28 pytań otwartych i zamkniętych, jednokrotnego oraz wielokrotnego wyboru. Sześć pytań dotyczyło danych socjodemograficznych, w pozostałych 18 pytaniach poruszono takie kwestie jak styczność respondentów z pacjentami z potwierdzonym zakażeniem koronawirusem SARS-CoV-2, doświadczanie przez badanych zachowań agresywnych ze względu na wykonywaną przez nich pracę, liczbę tych incydentów, ich miejsce występowania, źródła, przejawy oraz przyczyny.

Badanie zostało przeprowadzone w okresie od 19.11.2020 roku do 04.05.2021 roku. Wzięło w nim udział 113 osób, które zadeklarowały, że są pracownikami ochrony zdrowia. Kwestionariusz ankiety umieszczony był przez autora na grupach dla pracowników ochrony zdrowia znajdujących się na portalu społecznościowym. Grupy te prowadzą weryfikację członków na podstawie zadeklarowania miejsca pracy i/lub numeru Prawa Wykonywania Zawodu.

Wyniki Najwięcej badanych znajdowało się w przedziale wiekowym 26-35 lat (32,7%). Kolejne liczne grupy to respondenci pomiędzy 18. a 25. rokiem życia oraz ci między 36. a 45. rokiem życia (odpowiednio 25,7% i 23,9% ankietowanych). Próbę badaną stanowią również w 16,8% osoby od 46 do 55 lat oraz w 0,88% osoby między 56. a 65. rokiem życia.

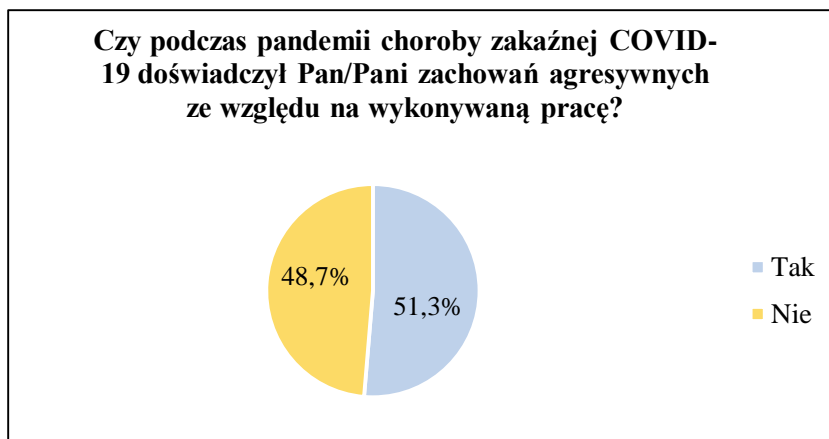
Względem miejsca zamieszkania ankietowani przedstawiali się następująco: 33,6% z nich mieszkało w mieście powyżej 500 tysięcy mieszkańców. Na wsi oraz mieście powyżej 20 tysięcy i poniżej 100 tysięcy mieszkańców mieszkało po 17,7% respondentów. W mieście powyżej 100 tysięcy i poniżej 500 tysięcy mieszkańców – 15,1%, a w mieście do 20 tysięcy – 15,9% badanych osób.

Największą grupę stanowili respondenci z wykształceniem wyższym licencjackim (42,4%) i wyższym magisterskim (38,9%). Mniej liczne grupy stanowili ankietowani z wykształceniem średnim zawodowym (8%), średnim (4,4%) i wyższym doktoranckim (1,8%). Identyczny wynik (0,9%) uzyskały odpowiedzi: średnie zawodowe, wyższe licencjackie; wyższe licencjackie, specjalizacja z anestezjologii i intensywnej opieki; wyższe magisterskie, specjalizacja zachowawcza i psychiatryczna; wyższe magisterskie, specjalizacja z pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki oraz odpowiedź „lekarz”.

Zdecydowanie najliczniejszą grupą zawodową reprezentowaną przez badane osoby stanowi zawód pielęgniarka/pielęgniarki (67,2%). Kolejną liczną grupę stanowią ratownicy/ratowniczkę medyczne (13,3%). 4,4% badanych osób to lekarze/lekarki. 2,6% respondentów wykonuje zarówno zawód pielęgniarki/pielęgniarka jak i ratownika/ratowniczkę medycznej, a 1,8% pracuje jako salowy/salowa. W badaniu wartość po 0,9% uzyskały odpowiedzi: technik elektroradiologii; technik; sanitariusz; ochrona; magister farmacji; elektryk-automatyk oraz dentysta.

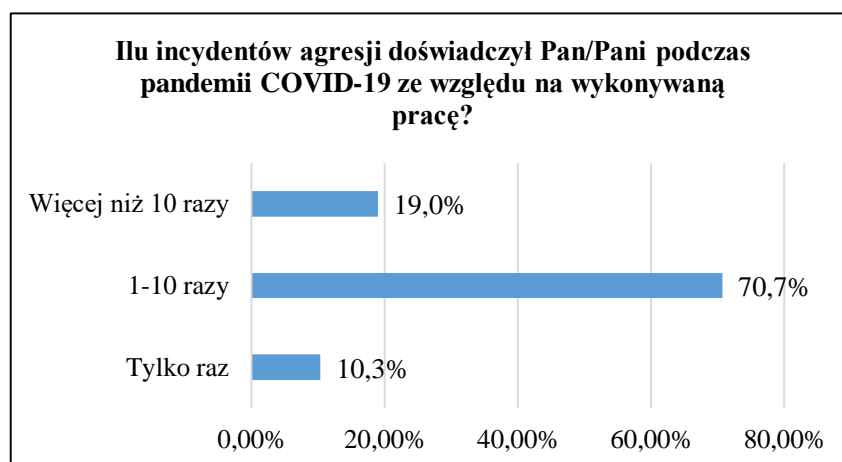
Staż pracy prawie połowy osób znajdujących się w próbie badanej (48,7%) to 1-10 lat. Blisko jedna czwarta ankietowanych jest czynnych zawodowo od 11 do 20 lat, a 13,2% od 21 do 30 lat. Doświadczenie zawodowe 10,6% respondentów to mniej niż rok. Najmniej liczną grupę (2,6%) wśród badanych stanowią osoby ze stażem pracy powyżej 30 lat.

Pierwsze z najistotniejszych pytań w badaniu dotyczyło doświadczania zachowań agresywnych podczas pandemii COVID-19 ze względu na wykonywaną pracę. W tym przypadku niewiele więcej niż połowa badanych (51,3%, 58 osób) potwierdziło styczność z takimi zachowaniami. Pozostałe badane osoby nie doświadczyły agresji z powodu pracy.



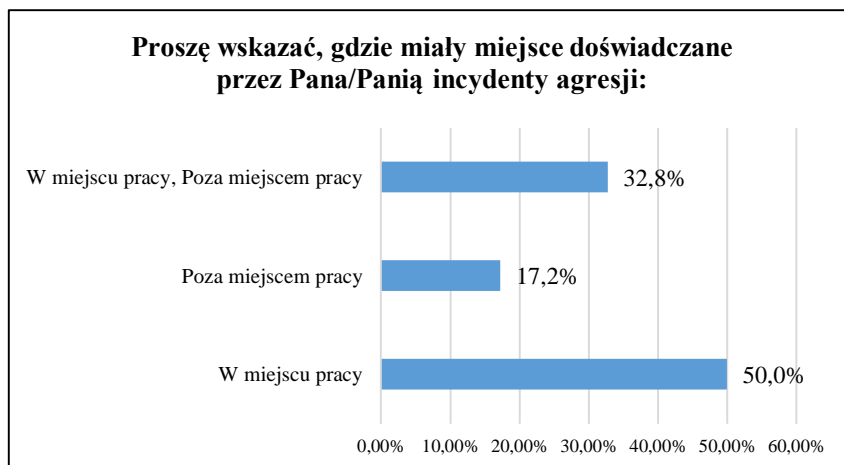
Wykres 1 - Doświadczenie zachowań agresywnych podczas pandemii ze względu na wykonywaną pracę, [źródło: badanie własne, n=113]

Spośród 58 respondentów, którzy wskazali, że doświadczyli zachowań agresywnych ze względu na wykonywaną pracę, zdecydowana większość (70,7%) zadeklarowała, że byli oni ofiarami od 1 do 10 takich incydentów, 19% zaznaczyło, że takie sytuacje spotkały ich więcej niż 10 razy, a 10,3% badanych twierdzi, że mieli styczność z agresją tylko raz.



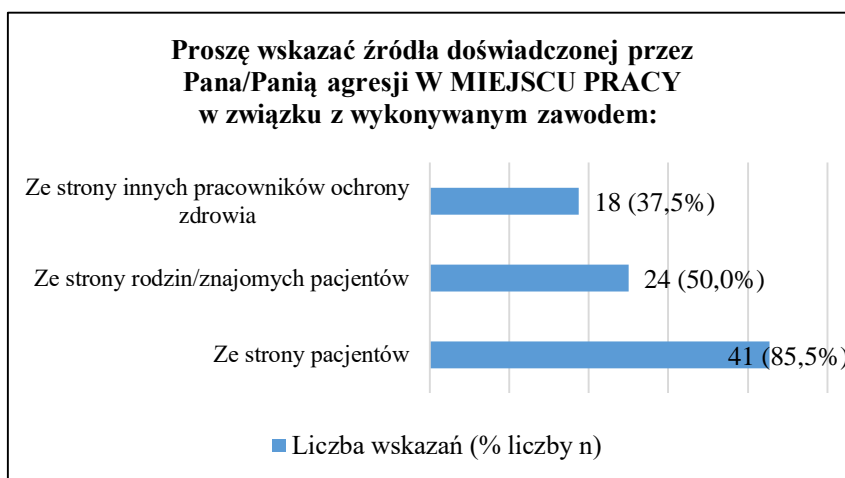
Wykres 2 - Liczba incydentów agresji doświadczanych ze względu na wykonywaną pracę, [źródło: badanie własne, n=58]

Połowa badanych deklarujących styczność ze skierowanymi w ich stronę zachowaniami agresywnymi doświadczyła ich w miejscu pracy, 17,2% poza miejscem pracy, a prawie jedna trzecia (32,8%) zarówno w miejscu pracy, jak i poza nim.



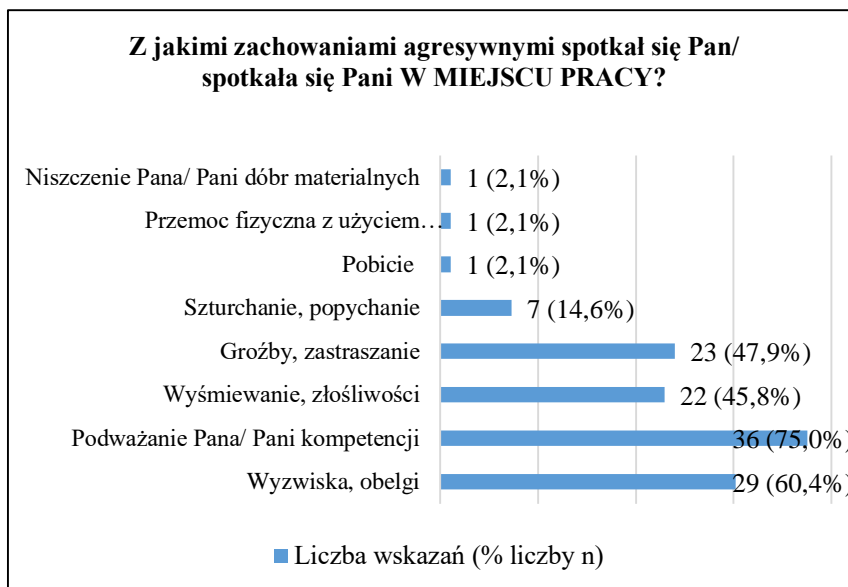
Wykres 3 - Miejsce występowania zachowań agresywnych, [źródło: badanie własne, n=58]

Kolejny wykres dotyczy źródeł doświadczonej przez respondentów agresji w ich miejscu pracy. Styczność z agresją w miejscu pracy zadeklarowało 48 osób. Odpowiedź „ze strony pacjentów” została przez nich wskazana 41 razy (85,5% badanych w tej grupie), doświadczanie agresji ze strony rodzin/znajomych pacjentów wskazała połowa z 48 respondentów, a opcję „ze strony innych pracowników ochrony zdrowia” wskazało 37,5% badanych w tej grupie.



Wykres 4 - Źródła doświadczonej agresji w miejscu pracy, [źródło: badanie własne, n=48]

W odpowiedzi na pytanie „Z jakimi zachowaniami agresywnymi spotkał się Pan/ spotkała się Pani w miejscu pracy?” ankietowani, którzy zadeklarowali doświadczanie agresji w miejscu pracy, 36 razy (75% badanych w tej grupie) wskazali podważanie ich kompetencji, 29 razy (60,4% badanych) wyzwiska obelgi, po 23 razy (47,9% badanych) odpowiedzi „groźby, zastraszanie” i „wysmiewanie, złośliwości”. 7 respondentów jako akt agresji, z którym mieli do czynienia wskazało „szturchanie, popychanie”, a opcje „pobicie”, „przemoc fizyczna z użyciem przedmiotów niebezpiecznych” i „niszczenie Pana/ Pani dóbr materialnych” wskazano jednokrotnie.



Wykres 5 - Przejawy agresji w miejscu pracy, [źródło: badanie własne, n=48]

Jako przyczynę występowania agresji w miejscu pracy w opinii badanych, którzy jej doświadczyli, 31 razy wskazano chaos, problemy proceduralne, 30 razy niewystarczającą liczbę personelu, 28 razy stres lub stan zdrowia pacjenta, 25 razy zbyt dużą liczbę pacjentów, brak miejsc dla nowych chorych, a 21 razy ograniczenie odwiedzin chorych. Odpowiedziami, które wskazano po 13 razy były: „zbyt duża liczba przepracowanych godzin” i brak odpowiednich środków ochrony osobistej. Brak odpowiednich kwalifikacji osób zarządzających wybrano 9 razy. Innymi odpowiedziami, dodanymi przez respondentów były „brak wiedzy pacjentów/ich rodzin odnośnie COVID-19” oraz „brak zrozumienia sytuacji epidemicznej w kraju” – obie zostały wskazane po jednym razie.



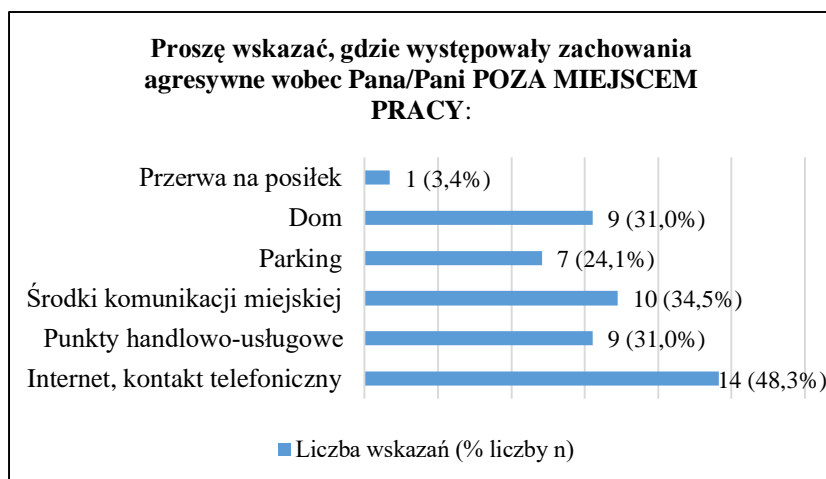
Wykres 6 - Przyczyny występowania agresji w miejscu pracy, [źródło: badanie własne, n=48]

Spośród 29 ankietowanych, którzy spotkali się z agresją poza miejscem pracy, 19 wskazało doświadczanie zachowań agresywnych ze strony obcych osób (65,5% badanych w tej grupie), 8 razy jako źródło wskazano sąsiadów, 6 razy znajomych, a 2 razy rodzinę.



Wykres 7 - Źródła agresji poza miejscem pracy, [źródło: badanie własne, n=29]

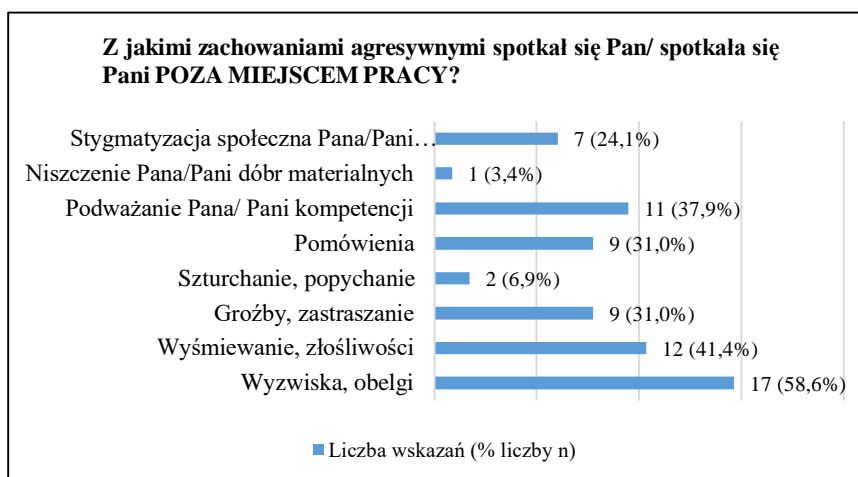
Internet i kontakt telefoniczny jako miejsce styczności z agresją poza miejscem pracy, wśród 29 respondentów tej grupy, wskazano 14 razy (48,3% badanych w tej grupie). Środki komunikacji miejskiej zaznaczono 10 razy, po 9 razy zaznaczono „dom” oraz „punkty handlowo-usługowe”, 7 razy parking. Odpowiedzią inną, dodaną przez ankietowanego i wskazaną tylko raz była „przerwa na posiłek”. Odpowiedzią, której nie wskazał żaden respondent były „urzędy”.



Wykres 8 - Miejsce występowania zachowań agresywnych poza miejscem pracy, [źródło: badanie własne, n=29]

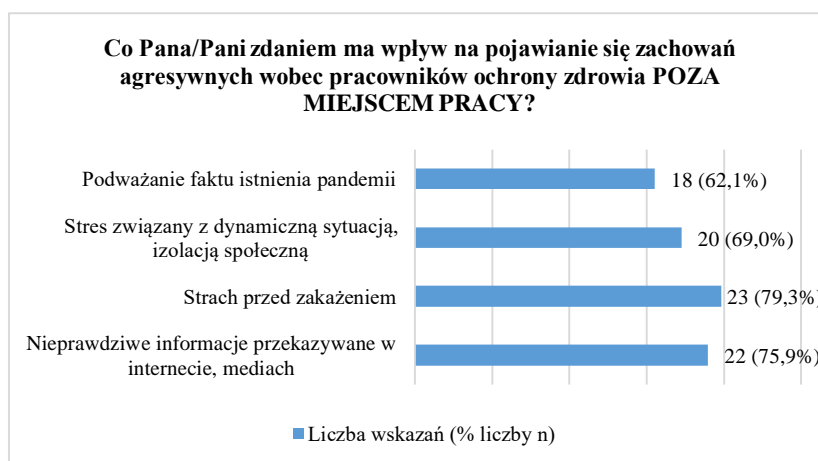
W odpowiedzi na pytanie dotyczące przejawu doświadczanej agresji poza miejscem pracy ankietowani, którzy zadeklarowali styczność z agresją poza miejscem pracy (29 osób) 17 razy wskazali wyzwiska obelgi, 12 razy wyśmiewanie, złośliwości, 11 razy podważanie kompetencji, po 9 razy wskazano na pomówienia oraz groźby, zastraszanie. 7 razy jako akt

agresji, z którym respondenci mieli do czynienia poza miejscem pracy wskazano stygmatyzację społeczną swoją lub członków rodziny. Najmniej wskazań dotyczy odpowiedzi „szturchanie, popychanie” (2 razy) oraz niszczenie dóbr materialnych (1 raz). Odpowiedziami, których nie wskazano ani razu były „pobicie” oraz „przemoc fizyczna z użyciem przedmiotów niebezpiecznych”.



Wykres 9 - Przejawy zachowań agresywnych poza miejscem pracy, [źródło: badanie własne, n=29]

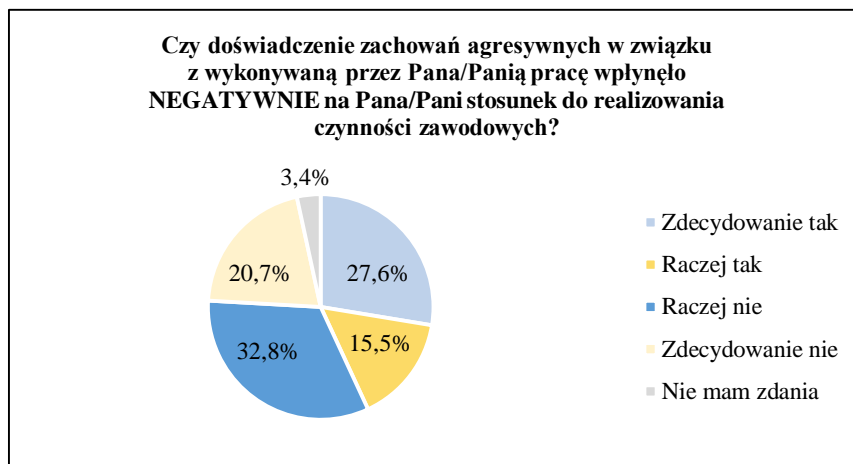
Kolejny wykres przedstawia opinię badanych, którzy doświadczyli agresji poza miejscem pracy na temat przyczyn takich incydentów. Najwięcej, bo 23 razy wskazano strach przed zakażeniem. Odpowiedzią wskazaną 22 razy były nieprawdziwe informacje przekazywane w mediach. Stres związany z dynamiczną sytuacją, izolacją społeczną oraz podważanie faktu istnienia pandemii zaznaczono odpowiednio 20 i 18 razy.



Wykres 10 - Czynniki wpływające na pojawianie się agresji poza miejscem pracy, [źródło: badanie własne, n=29]

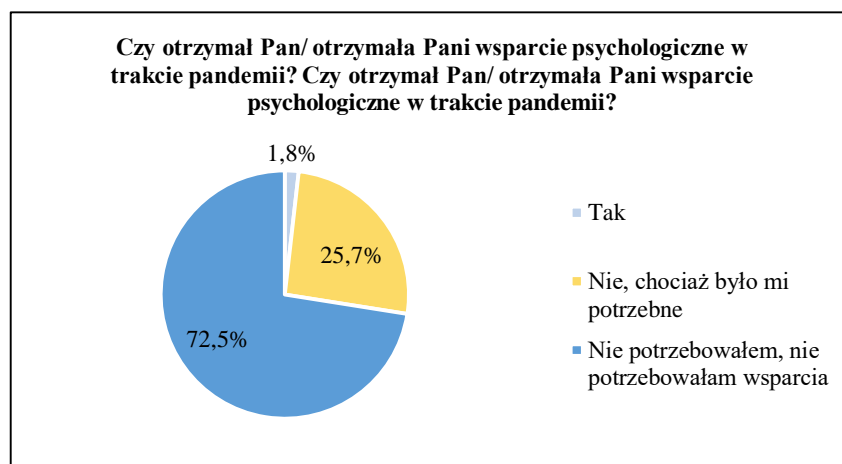
Na pytanie, czy doświadczenie zachowań agresywnych w związku z wykonywaną przez respondentów pracą wpłynęło negatywnie na ich stosunek do realizowania czynności zawodowych (wśród badanych, którzy zadeklarowali styczność z takimi sytuacjami) 32,8%

odpowiedziało, że raczej nie. 20,7% ankietowanych odpowiedziało, że zdecydowanie nie, 27,6% wybrało opcję „zdecydowanie tak”, a 15,5% „raczej tak”. 3,4% badanych nie miało zdania.



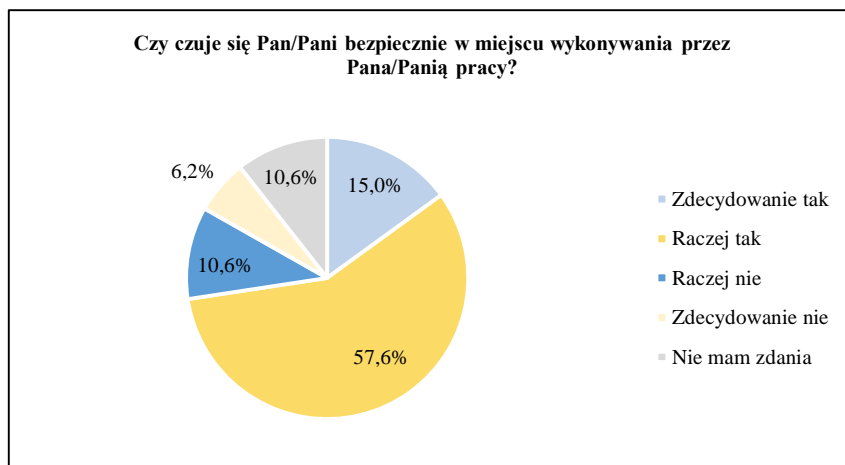
Wykres 11 - Negatywny wpływ agresji na stosunek do czynności zawodowych, [źródło: badanie własne, n=58]

Respondenci w zdecydowanej większości (72,5%) nie potrzebowali wsparcia psychologicznego w trakcie pandemii. 25,7% badanych jednak nie otrzymało takiej pomocy, mimo że jej potrzebowali. Tylko 1,8% ankietowanych uzyskało wsparcie psychologiczne.



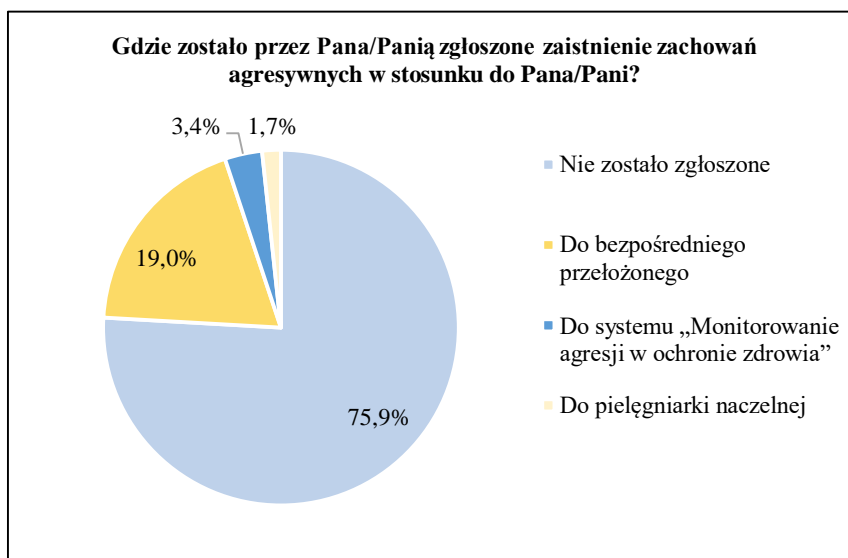
Wykres 12 - Wsparcie psychologiczne w trakcie pandemii, [źródło: badanie własne, n=113]

Następne pytanie skierowane było do całej grupy badanej. Zapytano w nim o to, czy respondenci czują się bezpiecznie w miejscu wykonywania przez nich pracy. Najwięcej, bo 57,6% badanych odpowiedziało „raczej tak”. Kolejnymi odpowiedziami były: zdecydowanie tak (15% badanych), raczej nie (10,6% badanych), zdecydowanie nie (6,2% badanych). 10,6% badanych osób nie miało zdania.



Wykres 13 - Postrzeżenie bezpieczeństwa w miejscu pracy, [źródło: badanie własne, n=113]

U ponad trzech czwartych (75,9%) badanych, którzy doświadczyli zachowań agresywnych, ich zaistnienie nie zostało nigdzie zgłoszone. 19% respondentów tej grupy poinformowało swojego bezpośredniego przełożonego, 3,4% zgłosiło się do systemu „Monitorowanie agresji w ochronie zdrowia”, a 1,7% do pielęgniarki naczelnej.



Wykres 14 - Zgłaszanie zachowań agresywnych, [źródło: badanie własne, n=58]

Dyskusja. Część zawodów, ze względu na charakter pracy, jest narażona na występowanie zachowań agresywnych szczególnie często. Do tej grupy należą pracownicy ochrony zdrowia, gdzie źródłem agresji może stać się zarówno współpracownik, jak również pacjent i jego bliscy. Nowa sytuacja, w której znalazło się społeczeństwo, spowodowana pojawieniem się pandemii choroby zakaźnej COVID-19 stała się silnym stresorem dla wielu jednostek. Na skutek takich czynników jak między innymi rozprzestrzenianie się fałszywych informacji, strach przed zakażeniem oraz konieczność zachowania społecznego dystansu,

pracownicy ochrony zdrowia oraz ich bliscy – ze względu na obcowanie z chorymi - były grupą, którą paradoksalnie spotykać mogło wykluczenie [2, 3].

Cel pracy stanowiło zbadanie problematyki występowania zachowań agresywnych wobec pracowników ochrony zdrowia podczas pandemii COVID-19. W badaniach podjęto próbę odnalezienia odpowiedzi na pytania, czy badane osoby miały styczność ze skierowanymi w nich aktami agresji, a jeśli tak, to w jaki sposób były one manifestowane. Próbowano również ustalić źródła oraz częstotliwość występowania i wpływ zaistniałych sytuacji na respondentów. Frydrysiak i wsp. w artykule „Agresja pacjentów i ich bliskich wobec personelu Szpitalnego Oddziału Ratunkowego” stwierdza, że środowisko medyczne jest na drugim miejscu spośród profesji narażonych na doświadczanie w miejscu pracy – wyżej znajdują się tylko pracownicy ochrony mienia. Jednocześnie temat ten nie cieszy się zbyt dużym zainteresowaniem w Polsce. W przeprowadzonych przez Frydrysiak i wsp. badaniach, pracownicy ochrony zdrowia najczęściej radzili sobie uspokajając agresora, ignorując go lub poprzez tłumaczenie [8].

W przeprowadzonych badaniach własnych więcej niż połowa respondentów w okresie pandemii COVID-19 (51,3%) doświadczyła zachowań agresywnych ze względu na wykonywaną pracę. 70,7% badanych wskazało, że liczba incydentów mieściła się w przedziale od 1 do 10 razy. Ankietowani, którzy mieli styczność z agresją w miejscu pracy najczęściej wskazywali, że źródłem agresji byli pacjenci (85,5%), a ci, którzy doświadczyli jej poza miejscem pracy agresorów zdefiniowali jako obce osoby (65,5%). Kolejnymi najczęściej wskazywanymi odpowiedziami były: rodziny/znajomi pacjentów (50%) oraz inni pracownicy ochrony zdrowia (37,5%). Spośród respondentów, którzy zadeklarowali doświadczenie zachowań agresywnych poza miejscem pracy 65,5% badanych doświadczyło ich ze strony obcych osób, 27,6% ze strony sąsiadów, 20,7% ze strony znajomych, a 6,9% ze strony rodziny. Na szczególną uwagę zasługuje brak zgłaszania zachowań agresywnych, w których ofiarami stają się pracownicy ochrony zdrowia. Pomimo istnienia specjalnej ochrony prawnej, którą objęta są funkcjonariusze publiczni, w „Problematyce agresji wobec ratowników medycznych w zespołach ratownictwa medycznego” Mikos i wsp. zauważają, że tylko 39% respondentów zgłosiło doświadczenie ataku agresji organom ścigania. Zachowania agresywne, których doświadczyli respondenci badania w 75,9% przypadków nie były nigdzie zgłaszane, jednak badani, którzy doświadczyli ich w miejscu pracy wykazują skłonności do zgłoszenia tego faktu do podmiotów odpowiedzialnych. Ponad połowa (62%) badanych osób, które doświadczyły agresji w miejscu pracy nadal czuje się w nim bezpiecznie (58,6% - raczej tak, 3,4% - zdecydowanie tak) [9].

Aby ograniczyć występowanie zachowań agresywnych wobec pracowników ochrony zdrowia w okresie pandemii pomocne mogło być zwiększanie świadomości społecznej na temat roli, jaką odgrywają oni w walce z pandemią. Bardzo ważne jest również umożliwienie tym grupom zawodowym dostępu do wsparcia psychologicznego w tak trudnym dla nich okresie.

Wnioski

1. Respondenci, którzy mieli kontakt z pacjentami z potwierdzonym zakażeniem koronawirusem SARS-CoV-2 częściej doświadczali agresji w miejscu pracy oraz poza nim.
2. Więcej niż połowa respondentów uważa, że doświadczenie przez nich zachowań agresywnych nie wpłynęło negatywnie na ich stosunek do realizowania czynności zawodowych.
3. Dominująca ilość wskazań agresywnych zachowań, których doświadczył respondent w okresie pandemii mieści się w przedziale od 1 do 10.
4. Ponad połowa badanych osób, które doświadczyły agresji w miejscu pracy nadal postrzega podmiot leczniczy, w którym pracują za bezpieczny.
5. Miejsce zamieszkania oraz wykształcenie nie wpływają na częstotliwość występowania zachowań agresywnych w stosunku do pracowników ochrony zdrowia.
6. Zachowania agresywne wobec badanych osób, które wystąpiły w miejscach ich pracy w większości nie były nigdzie zgłaszane.

Piśmiennictwo

1. Lickiewicz J.: Agresywny pacjent: metody i techniki postępowania, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017;
2. Steciwko A., Barański J., Mastalerz-Migas A. (red): Agresja w opiece zdrowotnej: zagadnienia wprowadzające, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2014;
3. Villa S. (wsp.): Stigma at the time of the COVID-19 pandemic, *Clinical Microbiology and Infection*, 11/2020, s. 1450-1452;
4. Piotrowski P. (red): Agresja: ujęcie narracyjne, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2018;
5. Linowski K., Wysocki I.: Agresja, autoagresja i przemoc w życiu człowieka: przyczyny, przejawy, przeciwdziałanie i resocjalizacja, Politechnika Radomska, Wydawnictwo, Radom 2012;
6. Pekurinen V. (wsp.): Patient Aggression and the Wellbeing of Nurses: A Cross-Sectional Survey Study in Psychiatric and Non-Psychiatric Settings; *International Journal of Environmental Research and Public Health* 10/2017;
7. Jurczak A. (wsp.): Problem agresji pacjentów wobec pracowników ochrony zdrowia, <https://studylibpl.com/doc/1127379/problem-agresji-pacjentow-wobec-pracownikow-ochrony-zdrowia> (dostęp: 05.09.2020);

8. Frydrysiak K, Ejdukiewicz J., Grześkowiak M.: Agresja pacjentów i ich bliskich wobec personelu Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, *Anestezjologia i Ratownictwo* 10/2016, s. 46-52;
9. Mikos M., Kopacz P., Żurowska M.: Problematyka agresji wobec ratowników medycznych w zespołach ratownictwa medycznego, *Teoria i Praktyka* 2/2018, s. 57-65.

OCENA WPLYWU PANDEMII COVID- 19 NA JAKOŚĆ KSZTAŁCENIA ZAWODOWEGO PRZEZ STUDENTÓW KIERUNKÓW MEDYCZNYCH PODHALAŃSKIEJ PAŃSTWOWEJ UCZELNI ZAWODOWEJ W NOWYM TARGU

ALICJA DIAK, JOLANTA SUŁEK, MAGDALENA URYGA

Wstęp. Pod koniec roku 2019, gdy media podawały informacje o nowopowstałym wirusie SARS – Cov - 2, wywołującym chorobę COVID - 19 o nieznanym, lecz niepokojąco ciężkim przebiegu, mało kto podejrzewał jak bardzo wirus ten wpłynie na nasze codzienne życie, w tym edukację [1]. W miarę upływu czasu i piorunującego tempa rozprzestrzeniania się wirusa SARS – Cov – 2 niezwykle szybko rosła liczba osób zarażonych oraz liczba osób o ciężkim przebiegu, czy też osób zmarłych z powodu COVID - 19. Z uwagi na fakt, iż patogen ten był nieznanym początkowo działania prewencyjne, w tym różnego rodzaju obostrzenia były wciąż modyfikowane [2]. Mimo wdrażanych rozwiązań prewencyjnych wciąż zastraszająco szybko rosła liczba nowych przypadków osób zarażonych. W dniu 11 marca 2020 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ogłosiła pandemię wirusa COVID – 19 [3].

Kształcenie jest procesem ciągłym, złożonym i wieloetapowym. Wymaga systematyczności oraz zaangażowania zarówno ze strony nauczyciela jak i ucznia. Od pokoleń wypracowywane są różne modele edukacyjne mające na celu poprawę efektywności kształcenia. Platon twierdził, iż pismo zabija pamięć, sugerował więc, że nie można go traktować jako narzędzia wspomagającego kształcenie. Życie zweryfikowało ten pogląd i przez kolejne liczne pokolenia przekazywanie wiedzy odbywało się zarówno za pomocą słowa mówionego jak i pisanego [4]. Postęp technologiczny jakiego doświadczamy w codziennym życiu wpływa również na edukację młodych pokoleń. Wciąż udoskonalane są formy chociażby wykładów z wykorzystaniem prezentacji multimedialnych. Kształcenie zawodowe, w tym zawodów medycznych jest specyficzną formą kształcenia, gdyż prócz pozyskiwania wiedzy niezbędne jest nabycie odpowiednich umiejętności, w tym wykonywanie precyzyjnych wysoce specjalistycznych procedur. Nie jest możliwym kształcenie na kierunkach medycznych z wykluczeniem zajęć praktycznych, które są integralną częścią procesu kształcenia na tych kierunkach i są realizowane w bezpośrednim kontakcie z pacjentem [5].

Pandemia COVID – 19 i wprowadzone z jej powodu liczne obostrzenia spowodowały czasowe, lecz całkowite przesunięcie edukacji w świat wirtualnej rzeczywistości [2]. Prowadzenie zajęć w formie videokonferencji umożliwia uczestnikom w tym samym czasie rzeczywistym koncentrowanie się na tym samym zagadnieniu, lecz czy naprawdę jest równie wartościową

formę edukacji, czy jest jedynie substytutem, namiastką bycia razem i wchodzenia w intelektualną integrację?

Celem badania była samoocena studentów kierunków medycznych Podhalańskiej Państwowej Uczelni Zawodowej w Nowym Targu wpływu pandemii COVID -19 na jakość kształcenia.

Material i metoda. Badania przeprowadzone zostały wśród studentów Instytutu medycznego oraz Instytutu nauk o Zdrowiu w Podhalańskiej Państwowej Uczelni Zawodowej w Nowym Targu za pomocą kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji wysłanego drogą internetową.

Wyniki. Badaną grupę stanowiła grupa 85 studentów kierunków medycznych studiujących w Podhalańskiej Państwowej Uczelni Zawodowej w Nowym Targu, w tym przeważały kobiety, było ich 73(86%) vs 12 (14%) mężczyzn. W badanej grupie licznie przeważali studenci pochodzący z wiosek, było ich 58(69%) studentów i byli to głównie mieszkańcy Podhala, gdyż 62(74%) deklarowała, iż mieszka na miejscu, jedynie 22 (26%) badanych wynajmowało stancję/mieszkanie na potrzeby studiów. W zdecydowanej większości były to osoby stanu wolnego 72 (85%) i nie posiadające potomstwa 72 (85%), tylko 13(15%) spośród badanych to osoby w związkach małżeńskich posiadających dzieci. Wiek badanych był zróżnicowany, najmłodsze z osób 3(4%) miały 19 lat, najstarsza z badanych osób 1 (1%) miała 54 lata. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby po 16(19%) badanych będące w wieku 22 i 23 lat. Średnia wieku wynosiła 24,5, a mediana 23 lata. Aż 68(81%) badanych deklaroowało, iż prócz studiowania pracuje zawodowo w innych zawodach, a 60 (71%) oceniało siebie jako osobę dobrze zorganizowaną.

Na pytanie jak oceniają wpływ pandemii COVID – 19 na ich edukację i przygotowanie do zawodu zdecydowana większość ankietowanych 52 (61%) nie potrafiła sprecyzować oceny i wybierali odpowiedź trochę pozytywnie i trochę negatywnie. Pozostałe 21 osób (25%) odpowiadało, że okres ten wpłynął tylko negatywnie na ich edukację i przygotowanie do zawodu. W badanej grupie nie stwierdzono istotnej różnicy pomiędzy ogólną oceną wpływu pandemii na jakość własnej edukacji i przygotowania do zawodu, a wiekiem czy też płcią badanych. Istotną statystycznie różnicę stwierdzono ($p = 0,01$) pomiędzy ogólną oceną wpływu okresu pandemii na jakość własnej edukacji do zawodu, a kierunkiem studiów. Statystycznie znamienne więcej było osób wśród badanych studiujących na kierunku ratownictwo lub fizjoterapii uważających, że pandemia negatywnie wpłynęła na jakość własnej edukacji i ich przygotowania do zawodu, w porównaniu do pozostałych badanych [tab. 1].

Tabela 1. Wpływ pandemii COVID – 19 na jakość własnej edukacji i przygotowania do zawodu w ocenie studentów PPUZ.

	Pozytywnie		Trochę pozytywnie, trochę negatywnie		Negatywnie		Razem
	n	%	n	%	n	%	N
Pielęgniarstwo	6	17	24	69	5	14	35
Dietetyka	3	27	6	55	2	18	11
Kosmetologia	2	11	14	78	2	11	18
Ratownictwo medyczne	1	10	3	30	6	60	10
Fizjoterapia	0	0	4	40	6	60	10
Razem	12		51		21		84
		Chi-kwadr.		df	p		
Chi ² Pearsona		19,732		df=8	p=,01140		

Okres pandemii był zaskoczeniem nie tylko dla studentów, ale także dla nauczycieli, dlatego podjęto próbę zbadania pracy nauczycieli akademickich w formie on line w opinii studentów. Tylko 5 osób (6%) deklarowała, że nauczyciele nie sprościli wymaganiom technicznym. Przeciwnego zdania jest aż 39 osób (46%), natomiast 41 osób (48 %) badanych oceniała, że tylko części nauczycieli udało się sprościli wymaganiom technicznym. W badaniu sprawdzano też jak w opinii studentów pandemia COVID - 19 wpłynęła na ilość i jakość przekazywanych wiadomości. Opinie były zróżnicowane, lecz większość 47 osób (55 %) uznała, że był to wpływ niekorzystny, a pozostali 38 ankietowanych (45%) uznało, iż pandemia w sposób korzystny wpłynęła na jakość i ilość przekazywanych wiadomości przez nauczycieli. Statystycznie znacznie więcej ($p < 0,001$) było osób wśród badanych uważających, że nauczyciele sprościli wymaganiom technicznym podczas zajęć online, którzy uważali, że pandemia korzystnie wpłynęła na ilość i jakość przekazywanych wiadomości, w porównaniu do pozostałych badanych [tab.2].

Tabela 2. Wpływ pandemii COVID-19 na ilość i jakość przekazywanej wiedzy w zależności od technicznych kompetencji nauczyciela w opinii respondentów

Nauczyciele – czy sprościli wymaganiom technicznym				
Korzystny wpływ pandemii COVID – 19 na ilość i jakość przekazywanej wiedzy	n	n	n	Razem
	Tak	Nie	Tylko część	
Tak	24	2	11	37
% kolumny	64,86%	40,00%	26,83%	
Nie	13	3	30	46
% kolumny	35,14%	60,00%	73,17%	
Razem	37	5	41	83
		Chi-kwadr.	df	p
Chi ² Pearsona		11,434	df=2	P = 0,00329

W opinii 46 respondentów (54 %) pandemia Covid-19 wpłynęła korzystnie zarówno na organizację procesu nauczania przez uczelnie, jak i możliwość konsultacji z nauczycielami prowadzonymi zajęciami. Pozytywnie według 64 osób (75%) oceniono także rozwój i wprowadzenie nowych technologii w procesie nauczania, niemniej jednak 41 ankietowanych (48%) oceniało, iż pandemia niekorzystnie wpłynęła na ich zdolności przyswajanie wiedzy i niezbędnych umiejętności. Dodatkowo stwierdzono istotną statystycznie różnicę ($p = 0,01$) pomiędzy wzrostem przyswojenia niezbędnej wiedzy i umiejętności, a sprostaniem nauczycieli wymaganiom technicznym podczas zajęć online. Więcej było osób wśród badanych uważających, że nauczyciele sprostali wymaganiom technicznym podczas zajęć online, którzy uważali, że pandemia korzystnie wpłynęła na przyswojenie niezbędnej wiedzy i umiejętności [tab.3].

Tabela 3. Wzrost przyswojenia niezbędnej wiedzy i umiejętności w zależności od technicznych kompetencji nauczyciela w opinii respondentów

Sprostanie przez nauczycieli wymaganiom technicznym				
Wzrost przyswojenia niezbędnej wiedzy i umiejętności	n	n	n	Razem
	Tak	Nie	Tylko część	
Tak	26	2	15	43
% z kolumny	70,27%	40,00%	36,59%	
Nie	11	3	26	40
% z kolumny	29,73%	60,00%	63,41%	
Razem w kol.	37	5	41	83
	Chi-kwadr.	df	p = 0,01	
Chi ² Pearsona	9,136	df=2	p = 0,01038	

Podczas studiów w dobie pandemii COVID-19 studenci napotykali wiele trudności związanych z kształceniem on line. W badanej grupie 13 osób (15 %) odpowiedziało, że nie miało odpowiednich warunków do nauczania zdalnego, nie miały zapewnionej ciszy i spokoju, 23 osoby (27 %) odczuwały problemy i brak wsparcia technicznego, natomiast 41 osób (49%) odczuwało problemy związane z szybkością i dostępnością Internetu. W badanej grupie nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy pomiędzy wzrostem przyswojenia niezbędnej wiedzy i umiejętności, a problemami związanymi z szybkością i dostępnością do Internetu, czy też posiadaniem odpowiednich warunków do nauki. Stwierdzono istotną statystycznie różnicę ($p < 0,001$) pomiędzy wzrostem przyswojenia niezbędnej wiedzy i umiejętności, a odczuwaniem problemów i brakiem wsparcia technicznego w trakcie nauczania zdalnego. Statystycznie znamiennej więcej było osób wśród badanych odczuwających w trakcie nauczania zdalnego problemy i brak wsparcia technicznego, które uważały, że pandemia nie wpłynęła korzystnie na przyswojenie niezbędnej wiedzy i umiejętności [tab.4].

Tabela 4. Wzrost przyswojenia niezbędnej wiedzy i umiejętności w zależności od odczuwanego wsparcia technicznego w trakcie nauczania zdalnego w opinii respondentów

Wzrost przyswojenia niezbędnej wiedzy i umiejętności			
Brak wsparcia technicznego w trakcie nauczania zdalnego	Tak	Nie	Razem
Tak	6	36	42
% z kolumny	26,09%	61,02%	
Nie	17	23	40
% z kolumny	73,91%	38,98%	
Razem w kol.	23	59	82
	Chi-kwadr.	df	p
Chi ² Pearsona	8,081	df=1	p=0,00447

W badanej grupie aż 60 (71%) oceniało siebie jako osobę dobrze zorganizowaną, tylko 3 osoby (4%) oceniły siebie jako osoby źle zorganizowane, pozostałym ankietowanym 21 (25%) trudno było się ocenić. Jednocześnie aż 72 osoby (85%) uznały, że pandemia COVID-19 korzystnie wpłynęła na ich własną organizację czasu wolnego. Opinia ta okazała się być niezależna od bycia osobą zorganizowaną ($p = 0,56$ n.s.), od statusu mieszkaniowego ($p = 0,89$ n.s.), czy od tego czy student dojeżdża na studia, czy też nie ($p = 0,51$ n.s.). Swój wolny czas respondenci najczęściej poświęcali dla rodziny i znajomych – tak deklarowało 67(78%) osób. Znaczna ilość ankietowanych odpowiadała, że swój czas wolny pożytkowali na naukę 66 (77%), własne hobby/pasję 64 (75%) czy też na sen 61 (72%).

W badaniu zwrócono uwagę także na interakcje między ludzkie. Aż 60 osób (70,6%) uważa się za osoby towarzyskie, a wręcz przeciwnie tylko 12 ankietowanych (14%). W opinii badanych pandemia COVID-19 wpłynęła pozytywnie na pracę grupową, jej wydolność i komfort współpracy – tak deklarowało 33 osób (39%), a według 25 (29%) osób pandemia korzystnie wpłynęła na kontakty z innymi studentami i interakcje studentów w grupie.

Na pytanie jak pandemia COVID – 19 wpłynęła na poziom motywacji do zdobycia zawodu zaledwie 37 osób (44%) przyznało, że pandemia wpłynęła korzystnie na taki wzrost. Stwierdzono istotną statystycznie różnicę ($p < 0,0001$) pomiędzy wzrostem motywacji do zdobycia zawodu, a pozytywnym wpływem na ilość i jakość przekazywanych wiadomości. Statystycznie znamiennej więcej było osób wśród badanych uważających, że pandemia wpłynęła korzystnie na ilość i jakość przekazywanych wiadomości, które uważały, że pandemia wpłynęła korzystnie na wzrost motywacji do zdobycia zawodu, w porównaniu do pozostałych badanych [tab.5].

Tabela 5. Motywacja do zdobycia zawodu w zależności od wpływu na ilość i jakość przekazywanych wiadomości w opinii respondentów

Wzrost motywacji do zdobycia zawodu			
Pozytywny wpływ na ilość i jakość przekazywanych wiadomości	Tak	Nie	Razem
Tak	26	9	35
% z kolumny	70,27%	19,57%	
Nie	11	37	48
% z kolumny	29,73%	80,43%	
Razem w kol.	37	46	83
	Chi-kwadr.	df	p
Chi ² Pearsona	21,619	df=1	p<0,0001

W badanej grupie 30 osób (35%) przyznało, że nowa sytuacja wpłynęła korzystnie na możliwość wyćwiczenia niezbędnych umiejętności manualnych, a 23 osoby (27%) uznały, że korzystnie wpłynęła na szybsze wdrożenie do pracy z pacjentami. Stwierdzono istotną statystycznie różnicę ($p < 0,05$) pomiędzy korzystnym rozwojem i wprowadzeniem nowych technologii do procesu nauczania, a szybszym wdrożeniem do warunków pracy z pacjentami [tab.6].

Tabela 6. Wdrożenie do warunków pracy z pacjentami w zależności od rozwoju i wprowadzenia nowych technologii do procesu nauczania w opinii respondentów

Korzystny rozwój i wprowadzenia nowych technologii do procesu nauczania			
Szybsze wdrożenie do warunków pracy z pacjentami	Tak	Nie	Razem
Tak	19	45	64
% z kolumny	95,00%	73,77%	
Nie	1	16	17
% z kolumny	5,00%	26,23%	
Razem w kol.	20	61	81
	Chi-kwadr.	df	p
Chi ² Pearsona	4,094	df=1	p=0,04

W grupie badanych studentów znacznie więcej 61 osób (72%) uważa, że czas pandemii COVID - 19 korzystnie wpłynął na ich umiejętności poszukiwania wiarygodnych źródeł informacji, a 69 osób (81%) deklarowało korzystny wpływ na umiejętności pracy zdalnej/korzystanie z komputera/tworzenie prezentacji itp. Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy ($p = 0,07$ n.s.) pomiędzy wzrostem umiejętności pracy zdalnej i korzystaniem z komputera, a odczuwaniem problemów i brakiem wsparcia technicznego w trakcie nauczania zdalnego. Spora ilość studentów uznała też, że pandemia wpłynęła korzystnie na samoświadomość wpływu na ich własny poziom nauczania i przygotowania do pracy w zawodzie 53 osoby (62%) i ich satysfakcję z samokształcenia 45 osób (53%).

Dyskusja. Na obecną chwilę tj. pierwszy kwartał 2023 roku pandemia COVID – 19 nadal trwa. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia obowiązek noszenia maseczek ochronnych w placówkach służby zdrowia jest utrzymany do dnia 30 czerwca 2023, a z dniem 1 lipca 2023 roku zaplanowane jest odwołanie stanu zagrożenia epidemiologicznego [6]. Mimo utrzymania stanu podwyższonego zagrożenia epidemiologicznego rozprzestrzeniania się wirusa SARS – CoV - 2 media już nie bombardują nas zastraszającymi statystykami związanymi z COVID – 19. Życie społeczne, aktywności towarzyskie i edukacja wróciła na tzw. „stare tory”. Nie mniej jednak czas pandemii COVID – 19 wycisnął na każdej ze sfer naszego życia ślad i obecnie już nic nie jest takie jak było przed rozwojem pandemii COVID – 19.

Z danych opublikowanych przez UNESCO w kwietniu 2020 roku, aż w 191 krajach, w których mieszka ponad 90% wszystkich uczniów na świecie zostały zamknięte wszystkie szkoły. W wielu rejonach edukacja została zawieszona bądź wstrzymana [7].

Okres pandemiczny to przeogromne wyzwanie dla całego środowiska edukacyjnego, które właściwie z dnia na dzień, bez wcześniejszego przygotowania miało dostosować się do całkowicie nowych warunków pracy i kształcenia w formie on line. Było to możliwe dzięki nowoczesnym technologiom, które umożliwiły wdrożenie nauki zdalnej na dużą skalę. Można by rzec, że pandemia COVID – 19 stała się początkiem eksperymentu na wielką skalę z nauczaniem zdalnym, przeprowadzonym w odniesieniu do praktycznie wszystkich grup osób uczących się, niezależnie od wieku czy też dyscypliny naukowej [8].

Do nadrzędnych celów uczelni wyższych jest zapewnienie jakości kształcenia na wysokim poziomie niezależnie od zastosowanych form i metod kształcenia. W okresie panującej pandemii COVID – 19 cel ten był równie ważnym jak zapewnienie bezpieczeństwa zarówno wykładowcom jak i studentom. Realizacja tych obu równie ważnych założeń była możliwa dzięki umiejętnej organizacji zajęć, poprzez przeniesienie edukacji w świat wirtualny za pomocą internetu i prowadzenia zajęć na różnego rodzaju platformach edukacyjnych takich jak m.in. Google class room, Google meet, Teams, Zoom, itp. Było to jednym z trudniejszych wyzwań z jakim musieli się zmierzyć zarówno wykładowcy jak i studenci. W opinii Halla wiele instytucji edukacyjnych szybko przystosowało się do zmienionych przez pandemię COVID – 19 warunków i przeszło na pracę za pośrednictwem Internetu. Według tego autora ta zmiana może stać się przyczyną większej konkurencyjności i rentowności instytucji edukacyjnych w XXI wieku dzięki efektowi globalizacji [9]. Jak pokazują statystyki wykorzystania platform do wideokonferencji Zoom, Google Meet czy Microsoft Teams zarówno w Polsce, jak i na świecie w okresie trwania pandemii COVID – 19 odnotowały one bezprecedensowy skok liczby pobrań

[11]. W badaniach własnych w opinii 46 studentów (54%) pandemia COVID-19 wpłynęła korzystnie zarówno na organizację procesu nauczania przez uczelnie, jak i możliwość konsultacji z nauczycielami prowadzonymi zajęcia.

Kształcenie zdalne, z wykorzystaniem różnego rodzaju platform edukacyjnych nie jest zjawiskiem zupełnie nowym w szczególności w szkołach wyższych [12]. W Polsce już od ponad dekady ten rodzaj kształcenia był wykorzystywany, jednakże w procesie kształcenia na uczelniach wyższych był on dotychczas stosowany w ograniczonym zakresie [13 -15].

W początkowej fazie pandemii COVID – 19 nauczanie zdalne wymagało od wykładowców rozszerzenia właściwie w trybie pilnym własnych kompetencji w zakresie cyfrowych sposobów komunikacji. Umiejętności nauczyciela związane z tym jak uczyć od dawna stanowią przedmiot badań i jak podaje Stronge jest określane jako fundamentalny czynnik, element niezbędny w celu uzyskania wysokiej jakości kształcenia [16]. Ta wymuszona sytuacja pandemii pozwoliła nauczycielom i wykładowcom na uaktywnienie i zwiększenie możliwości wykorzystania w praktyce dotychczas stosowanych w mniejszym zakresie kompetencji dydaktyczno – informatycznych. Jak podkreśla Zahorska nauczyciele dzięki zdalnej edukacji mogli w sposób niezwykle kreatywny wykorzystywać nowe narzędzia w celu podniesienia jakości przygotowywanych zajęć, jak i materiałów oraz ich form przekazu [17]. Badacze Brammer i Clark podkreślają, że w trakcie pandemii najbardziej wrażliwymi interesariuszami byli studenci, którzy stracili możliwość wyjazdu za granicę i powodu licznych obostrzeń i trwającego kryzysu. Ci sami autorzy zwracają uwagę, iż kadra naukowo – dydaktyczna znalazła się w tym czasie pod dużą presją [10].

Proces adaptacji do prowadzenia kształcenia zdalnego, a w szczególności jego początki nie przebiegały łatwo, ale umiejętności używania tych platform do prowadzenia zajęć dydaktycznych nie da się odczytać – i obecnie stanowią ogromną wartość dodaną dla nauczycieli, a także dla podniesienia poziomu jakości kształcenia [8]. Poziom sprawności czy też umiejętność radzenia sobie z problemami występującymi w trakcie procesu nauczania zdalnego jest bez wątpienia ściśle powiązany z umiejętnościami, które nauczyciele akademicki mogli ukształtować w wyniku wcześniejszych własnych doświadczeń [18]. W związku z powyższym część nauczycieli akademickich bardzo szybko zaadoptowała się do zaistniałych warunków kształcenia, a także część uczelni już wcześniej dysponowała platformami e- learningowymi czy też oprogramowaniami do komunikacji synchronicznej [19]. Badania własne są spójne z wynikami prezentowanymi w literaturze. Pozytywnie według 64 osób (75%) oceniono także rozwój i wprowadzenie nowych technologii w procesie nauczania. Niemniej jednak w badanej grupie 5 osób (6%) deklarowała, że nauczyciele nie sprościli wymaganiom

technicznym. Przeciwnego zdania jest aż 39 osób (46%), natomiast 41 osób (48 %) badanych oceniała, że tylko części nauczycieli udało się sprostać wymaganiom technicznym.

Podczas studiów w dobie pandemii COVID-19 studenci napotykali wiele trudności związanych z kształceniem on line. W badanej grupie 13 osób (15 %) odpowiedziało, że nie miało odpowiednich warunków do nauczania zdalnego, nie miały zapewnionej ciszy i spokoju, 23 osoby (27 %) odczuwały problemy i brak wsparcia technicznego, natomiast 41 osób (49%) odczuwało problemy związane z szybkością i dostępnością Internetu. W badanej grupie nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy pomiędzy wzrostem przyswojenia niezbędnej wiedzy i umiejętności, a problemami związanymi z szybkością i dostępnością do Internetu, czy też posiadaniem odpowiednich warunków do nauki. Stwierdzono istotną statystycznie różnicę ($p < 0,001$) pomiędzy wzrostem przyswojenia niezbędnej wiedzy i umiejętności, a odczuwaniem problemów i brakiem wsparcia technicznego w trakcie nauczania zdalnego. Statystycznie znamienne więcej było osób wśród badanych odczuwających w trakcie nauczania zdalnego problemy i brak wsparcia technicznego, które uważały, że pandemia nie wpłynęła korzystnie na przyswojenie niezbędnej wiedzy i umiejętności. Według danych prezentowanych przez Olenę Bida z ankiety przeprowadzonej przez Państwową Służbę Jakości Edukacji Ukrainy wynika, że według aż 62% dyrektorów oraz większość nauczycieli i uczniów nie posiadała w domu niezbędnego sprzętu, a prawie połowa 47% badanych deklaroowało, iż posiadają połączenie z Internetem o niskiej prędkości. Wyniki tych badań wykazały, iż większość nauczycieli dzieliła komputer z innymi członkami rodziny, a 6% nauczycieli nie miało dostępu do szybkiego Internetu. Na niską jakość łącza internetowego wskazało też 22% ankietowanych rodziców. Problemami związanymi z dostępnością do nowych technologii i ich wpływu na jakość kształcenia oraz realizację efektów kształcenia zajmują się badacze z różnych krajów. Wyniki analiz badaczy m.in. z Belgii [20], Holandii [21], Szwajcarii [22] czy też Wielkiej Brytanii [23] wskazują na zarówno pogorszenie efektów uczenia się, jak i na wzrost nierówności edukacyjnych. Wnioski z ich badań są spójne i wykazują, iż dzieci z rodzin o lepszym statusie społeczno – ekonomicznym i związanym z tym lepszymi zasobami technologicznymi otrzymywały od rodziców większe wsparcie w zakresie nauki szkolnej w okresie kształcenia przez Internet [24]. Wyniki innych badaczy dowiodły, iż uczniowie z uboższych rodzin częściej mają mniejszy dostęp do cyfrowych zasobów edukacyjnych, takich jak osobisty komputer lub laptop, szybki Internet oraz wygodne warunki do nauki, w tym własny pokój lub biurko, prywatność i rodzicielska pomoc. Z ich badań wynika, że w połowie z 21 badanych krajów uczniowie o niskim statusie społeczno-ekonomicznym mają dwukrotnie mniejsze szanse na dostęp do Internetu niż ich bardziej uprzywilejowani rówieśnicy [7].

Mimo licznych trudności kształcenie zdalne w okresie pandemii COVID – 19 stał się faktem. Zdaniem Koludo sukces w kształceniu na odległość zależy jest od trzech równie ważnych składowych: możliwości technicznych (w tym dostępność do sprzętu, dobra jakość Internetu oraz oprogramowanie zarządzające zdalną edukacją), zasoby edukacyjne oraz umiejętności kadry pedagogicznej [25]. Schleicher podkreśla, iż proces edukacji zdalnej w okresie trwającej pandemii COVID – 19 wzmocnił kompetencje cyfrowe pedagogów i z upływem czasu oni sami zaczęli dostrzega korzyści z tej formy realizacji kształcenia [26].

W badaniach własnych, w opinii studentów jak pandemia COVID - 19 wpłynęła na ilość i jakość przekazywanych wiadomości odpowiedzi były zróżnicowane, lecz większość 47 osób (55 %) uznała, że był to wpływ niekorzystny, a pozostali 38 ankietowanych (45%) uznało, iż pandemia w sposób korzystny wpłynęła na jakość i ilość przekazywanych wiadomości przez nauczycieli. Aż 41 ankietowanych (48%) oceniało, iż pandemia niekorzystnie wpłynęła na ich zdolności przyswajanie wiedzy i niezbędnych umiejętności. Niemniej jednak wśród badanych osób uważających, że nauczyciele sprościli wymaganiom technicznym podczas zajęć online statystycznie znamienne więcej ($p < 0,001$) było osób którzy uważali, że pandemia korzystnie wpłynęła na ilość i jakość przekazywanych wiadomości, w porównaniu do pozostałych badanych.

Wymuszona modyfikacja kształcenia na kształcenie zdalne podczas pandemii może mieć długotrwały wpływ na wyniki edukacyjne, zwłaszcza wśród wrażliwych warstw ludności. Naukowcy z Oxford Centre for Demographic Sciences w Leverhulm opublikowali wyniki uczenia się uczniów w Holandii podczas pierwszego ośmioletniego zamknięcia szkół w 2020 r. i stwierdzili, że jego efektem jest poważne pogorszenie się efektów uczenia się uczniów szkół podstawowych [27]. Warto podkreślić jest fakt, iż holenderscy uczniowie mieli jedne z najlepszych na świecie możliwości wirtualnej nauki, a mimo to stracili średnio 20% oczekiwanych postępów z powodu zamknięcia szkół [7].

Nauczanie zdalne to nie tylko aspekty techniczne. W badanej grupie zwrócono uwagę także na interakcje między ludzkie. Aż 60 osób (70,6%) uważa się za osoby towarzyskie, a wręcz przeciwnie tylko 12 ankietowanych (14%). W opinii badanych pandemia COVID-19 wpłynęła pozytywnie na pracę grupową, jej wydolność i komfort współpracy – tak deklarowało 33 osób (39%), a według 25 (29%) osób pandemia korzystnie wpłynęła na kontakty z innymi studentami i interakcje studentów w grupie. Uzyskane wyniki obrazują, iż zdecydowana większość 60 (71%) osób w badanej grupie uznała niekorzystny wpływ pandemii COVID – 19 na kontakty interpersonalne. W literaturze odnajdujemy wyniki badań, które potwierdzają, iż zarówno studenci jak i wykładowcy zgodnie podkreślają, że edukacja również ta na poziomie studiów

wyższych to znacznie więcej niż tylko przekazywanie informacji, wiedzy, lecz to także bezcenne tworzenie relacji międzyludzkich, tworzenie sieci interpersonalnych, zaufania a także prawdziwych przyjaźni. Cytując Kim i wsp. „edukacja online może poskutkować utratą kontaktów międzyludzkich, brakiem interakcji twarzą w twarz i fizycznym dystansem wynikającym z tych czynników” [28].

Wiele zajęć, w szczególności takich jak laboratoria czy warsztaty, gdzie wykorzystuje się specjalistyczne urządzenia, przekazywanie studentom wiedzy i umiejętności przy pomocy zdalnych form nauczania jest bardzo trudne, jeśli wręcz nie niemożliwe [7]. Studenci kierunków medycznych oraz studenci nauk o zdrowiu doświadczyli jak nieocenioną stratą było dla nich niemożność uczestniczenia w zajęciach w bezpośrednim kontakcie z osobami chorymi, pacjentami, którymi mogliby potencjalnie się opiekować. Koniecznością stało się zmodyfikowanie sposobów nauczania do nowych warunków. Zmiany te były wyzwaniem szczególnie trudnym w przypadku nauki przedmiotów specjalistycznych oraz praktycznych. Pojawiła się także potrzeba przygotowania nowych materiałów dydaktycznych dostosowanych do koncepcji nauczania online. Nauczanie praktyczne jest nie do zastąpienia, żadna z form kształcenia na odległość nie jest w stanie zastąpić zajęć praktycznych, a w szczególności na kierunkach medycznych i nauk o zdrowiu [5]. Na pytanie jak oceniają wpływ pandemii COVID – 19 na ich edukację i przygotowanie do zawodu zdecydowana większość ankietowanych 52 (61%) nie potrafiła sprecyzować oceny i wybierali odpowiedź trochę pozytywnie i trochę negatywnie. Pozostałe 21 osób (25%) odpowiadało, że okres ten wpłynął tylko negatywnie na ich edukację i przygotowanie do zawodu. W badanej grupie nie stwierdzono istotnej różnicy pomiędzy ogólną oceną wpływu pandemii na jakość własnej edukacji i przygotowania do zawodu, a wiekiem czy też płcią badanych. Istotną statystycznie różnicę stwierdzono ($p = 0,01$) pomiędzy ogólną oceną wpływu okresu pandemii na jakość własnej edukacji do zawodu, a kierunkiem studiów. Statystycznie znamiennej więcej było osób wśród badanych studiujących na kierunku ratownictwo lub fizjoterapii uważających, że pandemia negatywnie wpłynęła na jakość własnej edukacji i ich przygotowania do zawodu, w porównaniu do pozostałych badanych.

Konieczność korzystania z narzędzi cyfrowych, nauka zdalna ma również pozytywne aspekty. Zaliczyć do nich możemy istotny rozwój nowych kompetencji zarówno wykładowców jak i studentów, a także oszczędność czasu jaki poświęcano na dojazd na uczelnię [8]. Powyższe wnioski są spójne z wynikami badań własnych, w badanej grupie 72 osoby (85%) uznały, że pandemia Covid-19 korzystnie wpłynęła na ich własną organizację czasu wolnego. Swoje wolny czas respondenci najczęściej poświęcali dla rodziny i znajomych – tak deklarowało 67(78%)

osób. Znaczna ilość ankietowanych odpowiadała, że swój czas wolny pożytkowali na naukę 66 (77%), własne hobby/pasję 64 (75%) czy też na sen 61 (72%). W grupie badanych studentów znacznie więcej 61 osób (72%) uważa, że czas pandemii COVID - 19 korzystnie wpłynął na ich umiejętności poszukiwania wiarygodnych źródeł informacji, a 69 osób (81%) deklaruowało korzystny wpływ na umiejętności pracy zdalnej/korzystanie z komputera/tworzenie prezentacji itp. Spora ilość studentów uznała też, że pandemia wpłynęła korzystnie na samoświadomość wpływu na ich własny poziom nauczania i przygotowania do pracy w zawodzie 53 osoby (62%) i ich satysfakcję z samokształcenia 45 osób (53%).

Edukacja zdalna pozwala na dopasowanie technik nauczania do potrzeb studentów, jest ona również stymulująca i rozwijająca dla wykładowców, pozwala na doskonalenie własnego warsztatu dydaktycznego, a także potęgowanie wiedzy i własnych umiejętności. Okres pandemii COVID – 19 spowodował, iż obecnie techniki kształcenia na odległość stają się integralną częścią procesu dydaktycznego. Nie ulega wątpliwości, iż mechanizm kształcenia zdalnego powinien być projektowany od podstaw i na bieżąco ewaluowany. Ewolucyjne zmiany w procesie kształcenia już się dokonują - the future is now. Pandemia COVID – 19 obnażyła również liczne niedostatki i stała się przyczyną pogłębienia nierówności edukacyjnych. Proces nauczania i kształcenia jest jednym z najważniejszych społecznych działań człowieka [4]. Międzynarodowa organizacja UNESCO podkreśla jak ważna jest jakość kształcenia oraz dostępność do edukacji dzieci na całym świecie. W Białej Księdze UNESCO Save Our Future: Averting an Education Catastrophe for the World's Children („Ocalmy naszą przyszłość: Uniknijmy katastrofie edukacyjnej dzieci na świecie”) [29].

Pandemia COVID – 19 bez wątpienia niewątpliwie zmieniła oblicze współczesnej edukacji. Pokazała również, że coś co jeszcze niedawno było praktycznie niemożliwe stało się możliwe. Mimo, iż w literaturze odnajdujemy liczne dowody na negatywny wpływ pandemii COVID – 19 na edukację spróbujmy dostrzec pozytywy i na ich podstawie zbudować pomost do nowoczesnej, elastycznej i powszechnie dostępnej edukacji.

Wnioski.

1. W czasie pandemii COVID -19 studenci doświadczyli problemów i braku wsparcia technicznego, co wpłynęło negatywnie na przyswajanie wiedzy i zdobywanie niezbędnych umiejętności.
2. Wprowadzenie nowych technologii do procesu nauczania nie przyczyniło się do szybszego wdrożenia studentów do pracy z pacjentami oraz nie wpłynęło korzystnie na wzrost motywacji do zdobycia zawodu.

3. Techniki kształcenia na odległość stają się integralną częścią procesu dydaktycznego, warto z nich korzystać, by ubogacić proces dydaktyczny, jednocześnie pamiętając, by tak zaprojektować kształcenie zdalne, by pomagało zmniejszać nierówności edukacyjne.

Piśmiennictwo

1. Martofel A. Analiza rządowych i międzynarodowych działań wobec pandemii SARS – Cov – 2. Vol 15 nr 2, 2020;48-53. urpl.gov.pl
2. Galbadage T, Peterson BM, Gunasekera RS. Does Covid – 19 Spread Through droplets Alone? *Frontiers in Public Health* 2020;8:163.
3. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (Covid – 19), Situation Raport 82, 2020.
4. Bartol K. (2020). Nihil novi sub sole? Stare pytania. Jakie odpowiedzi? W: Nauczanie po pandemii. Nowe pytania czy nowe odpowiedzi na stare pytania? Warszawa 2020, Instytut Problemów Współczesnej Cywilizacji im. Marka Dietricha.
5. Krawczyk M. Nauczanie medycyny po pandemii. <https://rgnisw.nauka.gov.pl/wp-content/uploads/2021/09/Nauczanie-po-pandemii-2020.pdf>
6. Dz.U.poz 821 z dnia 27 kwietnia 2023
7. Bida O, Kuczaj O, Czyczuk A. Wpływ pandemii Covid – 19 na rozwój edukacji. DOI:10.17951/j.2022.35.1.33-43
8. Czapniewska G. Zmiany w jakości kształcenia akademickiego w dobie pandemii COVID-19. *Kultura i Edukacja* 2021 nr 3 (133), s. 50–63 DOI: 10.15804/kie.2021.03.03
9. Hall OP. COVID-19 and the Future of Management Education. *The Graziadio Business Review (GBR)*2020, 23(1), 1–6.
10. Jemielniak, D. Zdalne nauczanie – blended, nie single Malt. W: Nauczanie po pandemii. Nowe pytania czy nowe odpowiedzi na stare pytania? Warszawa 2020: Instytut Problemów Współczesnej Cywilizacji im. Marka Dietricha.
11. Brammer S, Clark T. (2020). COVID-19 and Management Education: Reflections on Challenges, Opportunities, and Potential Futures. *British Journal of Management* 2020: 31(3), 453–456. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-8551.12425>
12. Gurba K, Rimaneli M. (2018). Quality Measures, Human Factor and Failures of e Learning, *Labor et Educatio* 2018:6:37–59.
13. Kozłowska, J. (2017). Elearning jako forma doskonalenia studentów uczelni wyższych. *Rynek – Społeczeństwo – Kultura* 2017: 1(22):41–48.
14. Mokka Tarnowska I. Elearning i blended learning w nauczaniu akademickim. Zagadnienia metodyczne. Gdańsk 2017: Politechnika Gdańska.
15. Maleńczyk I, Gładysz B. (2019). Academic Elearning in Poland Results of a Diagnostic Survey. *International Journal of Research in Elearning IJREL*. 2019:5 (1):35–59.
17. Stronge JH. Effective teachers = student achievement: What the research says. New York: 2010 Routledge.

18. Zahorska M. Sukces czy porażka zdalnego nauczania? Warszawa 2020: Fundacja im. Stefana Batorego. Pobrane z: https://www.batory.org.pl/wpcontent/uploads/2020/09/Sukcesczy_porazkazdalnego-nauczania.pdf.
19. Bożykowski M, Izdebski A, Jasiński M, Konieczna Sałamatın J. Nauczanie w dobie pandemii i perspektywa powrotu do normalności. Raport. Warszawa 2012: Pracownia Ewaluacji Jakości Kształcenia Uniwersytetu Warszawskiego.
20. Piwowarska E. Nauczanie po pandemii: szansa na wprowadzenie ważnych zmian w dydaktyce akademickiej. W: Nauczanie po pandemii. Nowe pytania czy nowe odpowiedzi na stare pytania? Warszawa 2020: Instytut Problemów Współczesnej Cywilizacji im. Marka Dietricha.
21. Maldonado J, De Witte K. The effect of school closures on standardised student test. *British Educational Research Journal* 2020. DOI: <https://doi.org/10.1002/berj.3754>
22. Engzell P, Frey A, Verhagen MD. Learning Loss Due to School Closures During the COVID-19 Pandemic. 2020 DOI: <https://doi.org/10.31235/osf.io/ve4z7>
23. Tomasik MJ, Helbling LA, Moser U. (2020). Educational gains of in-person vs. distance learning in primary and secondary schools: A natural experiment during the COVID-19 pandemic school closures in Switzerland. *International Journal of Psychology* 2020;56(4):566–576. DOI: <https://doi.org/10.1002/ijop.12728>
24. Christodoulou D. Baseline Secondary Writing: Have Year 7 Pupils Gone Backwards? 2020. <https://blog.nomoremarking.com/baseline-secondary-writing-have-year-7-pupils-gone-backwards-5497ac10b894>
25. Bol T. Inequality in homeschooling during the Corona crisis in the Netherlands. First results from the LISS Panel. Working Paper 2020. DOI: <https://doi.org/10.31235/osf.io/hf32q>
26. Koludo, A. Strategie kształcenia na odległość. W: J. Pyżalski (red.), Edukacja w czasach pandemii wirusa COVID19. Z dystansem o tym, co robimy obecnie jako nauczyciele. Warszawa: EduAkcja. 2020:43–50.
27. Schleicher A. The impact of COVID19 on education – Insights from “Education at a Glance 2020”. Warszawa 2020: OECD Publishing. <https://www.oecd.org/education/theimpactofcovid19oneducation-insightseducationataglance2020.pdf>.
28. University of Oxford. Children learned ‘little or nothing’ during school closures, despite online learning: Study 2021. <https://phys.org/news/2021-04-children-school-closures-online.html>
29. Kim J. Developing an Instrument to Measure Social Presence in Distance Higher Education. *British Journal of Educational Technology* 2021;42 (5):763–777.
30. Madalińska Michalak J. Nauczanie zdalne i edukacja nauczyciela – wyzwania. W: N. G. Pikuła, K. Jagielska, J. M. Łukasik (red.), Wyzwania dla edukacji w sytuacji pandemii COVID19. Kraków: Wydawnictwo Scriptum 2020: 13-29

OPIEKA PIELEŃNIARSKA NAD PACJENTEM Z ZAKAŻENIEM COVID-19 WYMAGAJĄCYM WYSOKOPRZEPLYWOWEJ TLENOTERAPII DONOSOWEJ – STUDIUM PRZYPADKU

MAGDALENA KARPIŃSKA

Wstęp. COVID-19 jest chorobą zakaźną układu oddechowego wywołaną przez wirusa SARS-CoV-2 i stanowi poważny problem zdrowotny na całym świecie. Po raz pierwszy został rozpoznany w listopadzie 2019 roku w środkowych Chinach, w miejscowości Wuhan, początkując pandemię tej choroby. W Polsce pierwszy przypadek stwierdzono w marcu 2020 roku w Zielonej Górze u 66-letniego mężczyzny, który przyjechał do kraju z Niemiec [1]. Najbardziej charakterystycznymi objawami choroby są zaburzenia odczuwania smaku i węchu, gorączka, biegunka, kaszel i płytki oddech oraz ciężkie w przebiegu wirusowe zapalenia płuc. Mogą wystąpić również bóle głowy, dreszcze, bóle w klatce piersiowej, napadowy kaszel z odkrztuszaniem płwociny i drapanie w gardle. Na agresywny przebieg choroby narażone są osoby w podeszłym wieku, z chorobami przewlekłymi oraz z osłabioną odpornością. Przebieg kliniczny wirusa COVID-19 jest bardzo zróżnicowany - od zakażenia bezobjawowego do postaci pełnoobjawowej prowadzącej do ostrej niewydolności oddechowej (ARDS- *acute respiratory distress syndrome*) [2].

Ostra niewydolność oddechowa to stan, w którym dochodzi do zaburzeń wymiany gazowej w płucach. Układ oddechowy nie jest w stanie zapewnić odpowiedniej wymiany gazowej dla metabolicznych potrzeb organizmu. Dochodzi do zakłóconej wentylacji i perfuzji płuc oraz zaburzonej dyfuzji gazów przez błonę pęcherzykowo-włośniczkową. Ostra niewydolność oddechowa pojawia się nagle, stanowiąc poważne zagrożenie dla życia i zdrowia pacjenta, dlatego wymaga bezpośredniej interwencji. W zaostrzeniu ARDS należy rozważyć rozpoczęcie nieinwazyjnej metody podawania tlenu, jaką jest wysokoprzepływowa tlenoterapia donosowa (HFNOT- *high-flow nasal oxygen therapy*), która wielokrotnie pozwala uniknąć zastosowania procedur inwazyjnych - intubacji i respiratoroterapii [3,4].

Wysokoprzepływowa tlenoterapia donosowa to nieinwazyjna metoda podawania tlenu stosowana przy niewydolności oddechowej. Polega na wspomaganiu oddychania poprzez kaniulę donosową, która dostarcza nawilżony i ogrzany tlen w wysokim przepływie, nawet do 60 l/min. Daje bardzo dużo korzyści w porównaniu z innymi metodami klasycznej tlenoterapii z użyciem wąsów tlenowych czy masek z workiem rezerwuarowym. Swoje zastosowanie znalazła na oddziałach „covidowych” oraz intensywnej terapii. HFNOT stosuje się u pacjentów przytomnych, oddychających samodzielnie, z hipoksemiczną niewydolnością oddechową,

z saturacją (SpO₂) <90% i ciśnieniem parcjalnym tlenu (PaO₂) <60 mm Hg, oceniane z gazometrii krwi tętniczej [5]. Terapia HFNOT wymaga systematycznej oceny parametrów oddechowych pacjenta. W przypadku, gdy terapia HFNOT jest nieefektywna, a stan zdrowia pacjenta się pogarsza bądź chory jest nieprzytomny, należy odbyć konsultację anestezjologiczną i rozważyć intubację dotchawiczą. Opóźnienie intubacji zwiększa ryzyko śmiertelności. Dlatego tak ważna jest ciągła opieka nad chorym i wczesne wykrycie objawów pogłębiającej się niewydolności oddechowej [3]. Ciągłe monitorowanie saturacji krwi, cykliczne pobieranie gazometrii krwi tętniczej, ocena świadomości pacjenta, obserwacja oddechu i toru oddychania oraz ocena zabarwienia powłok skórnych pozwala na kontrolę skuteczności leczenia, a co za tym idzie na wczesne określenie wskazań do zastosowania inwazyjnych metod wentylacji mechanicznej. Nieocenioną rolę w tym postępowaniu ma personel pielęgniarski, który czuwa nad bezpieczeństwem pacjenta i nieustannie dokonuje oceny parametrów życiowych chorego [6].

Cel pracy. Przedstawienie specyficznych problemów pielęgnacyjnych pacjenta zakażonego COVID-19 zmagającego się z ostrą niewydolnością oddechową, wymagającego zastosowania wysokoprzepływowego terapii donosowej.

Materiał i metody. Materiał do napisania pracy został pozyskany w styczniu 2022 roku od 65-letniego pacjenta przebywającego na oddziale „covidowym” w jednym z dolnośląskich szpitali. W badaniu zastosowano metodę indywidualnego przypadku z wykorzystaniem technik badawczych w postaci wywiadu, analizy dokumentacji medycznej, obserwacji oraz pomiarów bezpośrednich (waga, wzrost, ciśnienie tętnicze (RR- *Riva-Rocci*), akcja serca (HR- *Heart Rate*), saturacja (SpO₂), temperatura ciała) i pośrednich (BMI (*Body Mass Index*), skala Norton, skala Baxtera, skala VAS (*Visual Analog Scale*), skala NRS (*Nutritional Risk Screening*). Zastosowane narzędzia to odpowiednio: kwestionariusz wywiadu, historia choroby i wyniki badań, karty obserwacji oraz skale i testy.

Studium przypadku. Charakterystyka sytuacji zdrowotnej chorego. 65-letni mężczyzna z otyłością, napadowym migotaniem przedsionków, chorobą niedokrwienną serca, nadciśnieniem tętniczym oraz cukrzycą typu 2 leczoną insuliną został przyjęty na oddział „covidowy” z powodu pogorszenia stanu zdrowia i pozytywnego wyniku badania PCR (*polymerase chain reactio* - reakcja łańcuchowa polimerazy) potwierdzającym zakażenie SARS-CoV-2. Przy przyjęciu na oddział pacjent był przytomny, w kontakcie słownym logicznym, zorientowany w miejscu i czasie. Dolegliwości bólowych nie zgłaszał. Towarzyszyła mu niewielka duszność spoczynkowa, gorączka, napadowy, produktywny kaszel

oraz zaburzenia zmysłów smaku i węchu, był nieorientowany co do swojej przeszłości chorobowej.

Opis stanu zdrowia pacjenta i opieka pielęgniarska. Od dnia przyjęcia pacjent korzystał z tlenoterapii biernej przez kaniule donosowe z przepływem 5 l/min, osiągając saturację w granicy 94%. Wykonano tomografię komputerową wysokiej rozdzielczości klatki piersiowej (HRCT - *High-Resolution Computed Tomography*). Opis badania HRCT: w obu płucach stwierdzono liczne ogniska zagęszczeń śródmiąższowych o obrazie matowej szyby z pogrubieniem przegród między- i śródzrazikowych. Niewielka konsolidacja w segmentach języczka lewego płuca. Obraz zmian zapalnych typowy dla zakażenia śródmiąższowego.

Przeprowadzono wywiad pielęgniarski, oceniono stan przedmiotowy pacjenta i dokonano pomiarów.

Stan przedmiotowy: wiek – 65 lat; wzrost -172 cm; waga ciała -110 kg; BMI: 37,2; tętno - 90ud./min.; RR -150/90 mmHg; SpO₂ - 94%; temperatura ciała - 38,2⁰C.

Wygląd ogólny: stan pacjenta - średniociężki, przytomny, w kontakcie logicznym, łatwo nawiązuje kontakt z otoczeniem.

Stan psychiczny: prawidłowy, z zachowaną orientacją allopsychiczną i autopsychiczną.

Skóra: czysta, wilgotna, bez zmian patologicznych, podwyższona ciepłota ciała, o napięciu prawidłowym, bez wykwitów, bez blizn i rozstępów, świąd skóry nie występuje, w skali Norton 16 pkt.

Układ krążenia: tętno - tachykardia, miarowe, prawidłowo napięte i wypełnione; serce - tony średniogłośne, HR 90ud/min, bez szmerów patologicznych.

Układ oddechowy: oddech - własny, przyspieszony do 30/min., przez usta; płuca - nad płucami obustronne liczne rżenia drobnobańkowe, trzeszczenia przy podstawie płuca lewego; duszność - występuje niewielka spoczynkowa; kaszel - obecny, napadowy z odkrztuszaniem płwociny.

Układ pokarmowy: stan odżywiania - zaburzony, BMI 37,2 otyłość II stopnia; apetyt - obniżony, zaburzenia smaku i węchu; dieta - lekkostrawna z ograniczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów.

Układ narządu ruchu: stawy obwodowe - niebolesne, prawidłowo ruchome, porusza się samodzielnie, bez ograniczeń ruchowych.

Układ moczowy: nerki - objaw Goldflama obustronnie nieobecny, diureza prawidłowa.

W 3. dobie hospitalizacji stan pacjenta się pogorszył, zaostrzyły się objawy chorobowe, stwierdzono ostrą niewydolność oddechową. Pacjent był przytomny, okresowo nielogiczny, pobudzony psychoruchowo. Chory zdejmował maskę z rezerwuarem, był niespokojny, nasiliła

się duszność, tachypnoe, saturacja - 83% (pomimo prowadzonej tlenoterapii), powłoki skórne były blade i złane potem. Powiadomiono lekarza dyżurnego. Udzielono wsparcia psychicznego, zalecono spokojne oddychanie, podłączono pacjenta do monitora i wykonano następujące pomiary: RR - 160/100 mmHG; HR-120 ud/min.; SpO₂ - 83%.

Dalsze postępowanie pielęgniarskie obejmowało: ułożenie pacjenta w pozycji półsiedzącej i kontynuowanie tlenoterapii przez maskę z rezerwuarem. Następnie założono cewnik do pęcherza moczowego i rozpoczęto prowadzenie bilansu płynów. Lekarz założył wkłucie tętnicze i pobrano krew tętniczną na gazometrię.

Wynik gazometrii z krwi tętniczej:

GPH	7,308	[7,35 - 7,45]
GPCO ₂	45,7 H mmHg	[35 - 45]
GPO ₂	55,6 L mmHg	[> 78]
GAHCO ₃	24,6 mEq/l	[21 - 27]
GSHCO ₃	26,3 H mEq/l	[21 - 25]
GTCO ₂	21,0 L mEq/l	[22 - 28]
GBE	1,3 mEq/l	
GO2SAT	85,7 %	[75,0 - 99,0].

Po otrzymaniu wyniku gazometrii lekarz dyżurny podjął decyzję o rozpoczęciu wysokoprzepływowej tlenoterapii donosowej.

Proces pielęgnowania. Proces pielęgnowania pacjenta zakażonego COVID-19 powikłanym ostrą niewydolnością oddechową, u którego zastosowano wysokoprzepływową tlenoterapię został podzielony na trzy etapy:

I etap - problemy pielęgnacyjne zagrażające życiu pacjenta, wynikające z narastającej duszności i rozpoczęcia terapii HFNOT.

II etap - problemy pielęgnacyjne występujące w okresie remisji ARDS, będące następstwem COVID-19 i wynikające z konieczności przedłużenia hospitalizacji.

III etap - problemy pielęgnacyjne dotyczące sfery psychicznej pacjenta, zmiany stylu życia, modyfikacji zaleceń dietetycznych oraz przygotowania pacjenta do samoopieki.

ETAP 1

1. Diagnoza pielęgniarska

Złe samopoczucie pacjenta wywołane ograniczeniem samodzielności w codziennych czynnościach spowodowane narastającą dusznością spoczynkową i szybkim męczeniem się.

Cel opieki

Zmniejszenie duszności i poprawa samopoczucia chorego.

Interwencje pielęgniarские

- Stosowanie pełnego zabezpieczenia w środki ochrony osobistej.
- Eliminacja czynników nasilających duszność (wysiłek fizyczny, stres).
- Zapewnienie pacjentowi stałej troski i dbałości o jego bezpieczeństwo.
- Odwrócenie myśli pacjenta od poczucia strachu, nakłanianie pacjenta do spokojnego oddechu.
- Pomoc pacjentowi w czynnościach higieniczno-pielęgnacyjnych oraz w sytuacjach nasilających duszność (toaleta ciała, golenie, pomoc przy spożywaniu posiłków).
- Stosowanie zestawów do bezwodnego mycia pacjenta i do toalety jamy ustnej.
- Korzystanie z jednorazowego sprzętu podczas toalety (miski, myjki, ręcznika papierowego).
- Stosowanie pościeli jednorazowej, zmiana wg potrzeb.
- Ułożenie pacjenta w odpowiedniej pozycji ciała (wysoka, półwysoka, z opuszczonymi nogami).

Realizacja

Wszystkie zaplanowane interwencje zostały zrealizowane.

Ocena końcowa podjętych działań

W wyniku podjętych działań pacjent poczuł się lepiej, szczególnie, gdy została udzielona mu pomoc w czynnościach pielęgnacyjnych.

2. Diagnoza pielęgniarская

Ryzyko wystąpienia nagłego zatrzymania krążenia (NKZ) oraz bezpośrednie zagrożenie życia z powodu niewydolności oddechowej.

Cel opieki

Usunięcie lub ograniczenie czynników mogących doprowadzić do zatrzymania czynności życiowych.

Interwencje pielęgniarские

- Izolacja pacjenta na sali monitorowanej, wyposażonej w kardiomonitor i kamerę do obserwacji pacjenta.
- Monitorowanie pacjenta.
- Ocena charakteru i nasilenia duszności.
- Obserwacja i ocena częstości i charakteru oddechów.
- Kontrola parametrów życiowych (RR, tętno, EKG, saturacja, oddechy, OCŻ, temperatury ciała).

- Kontrolowanie drożności dróg oddechowych.
- Pobieranie krwi na gazometrię.
- Podanie tlenu wg potrzeb pacjenta.
- Założenie cewnika do pęcherza moczowego.
- Prowadzenie bilansu płynów.
- Udział w farmakoterapii wg zleceń lekarskich.
- Bezwzględne ograniczenie aktywności chorego.

Realizacja

Wszystkie zaplanowane interwencje zostały zrealizowane.

Ocena końcowa podjętych działań

Pacjent był pod intensywnym nadzorem pielęgniarskim, jednak objawy niewydolności oddechowej się nasiliły i w trybie nagłym podjęto decyzję o zastosowaniu wysokoprzepływowej tlenoterapii donosowej.

3. Diagnoza pielęgniarska

Lęk i obawa pacjenta przed podłączeniem do HFNOT oraz ryzyko wystąpienia zaburzeń wymiany gazowej.

Cel opieki

Zniwelowanie lęku przed nieznaną techniką wspomagającą oddychanie, zwiększenie poczucia komfortu oraz niedopuszczenie do wystąpienia zaburzeń wentylacji płuc.

Interwencje pielęgniarskie

- Edukacja pacjenta związana ze zastosowaniem HFNOT, omówienie prawidłowego korzystania z aparatury.
- Dobór odpowiedniego rozmiaru kaniuli donosowej.
- Ustalenie z pacjentem odpowiedniej temperatury mieszaniny oddechowej.
- Ciągłe monitorowanie pacjenta i kontrola jego parametrów życiowych.
- Ułożenie pacjenta w pozycji wysokiej, półwysokiej ułatwiającej oddychanie bądź pozycji odwróconej (*prone position*).
- Kontrola poziomu płynu w urządzeniu HFNOT i dbałość o odpowiednie nawilżenie wtłaczanego powietrza.

Realizacja

Wszystkie interwencje pielęgniarskie zostały zrealizowane.

Ocena końcowa podjętych działań

Pacjent, mimo obaw, wyraził zgodę na prowadzenie wysokoprzepływowej tlenoterapii donosowej. Stosował się do zaleceń personelu medycznego. Zauważył efekty prowadzonej terapii. Dzięki ciągłemu nadzorowi pielęgniarskiemu nie doszło do zaburzeń wentylacji płuc, a zastosowanie HFNOT pozwoliło uniknąć intubacji. Po dwóch dniach objawy ARDS zmniejszyły się, jednak nadal kontynuowano HFNOT. Zaproponowano zastosowanie *prone position* – pozycja na brzuchu, z powodu znacznej otyłości brzusznej. Ta pozycja zwiększyła wentylację płuc, wynikiem czego odnotowano wzrost parametrów saturacji. Pacjent chętnie układał się w tej pozycji.

ETAP II

4. **Diagnoza pielęgniarska**

Dyskomfort, z powodu wysuszenia błon śluzowych nosa, wynikający z długotrwałego prowadzenia terapii HFNOT.

Cel opieki

Zniwelowanie dyskomfortu, dbałość o prawidłowe nawilżenie błon śluzowych nosa, niedopuszczenie do wystąpienia powikłań.

Interwencje pielęgniarskie

- Poinformowanie lekarza prowadzącego o zaistniałym problemie.
- Zaproponowanie zmniejszenie przepływu tlenu (pod kontrolą SpO₂ i gazometrii krwi tętniczej).
- Zmniejszenie temperatury mieszaniny oddechowej (z 37°C do 34°C).
- W razie potrzeby wymiana kaniuli donosowej, zmiana rozmiaru.
- Dbłość o ciągłe nawilżenie mieszaniny oddechowej.
- Toaleta i pielęgnacja błon śluzowych nosa (3 x dziennie).
- Stosowanie preparatów na bazie wody morskiej do codziennego oczyszczania.
- Stosowanie maści z witaminą A na podrażnioną okolicę nosa.
- Unikanie wydmuchiwanie nos.
- Zachęcenie do nawilżania błony śluzowej jamy ustnej, poprzez popijanie ciepłej wody lub herbaty.
- Zmniejszenie temperatury na sali chorych, wietrznie sali.

Realizacja

Plan został wykonany.

Ocena końcowa podjętych działań

Dyskomfort się zmniejszył, błony śluzowe nosa zostały nawilżone.

5. Diagnoza pielęgnarska

Zmęczenie wywołane uporczywym, napadowym, produktywnym kaszlem oraz nieefektywnym odkrztuszaniem

Cel opieki

Zapewnienie jak najlepszej drożności dróg oddechowych oraz nauka efektywnego odkrztuszania.

Interwencje pielęgnarskie

- Poproszenie pacjenta, aby na czas wykonywania czynności pielęgnacyjnych zakładał maseczkę ochronną.
- Ocena charakteru i nasilenia kaszlu oraz rodzaj odkrztuszanej wydzieliny.
- Unikanie inhalacji (ryzyko aerolizacji wirusa COVID-19).
- Oklepywanie klatki piersiowej.
- Motywowanie pacjenta do zastosowania ćwiczeń oddechowych.
- Zachęcanie do świadomej kontroli sposobu oddychania podczas ćwiczeń.
- Edukacja z zakresu efektywnego odkrztuszania.
- Zapewnienie środków higieny osobistej (lignina, jednorazowa miska nerkowa, środek do dezynfekcji rąk).
- Wykonywanie toalety jamy ustnej.
- Zaproponowanie stosowania pozycji drenażowej, która ułatwia ewakuację wydzieliny z dróg oddechowych
- Stosowanie syropów p/kaszlowych wg zleceń.

Realizacja

Wszystkie zaplanowane interwencje pielęgnarskie zostały zrealizowane.

Ocena końcowa podjętych działań

Pacjent brał czynny udział w ćwiczeniach oddechowych. Przyswoił technikę efektywnego kaszlu, a kaszel się zmniejszył. Dogodną pozycją, ułatwiającą odkrztuszanie choremu była pozycja siedząca.

6. Diagnoza pielęgnarska

Dyskomfort oraz ryzyko wystąpienia zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej z powodu podwyższonej ciepłoty ciała.

Cel opieki

Utrzymanie optymalnej równowagi wodno-elektrolitowej i kwasowo-zasadowej. Poprawa komfortu chorego, utrzymanie ciepłoty ciała w granicach normy.

Interwencje pielęgniarские

- Kontrola poziomu elektrolitów w organizmie.
- W przypadku zaburzeń elektrolitowych - uzupełnienie makroelementów zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich (IKZL).
- Obserwacja powłok skórnych i błon śluzowych.
- Pomiar ciepłoty ciała, prowadzenie karty obserwacyjnej.
- Kontrola masy ciała.
- Zachęcanie chorego do przyjmowania płynów często, lecz w małych ilościach.
- Prowadzenie bilansu płynów.
- W przypadku gorączki, zastosowanie kompresów chłodzących, podanie leków p/gorączkowych wg IKZL (przed podaniem upewnienie się, czy pacjent nie jest uczulony).
- Przygotowanie dodatkowego nakrycia, w przypadku wystąpienia dreszczy.
- Zaproponowanie, aby bielizna osobista była bawełniana.
- Zapewnienie ciszy i spokoju.
- Wygodne ułożenie chorego, zalecenie odpoczynku i zmniejszenie aktywności.

Realizacja

Interwencje pielęgniarские zostały zrealizowane.

Ocena końcowa podjętych działań

Współpraca z chorym pozwoliła uniknąć wystąpienia powikłań. Ciepłota ciała w normie. Cel osiągnięty.

7. Diagnoza pielęgniarская

Spadek apetytu spowodowany zaburzeniem odczuwania smaku i węchu.

Cel opieki

Poprawa apetytu oraz przyspieszenie powrotu funkcji zmysłów.

Interwencje pielęgniarские

- Kontrola obwodu brzucha i masy ciała.
- Konsultacja ze szpitalnym dietetykiem.
- Zaproponowanie urozmaiconej diety zachęcającej do konsumpcji.
- Nakłanianie do jedzenia często, lecz w małych porcjach.
- Zastosowanie leczenia żywieniowego, poprzez stosowanie preparatów wysokobiałkowych (Nutridrink Protein 1x125ml/dobę, Protifar 3x2 miarki/dobę).

- Stosowanie intensywnych przypraw, które mają za zadanie pobudzić kubki smakowe i „przypomnieć” odczuwanie doznań smakowych.
- Prowadzenie treningu węchu, który obejmuje głębokie wężanie, co najmniej czterech różnych zapachów przez 10 sekund dwa razy dziennie.
- Edukacja pacjenta i zachęcenie go do kontynuowania treningu węchu w domu - zachęcenie do wyposażenia się w gotowy „zestaw do treningu węchowego” lub olejki eteryczne.

Realizacja

Interwencje pielęgniarские zostały zrealizowane.

Ocena końcowa podjętych działań

Pacjent chętnie spożywa posiłki, jednak nadal towarzyszy mu deficyt odczuwania zmysłów węchu i smaku. Bierze aktywny udział w „treningu węchowym”.

8. Diagnoza pielęgniarська

Obniżenie nastroju, uczucie pustki i osamotnienia spowodowane izolacją i brakiem kontaktu z najbliższymi.

Cel opieki

Poprawa samopoczucia i ułatwienie kontaktu z rodziną.

Interwencje pielęgniarские

- Nawiązanie kontaktu z pacjentem, wzbudzenie zaufania.
- Aktywne słuchanie pacjenta, poświęcenie mu uwagi.
- Skierowanie uwagi na pozytywne myśli i doświadczenia.
- Nawiązanie kontaktu z rodziną pacjenta.
- Zaproponowanie rodzinie, aby dostarczyła pacjentowi telefon komórkowy lub tablet z dostępem do Internetu.
- Pomoc pacjentowi w obsłudze urządzenia multimedialnego oraz w nawiązaniu wideorozmowy z bliskimi.
- Zapewnienie ciszy i spokoju.
- Zachęcenie do czytania książek lub czasopism.
- Umożliwienie kontaktu z lekarzem prowadzącym.

Realizacja

Plan opieki został zrealizowany.

Ocena końcowa podjętych działań

Rodzina dostarczyła pacjentowi tabletek z dostępem do Internetu. Wideorozmowa z bliskimi wywołała u pacjenta radość i wpłynęła pozytywnie na jego stan psychiczny. Po rozmowie z rodziną poprawiła się współpraca pacjenta z personelem pielęgniarskim. Chory odzyskał wiarę w powodzenie leczenia.

9. Diagnoza pielęgniarska

Ryzyko wystąpienia powikłań wynikających z długotrwałego unieruchomienia i wymuszonej pozycji siedzącej.

Cel opieki

Niedopuszczenie do wystąpienia powikłań, zminimalizowanie ryzyka wystąpienia odleżyn.

Interwencje pielęgniarskie

- Zastosowanie materaca p/odleżynowego.
- Zachęcenie pacjenta do częstej zmiany pozycji, przynajmniej, co 2 godziny.
- Pielęgnacja skóry, szczególnie w okolicach fałdów i miejsc narażonych na ucisk.
- Stosowanie produktów ochronnych i nawilżających (Pinol, PC30V).
- Wykonywanie masażu i oklepywanie narażonych miejsc na wystąpienie odleżyn (okolice kości guzicznej i krzyżowej, pięty, łopatki) w celu pobudzenia mikrokrażenia.
- Obserwacja powłok skórnych.
- Codzienna toaleta ciała, dokładne osuszenie powłok skórnych, aby zapobiec maceracji i pękaniu naskórka.
- Staranne prześcielenie łóżka, aby nie pozostawić fałdów i zmarszczek powodujących odgniecenia na skórze pacjenta.
- Zastosowanie diety wysokobiałkowej, wysokokalorycznej i pełnowartościowej oraz wspomaganie diety produktami białkowymi (Protifar, Nutridrink).
- Dbłość o prawidłowe nawodnienie chorego, zachęcanie do przyjmowania płynów.
- Kontrola płynów przyjętych i wydalonych.
- Prowadzenie kinezyterapii przyłóżkowej.

Realizacja

Podjęte działania zostały zrealizowane.

Ocena końcowa podjętych działań

Powłoki skórne czyste, bez mian patologicznych. Pacjent współpracuje z personelem medycznym, często zmienia pozycję ciała, chętnie bierze udział w prowadzonej kinezyterapii.

ETAP III

10. Diagnoza pielęgniarska

Złe samopoczucie, z powodu wysokich wartości ciśnienia tętniczego.

Cel opieki

Uzyskanie prawidłowych wartości ciśnienia tętniczego, zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań sercowo-naczyniowych oraz przygotowanie pacjenta do samoopieki.

Interwencje pielęgniarские

- Dobór odpowiedniego rozmiaru mankietu ciśnieniomierza.
- Pomiary RR przed i po zażyciu leków hipotensyjnych.
- Podanie leków hipotensyjnych na zlecenie lekarza.
- Zalecenie powolnej zmiany pozycji ciała, unikanie gwałtownej pionizacji.
- Omówienie objawów podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi.
- Przedstawienie prawidłowych technik pomiaru oraz czynników zwiększających wartości ciśnienia tętniczego.
- Zachęcenie do zmiany trybu życia (rezygnacja z używek, ograniczenie spożycia soli kuchennej, redukcja masy ciała).

Realizacja

Plan opieki został zrealizowany.

Ocena końcowa podjętych działań

Kontrola parametrów ciśnienia tętniczego, edukacja pacjenta oraz szybka interwencja pozwoliły uniknąć zwyżki RR poprawiając samopoczucie chorego.

11. Diagnoza pielęgniarская

Deficyt wiedzy pacjenta na temat zdrowego stylu życia, cukrzycy oraz konieczności redukcji masy ciała.

Cel opieki

Edukacja pacjenta z zakresu prowadzenia zdrowego stylu życia, wyrównania poziomu cukru we krwi oraz redukcji masy ciała.

Interwencje pielęgniarские

- Rozmowa z pacjentem i jego rodziną, włączenie rodziny do procesu terapeutycznego.
- Informowanie chorego o zalecanych i przeciwwskazanych produktach odżywczych.
- Przedstawienie specjalistycznych produktów bezcukrowych zadedykowanych dla diabetyków.
- Poinformowanie pacjenta o konieczności stosowania diety z ograniczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów.
- Zachęcenie do regularnego spożywania posiłków, często, ale w małych ilościach.

- Zaopatrzenie chorego w broszury, ulotki obejmujące czynniki ryzyka wystąpienia incydentów sercowo-naczyniowych i ich redukcji (obniżenie RR, zmniejszenie masy ciała, aktywność fizyczna, dieta).
- Wyjaśnienie konsekwencji wynikających z nadmiernej masy ciała.
- Edukacja z zakresu kontroli glikemii i insulinoterapii.
- Nadzorowanie nad podawaniem insuliny.
- Zaoferowanie wsparcia i motywacji.
- Przewiedzenie metod radzenia sobie ze stresem.
- Zachęcanie do aktywności fizycznej np. regularne spacerowanie, *Nordic walking*.
- Zaproponowanie wizyty u dietetyka klinicznego i diabetologa, w przypadku nieradzenia sobie z nadwagą i cukrzycą.

Realizacja

Pacjent i jego rodzina zostali wyedukowani.

Ocena końcowa podjętych działań

Pacjent i jego bliscy chętnie brali udział w edukacji. Chory dostrzegł zalety przestrzegania zaleceń dietetycznych, jest zdeterminowany i dąży do redukcji masy ciała.

Dyskusja. Ostra niewydolność oddechowa w przebiegu COVID-19 charakteryzuje się szybkim przebiegiem i wymaga nagłej interwencji. Pacjenci często potrzebują prowadzenia wysokoprzepływową tlenoterapię donosową celem uniknięcia inwazyjnej wentylacji mechanicznej. Zadaniem pielęgniarki pełniącej opiekę nad pacjentem z tym schorzeniem jest wykonywanie profesjonalnych czynności pielęgnacyjnych i leczniczych, tj. ciągłego monitorowania pacjenta, kontroli parametrów życiowych, niedopuszczanie do wystąpienia zaburzeń wentylacji płuc, a także wsparcie psychiczne i towarzyszenie choremu w tak trudnym czasie jakim jest nagła hospitalizacja [6].

Problemy, z którymi musi zmierzyć się chory z COVID-19 wymagający korzystania z HFNOT, są bardzo zróżnicowane - od niebezpiecznych, zagrażających życiu, będących następstwem narastającej duszności - po pielęgnacyjne dotyczące sfery psychicznej i osamotnienia [7]. Chorych z koronawirusem odróżnia od pozostałych pacjentów konieczność przebywania w izolacji. Kontakt z bliskimi jest utrudniony, a personel medyczny ogranicza spotkania z pacjentem do minimum, aby uniknąć zakażenia [8]. W poprawie komfortu psychicznego izolowanego pacjenta znaczenie ma kontakt z najbliższymi, choćby za pomocą urządzeń multimedialnych. Utrzymanie wsparcia rodziny poprawia współpracę chorego

z personelem medycznym oraz wzmacnia motywację do czynnego udziału w procesie terapeutycznym i rehabilitacyjnym [8].

Do prowadzenia wysokoprzepływowej tlenoterapii donosowej potrzebny jest wykwalifikowany personel pielęgniarski. W porównaniu z obsługą respiratora, użytkowanie HFNOT nie jest skomplikowana, a szkolenie trwa zaledwie kilka godzin. Ważny jest dobór odpowiedniego rozmiaru kaniuli donosowej, temperatury i przepływu wtłaczającej mieszaniny oddechowej oraz kontrola płynu nawilżającego [2].

Wysoki przepływ tlenowy w górnych drogach oddechowych prowadzi do zaburzeń nawilżenia błon śluzowych nosa i jamy ustnej. By temu zapobiec stosuje się często toaletę błon śluzowych nosogardzieli za pomocą preparatów nawilżających na bazie wody morskiej oraz maści z witaminą A.

W przebiegu infekcji wywołanej SARS-Cov-2 występują zaburzenia w odczuwaniu doznań smaku i węchu. Pomocny jest trening węchowy, który wpływa korzystnie na powrót prawidłowej funkcji węchu. Polega ona na głębokim wdychaniu co najmniej czterech różnych zapachów przez 10 sekund dwa razy dziennie. Stosowane zapachy muszą być wyraźne i intensywne, dlatego wykorzystuje się do tego celu olejki eteryczne [5].

Spadek saturacji w przebiegu zakażenia koronawirusa manifestuje się przyspieszonym oddechem, uczuciem duszności i brakiem tchu. Zadaniem pielęgniarki jest szybkie dostrzeżenie problemu, udzielenie wsparcia psychicznego, ciągłe towarzyszenie choremu oraz uspokojenie pacjenta poprzez zaproponowanie spokojnego oddychania i suplementację tlenu.

W tym procesie nieodzowna jest pomoc pielęgniarska w czynnościach higieniczno-pielęgnacyjnych, ponieważ ograniczenie wysiłku fizycznego minimalizuje uczucie duszności. Ważne jest również stosowanie pozycji odwróconej tzw. *prone position* - na brzuchu, którą stosuje się zazwyczaj u pacjenta z nadwagą, nieprzytomnego, zaintubowanego, na oddechu wspomaganym przez respirator z ostrą niewydolnością oddechową. Ta pozycja zwiększa wentylację płuc oraz oszczędza pracę dodatkowych mięśni oddechowych [9].

Dieta w przebiegu zakażenia SARS-CoV-2 jest zróżnicowana. Zwiększa się zapotrzebowanie na białko, które jest niezbędne do budowy tkanek i zaspokojenia potrzeb metabolicznych organizmu. Warto wspomóc dietę leczniczymi preparatami proteinowymi. Produkty specjalnego przeznaczenia zawierają dużą ilość białka w małej objętości i szybko uzupełniają niedobory, chroniąc pacjenta przed niedożywieniem i wyniszczeniem organizmu w wyniku trwającego procesu chorobowego. Zwiększa się również zapotrzebowanie na kwasy omega 3 i witaminę D₃ [10].

Mając kontakt z pacjentem zakażonym COVID-19, personel medyczny powinien zadbać o swoje bezpieczeństwo, w tym celu stosując środki ochrony indywidualnej zgodnie z obowiązującymi procedurami [8].

Pielęgniarki sprawujące opiekę nad pacjentem z COVID-19 powinny być przeszkolone z zakresu organizacji pracy na oddziale „covidowym” (np. sprawnego i szybkiego poruszania się po sieci ciągów komunikacyjnych, usuwania odpadów zakaźnych) oraz holistycznego postępowania z pacjentem izolowanym [8].

Wnioski.

1. Priorytetem w opiece nad pacjentem z zakażeniem COVID-19 wymagającym wysokoprzepływowej tlenoterapii donosowej są: ciągła obserwacja i monitorowanie pacjenta, kontrola parametrów życiowych, niedopuszczenie do wystąpienia zaburzeń wentylacji płuc oraz wsparcie psychiczne i towarzyszenie choremu.
2. W profesjonalnej pielęgnacji pacjenta podczas terapii HFNOT należy uwzględnić:
 - a. częstą toaletę błon śluzowych nosogardzieli z użyciem preparatów nawilżających, zmniejszających urazy błon śluzowych (wywołane przez wysoki przepływ tlenu) i zwiększających komfort pacjenta;
 - b. ułożenie chorego w pozycji odwróconej na brzuchu z podparciem ramion i bioder, co umożliwi lepszą wentylację płuc oraz oszczędza pracę dodatkowych mięśni oddechowych;
 - c. asystowanie pacjentowi w czynnościach higieniczno-pielęgnacyjnych oraz w sytuacjach nasilających duszność;
 - d. udzielanie wsparcia psychicznego, co ma szczególne znaczenie wobec konieczności izolacji pacjenta z zakażeniem COVID-19;
 - e. Systematyczna pomoc w uzyskaniu kontaktu pacjenta z najbliższymi za pomocą urządzeń audiowizualnych, ponieważ wzmacnia on motywację chorego do czynnego udziału w procesie terapeutycznym i rehabilitacyjnym;
 - f. dietę wysokobiałkową, wspomaganą produktami leczniczymi wysokobiałkowymi, celem zaspokojenia zwiększonego zapotrzebowania kalorycznego związanego z chorobą;
 - g. ćwiczenia oddechowe - kontrola sposobu oddychania, nauka efektywnego odkrztuszania;
 - h. „trening węchowy” oraz motywowanie pacjenta do kontynuacji treningu w domu, aby przyspieszyć powrót do odczuwania zmysłów smaku i węchu.

3. W opiece nad pacjentem istotna jest również edukacja, której celem jest uświadomienie choremu jego stanu zdrowia oraz nakłonienie do zmiany stylu życia i prozdrowotnych zachowań.
4. Pielęgniarki opiekujące się pacjentem zakażonym COVID-19 są zobowiązane do stosowania środków ochrony indywidualnej, które zwiększają bezpieczeństwo pacjenta i własne.

Piśmiennictwo

1. Ministerstwo Zdrowia, Pierwszy przypadek koronawirusa w Polsce, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/pierwszy-przypadek-koronawirusa-w-polsce> [dostęp: 20.05.2023]
2. Polok K. Szczeklik W. Praktyka kliniczna – intensywna terapia. Wysokoprzepływową tlenoterapią donosowa – praktyczny przewodnik. Medycyna Praktyczna, 2020; 5:110–115
3. Postępowanie kliniczne w ostrym zakażeniu dróg oddechowych o ciężkim przebiegu (SARI) przy podejrzeniu COVID - 19: Wytyczne tymczasowe WHO z 13.03.2020, WHO-2019-nCoV-clinical-2020.4-pol.pdf [dostęp: 20.05.2023]
4. Szkulmowski Z. Wentylacja nieinwazyjna – wskazania i ograniczenia stosowania w warunkach oddziału intensywnej terapii. Anestezjologia i Intensywna Terapia 2001, 4, 261-265
5. Zwolińska G. Zaburzenia i utrata węchu: przyczyny i leczenie, Medycyna Praktyczna, <https://www.mp.pl/pacjent/objawy/152731,zaburzenia-wechu> [dostęp: 20.05.2023]
6. Jasik-Pyzdrowska J., Juszczyżyn W. Postępowanie pielęgniarskie nad pacjentem z ostrą niewydolnością oddechową w wyniku COVID-19- studium przypadku, Pielęgniarstwo Polskie, 2021, wyd. 2, 85-92
7. Gniadek A., Lewko J. Procedury pielęgniarskie w obliczu pandemii. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, wydanie specjalne 2020.
8. Ministerstwo Zdrowia, Komunikat Ministra Zdrowia dotyczący odwiedzin pacjentów w podmiotach leczniczych, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-ministra-zdrowia-dotyczacy-odwiedzin-pacjentow-w-podmiotach-leczniczych> [dostęp: 22.05.2023]
9. Fronczek J., Szczeklik W. Wentylacja w pozycji odwróconej na brzuchu u pacjentów z niewydolnością oddechową w przebiegu COVID-19 – just do it?, Medycyna Praktyczna, <https://www.mp.pl/oit/artykuly-badania/przegladowe/239137,wentylacja-w-pozycji-odwroconej-na-brzuchu-u-pacjentow-z-niewydolnoscia-oddechowa-w-przebiegu-covid-19> [dostęp: 22.05.2023]
10. Kowalska J., Podlasin R., Paciorek M., Pulik P. Zalecenia dotyczące opieki nad pacjentem z chorobą koronawirusową (COVID-19) wymagającym hospitalizacji, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zalecenia-dotyczace-postepowania-u-osob-z-choroba-covid-19-leczonych-w-domu> [dostęp: 20.05.2023]

POZIOM ZAUFANIA SPOŁECZNEGO DO PIELEŃNIAREK W SYTUACJI PANDEMII SARS-COV-2

BEATA JARZĄBEK · EWA GUZ, BARBARA SIEDLECKA · MARIUSZ SUTRYK

Wstęp. Współczesne pielęgniarstwo w Polsce charakteryzuje coraz więcej negatywnych zjawisk. Liczne zagrożenia zdrowotne związane z narażeniem na czynniki biologiczne czy też chemiczne, przeciążenia układu ruchu, nadmierne obciążenia które wynikają z braków kadrowych czy zjawisk wypalenia zawodowego [1]. Poza uczestniczeniem w procesie terapii sensu stricto, nietypowość zawodu pielęgniarki wśród innych zawodów medycznych, polega na opiece nad pacjentem. Pielęgniarka jest łącznikiem między pacjentem, a pozostałymi członkami zespołu terapeutycznego. Biorąc pod uwagę czas spędzony z pacjentem oraz dla poszczególnych pacjentów to pielęgniarka poświęca go najwięcej z całego zespołu [2].

Klimat społeczny, w Polsce, wokół kadr medycznych, w czasie trwania pandemii był irracjonalnie niekorzystny [3]. Biorąc pod uwagę początkowy deficyt środków ochronnych, ograniczony dostęp do testów diagnostycznych oraz panika wywołana przed nowym, nieznanym wirusem, nie była czymś zadziwiającym. Przerażało natomiast ukierunkowanie tych uczuć w negatywny sposób, w stosunku do osób walczących z wirusem na pierwszej linii frontu [4]. Głośno w mediach było o sytuacjach dyskryminowania pracowników opieki zdrowotnej wraz z zachodzącymi sytuacjami niewpuszczania pielęgniarki do sklepu, bądź blokowaniu garażu lekarzowi by nie mógł w nim zaparkować. Obrażliwe zwroty i szykany w liścikach na drzwiach wraz z zakazywaniem dzieciom zabawy z grupą rówieśniczą, tylko dlatego że rodzice pracowali w służbie zdrowia. Należy podkreślić przy tym pozycję zawodową pielęgniarek, którym zgodnie z polskim prawem przysługuje ochrona prawna przewidziana dla funkcjonariuszy publicznych [5].

Badania zaufania społecznego do pielęgniarek były niezwykle ważne również z powodu jego wpływu na leczenie. Poziom zaufania społecznego do zawodów medycznych wpływała na właściwą komunikację między personelem medycznym a pacjentem. Komunikacja ta była warunkiem sukcesu terapii [6]. Na poziom zaufania społecznego miał również wpływ komfort pracy w zawodzie pielęgniarki i postrzeganie tej pracy, jako bardziej atrakcyjnej, przez potencjalnych kandydatów. Biorąc pod uwagę zatrważające deficyty kadrowe w zawodach medycznych, działania mające na celu poprawę zaufania społecznego są niezbędne by zabezpieczyć obsadę personelu szpitala na przyszłość [7].

Cel. Celem badania było zbadanie poziomu zaufania do pielęgniarek w sytuacji pandemii SARS-CoV-2.

Material i metody. W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Użyto kwestionariusza ankiety własnego autorstwa opartego na literaturze przedmiotu w którym badani dokonywali samooceny swojego poziomu ufności i oceniali ogólne zaufanie do poszczególnych grup społecznych w swoim otoczeniu. Przeanalizowano 130 ankiet. Wśród respondentów było 119 kobiet i 11 mężczyzn, 66 mieszkańców miast do 20 tys. mieszkańców, 34 mieszkańców miast powyżej 100 tys. mieszkańców, 24 mieszkańców miasto między 20 – 100 tys. mieszkańców, 93 osoby z wykształceniem wyższym, 31 osoby z wykształceniem średnim, 5 osób z wykształceniem podstawowym, 1 osoba z wykształceniem zawodowym. Osób aktywnych zawodowo było 101, oraz 15 uczniów/studentów, 8 bezrobotnych, 5 emerytów, 1 rencista. Respondenci byli badani pod względem ufności w konkretnych dziedzinach życia, takich jak zdrowie, leczenie SARS-CoV-2 i szczepienia przeciwko niemu. Narzędzie zostało poddane ewaluacji, poprzez badanie pilotażowe, przeprowadzone na 10 osobach. Respondenci nie zgłaszali problemów ze zrozumieniem pytań dzięki czemu, kwestionariusz uznano za odpowiedni. Badania pilotażowe nie zostały włączone do badań głównych [8].

Tabela 1. Charakterystyka uczestników badania.

	<i>N</i>	<i>n</i> (%)
Płeć	130	
Kobieta		119 (91.5%)
Mężczyzna		11 (8.5%)
Wiek	127	
Do 21 lat		1 (0.8%)
21-29lat		31 (23.8%)
30-45lat		82 (63%)
46-55lat		5 (3.8%)
Powyżej 55lat		11 (8.5%)
Miejsce zamieszkania	124	
Miasto do 20tyś. mieszkańców		66 (53.2%)
Miasto między 20 –100tyś. mieszkańców		24 (19.4%)
Miasto powyżej 100tyś. mieszkańców		34 (27.4%)
Wykształcenie	130	
Podstawowe		5 (3.8%)
Zawodowe		1 (0.8%)

Średnie	31 (23.8%)
Wyższe	93 (71.5%)
Status zawodowy	130
Uczeń/student	15 (11.5%)
Bezrobotny	8 (6.2%)
Aktywny zawodowo	101 (77.7%)
Rencista	1 (0.8%)
Emeryt	5 (3.8%)

Źródło: Opracowanie własne.

Wyniki badań. Największa część respondentów uważała się za umiarkowanie ufna osobę (64.6%), zaś dużą ufnością wykazało się niewiele ponad 25.4%. Tylko 8.5% badanych uważało się za raczej nieufną osobę i jedynie 1.5% respondentów stwierdziło, że jest zdecydowanie nieufną osobą.

Uczestnicy badania najwyższy stopień zaufania mieli do najbliższej rodziny (rodziców, dzieci, małżonka/i), $M = 4.78$ ($SD = 0.414$; 95% CI [4.71, 4.85]), natomiast w badaniu poziom ogólnego zaufania do pielęgniarek uplasował się pod tym względem na 4 miejscu, $M = 4.00$ ($SD = 0.854$; 95% CI [3.85, 4.15]). Badani mieli najwyższy stopień zaufania w ogólnych kwestiach zdrowotnych do najbliższej rodziny (rodziców, dzieci, małżonka/i), $M = 4.62$ ($SD = 0.593$; 95% CI [4.52, 4.73]), natomiast poziom zaufania do pielęgniarek w kwestiach zdrowotnych, uplasował się pod tym względem na 3 miejscu, $M = 4.11$ ($SD = 0.725$; 95% CI [3.98, 4.24]). Respondenci, najwyższy stopień zaufania w kwestii leczenia zakażenia SARS-CoV-2 mieli do najbliższej rodziny (rodziców, dzieci, małżonka/i), $M = 4.35$ ($SD = 0.884$; 95% CI [4.19, 4.5]). Poziom ogólnego zaufania do pielęgniarek w kwestii leczenia zakażenia SARS-CoV-2 uplasował się na 2 miejscu, co należy uznać za dobry prognostyk $M = 3.84$ ($SD = 1.213$; 95% CI [3.63, 4.06]). Ankietowani najwyższy stopień zaufania w kwestii leczenia SARS-CoV-2 mieli do najbliższej rodziny (rodziców, dzieci, małżonka/i), $M = 4.20$ 54 ($SD = 1.162$; 95% CI [3.99, 4.40]). Istnieje konieczność promowania pielęgniarki, jako wysoko wykwalifikowanej specjalistki w dziedzinie zdrowia, leczenia i szczepień. Konieczne jest doinformowanie społeczeństwa w kwestii leczenia i szczepień na SARS-CoV-2 kampaniami edukacyjnymi. Kampanie promujące zawód pielęgniarki powinny być adresowane do ogółu społeczeństwa, bez szczególnego nakierowywania na jakąś grupę społeczną i bez pomijania żadnej z nich. Ogólny poziom zaufania społecznego do pielęgniarek w sytuacji pandemii SARS-CoV-2 ocenić można jako średni.

Ponad połowa ankietowanych zadeklarowała, że raczej miało zaufanie do pielęgniarek ($n=71$; 59.7%). Zdecydowane zaufanie do pielęgniarek miało 25.2% badanych ($n=30$), natomiast

pozostałe odpowiedzi były wskazywane rzadziej: „raczej nie mam zaufania” (n=10; 8.4%), „trudno powiedzieć” (n = 7; 5.9%) oraz „zdecydowanie nie mam zaufania” (n=1; 0.8%). Poziom zaufania społecznego do pielęgniarek w sytuacji pandemii SARS-CoV-2, w kwestiach dotyczących ogólnego zdrowia był wysoki.

Ponad 65% osób uczestniczących w badaniu stwierdziło, że w kwestiach ogólnego zdrowia raczej miało zaufanie do pielęgniarek (n=81; 66.4%). Na zdecydowane zaufanie w tym zakresie wskazywało 25.4% badanych (n=31; 25.4%). Procentowy udział pozostałych odpowiedzi prezentował się w sposób następujący: „raczej nie mam zaufania” (n=8; 6.6%) „trudno powiedzieć” (n=2; 1.6%). Poziom zaufania społecznego do pielęgniarek w sytuacji pandemii SARS-CoV-2 w kwestii leczenia wirusa SARS-CoV-2 był wysoki.

Największa grupa respondentów wskazała w przeprowadzonych badaniach, że raczej posiadała zaufanie w związku z leczeniem SARS-CoV-2 w stosunku do personelu pielęgniarskiego (n = 60; 49.2%). Niewiele ponad 30% badanych posiadało pod tym względem zdecydowane zaufanie (n = 38; 31.1%), zaś procentowy rozkład pozostałych odpowiedzi udzielonych przez ankietowanych prezentował się następująco: „raczej nie mam zaufania” (n = 13; 10.7%), „zdecydowanie nie mam zaufania” (n = 10; 8.2%), „trudno powiedzieć” (n = 1; 0.8%). Poziom zaufania społecznego do pielęgniarek w sytuacji pandemii SARS-CoV-2 w kwestii szczepień przeciwko SARS-CoV-2 był wysoki.

Uczestnicy badania w 46.4% deklarowali, że raczej ufali pielęgniarkom w sprawach związanych ze szczepieniami (n = 58). Na zdecydowane zaufanie w tej kwestii wskazało 26.4% badanych (n = 33). Procentowy udział pozostałych odpowiedzi przedstawiał się następująco: „raczej nie mam zaufania” (n = 22; 17.6%), „zdecydowanie nie mam zaufania” (n = 8; 6.4%), oraz „trudno powiedzieć” (n = 4; 3.2%). Płeć, wiek, miejsce zamieszkania, oraz status zawodowy pozostały bez istotnego wpływu na poziom zaufania do pielęgniarek w sytuacji pandemii SARS-CoV-2.

W celu zbadania zależności między poszczególnymi cechami socjodemograficznymi a poziomem zaufania do pielęgniarek wykorzystano współczynnik korelacji rho-Spearmana. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli.

Tabela 2. Korelacja między cechami demograficznymi a ogólnym poziomem zaufania społecznego.

	Ogólny poziom zaufania społecznego	
	<i>Rho</i>	<i>P</i>
Wiek	0.045	0.612
Płeć	-0.059	0.505
Miejsce zamieszkania	-0.058	0.522

Źródło: Opracowanie własne.

Płeć, wiek, miejsce zamieszkania, status zawodowy, ani poziom wykształcenia nie wpływały w istotny sposób statystycznie na poziom zaufania społecznego do pielęgniarek. Natomiast poziom zaufania do pielęgniarek w sytuacji pandemii SARS-CoV-2 wzrastał wraz z poziomem wykształcenia.

W celu określenia istoty różnic, między więcej niż dwoma grupami w poziomie zaufania do pielęgniarek, a zmienną niezależną status zawodowy wykorzystano test ANOVA Kruskala-Wallisa. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli.

Tabela 3. Wyniki testu ANOVA Kruskala-Wallisa - istotność różnic między więcej niż dwoma grupami, zmienna niezależna „Status zawodowy”.

Zmienna	n	χ^2	df	p	95% CI	
					ω^2 rank	Lower Upper
Ogólny poziom zaufania społecznego	129	3.9	3	0.273	0.03	0.01 0.12

Źródło: Opracowanie własne.

Wyniki testu ANOVA Kruskala-Wallisa nie wskazywały na występowanie istotnych różnic w zakresie zmiennej poziomu zaufania do pielęgniarek.

Dyskusja. Temat zaufania społecznego był już wcześniej badany. W badaniach przeprowadzonych przez CBOS w 2018 roku zdecydowana większość respondentów (76%) wykazała pogląd, iż w kontaktach z innymi trzeba być bardzo ostrożnym. Jedynie 22% ankietowanych deklarowało, że większości ludzi można ufać [9].

W ogólnopolskich badaniach z 2020 roku większość (62%) badanych deklarowało postawę braku zaufania wobec innych. Otwartością w relacjach z innymi wykazało 28% respondentów [10]. W badaniach własnych największa część respondentów uważa się za umiarkowanie ufny osobę (64.6%). Na zdecydowaną ufność wskazało niewiele ponad 25,4% natomiast procentowy udział pozostałych odpowiedzi prezentuje się następująco: „jestem raczej nieufny osobą” (8.5%), „jestem zdecydowanie nieufny osobą” (1.5%).

W badaniach Siwek, Nowak-Starz, Mędrzyckiej-Dąbrowskiej i współ., Grabskiej, wyniki dotyczące zaufania społecznego wobec pielęgniarek na poziomie wysokim były zgodne. Skorupska i Machowicz w badaniach podejmowały temat poziomu zaufania społecznego do różnych profesji. Spośród dziesięciu objętych badaniem zawodów, pielęgniarki zajęły najwyższą pozycję. Były to wyniki zbieżne z badaniami własnymi. Poziom ogólnego zaufania

do pielęgniarek uplasował się na 3 miejscu, $M=4.00$ (80% zaufania), gdzie badani bardziej ufali tylko bliższej i dalszej rodzinie [11-14].

Mroczek i współ. badając wizerunek społeczny zawodów medycznych, uplasowali pielęgniarkę na 2 miejscu pod względem zaufania, darząc największym zaufaniem w kwestiach zdrowotnych lekarzy (57%) [15]. Badania własne stoją w opozycji do tych wyników. Poziom zaufania do pielęgniarek w kwestii ogólnego zdrowia uplasował się na 3 miejscu, $M = 4.11$ (82% zaufania), za bliską i dalszą rodziną lecz przed lekarzami.

Niestety nie zidentyfikowano badań dotyczących zaufania społecznego w kwestii leczenia koronawirusa i szczepień ochronnych na tę chorobę. W badaniach własnych poziom ogólnego zaufania do pielęgniarek, w kwestii szczepień ochronnych na SARS-CoV-2, był na wysokim poziomie, $M = 3.69$ (74% zaufania), na równi z lekarzami. Poziom ogólnego zaufania do pielęgniarek w kwestii leczenia SARS-CoV-2 również był na wysokim poziomie, $M = 3.84$ (77% zaufania), lecz wyższy od zaufania, jakim badani darzyli lekarzy.

Marcinowicz i współ. ustalili zależność między zaufaniem pacjentów do pielęgniarek i wpływem czynników socjodemograficznych [16]. Również wyniki badań Stachoń i Rybki wykazały wpływ czynników socjodemograficznych na poziom zaufania społecznego do pielęgniarek. Udowodniono, iż płeć i wiek mają wpływ na poziom zaufania do pielęgniarek. W badaniach tych, wyższy poziom zaufania reprezentowali mężczyźni oraz osoby w przedziale wiekowym 31–50 lat. Siła relacji obydwu czynników w testach statystycznych okazała się słaba [17]. Natomiast badania Kozimali wykazały, brak zależności czynników socjodemograficznych (wieku, płci oraz poziomu wykształcenia) na poziom zaufania pacjentów do pielęgniarek, co znajduje potwierdzenie w badaniach własnych [18]. Żadne z badanych cech socjodemograficznych (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, status zawodowy, ani poziomem wykształcenia) nie wpływały istotnie na poziom zaufania do pielęgniarek w sytuacji pandemii SARS-CoV-2 [19].

Wnioski. Społeczeństwo we wszystkich badanych kwestiach (ogólnego zaufania, ogólnego zdrowia, leczenia koronawirusa i szczepienia na COVID) najbardziej ufało rodzinie. O ile w kwestii ogólnego zaufania, było to naturalne, o tyle w kwestiach związanych ze zdrowiem, może stwarzać problemy. Przychodzi na myśl, szeroka konieczność promowania pielęgniarki, jako wysoko wykwalifikowanej specjalistki w dziedzinie zdrowia, leczenia i szczepień.

Poziom ogólnego zaufania społecznego do pielęgniarek w sytuacji pandemii SARS-CoV-2 był bardzo wysoki, tak samo jak w kwestiach dotyczących ogólnego zdrowia. W kwestii leczenia wirusa SARS-CoV-2 i szczepień przeciwko SARS-CoV-2 poziom był wysoki,

a mniejsza ufność w kwestii leczenia wirusa SARS-CoV-2 i szczepień przeciwko SARS-CoV-2 mogło wynikać z niewiedzy. Konieczne jest zwiększenie roli edukacji prozdrowotnej społeczeństwa kampaniami edukacyjnymi.

Żadne z badanych cech socjodemograficznych, nie wpływały istotnie, na poziom zaufania do pielęgniarek w sytuacji pandemii SARS-CoV-2. Kampanie promujące zawód pielęgniarki powinny być adresowane do ogółu społeczeństwa, bez szczególnego nakierowywania na jakąś grupę społeczną i bez pomijania żadnej z nich.

Piśmiennictwo

1. Bielska I.A., Manis D.M., Schumacher C., Moore E., Lewis K., Agarwal G. i in., Raport 9: Health Sector Responses to the COVID-19 Pandemic in Ontario, Canada – January to May 2020, „Zesz. Nauk. Ochr. Zdrowia. Zdr. Publiczne. Zarządzanie” 2020.
2. Gniadek A., Polska pielęgniarka w czasie pandemii zakażeń SARS-CoV-2 – różne perspektywy wykonywania zawodu, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2020; 18 (2): 149–150.
3. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp> [dostęp 14.03.2023].
4. Bielska I.A., Embrett M., Jewett L., Buote R., Manis D.R., Parikh M. i in., Raport 8: Canada’s Multi-Jurisdictional COVID-19 Public Health Response, „Zesz. Nauk. Ochr. Zdrowia. Zdr. Publiczne. Zarządzanie” 2020.
5. Golinowska S., Zarządzanie kryzysem zdrowotnym w pierwszym półroczu pandemii COVID-19. Analiza porównawcza na podstawie opinii ekspertów z wybranych krajów. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2020; 18 (1): 1–31.
6. Karkowska D., *Prawo medyczne dla pielęgniarek*. Wolters Kluwer, Warszawa 2020, 45.
7. http://www.piel21w.umlub.pl/download/gfx/piel21w/pl/defaultopisy/250/2/1/pielxxi_2014_2_08.pdf [dostęp 22.03.2023].
8. Charmaz K., *Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik po analizie jakościowej*. PWN, Warszawa 2018.
9. Rakiewicz Z., *Zaufanie społeczne*, CBOS, komunikat z badań nr BS/33/2018, Warszawa 2018.
10. Cybulska A., *Zaufanie społeczne*, CBOS, komunikat z badań nr BS/33/2020, Warszawa 2020.
11. Siwek M., Nowak-Starz G., *Współczesny Wizerunek Pielęgniarstwa w Opinii Społeczeństwa Pielęgniarstwo Polskie* 2017, 3,65.
12. Mędrzycka-Dąbrowska W., Bąkowska G., Kwiecień-Jaguś K., Gaworska-Krzemińska A., *Postrzeżenie zawodu pielęgniarki przez młodzież szkół ponadgimnazjalnych jako wybór przyszłego zawodu — doniesienia wstępne*. *Probl Piel.* 2017; 20(2): 192–200.
13. Grabska K., Stefańska W., *Sylwetka zawodowa pielęgniarki w opinii pacjentów*. *Probl Piel.* 2019; 17(1): 8–12.
14. Skorupska A., Machowicz A., *Wybrane aspekty postaw pracowników ochrony zdrowia wobec pielęgniarek*. *Problemy Pielęgniarstwa.* 2018; 18(1):53-5.

15. Mędrzycka-Dąbrowska W., Bąkowska G., Kwiecień-Jaguś K., Gaworska-Krzemińska A., Postrzeżenie zawodu pielęgniarki przez młodzież szkół ponadgimnazjalnych jako wybór przyszłego zawodu - doniesienia wstępne. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2017; 20 (2):192-200.
16. Marcinowicz L., Borzuchowska A., Grębowski R., Rybaczuk M., Wybrane elementy jakości usług pielęgniarek i położnych rodzinnych w ocenie pacjentów. Cz. II. Zadowolenie pacjentów z pielęgniarki i położnej rodzinnej. *Zdrowie Publiczne*. 2020; 112 (1):69-72.
17. Stachoń K., Rybka M., Pielęgniarstwo jako zawód zaufania publicznego w opinii pacjentów, *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*, 2016; 4 (1): 66.
18. Kozimala M., Putowski L., Ocena satysfakcji pacjentów z opieki pielęgniarskiej w Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu. *Annales Academiae Medicae Silesiensis*. 2019; 63 (1) :20-27.
19. Stachoń K., Rybka M., Pielęgniarstwo jako zawód zaufania publicznego w opinii pacjentów, *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu* 2016; 4 (1): 26-31.

**KSZTAŁCENIE PRZED
I PODYPLOMOWE PIELEŃNIAREK –
MOŻLIWOŚCI
I WYZWANIA OSTATNICH LAT**

Wprowadzenie. Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych jako jednostka powołana i nadzorowana przez Ministra Zdrowia, już od ponad 20 lat realizuje zadania związane z kształceniem podyplomowym. Najważniejsze zadania Centrum obejmują:

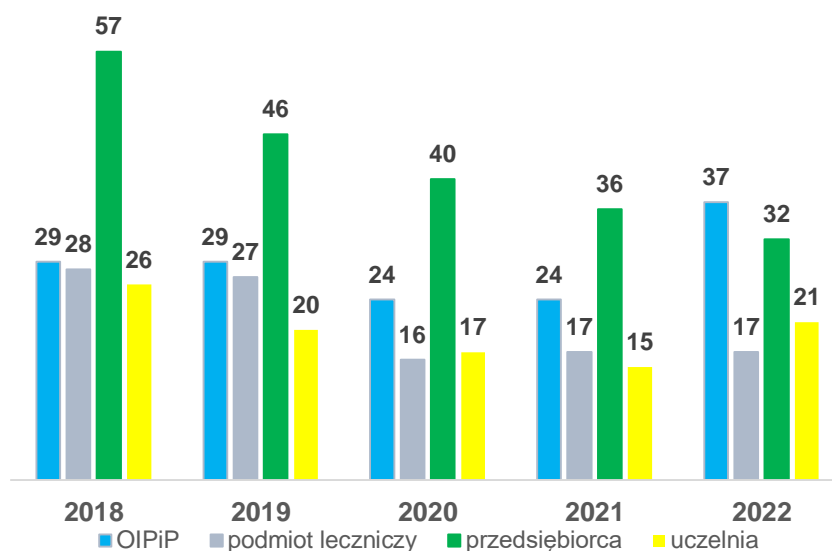
1. Monitorowanie realizowanego procesu kształcenia oraz prowadzenie czynności kontrolnych poszczególnych organizatorów kształcenia.
2. Obsługę merytoryczną i finansową umów o dofinansowanie ze środków publicznych szkoleń specjalizacyjnych.
3. Opracowywanie analiz, zestawień, sprawozdań i ekspertyz z zakresu kształcenia podyplomowego.
4. Działalność związaną z budowaniem i aktualizacją programów różnych form kształcenia.
5. Organizację i obsługę Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego.

Podstawowymi aktami prawnymi regulującymi działalność Centrum jest ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2022 poz. 2702 z późniejszymi zmianami), Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 marca 2012 r. w sprawie Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych (Dz. Urz. Min. Zdrow. Poz. 10 oraz z 2018 r. poz. 29) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie kształcenia podyplomowego Pielęgniarek i Położnych z dnia 30 września 2016 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U. poz. 1761, z późn.zm.).

Mając na uwadze powyższe regulacje, realizacja procesu kształcenia podyplomowego spoczywa na organizatorach kształcenia, czyli podmiotach spełniających warunki określone w art. 75 ust 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej. Centrum, na podstawie art. 80 ust. 4 wyżej wymienionej ustawy, prowadzi Ewidencję Organizatorów Kształcenia, w której na dzień 31 grudnia 2022 roku było zarejestrowanych 261 organizatorów.

Należy zaznaczyć, że liczba zarejestrowanych w Ewidencji organizatorów nie jest tożsama z liczbą organizatorów prowadzących kształcenia w danym roku. Na podstawie analizy danych z ostatnich 5 lat, w 2022 r. kształcenie podyplomowe realizowało 107 organizatorów, spośród 261 zarejestrowanych, 2021 r. kształcenie podyplomowe realizowało 92 organizatorów, spośród 254 zarejestrowanych, w 2020 r. - 97 organizatorów, spośród 248, w 2019 r. – 122

organizatorów, spośród 251 zarejestrowanych, a w 2018 r. 140 organizatorów, spośród 251 zarejestrowanych. (Ryc.1.)



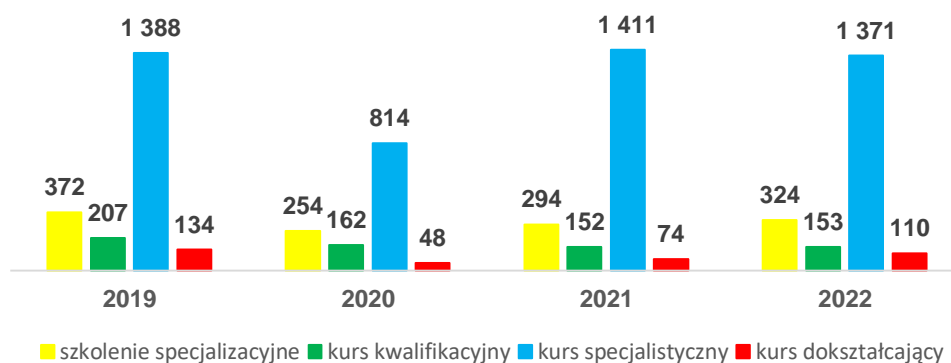
Rycina 1. Liczba organizatorów realizujących kształcenie podyplomowe w latach 2018 –2022 z uwzględnieniem formy organizacyjno-prawnej (źródło: opracowanie własne)

Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych. Realizacja kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w Polsce. W latach 2020 – 2022 zrealizowano łącznie 5167 szkoleń/kursów, w tym 872 szkolenia specjalizacyjne, 467 kursów kwalifikacyjnych, 3596 kursów specjalistycznych oraz 232 kursy doksztalające. Dla porównania w roku 2019 zrealizowano 2101 szkoleń/kursów, w tym 372 szkolenia specjalizacyjne, 207 kursów kwalifikacyjnych, 1388 kursów specjalistycznych i 148 kursów doksztalających.

Tabela 1. Liczba zrealizowanych szkoleń/kursów w latach 2019-2022 r.

rok	szkolenie specjalizacyjne	kurs kwalifikacyjny	kurs specjalistyczny	kurs doksztalający	Łącznie
2019	372	207	1 388	134	2 101
2020	254	162	814	48	1 278
2021	294	152	1 411	74	1 931
2022	324	153	1 371	110	1 958
Łącznie	1 244	674	4 984	366	7 268

Źródło: opracowanie własne



Rycina 2. Liczba zrealizowanych szkoleń/kursów w latach 2019-2022r. (źródło: opracowanie własne)

W 2021r. kształcenie podyplomowe ukończyło łącznie 45 681 osób, w tym 38469 pielęgniarek i 7212 położnych, co w porównaniu z latami ubiegłymi wskazuje na wyraźną różnicę, stanowiącą o 37% więcej uczestników kształcenia niż w 2020r. i o 11% mniej niż w 2019r. Nie bez znaczenia wpływ na wzrost liczby uczestników kształcenia w 2021r. miała sytuacja związana z wydłużeniem czasu trwania kształcenia rozpoczętego w 2019r. oraz w 2020r., a także możliwość zastosowania technik i metod kształcenia na odległość.

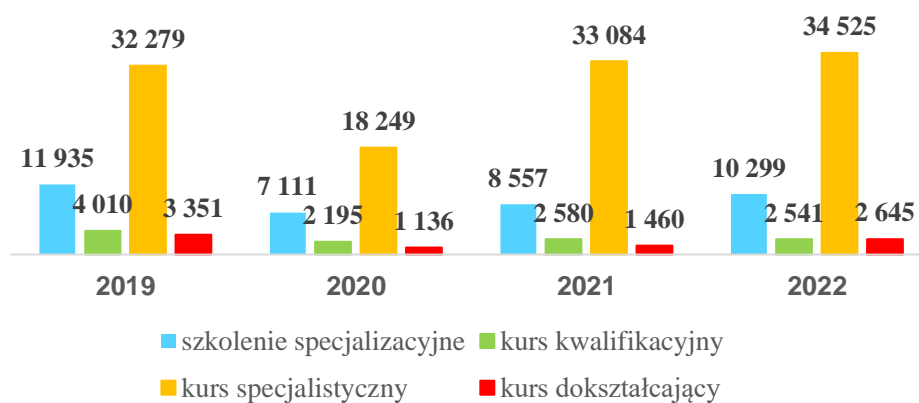
Dla porównania w 2022 r. kształcenie podyplomowe ukończyło łącznie 50010 osób, w tym 41847 pielęgniarek i 8163 położnych.

Porównując udział pielęgniarek i położnych w ujęciu procentowym, które ukończyły poszczególne rodzaje kształcenia w 2020r. i 2021r., stwierdza się, że w 2021r. szkolenia specjalizacyjne ukończyło 18,7% osób (w 2020 r. było to 24,8%), kursy kwalifikacyjne ukończyło 5,7% ogólnej liczby pielęgniarek i położnych biorących udział w kształceniu podyplomowym, (w 2020 r. było to 7,7%). Wzorem lat ubiegłych, najliczniejszą grupę, bo aż 72,4% (w 2020r. - 63,6%) stanowiły pielęgniarki i położne, które ukończyły kursy specjalistyczne, natomiast 3,2% stanowią osoby, które ukończyły kursy dokształcające (w 2020r. – 4,0%). Rok 2020 w porównaniu z latami ubiegłymi wskazuje na uzasadnioną różnicę, stanowiącą aż o 65 % mniej uczestników kształcenia niż w 2018r. i o 45% mniej niż w 2019r. Porównując udział pielęgniarek i położnych w ujęciu procentowym, które ukończyły poszczególne rodzaje kształcenia w 2020r., zauważalna jest duża analogia z poprzednim rokiem i tak szkolenia specjalizacyjne w 2020r. ukończyło 24,8% przeszkolonych, (w 2019 r. było to 23,1%), kursy kwalifikacyjne ukończyło 7,7% ogólnej liczby przeszkolonych, (w 2019 r. było to 7,8%). Wzorem lat ubiegłych, najliczniejszą grupę, bo aż 63,6% (w 2019r. - 62,6%) stanowiły pielęgniarki i położne, które ukończyły kursy specjalistyczne, natomiast 4% stanowią osoby, które ukończyły kursy dokształcające (w 2019 r. – 6,5%).

Tabela 2. Liczba pielęgniarek i położnych, które ukończyły poszczególne rodzaje kształcenia w latach 2019 – 2022 z uwzględnieniem grup zawodowych

Rodzaj kształcenia	2019 r.				2020 r.				2021 r.				2022 r.			
	Pielęgniarki	Położne	Łączna liczba pielęgniarek i położnych	%	Pielęgniarki	Położne	Łączna liczba pielęgniarek i położnych	%	Pielęgniarki	Położne	Łączna liczba pielęgniarek i położnych	%	Pielęgniarki	Położne	Łączna liczba pielęgniarek i położnych	%
Szkolenia specjalizacyjne	10 194	1 741	11 935	23,1	5 981	1 130	7 111	24,8	7 506	1 051	8 557	18,7	8 967	1 332	10 299	21
Kursy kwalifikacyjne	3 483	527	4 010	7,8	1 812	383	2 195	7,7	2 154	426	2 580	5,7	2 040	501	2 541	5,1
Kursy specjalistyczne	26 604	5 675	32 279	62,6	14 580	3 669	18 249	63,6	28 060	5 024	33 084	72,4	29 020	5 505	34 525	69
Kursy doksztalające	2 234	1 117	3 351	6,5	838	298	1 136	4	749	711	1 460	3,2	1 820	825	2 645	5,3
Łącznie	42 515	9 060	51 575	100	23 211	5 480	28 691	100	38 469	7 212	45 681	100	41 847	8 163	50 010	100

Źródło: opracowanie własne



Rycina 3. Liczba pielęgniarek i położnych, które ukończyły poszczególne rodzaje kształcenia w latach 2019 – 2022r.(źródło: opracowanie własne)

W 2022r. szkolenia specjalizacyjne ukończyło 20,6% osób (w 2021 r. było to 18,7%), kursy kwalifikacyjne ukończyło 5,1% ogólnej liczby pielęgniarek i położnych, (w 2021 r. było to 5,7%). Najliczniejszą grupę, bo aż 69% (w 2021r. - 72,4%) stanowiły pielęgniarki i położne, które ukończyły kursy specjalistyczne, natomiast 5,3% stanowią osoby, które ukończyły kursy doksztalające (w 2021r. – 3,2%).

Uwzględniając podział administracyjny kraju, w odniesieniu do miejsca realizacji kształcenia w latach 2019 – 2022, najwięcej pielęgniarek i położnych ukończyło kształcenie w województwach: mazowieckim (n= 28 362), śląskim (n= 20 881), małopolskim (n= 17 285), dolnośląskim (n= 14 834) oraz podkarpackim (n= 13 190). Nie bez znaczenia w takiej analizie jest odniesienie się do liczby zarejestrowanych pielęgniarek na terenie poszczególnych województw.

Tabela 3. Liczba pielęgniarek i położnych, które ukończyły poszczególne rodzaje kształcenia, z uwzględnieniem podziału administracyjnego kraju*

Województwo	Liczba zarejestrowanych pielęgniarek i położnych**	2019	2020	2021	2022 r.	Łącznie
		Łączna liczba pielęgniarek i położnych	Łączna liczba pielęgniarek i położnych	Łączna liczba pielęgniarek i położnych	Łączna liczba pielęgniarek i położnych	
dolnośląskie	27 650	3 572	2 428	5 030	3 804	14 834
kujawsko-pomorskie	17 574	2 218	1 402	1 869	2 287	7 776
lubelskie	22 113	3 113	1 639	2 685	3 041	10 478
lubuskie	7 863	646	487	512	811	2 456
łódzkie	22 071	2 713	973	2 550	2 894	9 130
małopolskie	31 137	5 694	2 447	4 256	4 888	17 285
mazowieckie	51 355	8 016	4 710	6 614	9 022	28 362
opolskie	8 888	806	570	839	640	2 855
podkarpackie	22 944	4 468	2 397	3 360	2 965	13 190
podlaskie	12 146	2 086	1 116	2 148	1 707	7 057
pomorskie	18 492	2 829	1 769	3 248	2 822	10 668
śląskie	45 244	6 517	2 941	5 206	6 217	20 881
świętokrzyskie	13 524	2 151	1 258	2 705	3 672	9 786
warmińsko-mazurskie	11 850	1 547	930	1 249	792	4 518
wielkopolskie	28 392	3 521	2 749	2 574	3 071	11 915
zachodniopomorskie	13 387	1 678	875	836	1 377	4 766
Łącznie	354 630	51 575	28 691	45 681	50 010	175 957

* Dane dotyczące liczby osób, które ukończyły poszczególne rodzaje kształcenia odnoszą się do miejsca realizacji kształcenia przez organizatora.

** Źródło: Ministerstwo Zdrowia, Departament Rozwoju Kadr Medycznych, stan na dzień 31.12.2022r.

Źródło: opracowanie własne

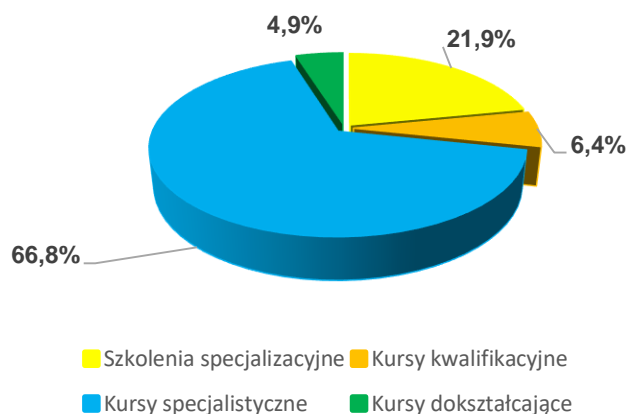
Analizując poszczególne rodzaje kształcenia podyplomowego, najliczniejsza grupa pielęgniarek i położnych w latach 2019 – 2022 ukończyła kursy specjalistyczne (n= 118137), kursy kwalifikacyjne (n=11326) oraz kursy doszkolające (n= 8592) Natomiast szkolenia specjalizacyjne ukończyło z pozytywnym wynikiem egzaminu państwowego 38719 pielęgniarek i położnych.

Tabela 4. Łączna liczba pielęgniarek i położnych, które ukończyły poszczególne rodzaje kształcenia w latach 2019 – 2022

Rok	2019	2020	2021	2022	Łącznie w latach 2019 – 2022	%
Rodzaj kształcenia	Łączna liczba pielęgniarek i położnych	Łączna liczba pielęgniarek i położnych	Łączna liczba pielęgniarek i położnych	Łączna liczba pielęgniarek i położnych		
Szkolenia specjalizacyjne	11 935	7 111	8 557	11 116	38 719	21,9%
Kursy kwalifikacyjne	4 010	2 195	2 580	2 541	11 326	6,4%

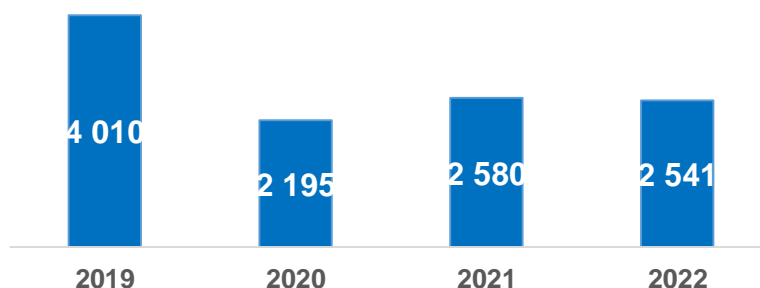
Kursy specjalistyczne	32 279	18 249	33 084	34 525	118 137	66,8%
Kursy doksztalcające	3 351	1 136	1 460	2 645	8 592	4,9%
Łącznie	51 575	28 691	45 681	50 010	176 774	100%

Źródło: opracowanie własne



Rycina 4. Prezentacja w ujęciu procentowym łącznej liczby ukończonych poszczególnych rodzajów kształcenia w latach 2019 – 2022 r. (źródło: opracowanie własne)

Kursy kwalifikacyjne. W latach 2019 – 2022 zrealizowano łącznie 674 kursy kwalifikacyjne we wszystkich obowiązujących dziedzinach kształcenia, które ukończyło łącznie 11326 osób, w tym 9489 pielęgniarek i 1837 położnych. W porównaniu z 2020 r. odnotowano wzrost liczby absolwentów tego rodzaju kształcenia o 15%.



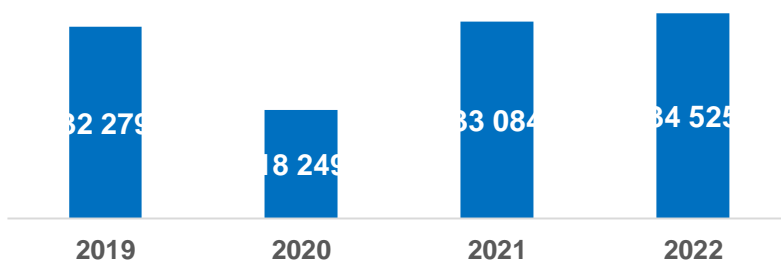
Rycina 5. Liczba absolwentów kursów kwalifikacyjnych w latach 2019-2022r. (źródło: opracowanie własne)

W roku 2022 najwięcej kursów zrealizowano w dziedzinach pielęgniarstwa:

- anestezyjologicznego i intensywnej opieki dla pielęgniarek – 29 kursów, ukończyło 586 osób;

- rodzinnego dla pielęgniarek – 33 kursy, ukończyły 507 osób;
- anestezyjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii – 12 kursów, ukończyło 244 osoby;
- operacyjnego dla położnych – 14 kursów, ukończyło 241 osób;
- opieki długoterminowej - 7 kursów, ukończyło 157 osób;
- operacyjnego dla pielęgniarek – 12 kursów, ukończyły 128 osób.

Kursy specjalistyczne. W latach 2019 – 2022 zrealizowano łącznie 4984 kursów specjalistycznych, które ukończyło łącznie 118137 osób, w tym 98264 pielęgniarki i 19873 położnych. W porównaniu z 2021r. odnotowano niewielki wzrost liczby absolwentów tego rodzaju kształcenia tj.: o 4,2%.



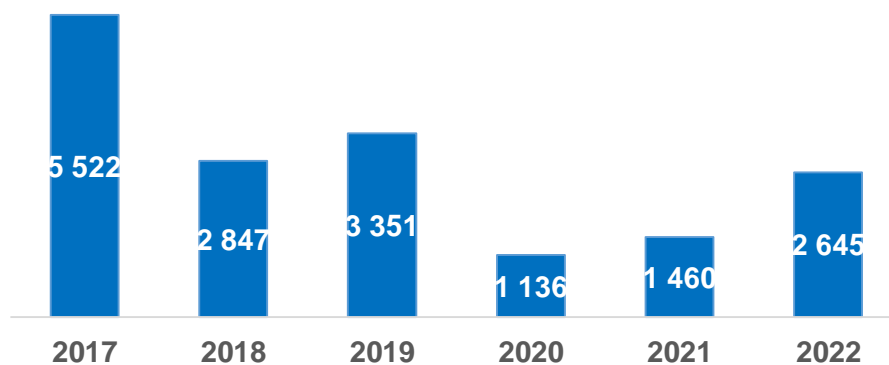
Rycina 6. Liczba absolwentów kursów specjalistycznych w latach 2019-2022r. (źródło: opracowanie własne)

W 2022r. najczęściej pielęgniarek i położnych ukończyło następujące kursy specjalistyczne:

- Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego u dorosłych – 245 kursów - 7035 osób;
- Resuscytacja krążeniowo-oddechowa – 245 kursów - 6908 osób;
- Wywiad i badania fizykalne – 188 kursów – 5725 osób;
- Szczepienia ochronne dla pielęgniarek – 141 kursów, 3014 osób.

Kursy doksztalcające. Najmniejszym zainteresowaniem wśród podejmujących kształcenie podyplomowe cieszyły się kursy doksztalcające, co zapewne wynika z faktu, że jest to rodzaj kształcenia, którego celem jest wyłącznie pogłębienie i aktualizacja wiedzy i umiejętności zawodowych.

W latach 2019 – 2022 zrealizowano 366 kursów doksztalcających, które ukończyło łącznie 8592 osób, w tym 5 641 pielęgniarki i 2951 położnych. W 2022 r. odnotowano wzrost liczby absolwentów tego rodzaju kształcenia, w porównaniu do 2021 roku. Najwięcej pielęgniarek ukończyło kursy z zakresu portów naczyniowych natomiast najczęściej położnych, ukończyło kurs z zakresu problemów w laktacji. Dla zobrazowania tendencji korzystania z tego rodzaju kształcenia podyplomowego w zestawieniu ujęto wcześniejsze lata.



Rycina 7. Liczba absolwentów kursów dokształcających w latach 2017-2022r. (źródło: opracowanie własne)

Szkolenia specjalizacyjne. Szkolenia specjalizacyjne w 2022 r. ukończyło 10299 pielęgniarek i położnych, natomiast do egzaminu państwowego przystąpiło 11147 osób. Tytuł specjalisty uzyskało 11 116 osób, w tym 9643 pielęgniarek oraz 1473 położnych w dziedzinach kształcenia, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 roku, w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (Dz.U. poz. 1562).

Najwięcej pielęgniarek uzyskało tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki (n=2460), pielęgniarstwa internistycznego (n=1618), natomiast najwięcej położnych w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego (n=940). Zdawalność dla poszczególnych egzaminów kształtowała się na poziomie 98,70% 100%, natomiast średnia punktów w przedziale od 105,81 do 134,41.



Rycina 8. Łączna liczba pielęgniarek i położnych, które uzyskały tytuł specjalisty w 2022 roku, z uwzględnieniem poszczególnych dziedzin pielęgniarstwa (źródło: opracowanie własne)

Wśród pielęgniarek i położnych, które uzyskały tytuł specjalisty w 2022r., 4330 (39%) osób korzystało z miejsc dofinansowanych przez Ministra Zdrowia ze środków publicznych, natomiast zdecydowana większość uczestników szkoleń, stanowiąca prawie 61%, nie korzystała z tego źródła dofinansowania (n=6.786).

Szkolenia specjalizacyjne dofinansowane ze środków publicznych. Z 813 szkoleń specjalizacyjnych realizowanych na przełomie 2022/2023r., 243 było dofinansowanych przez Ministra Zdrowia ze środków publicznych, w tym 127 rozpoczęło się w 2021r. i 116 rozpoczęło się w 2022 r., z łączną liczbą 5 292 pielęgniarek i położnych.

Zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia z dnia 13 grudnia 2021 r. w sprawie minimalnej liczby miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych, maksymalnej kwoty dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego oraz maksymalnej kwoty przeznaczonej na szkolenia specjalizacyjne w 2022 r., minimalna liczba miejsc szkoleniowych wynosiła 2525, maksymalną kwotą dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego było 3950 zł, natomiast maksymalna kwota ogółem przeznaczona na szkolenia specjalizacyjne w 2022r. wynosiła 10.000.000 zł.

W 2022 roku po raz kolejny, wskutek oferowanych przez organizatorów, niskich cen za jedno miejsce szkoleniowe, przeprowadzono łącznie dwa postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, w ramach których zaplanowano 3600 miejsc szkoleniowych. Ostatecznie limit ten uległ zmniejszeniu do 3450 miejsc, z uwagi na odstąpienie przez organizatorów od realizacji szkoleń, w kilku województwach, obejmujących łącznie 6 specjalizacji tj.: 150 miejsc (stan na 31 grudnia 2022r.). Za przyczynę odstąpienia organizatorzy podawali brak naboru na wybrane specjalizacje.

Na przestrzeni ostatnich dwóch lat, najniższe ceny zostały zaoferowane przez organizatora będącego przedsiębiorcą i była to kwota 1 600,00 zł oraz okręgową izbę pielęgniarek i położnych w kwocie 1392,60 zł.

W latach 2021-2022, oferowane najniższe i najwyższe ceny kształtowały się na porównywalnym poziomie, co nieustannie budzi wątpliwość, co do zagwarantowania wymaganej jakości kształcenia, a tym samym osiągnięcie przez uczestników zarówno efektów kształcenia określonych w programie specjalizacji, jak i pozytywnego wyniku na egzaminie państwowym.

Monitorowanie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych. W ramach działalności statutowej Centrum dokonuje weryfikacji harmonogramów kształcenia zamieszczonych w SMK, pod względem zgodności z programem kształcenia, zwłaszcza w zakresie kwalifikacji kadry dydaktycznej, doboru placówek stażowych oraz pod względem

posiadania wpisu w rejestrze podmiotów prowadzących kształcenie. Po pozytywnej weryfikacji, harmonogramy są publikowane w SMK, umożliwiając tym samym rozpoczęcie kształcenia i generowanie Elektronicznych Kart Kształcenia dla uczestników szkoleń.

W 2022 roku łącznie zweryfikowano i opublikowano 2081 harmonogramów, w tym:

- a) 454 harmonogramy dotyczące szkoleń specjalizacyjnych,
- b) 150 harmonogramów dotyczących kursów kwalifikacyjnych,
- c) 1477 harmonogramów dotyczących kursów specjalistycznych.

W wyniku prowadzonej weryfikacji skierowano do organizatorów kształcenia łącznie 255 opinii dotyczących m.in. niespójności pomiędzy informacjami zawartymi w harmonogramie (np. kwalifikacji wykładowców, opiekunów stażu, placówek stażowych), we wpisach do rejestru, a zapisami zawartymi w obowiązującym programie kształcenia.

W celu wydłużenia czasu trwania specjalizacji i kursu specjalistycznego, łącznie organizatorzy wystąpili z 9 wnioskami dotyczącymi: 4 szkoleń specjalizacyjnych, 5 kursów specjalistycznych.

Dodatkowo organizatorzy przesłali 2279 formularzy dotyczących prowadzenia kształcenia z wykorzystaniem technik i metod na odległość, w ramach: 1839 szkoleń specjalizacyjnych, 94 kursów kwalifikacyjnych, 346 kursów specjalistycznych.

Zmiany legislacyjne z zakresu kształcenia podyplomowego po wprowadzeniu stanu zagrożenia epidemiologicznego. Rok 2020 był szczególnym rokiem w realizacji kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych. Pojawiły się nowe okoliczności związane z wprowadzeniem w dniu 17 marca 2020 r., na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, stanu epidemii związanego z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, dotyczące braku możliwości prowadzenia kształcenia w trybie stacjonarnym, a także wstrzymania realizacji zajęć stażowych w jednostkach ochrony zdrowia prowadzących działalność leczniczą.

Poważnym problemem był brak możliwości kontynuowania rozpoczętego kształcenia, co stwarzało realne zagrożenie dla zachowania ram czasowych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2016 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz.U. poz.1761, z późn.zm.). W związku z powyższym koniecznym stało się umożliwienie wydłużenia czasu trwania szkoleń specjalizacyjnych, kursów kwalifikacyjnych oraz specjalistycznych, co ostatecznie nastąpiło w drodze zmiany przepisów wyżej wymienionego rozporządzenia. Takie rozwiązanie w 2020 roku na wniosek organizatorów, zostało zastosowane łącznie w 437 przypadkach i dotyczyło 159 szkoleń specjalizacyjnych, 74 kursów kwalifikacyjnych i 204 kursów specjalistycznych.

W roku 2021 kontynuowano wprowadzone rozwiązania, ale wniosków do Centrum wpłynęło o połowę mniej - 218 formularzy, w tym 132 dotyczyło szkoleń specjalizacyjnych, 15 kursów kwalifikacyjnych i 71 kursów specjalistycznych. Z kolei w roku 2022 wpłynęło tylko 9 formularzy, w tym 4 dotyczyły szkoleń specjalizacyjnych i 5 kursów specjalistycznych. Powyższe dane wskazują, że kształcenie w przeważającym stopniu odbywało się w zaplanowanym przez organizatora czasie i nie wymagało konieczności jego wydłużania, w takiej skali jaka miała miejsce podczas pierwszego roku pandemii.

Tabela 5. Liczba wniosków o wydłużenie czasu trwania kształcenia w latach 2020 – 2022r.

Rodzaj Kształcenia	Liczba wniosków o wydłużenie czasu trwania kształcenia		
	2020 r.	2021 r.	2022 r.
Szkolenia specjalizacyjne	159	132	4
Kursy kwalifikacyjne	74	15	--
Kursy specjalistyczne	204	71	5
Łącznie	437	218	9

Źródło: opracowanie własne

Drugą istotną zmianę w realizacji kształcenia podyplomowego wprowadzono nowelizacją przepisów w art. 78 ust 6-8 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej, dotyczących sposobu realizacji zajęć w sytuacji panującego stanu epidemii, a także ograniczonej dyspozycyjności kadry pielęgniarskiej szczególnie zaangażowanej w realizację zadań zawodowych. Mając na względzie powyższe, wprowadzono następujące rozwiązania:

- a) wykorzystanie metod i technik kształcenia na odległość w odniesieniu do zajęć teoretycznych, niezależnie od tego, czy zostało to przewidziane w programie kształcenia,
- b) indywidualną formę odbywania szkolenia praktycznego, także w podmiocie, w którym aktualnie pielęgniarka, położna uczestnicząca w kształceniu jest zatrudniona,
- c) możliwość weryfikacji osiągniętych efektów kształcenia z wykorzystaniem technologii informatycznych zapewniających kontrolę jej przebiegu i rejestrację.

Powyższe rozwiązania, pomimo trudnej sytuacji epidemiologicznej, umożliwiały prowadzenie kształcenia zarówno teoretycznego jak i praktycznego oraz miały znaczący wpływ na ciągłość realizacji kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych.

Uregulowania prawne dotyczące prowadzenia kształcenia z zastosowaniem metod i technik kształcenia na odległość spotkały się z dużym zainteresowaniem i akceptacją zarówno ze strony organizatorów jak i uczestników kształcenia, o czym świadczy znaczący przyrost szkoleń/kursów realizowanych z wykorzystaniem powyższej metody. Do Centrum wpłynęło

łącznie w 2021 roku 1270 zgłoszeń w tej sprawie, z których: 767 dotyczyło szkoleń specjalizacyjnych, 108 kursów kwalifikacyjnych i 395 kursów specjalistycznych. Powyższe dane oznaczają ponad trzykrotny wzrost zgłoszeń w porównaniu z 2020r., w którym odnotowano 375 zgłoszeń. Natomiast w 2022 roku do Centrum wpłynęło łącznie 2279 zgłoszeń o prowadzeniu kształcenia z zastosowaniem metod i technik kształcenia na odległość, z których 1839 dotyczyło szkoleń specjalizacyjnych, 94 kursów kwalifikacyjnych i 346 kursów specjalistycznych. (Tab.2.).

Tabela 6. Liczba zgłoszeń o prowadzeniu kształcenia z zastosowaniem metod i technik kształcenia na odległość w latach 2020 – 2022r.

Rodzaj Kształcenia	Liczba zgłoszeń o prowadzeniu kształcenia z zastosowaniem metod i technik kształcenia na odległość		
	2020 r.	2021 r.	2022 r.
Szkolenia specjalizacyjne	271	767	1 839
Kursy kwalifikacyjne	32	108	94
Kursy specjalistyczne	72	395	346
Łącznie	375	1 270	2 279

Źródło: opracowanie własne

Państwowy Egzamin Specjalizacyjny w zmieniającej się sytuacji epidemiologicznej.

Państwowy Egzamin Specjalizacyjny realizowany jest w oparciu o Regulamin Egzaminu Państwowego opracowany przez Dyrektora Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych na podstawie Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 kwietnia 2018 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 29) i zatwierdzony przez Ministra Zdrowia. Obecnie egzamin państwowy procedowany jest w oparciu o Regulamin zatwierdzony dnia 9 grudnia 2020 roku. Regulamin określa tryb i zasady przeprowadzania egzaminu państwowego dla pielęgniarek i położnych, które ukończyły specjalizację albo zostały zwolnione z obowiązku jej odbywania w całości na podstawie art. 67 ust. 3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2022 r. poz.2702, z późniejszymi zmianami), oraz szczegółowe warunki i tryb pracy państwowej komisji egzaminacyjnej.

Egzamin polega na teoretycznym sprawdzeniu stopnia opanowania przez pielęgniarkę, położną specjalistycznej wiedzy i umiejętności objętych programem specjalizacji, w formie egzaminu testowego ustalanego na każdą sesję egzaminacyjną, dla każdej dziedziny będącej przedmiotem specjalizacji. Do egzaminu może przystąpić pielęgniarka, położna, która spełnia wymogi formalne określone w §10 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2016r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz.U. poz.1761,

z późniejszymi zmianami.) i która została zakwalifikowana do egzaminu przez Komisję. Począwszy od dnia 1 lipca 2017 r., wniosek o zakwalifikowanie do egzaminu składany jest za pomocą SMK. Centrum w każdym roku zapewnia organizację 34 egzaminów państwowych przygotowując plan na każdą sesję odrębnie, który po zatwierdzeniu przez Ministra Zdrowia umieszcza na stronie internetowej. Na podstawie danych retrospektywnych uzyskanych w latach 2017 – 2022 do egzaminu rocznie przystępowało średnio 8 tysięcy pielęgniarek i położnych. Członkowie Państwowej Komisji Egzaminacyjnej, wybierani w drodze zapytania ofertowego, odrębnie dla każdej dziedziny będącej przedmiotem egzaminu, na wniosek Centrum, powoływani są przez Ministra Zdrowia.

W związku z wprowadzeniem stanu epidemii na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, w ramach działań związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 między innymi:

1. Przygotowano propozycję zmiany przepisów umożliwiających odwołanie egzaminów i wydłużenie czasu trwania sesji egzaminacyjnej, realizację egzaminów państwowych w stanie epidemii lub w stanie zagrożenia epidemiologicznego oraz odbiór dyplomów specjalisty drogą pocztową po wcześniejszym złożeniu wniosku.
2. Przygotowano na podstawie rekomendacji przekazanych przez Głównego Inspektora Sanitarnego, wytyczne dotyczące bezpieczeństwa epidemiologicznego podczas przeprowadzania egzaminu państwowego w stanie epidemii lub w stanie zagrożenia epidemiologicznego dla zdających, komisji oraz obiektu, w którym przeprowadzane są egzaminy.

Decyzją Ministra Zdrowia, począwszy od 15 marca 2020 r. egzaminy państwowe zaplanowane w sesji wiosennej 2020 r. zostały odwołane, a sesja egzaminacyjna wydłużona. Pozostałe egzaminy zostały przeprowadzone w terminie od 15 czerwca do 25 lipca 2020 roku. W trosce o bezpieczeństwo osób zdających oraz członków państwowej komisji egzaminacyjnej, egzaminy państwowe przeprowadzano z zachowaniem reżimu sanitarnego w oparciu o wytyczne dotyczące bezpieczeństwa epidemiologicznego.

W latach 2019 – 2022 zrealizowano łącznie 1244 szkolenia specjalizacyjne we wszystkich obowiązujących dziedzinach kształcenia, które **pozytywnym wynikiem egzaminu** ukończyło łącznie 42012 osób. Liczba osób, które ukończyły szkolenie specjalizacyjne nie jest tożsama z liczbą osób, które uzyskały pozytywny wynik egzaminu państwowego. Analizując poszczególne dziedziny kształcenia, najwięcej pielęgniarek uzyskało tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego (n=6973), następnie w dziedzinie anestezjologii i intensywnej opieki (n=6969) oraz chirurgicznego (n=5984). Najliczniejsza

grupa położnych uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego (n=3 984).

Tabela 7. Liczba osób, które uzyskały tytuł specjalisty w latach 2019 – 2022 z uwzględnieniem dziedzin pielęgniarstwa

Lp.	Dziedzina kształcenia	2019 r.	2020 r.	2021 r.	2022 r.
		Łączna liczba pielęgniarek i położnych	Łączna liczba pielęgniarek i położnych	Łączna liczba pielęgniarek i położnych	Łączna liczba pielęgniarek i położnych
1.	Ochrona zdrowia pracujących	40	22	84	62
2.	Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki	2 000	1 136	1 373	2 460
3.	Pielęgniarstwo chirurgiczne	2 394	941	1 130	1 519
4.	Pielęgniarstwo epidemiologiczne	263	82	208	245
5.	Pielęgniarstwo geriatryczne	500	194	164	200
6.	Pielęgniarstwo ginekologiczne	1	--	--	--
7.	Pielęgniarstwo ginekologiczno-położnicze	1 435	709	900	940
8.	Pielęgniarstwo internistyczne	2 980	969	1 406	1 618
9.	Pielęgniarstwo kardiologiczne	1	--	--	--
10.	Pielęgniarstwo neonatologiczne	623	493	327	499
11.	Pielęgniarstwo onkologiczne	599	260	290	420
12.	Pielęgniarstwo operacyjne	796	370	547	696
13.	Pielęgniarstwo opieki długoterminowej	370	141	219	293
14.	Pielęgniarstwo opieki paliatywnej	585	202	209	280
15.	Pielęgniarstwo pediatryczne	617	315	320	578
16.	Pielęgniarstwo psychiatryczne	803	390	490	570
17.	Pielęgniarstwo ratunkowe	220	149	78	136
18.	Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek	896	607	603	461
19.	Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych	118	169	157	139
20.	Pielęgniarstwo zachowawcze	--	1	--	--
Łącznie		15 241	7 150	8 505	11 116

Źródło: opracowanie własne

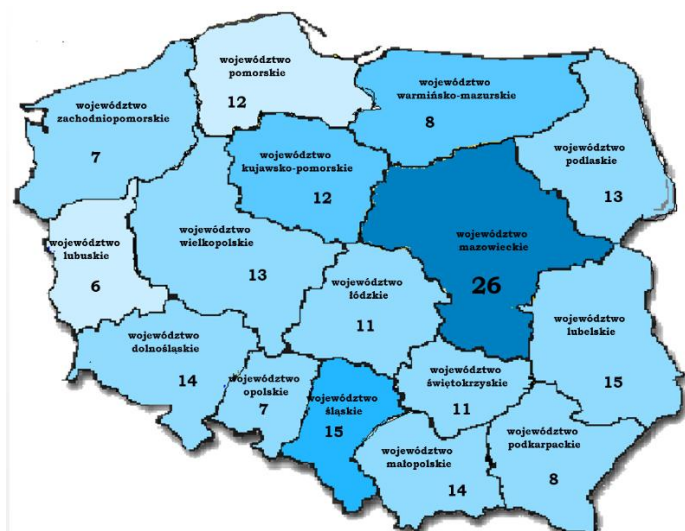
Zgodnie z wymaganiami określonymi w ustawie z 22 lipca 2018 r. o dokumentach publicznych oraz rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 11 lipca 2019 r. w sprawie wykazu dokumentów publicznych, dyplom specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa został określony jako dokument publiczny kategorii drugiej, w związku z powyższym prowadzono prace mające na celu opracowanie nowego wzoru dyplomu. Efektem tych prac jest zatwierdzenie przez Komisję do spraw dokumentów publicznych nowego wzoru dyplomu, który oprócz zmienionej grafiki, posiada także niezbędne zabezpieczenia chroniące dokument przed fałszerstwem.

Działalność organizatorów kształcenia. W oparciu o analizę formy organizacyjno-prawnej, w Ewidencji Organizatorów Kształcenia, prowadzonej przez Centrum, zgodnie z art. 80 ust. 4 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2022 poz. 2702 z późn. zm.) na dzień 31 grudnia 2022 roku było zarejestrowanych 261 organizatorów, w tym:

- a) 101 organizatorów, to podmioty określone w art. 75 ust1 pkt 1, tj.: uczelnie, szkoły prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz podmioty lecznicze,
- b) 160 organizatorów, to podmioty określone w art. 75 ust1 pkt 2, tj.: uprawnieni do prowadzenia kształcenia po uzyskaniu wpisu do właściwego rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe, w tym 123 to przedsiębiorcy, a 37 to okręgowe izby pielęgniarek i położnych

W 2022 roku zarejestrowano 6 nowych organizatorów kształcenia, w 2021 – także 6, natomiast w roku 2020 nie zarejestrowano nowych organizatorów. Dla porównania w roku 2019 zarejestrowano 8 nowych organizatorów, z kolei 7 organizatorów w latach 2020 - 2022 zgłosiło zakończenie działalności.

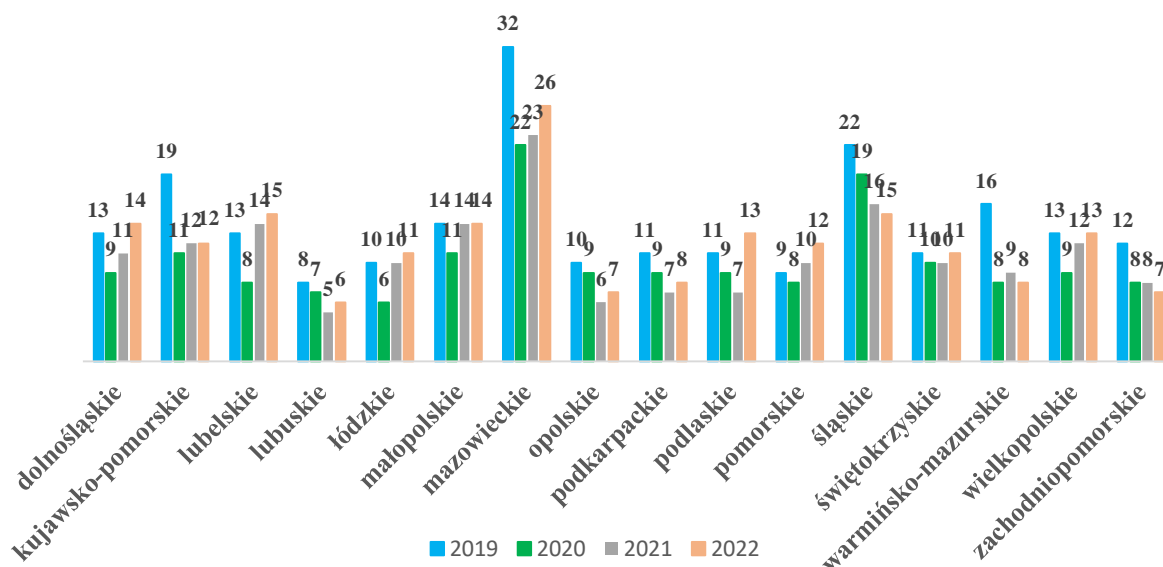
Biorąc pod uwagę aktywność szkoleniową organizatorów kształcenia na terenie poszczególnych województw za rok 2022, najliczniejsza grupa organizatorów realizowała kształcenie na terenie województwa mazowieckiego (n=26) natomiast najmniej liczną grupę stanowiły podmioty prowadzące kształcenie na terenie województwa lubuskiego (n=6).



Rycina 9. Aktywność szkoleniowa organizatorów kształcenia w 2022 roku (źródło: opracowanie własne)

Aktywność szkoleniowa na terenie poszczególnych województw w latach 2019 – 2022, czyli z okresu przed pandemią COVID-19 oraz w trakcie obowiązywania regulacji związanych z zagrożeniem rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2 rozkłada się w bardzo podobny

sposób i jest związana z liczbą zarejestrowanych pielęgniarek i położnych na terenie poszczególnych województw.



Rycina 10. Aktywność szkoleniowa organizatorów kształcenia na terenie poszczególnych województw w latach 2019 – 2022r. (źródło: opracowanie własne)

Wyzwania dla kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych.

1. Dostrzegając wagę problemów polskiego pielęgniarstwa i położnictwa rozpoczęto dyskusję na wiodących uczelniach kształcących pielęgniarki i położne, z udziałem autorytetów naukowych, konsultantów, przedstawicieli Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, która stała się swego rodzaju diagnozą sytuacji. Omawianiu podlegało pięć obszarów: problemy współczesnego pielęgniarstwa i położnictwa – diagnoza i propozycje rozwiązań; kształcenie – stan obecny i kierunki działań; normy zatrudnienia; prestiż i promocja zawodu oraz cyfryzacja.

Kolejnym krokiem była decyzja Ministra Zdrowia o powołaniu zespołu ekspertów, który opracuje strategię stanowiącą dokument, zawierający jednocześnie propozycję rozwiązań systemowych. Efektem dyskusji i prac rozpoczętych w 2017 roku było przyjęcie przez Radę Ministrów w październiku 2019 roku, dokumentu „Polityka wieloletnia Państwa na rzecz pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce”. Ten kompleksowy akt opisuje strategię działania na rzecz polskiego pielęgniarstwa i położnictwa. Dla obszaru kształcenia podyplomowego przewidziano osiem działań prowadzących do wdrożenia zmian w systemie kształcenia podyplomowego.

Działanie 1. Zmniejszenie liczby dziedzin specjalizacji (do 10), kursów kwalifikacyjnych, kursów specjalistycznych.

Działanie 2. Wyodrębnienie dziedzin specjalizacji przeznaczonych wyłącznie dla magistrów pielęgniarstwa i magistrów położnictwa.

Działanie 3. Przebudowa programów kształcenia podyplomowego (e-learning do 50% kształcenia teoretycznego, weryfikacja liczby godzin kształcenia, kształcenie modułowe, mentor).

Działanie 4. Podejmowanie działań zmierzających do utworzenia na poziomie Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych platformy do zamieszczania materiałów edukacyjnych dla uczestników szkoleń.

Działanie 5. Dofinansowanie specjalizacji ze środków publicznych zgodnej z profilem zatrudnienia.

Działanie 6. Podejmowanie działań zmierzających do zwiększenia dofinansowania specjalizacji ze środków budżetowych.

Działanie 7. Podejmowanie działań na rzecz finansowania ze środków budżetowych innych form kształcenia podyplomowego, np. kursów kwalifikacyjnych.

Działanie 8. Wypracowanie akredytacji dla wszystkich rodzajów kształcenia podyplomowego dla pielęgniarek i położnych.

Działanie 9. Prowadzenie szkoleń specjalizacyjnych wyłącznie przez uczelnie prowadzące kształcenie na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo na pierwszym i drugim stopniu, instytuty badawcze prowadzące działalność kliniczną, samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych, pod warunkiem posiadania akredytacji.

Sytuacja epidemiologiczna związana z pandemią COVID -19, miała niewątpliwie wpływ na przyspieszenie realizacji niektórych działań, co niewątpliwie powinno być obecnie poddane weryfikacji, aby pielęgniarki i położne mając zagwarantowane prawo, ale i obowiązek stałego aktualizowania wiedzy i umiejętności mogły korzystać z dostępnych form podnoszenia swoich kwalifikacji.

2. Rozpoczęto także dyskusję nad koncepcją wykorzystania potencjału narzędzi sztucznej inteligencji w sektorze ochrony zdrowia, szczególnie w zakresie przewidywania skuteczności określonych terapii, czy też narzędzi diagnostycznych. W medycynie, ze sztuczną inteligencją mamy do czynienia wtedy, kiedy złożony algorytm, podobny do sieci neuronowych człowieka, jest w stanie podjąć indywidualną decyzję w oparciu o zmienne, które mu dostarczone. Jednakże kompleksowa bioinformatyczna analiza danych, wykorzystywana do budowy algorytmów, wymaga dostępu do bardzo obszernych i bardzo

dobrych zbiorów danych, w tym unikalnych danych medycznych. Dlatego też niezbędne jest skuteczne wdrażanie elektronicznej dokumentacji medycznej, która będzie stanowić bazę do budowania algorytmów wykorzystywanych przez sztuczną inteligencję, co w konsekwencji może znacznie przyspieszyć i usprawnić proces diagnostyczny, terapeutyczny i podnieść jakość opieki. Poważnym problemem związanym z kwestią korzystania z potencjału sztucznej inteligencji jest brak uregulowań prawnych, także tych odnoszących się do odpowiedzialności za błędy jakie mogą być konsekwencją korzystania ze sztucznej inteligencji w procesie diagnostyczno-terapeutycznym.

3. Humanizacja medycyny staje się coraz bardziej nośnym terminem w rozlicznych debatach publicznych na temat systemu ochrony zdrowia. Obejmuje swym zakresem koordynację, postrzeganą jako formę zaopiekowania się pacjentem oraz naukę komunikacji na różnych poziomach percepcji, także w zespole terapeutycznym. Pomocne w rozwijaniu tych umiejętności są Centra Symulacji Medycznej, gdzie podczas ćwiczeń odgrywane są różne scenki rodzajowe często z udziałem profesjonalnych aktorów. Ten swoisty trening pracowników ochrony zdrowia ma na celu podniesienie skuteczności i jakości praktycznego nauczania, do którego z powodzeniem można wykorzystać różne nowe technologie w tym sztuczną inteligencję.

Wnioski

1. Analizując realizację różnych form kształcenia podyplomowego obserwuje się pewną stabilizację trendów związanych z ilością szkoleń specjalizacyjnych, kursów kwalifikacyjnych czy kursów specjalistycznych.
2. Wprowadzone uregulowania prawne, pomimo trudnej sytuacji epidemiologicznej, umożliwiały prowadzenie kształcenia zarówno teoretycznego jak i praktycznego oraz miały znaczący wpływ na ciągłość realizacji kształcenia podyplomowego.
3. Realizowanie kształcenia, z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość, mimo iż sprawdza się w przypadku realizacji zajęć teoretycznych, utrudnia jednak nabywanie szczególnie nowych umiejętności praktycznych.
4. Prezentowane w materiale wyniki przeprowadzonych analiz stanowią jednocześnie próbę wskazania obszarów, wymagających zmian w dalszym procesie realizacji kształcenia podyplomowego.

Rekomendacje. Mając na uwadze dynamiczne zmiany zachodzące w systemie ochrony zdrowia kształcenie podyplomowe kadr medycznych powinno być spójne z kierunkami polityki zdrowotnej w Polsce, czyli:

- odpowiadać zapotrzebowaniu na określonych specjalistów,
- szybko reagować na pojawiające się zmiany systemowe oraz
- uwzględniać trendy demograficzne.

Rekomendowane jest dążenie do efektywnego wykorzystania kadry specjalistów w placówkach ochrony zdrowia. Wymaga to jednak przebudowy systemu kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych. Odpowiednio zaprojektowana koncepcja kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych powinna być realizowana przez ośrodki posiadające akredytację oraz zgodnie z ustaloną ścieżką rozwoju zawodowego, określającą poziomy kwalifikacji i kompetencji szkolącej się kadry.

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa (Dz.U. z 2022 poz. 2702 z późn.zm.);
2. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2016 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz.U. poz. 1761, z późn.zm.);
3. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 marca 2012 r. w sprawie Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych (Dz. Urz. Ministra Zdrowia, Poz. 10 oraz z 2018 r. poz. 29);
4. Załącznik do uchwały nr 124/2019 Rady Ministrów z dnia 15 października 2019 r. „Polityka wieloletnia Państwa na rzecz pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce”. <https://www.gov.pl/attachment/b8d71668-86e1-49b0-957e-d299fa41eb48>, 20.04. 2023 r.;
5. Regulamin Egzaminu Państwowego zatwierdzony przez Ministra Zdrowia dnia 9 grudnia 2020 r.;
6. Ewidencji Organizatorów Kształcenia, prowadzona przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.
7. <https://www.rynekzdrowia.pl/Prawo/Sztuczna-inteligencja-w-medycynie-Brak-regulacji-prawnych-moze-spowodowac-szereg-problemow,244998,2.html> 25.04.2023 r.;
8. <https://www.hccongress.pl/2023/pl/panel/5694.html> Humanizacja medycyny w procesie kształcenia kadr medycznych, 26.04.2023 r.;
9. Materiały konferencyjne z konferencji organizowanej przez Ministerstwo Zdrowia wspólnie z Ministerstwem Cyfryzacji dnia 30.09.2019 r. pt. „Dane dla zdrowia: wykorzystanie AI w medycynie”

OPINIE STUDENTÓW PIELEŃNIARSTWA NA TEMAT PRZEBIEGU ZAJĘĆ PROWADZONYCH W RAMACH SYMULACJI MEDYCZNEJ NISKIEJ WIERNOŚCI

DOROTA MILECKA

Wstęp. Metoda edukacyjna oparta na doświadczeniu dzięki symulacji medycznej została wprowadzona do kształcenia pielęgniarek wraz z uruchomieniem Centrów Symulacji Medycznej. Tradycyjna metoda pokazu została wzbogacona scenariuszami symulacji medycznej niskiej, pośredniej i wysokiej wierności. Obowiązek wynikający z monitorowania jakości kształcenia obejmuje 3 zakresy: hospitacje zajęć prowadzone przez Instytutową Komisję ds. Wewnętrznej Oceny Jakości Kształcenia w Instytucie Medycznym PWSZ w Głogowie, ocenę przebiegu zajęć przez studentów, ale także samoocenę kompetencji własnych przez samych studentów. W związku z powyższym, omawiany zakres 2. i 3. został objęty niniejszym badaniem.

Cel pracy. Głównym celem badania było poznanie opinii studentów na temat przebiegu zajęć w MCSM w zakresie symulacji medycznej Niskiej Wierności oraz samooceny kompetencji studentów przed i po zajęciach.

Material i metoda. Badanie zostało przeprowadzone wśród 30 studentów I roku pielęgniarstwa - studiów I stopnia przy PWSZ w Głogowie, w okresie od 1.12.2022 r. do 23.03.2023 r. metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankietową z wykorzystaniem ankiet zaplanowanych do ewaluacji jakości kształcenia w zakresie zajęć symulacji medycznej NW zgodnie z zapisami Regulaminu Organizacyjnego MCSM PWSZ w Głogowie. Autorski kwestionariusz ankiety ewaluacyjnej zawierał pytania dotyczące samooceny studenta dotyczącej wiedzy oraz umiejętności przed i po zajęciach, a także oceny realizacji zajęć.

I. Samoocena studenta przed zajęciami oraz po zajęciach dotyczyła:

- Niezbędnej wiedzy do wykonywania swojej roli
- Poziomu umiejętności do wykonywania swojej roli
- Znajomości procedur niezbędnych do realizacji scenariusza
- Znajomości algorytmów umiejętności technicznych

Skala ocen od 1-10 przy czym 1- oznacza najniższą ocenę, a 10 najwyższą ocenę swoich kompetencji.

II. Ocena studenta dotycząca realizacji zajęć przez nauczyciela akademickiego -instruktora zawierała pytania:

- Czy miała Pani/miał Pan przedstawiony temat, cel ogólny, cele szczegółowe dotyczące zajęć w CSM, ale jeszcze przed zajęciami ?
- Czy dostała Pani/dostał Pani materiały przygotowawcze do zajęć w CSM: scenariusz oraz zakres wiedzy w szczególny sposób związany z przypadkiem klinicznym oraz procedurami i algorytmami postępowania jakie będą realizowane w trakcie scenariusza (w części przeznaczony dla studenta).
- Czy nauczyciel prowadzący zajęcia zapoznał Panią/Pana ze sprzętem przed rozpoczęciem scenariusza?
- Czy nauczyciel instruktor prowadzący zajęcia przedstawił przebieg danej procedury/umiejętności metodą 4 kroków?
- Czy nauczyciel prowadzący zajęcia przydzielił role dla studentów biorących udział w realizacji scenariusza?.

Możliwe odpowiedzi: tak, nie, częściowo, brak odpowiedzi.

III. Samoocena postępów studenta po zakończeniu zajęć zawierała pytania:

- W jakim stopniu wzrosła Pani/Pana wiedza po zajęciach w CSM?
- W jakim stopniu wzrosła Pani/Pana umiejętność obsługi sprzętu?
- W jakim stopniu wzrosła Pani/Pana umiejętność manualne ?

Odpowiedzi: bardzo wysokim, wysokim, raczej wysokim, niskim, bardzo niskim, brak odpowiedzi.

IV. Pytania otwarte (informacje zwrotne studentów skierowane do siebie):

- Moje mocne strony w wykonywaniu czynności:...
- W czasie zajęć nauczyłam się:...
- W przyszłości chciałabym skorygować:..
- Co pomoże mi we wprowadzeniu zmiany: ...
- W przyszłej pracy będę wykorzystywać:..
- Chcę podziękować sobie, że podczas zajęć:..

Poszukiwane zależności/pytania badawcze:

1. Jak ocena studentów dotycząca realizacji zajęć wpływa na samoocenę kompetencji studentów po zajęciach w ramach symulacji niskiej wierności?

Kompetencje podlegające samoocenie: niezbędna wiedza do wykonywania swojej roli, poziom umiejętności do wykonywania swojej roli, znajomość procedur niezbędnych do realizacji scenariusza, znajomość algorytmów umiejętności technicznych.

2. Jak ocena studentów dotycząca realizacji zajęć wpływa na samoocenę postępów po zajęciach (samoocena studentów w zakresie stopnia wzrostu wiedzy, umiejętności obsługi sprzętu oraz umiejętności manualnych po zajęciach w MCSM)?

Zastosowane analizy statystyczne. Analizę zmiennych ilościowych (tj. wyrażonych liczbą) przeprowadzono wyliczając średnią, odchylenie standardowe, medianę oraz kwartyle. Porównanie wartości zmiennych ilościowych w dwóch grupach wykonano za pomocą testu Manna-Whitney'a. Analizę zmiennych jakościowych (tj. niewyrażonych liczbą) przeprowadzono wyliczając liczbę i procent wystąpień każdej z wartości. Porównanie wartości zmiennych jakościowych w grupach wykonano za pomocą testu chi-kwadrat lub dokładnego testu Fishera tam, gdzie w tabelach pojawiały się niskie licznosci oczekiwane. W analizie przyjęto poziom istotności 0,05. A więc wszystkie wartości p poniżej 0,05 interpretowano jako świadczące o istotnych zależnościach. Analizę wykonano w programie R, wersja 4.3.0.

R Core Team (2023). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>

Wyniki. Grupę badawczą stanowili studenci, którzy uczestniczyli w zajęciach symulacji medycznej niskiej wierności realizowanych metodą 4 kroków. Do badania uzyskano 147 ankiet w ramach 27 scenariuszy symulacji medycznej niskiej wierności prowadzonych przez 5 instruktorów. W związku z powyższym część scenariuszy powtórzyła się z uwagi na prowadzenie ich przez różnych instruktorów.

Samoocena wiedzy i umiejętności studentów przed zajęciami symulacji NW, wyniosła: średnia -17,95 punktów (44,88%); po zajęciach średnia - 35,21 punktów (88,02%) na 40 możliwych punktów i obejmowała: niezbędną wiedzę do wykonywania swojej roli, poziom umiejętności do wykonywania swojej roli, znajomość procedur niezbędnych do realizacji scenariusza oraz znajomość algorytmów umiejętności technicznych. Podsumowując, samoocena studentów wzrosła o 43,14%.

Studenci najniższą samoocenę własnych umiejętności przed zajęciami i po zajęciach uzyskali w odniesieniu do scenariusza pod tytułem: pomiar ciśnienia tętniczego (przed zajęciami scenariusz nr 26. średnia 5,14 oraz po zajęciach scenariusz nr 5. średnia 32.). Inne scenariusze z najniższą samooceną przed zajęciami to: zgłębnikowanie żołądka, wkłucie dożylnie, iniekcja domięśniowa, kolejno: scenariusz nr 14. średnia 7,5; scenariusz nr 27. średnia 10,14 oraz scenariusz nr 19. średnia 10.33.; natomiast z najniższą samooceną po zajęciach: cewnikowanie pęcherza u mężczyzny, bandażowanie kończyny górnej i dolnej, zgłębnikowanie żołądka, bandażowanie uda (kolejno scenariusz nr 2, 6, 4, 12; średnie w przedziale 33,4-33,8 punktów na 40 możliwych). Uzyskane wyniki szczegółowo przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Samoocena kompetencji studentów przed i po zajęciach w ramach symulacji niskiej wierności z podziałem na scenariusze.

l.p.	Umiejętność/Procedura	suma punktów przed zajęciami	suma punktów po zajęciach	średnia przed zajęciami	średnia po zajęciach	różnica średnich	liczba ankiet	% przed zajęciami	% po zajęciach	różnica %
1.	Iniekcja śródskórna I.	143	184	28,60	36,80	8,20	5	71,50	92,00	20,50
2.	Cewnikowanie pęcherza moczowego mężczyzny	71	167	14,20	33,40	19,20	5	35,50	83,50	48,00
3.	Cewnikowanie pęcherza moczowego kobiety	91	138	22,75	34,50	11,75	4	56,88	86,25	29,38
4.	Zgłębnikowanie żołądka I.	56	134	14,00	33,50	19,50	4	35,00	83,75	48,75
5.	Pomiar ciśnienia tętniczego -I	87	96	29,00	32,00	3,00	3	72,50	80,00	7,50
6.	Bandażowanie kończyny górnej i dolnej	153	368	13,91	33,45	19,55	11	34,77	83,64	48,86
7.	Dezynfekcja rąk	96	142	24,00	35,50	11,50	4	60,00	88,75	28,75
8.	Okład rozgrzewający	90	171	18,00	34,20	16,20	5	45,00	85,50	40,50
9.	Pomiar ciśnienia tętniczego II.	108	172	21,60	34,40	12,80	5	54,00	86,00	32,00
10.	Zmiana bielizny osobistej	101	176	20,20	35,20	15,00	5	50,50	88,00	37,50
11.	Pomiar tętna I.	79	143	19,75	35,75	16,00	4	49,38	89,38	40,00
12.	Bandażowanie uda	98	169	19,60	33,80	14,20	5	49,00	84,50	35,50
13.	Mycie włosów	79	172	15,80	34,40	18,60	5	39,50	86,00	46,50
14.	Zgłębnikowanie żołądka II.	30	150	7,50	37,50	30,00	4	18,75	93,75	75,00
15.	Iniekcja śródskórna II.	127	182	25,40	36,40	11,00	5	63,50	91,00	27,50
16.	Obliczanie dawek leków	132	174	26,40	34,80	8,40	5	66,00	87,00	21,00
17.	Podanie leku dopochwowo	72	141	18,00	35,25	17,25	4	45,00	88,13	43,13
18.	Podanie leku do nosa	95	144	23,75	36,00	12,25	4	59,38	90,00	30,63
19.	Wklucie dożylnie I.	62	224	10,33	37,33	27,00	6	25,83	93,33	67,50
20.	Iniekcja śródskórna III.	88	232	14,67	38,67	24,00	6	36,67	96,67	60,00
21.	Zgłębnikowanie żołądka III.	65	232	10,83	38,67	27,83	6	27,08	96,67	69,58
22.	Iniekcja śródskórna IV.	144	240	20,57	34,29	13,71	7	51,43	85,71	34,29
23.	Wklucie dożylnie II.	139	245	19,86	35,00	15,14	7	49,64	87,50	37,86
24.	Zgłębnikowanie żołądka IV.	136	244	19,43	34,86	15,43	7	48,57	87,14	38,57
25.	Pomiar tętna II.	79	249	11,29	35,57	24,29	7	28,21	88,93	60,71
26.	Pomiar ciśnienia tętniczego III.	36	239	5,14	34,14	29,00	7	12,86	85,36	72,50
27.	Iniekcja domięśniowa	71	247	10,14	35,29	25,14	7	25,36	88,21	62,86
	Razem	2528	5175	17,95	35,21	17,26	147	44,88	88,02	43,14

Średnia arytmetyczna oraz % obliczone do 40 punktów możliwych do uzyskania w ramach danego scenariusza.

Studenci przed zajęciami najniżej ocenili swoje umiejętności techniczne: 40% z możliwych do uzyskania punktów (590 pkt. na 1470 możliwych do uzyskania), najwyżej-

poziom wiedzy: 47% z możliwych do uzyskania punktów. Po zajęciach natomiast najwyższą ocenę uzyskała znajomość procedur do realizacji scenariusza: 89% z możliwych do uzyskania punktów. Uzyskane wyniki szczegółowo przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Samoocena kompetencji studentów przed i po zajęciach w ramach symulacji niskiej wierności z podziałem na kompetencje.

l.p.	Rodzaj kompetencji	Przed zajęciami		Po zajęciach		max. liczba punktów możliwa do uzyskania
		Liczba punktów	%	Liczba punktów	%	
1.	Niezbędna wiedza do wykonywania swojej roli	685	47	1294	88	1470
2.	Poziom umiejętności do wykonywania swojej roli	640	44	1284	87	1470
3.	Znajomość procedur niezbędnych do realizacji scenariusza	613	42	1304	89	1470
4.	Znajomość algorytmów umiejętności technicznych	590	40	1293	88	1470
	Razem	2528		5175		5880

Procent obliczony do 1470 punktów możliwych do uzyskania na daną kompetencję.

Na pytanie: w jakim stopniu wzrosła wiedza, umiejętność obsługi sprzętu, umiejętności manualne po zajęciach w MCSM, ok. 80 % studentów ocenia, że „wysoko” i „bardzo wysoko”. Najwyżej został oceniony wzrost poziomu wiedzy: 121 odpowiedzi (82% badanych), następnie wzrost umiejętności obsługi sprzętu: 118 odpowiedzi (80% badanych), najniżej choć na porównywalnym poziomie wzrost poziomu umiejętności manualnych: 113 odpowiedzi (76% badanych). Uzyskane wyniki szczegółowo przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Samoocena studentów w zakresie stopnia wzrostu wiedzy, umiejętności obsługi sprzętu oraz umiejętności manualnych po zajęciach w MCSM.

l.p.	Oceniany obszar	Liczba odpowiedzi	% odpowiedzi
1.	W jakim stopniu wzrosła Pani/Pana wiedza po zajęciach w CSM?		
	Bardzo wysokim	59	40,1
	Wysokim	62	42,2
	Raczej wysokim	21	14,3
	Niskim	2	1,4
	Bardzo niskim	0	0,0
	brak odpowiedzi	3	2,0
2.	W jakim stopniu wzrosły Pani/Pana umiejętności obsługi sprzętu po zajęciach w MCSM?	Liczba odpowiedzi	%
	Bardzo wysokim	58	39,5
	Wysokim	60	40,8
	Raczej wysokim	22	15,0
	Niskim	3	2,0
	Bardzo niskim	1	0,7
	brak odpowiedzi	3	2,0
3.	W jakim stopniu wzrosły Pani/Pana umiejętności manualne po zajęciach w MCSM?	Liczba odpowiedzi	%
	Bardzo wysokim	55	37,4
	Wysokim	58	39,5

	Raczej wysokim	26	17,7
	Niskim	5	3,4
	Bardzo niskim	0	0,0
	brak odpowiedzi	3	2,0

Procent obliczony do 147 punktów, czyli liczby wszystkich odpowiedzi (liczby ankiet uwzględnionych w badaniu).

W zakresie oceny realizacji scenariuszy najwyżej oceniony został przez studentów etap związany z zapoznaniem ze sprzętem: 138 pozytywnych odpowiedzi (94% badanych), następnie przydzieleniem ról: 135 (92%) oraz przedstawieniem danej umiejętności/procedury metodą 4 kroków: 129 (88%). Najniżej oceniony został etap związany z przedstawieniem celu ogólnego oraz szczegółowych jeszcze przed planowanymi zajęciami: 122 pozytywne odpowiedzi (83% badanych) oraz otrzymaniem materiałów przygotowawczych do zajęć m.in. scenariuszy: 123 (84%). Uzyskane wyniki szczegółowo przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Ocena studentów dotycząca realizacji zajęć w ramach symulacji niskiej wierności.

l.p.	Oceniany etap	Liczba odpowiedzi	% odpowiedzi
1.	Czy miała Pani / miał Pan przedstawiony temat, cel ogólny, cele szczegółowe dotyczące zajęć w CSM, ale jeszcze przed zajęciami?		
	tak	122	83,0
	nie	2	1,4
	częściowo	20	13,6
	brak odpowiedzi	3	2,0
2.	Czy dostała Pani/dostał Pan materiały przygotowawcze do zajęć w CSM: scenariusz oraz zakres wiedzy w szczególności sposób związany z przypadkiem klinicznym oraz procedurami i algorytmami postępowania jakie będą realizowane w trakcie scenariusza.	Liczba odpowiedzi	%
	tak	123	83,7
	nie	3	2,0
	częściowo	17	11,6
	brak odpowiedzi	4	2,7
3.	Czy nauczyciel prowadzący zajęcia zapoznał Panią/Pana ze sprzętem przed rozpoczęciem scenariusza?	Liczba odpowiedzi	%
	tak	138	93,9
	nie	1	0,7
	częściowo	4	2,7
	brak odpowiedzi	4	2,7
4.	Czy nauczyciel/instruktor prowadzący zajęcia przedstawił przebieg danej procedury/umiejętności metodą 4 kroków?	Liczba odpowiedzi	%
	tak	129	87,8
	nie	1	0,7
	częściowo	14	9,5
	brak odpowiedzi	3	2,0
5.	Czy nauczyciel prowadzący zajęcia przydzielił role dla studentów biorących udział w realizacji scenariusza?	Liczba odpowiedzi	%
	tak	135	91,8
	nie	0	0,0
	częściowo	9	6,1
	brak odpowiedzi	3	2,0

Procent obliczony do 147 punktów, czyli liczby wszystkich odpowiedzi (liczby ankiet uwzględnionych w badaniu).

Wyniki badanych zależności:

Pytanie badawcze nr 1.: Jak ocena studentów dotycząca realizacji zajęć w ramach symulacji niskiej wierności wpływa na samoocenę kompetencji studentów po zajęciach w ramach symulacji niskiej wierności?

Z uwagi na fakt, że odpowiedzi "Nie" i "Częściowo" padały dość rzadko, zostały połączone w jedną grupę. Brak odpowiedzi także był bardzo rzadki- zatem zostali pominięci respondenci, którzy na dane pytanie nie odpowiedzieli.

Pytanie nr 1. Czy miał/a Pan/i jeszcze przed zajęciami przedstawiony temat, cel ogólny, cele szczegółowe dotyczące zajęć?

Wartości $p < 0,05$ wskazują istotne statystycznie różnice:

- Znajomość procedur niezbędnych do realizacji scenariusza i znajomość algorytmów umiejętności technicznych były istotnie lepsze wśród studentów, którzy na pytanie o przedstawienie tematu i celu zajęć odpowiedzieli „Tak”. Uzyskane wyniki szczegółowo przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 5. Wpływ przedstawienia tematu, celu ogólnego oraz szczegółowych dotyczących zajęć na samoocenę kompetencji studentów po zajęciach w ramach symulacji medycznej NW.

Samoocena kompetencji studentów po zajęciach w ramach symulacji niskiej wierności	Czy miał/a Pan/i jeszcze przed zajęciami przedstawiony temat, cel ogólny, cele szczegółowe dotyczące zajęć?	N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p
Niezbędna wiedza do wykonywania swojej roli	Tak	122	8,89	1,09	9,0	4	10	8,00	10	p=0,135
	Nie, częściowo	22	8,32	1,67	9,0	3	10	8,00	9	
Poziom umiejętności do wykonywania swojej roli	Tak	122	8,80	1,02	9,0	5	10	8,00	9	p=0,125
	Nie, częściowo	22	8,27	1,61	8,5	3	10	7,25	9	
Znajomość procedur niezbędnych do realizacji scenariusza	Tak	122	9,00	0,98	9,0	6	10	8,00	10	p=0,035 *
	Nie, częściowo	22	8,09	2,04	9,0	1	10	7,25	9	
Znajomość algorytmów umiejętności technicznych	Tak	122	8,91	1,19	9,0	4	10	8,00	10	p=0,024 *
	Nie, częściowo	22	8,14	1,91	9,0	1	10	8,00	9	

p - test Manna-Whitney'a, SD - odchylenie standardowe, Q1 - kwartył dolny, Q3 - kwartył górny
* różnica istotna statystycznie ($p < 0,05$)

Pytanie nr 2. Czy dostał/a Pan/i materiały przygotowawcze do zajęć?

Wartości $p < 0,05$ wskazują istotne statystycznie różnice:

- Oceny wszystkich kompetencji były istotnie lepsze wśród studentów, którzy na pytanie o otrzymanie materiałów przygotowawczych odpowiedzieli „Tak”. Uzyskane wyniki szczegółowo przedstawiono w tabeli 6.

Tabela 6. Wpływ udostępnienia materiałów przygotowawczych przed zajęciami na samoocenę kompetencji studentów po zajęciach w ramach symulacji medycznej NW.

Samoocena kompetencji studentów po	Czy miał/a Pan/i jeszcze przed zajęciami	N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p
------------------------------------	--	---	---------	----	---------	-----	-----	----	----	---

zajęciach w ramach symulacji niskiej wierności	przedstawiony temat, cel ogólny, cele szczegółowe dotyczące zajęć?									
Niezbędna wiedza do wykonywania swojej roli	Tak	123	8,90	1,10	9,0	4	10	8,00	10,0	p=0,012 *
	Nie, częściowo	20	8,10	1,59	8,5	3	10	7,75	9,0	
Poziom umiejętności do wykonywania swojej roli	Tak	123	8,81	1,04	9,0	5	10	8,00	9,5	p=0,017 *
	Nie, częściowo	20	8,10	1,52	8,0	3	10	7,75	9,0	
Znajomość procedur niezbędnych do realizacji scenariusza	Tak	123	8,97	1,05	9,0	6	10	8,00	10,0	p=0,025 *
	Nie, częściowo	20	8,15	1,95	8,5	1	10	8,00	9,0	
Znajomość algorytmów umiejętności technicznych	Tak	123	8,88	1,21	9,0	4	10	8,00	10,0	p=0,043 *
	Nie, częściowo	20	8,20	1,91	8,5	1	10	8,00	9,0	
p - test Manna-Whitney'a, SD - odchylenie standardowe, Q1 - kwartył dolny, Q3 - kwartył górny * różnica istotna statystycznie (p<0,05)										

Pytanie nr 3. Czy nauczyciel prowadzący zajęcia zapoznał Panią/Pana ze sprzętem przed rozpoczęciem scenariusza?

Różnice nieistotne statystycznie (wszystkie $p > 0,05$). Uzyskane wyniki szczegółowo przedstawiono w tabeli 7.

Tabela 7. Wpływ zapoznania ze sprzętem przed rozpoczęciem scenariusza na samoocenę kompetencji studentów po zajęciach w ramach symulacji medycznej NW.

Samoocena kompetencji studentów po zajęciach w ramach symulacji niskiej wierności	Czy miał/a Pan/i jeszcze przed zajęciami przedstawiony temat, cel ogólny, cele szczegółowe dotyczące zajęć?	N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p
Niezbędna wiedza do wykonywania swojej roli	Tak	138	8,80	1,23	9	3	10	8	10	p=0,424
	Nie, częściowo	5	8,60	0,89	8	8	10	8	9	
Poziom umiejętności do wykonywania swojej roli	Tak	138	8,73	1,14	9	3	10	8	9	p=0,366
	Nie, częściowo	5	8,40	1,14	8	7	10	8	9	
Znajomość procedur niezbędnych do realizacji scenariusza	Tak	138	8,88	1,23	9	1	10	8	10	p=0,423
	Nie, częściowo	5	8,40	1,52	9	6	10	8	9	
Znajomość algorytmów umiejętności technicznych	Tak	138	8,82	1,34	9	1	10	8	10	p=0,243
	Nie, częściowo	5	8,20	1,48	8	6	10	8	9	
p - test Manna-Whitney'a, SD - odchylenie standardowe, Q1 - kwartył dolny, Q3 - kwartył górny										

Pytanie nr 4. Czy nauczyciel prowadzący zajęcia przedstawił przebieg danej procedury/umiejętności metodą 4 kroków?

Wartości $p < 0,05$ wskazują istotne statystycznie różnice:

- Oceny wszystkich kompetencji były istotnie lepsze wśród studentów, którzy na pytanie o przedstawienie przebiegu zajęć metodą 4 kroków odpowiedzieli „Tak”. Uzyskane wyniki szczegółowo przedstawiono w tabeli 8.

Tabela 8. Wpływ przedstawienia danej procedury/umiejętności metodą 4 kroków na samoocenę kompetencji studentów po zajęciach w ramach symulacji medycznej NW.

Samocena kompetencji studentów po zajęciach w ramach symulacji niskiej wierności	Czy miał/a Pan/i jeszcze przed zajęciami przedstawiony temat, cel ogólny, cele szczegółowe dotyczące zajęć?	N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p
Niezbędna wiedza do wykonywania swojej roli	Tak	129	8,91	1,18	9	3	10	8	10,0	$p < 0,001$ *
	Nie, częściowo	15	7,87	1,13	8	6	10	7	8,5	
Poziom umiejętności do wykonywania swojej roli	Tak	129	8,81	1,13	9	3	10	8	10,0	$p = 0,001$ *
	Nie, częściowo	15	8,00	0,93	8	7	10	7	8,5	
Znajomość procedur niezbędnych do realizacji scenariusza	Tak	129	8,95	1,23	9	1	10	8	10,0	$p = 0,004$ *
	Nie, częściowo	15	8,13	1,13	8	6	10	8	9,0	
Znajomość algorytmów umiejętności technicznych	Tak	129	8,84	1,38	9	1	10	8	10,0	$p = 0,013$ *
	Nie, częściowo	15	8,33	0,82	8	7	10	8	9,0	

p - test Manna-Whitney'a, SD - odchylenie standardowe, Q1 - kwartył dolny, Q3 - kwartył górny
* różnica istotna statystycznie ($p < 0,05$)

Pytanie nr 5. Czy nauczyciel prowadzący zajęcia przydzielił role studentom biorącym udział w realizacji scenariusza?

Wartości $p < 0,05$ wskazują istotne statystycznie różnice:

- Niezbędna wiedza do wykonywania swojej roli, poziom umiejętności do wykonywania swojej roli i znajomość algorytmów umiejętności technicznych były istotnie lepsze wśród studentów, którzy na pytanie o przydzielenie ról odpowiedzieli „Tak”. Uzyskane wyniki szczegółowo przedstawiono w tabeli 9.

Tabela 9. Wpływ przydzielenia ról studentom na samoocenę kompetencji studentów po zajęciach w ramach symulacji medycznej NW.

Samocena kompetencji studentów po zajęciach w ramach symulacji niskiej wierności	Czy miał/a Pan/i jeszcze przed zajęciami przedstawiony temat, cel ogólny, cele szczegółowe dotyczące zajęć?	N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p
--	---	---	---------	----	---------	-----	-----	----	----	---

Niezbędna wiedza do wykonywania swojej roli	Tak	135	8,90	1,08	9	4	10	8	10	p=0,004 *
	Nie, częściowo	9	7,33	2,00	8	3	10	7	8	
Poziom umiejętności do wykonywania swojej roli	Tak	135	8,81	1,02	9	5	10	8	9	p=0,006 *
	Nie, częściowo	9	7,44	1,94	8	3	10	7	8	
Znajomość procedur niezbędnych do realizacji scenariusza	Tak	135	8,95	1,03	9	6	10	8	10	p=0,059
	Nie, częściowo	9	7,56	2,74	8	1	10	8	9	
Znajomość algorytmów umiejętności technicznych	Tak	135	8,88	1,18	9	4	10	8	10	p=0,02 *
	Nie, częściowo	9	7,44	2,60	8	1	10	7	9	

p - test Manna-Whitney'a, SD - odchylenie standardowe, Q1 - kwartył dolny, Q3 - kwartył górny
* różnica istotna statystycznie (p<0,05)

Pytanie badawcze nr 2. Jak ocena studentów dotycząca realizacji zajęć w ramach symulacji niskiej wierności wpływa na samoocenę postępów po zajęciach w ramach symulacji niskiej wierności (samoocena studentów w zakresie stopnia wzrostu wiedzy, umiejętności obsługi sprzętu oraz umiejętności manualnych po zajęciach w MCSM)?

Pytanie nr 1. Czy miał/a Pan/i jeszcze przed zajęciami przedstawiony temat, cel ogólny, cele szczegółowe dotyczące zajęć?

Wartości p poniżej 0,05 wskazują istotne statystycznie różnice między grupami:

- Wzrost wiedzy, umiejętności obsługi sprzętu i umiejętności manualnych był istotnie większy wśród studentów, którzy na pytanie o przedstawienie tematu i celu zajęć odpowiedzieli „Tak”.

Uzyskane wyniki szczegółowo przedstawiono w tabeli 10.

Tabela 10. Wpływ przedstawienia przed zajęciami tematu, celu ogólnego oraz szczegółowych na wzrost kompetencji studentów po zajęciach w ramach symulacji medycznej niskiej wierności.

Samoocena wzrostu kompetencji studentów po zajęciach w ramach symulacji niskiej wierności	Czy miał/a Pan/i jeszcze przed zajęciami przedstawiony temat, cel ogólny, cele szczegółowe dotyczące zajęć?		p	
	Tak (N=122)	Nie, częściowo (N=22)		
Wzrost wiedzy	Bardzo wysoki	56 (45,90%)	3 (13,64%)	p=0,001 *
	Wysoki	51 (41,80%)	11 (50,00%)	
	Raczej wysoki	15 (12,30%)	6 (27,27%)	
	Niski	0 (0,00%)	2 (9,09%)	
	Bardzo niski	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Wzrost umiejętności obsługi sprzętu	Bardzo wysoki	57 (46,72%)	1 (4,55%)	p<0,001 *
	Wysoki	48 (39,34%)	12 (54,55%)	
	Raczej wysoki	15 (12,30%)	7 (31,82%)	
	Niski	2 (1,64%)	1 (4,55%)	
	Bardzo niski	0 (0,00%)	1 (4,55%)	
Wzrost umiejętności manualnych	Bardzo wysoki	54 (44,26%)	1 (4,55%)	p<0,001 *
	Wysoki	47 (38,52%)	11 (50,00%)	
	Raczej wysoki	17 (13,93%)	9 (40,91%)	
	Niski	4 (3,28%)	1 (4,55%)	
	Bardzo niski	0 (0,00%)	0 (0,00%)	

p - test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera
* Różnica istotna statystycznie (p<0,05)

Pytanie nr 2. Czy dostał/a Pan/i materiały przygotowawcze do zajęć?

Wartości p poniżej 0,05 wskazują istotne statystycznie różnice między grupami:

- Wzrost wiedzy, umiejętności obsługi sprzętu i umiejętności manualnych był istotnie większy wśród studentów, którzy na pytanie o otrzymanie materiałów przygotowawczych odpowiedzieli „Tak”. Uzyskane wyniki szczegółowo przedstawiono w tabeli 11.

Tabela 11. Wpływ udostępnienia materiałów przygotowawczych do zajęć na wzrost kompetencji studentów po zajęciach w ramach symulacji medycznej niskiej wierności.

Samocena wzrostu kompetencji studentów po zajęciach w ramach symulacji niskiej wierności		Czy dostał/a Pan/i materiały przygotowawcze do zajęć?		p
		Tak (N=122)	Nie, częściowo (N=22)	
Wzrost wiedzy	Bardzo wysoki	56 (45,53%)	3 (15,00%)	p=0,004 *
	Wysoki	52 (42,28%)	9 (45,00%)	
	Raczej wysoki	14 (11,38%)	7 (35,00%)	
	Niski	1 (0,81%)	1 (5,00%)	
	Bardzo niski	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Wzrost umiejętności obsługi sprzętu	Bardzo wysoki	55 (44,72%)	2 (10,00%)	p=0,003 *
	Wysoki	50 (40,65%)	10 (50,00%)	
	Raczej wysoki	14 (11,38%)	8 (40,00%)	
	Niski	3 (2,44%)	0 (0,00%)	
	Bardzo niski	1 (0,81%)	0 (0,00%)	
Wzrost umiejętności manualnych	Bardzo wysoki	53 (43,09%)	2 (10,00%)	p<0,001 *
	Wysoki	50 (40,65%)	7 (35,00%)	
	Raczej wysoki	15 (12,20%)	11 (55,00%)	
	Niski	5 (4,07%)	0 (0,00%)	
	Bardzo niski	0 (0,00%)	0 (0,00%)	

p - test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera
* Różnica istotna statystycznie (p<0,05)

Pytanie nr 3. Czy nauczyciel prowadzący zajęcia zapoznał Panią/Pana ze sprzętem przed rozpoczęciem scenariusza?

Wartości p poniżej 0,05 wskazują istotne statystycznie różnice między grupami:

- Wzrost umiejętności obsługi sprzętu i umiejętności manualnych był istotnie większy wśród studentów, którzy na pytanie o zapoznanie ze sprzętem przed zajęciami odpowiedzieli „Tak”.

Uzyskane wyniki szczegółowo przedstawiono w tabeli 12.

Tabela 12. Wpływ zapoznania studentów ze sprzętem przed rozpoczęciem zajęć na wzrost kompetencji studentów po zajęciach w ramach symulacji medycznej niskiej wierności.

Samocena wzrostu kompetencji studentów po zajęciach w ramach symulacji niskiej wierności		Czy nauczyciel prowadzący zajęcia zapoznał Panią/Pana ze sprzętem przed rozpoczęciem scenariusza?		p
		Tak (N=122)	Nie, częściowo (N=22)	
Wzrost wiedzy	Bardzo wysoki	58 (42,03%)	1 (20,00%)	p=0,067
	Wysoki	59 (42,75%)	2 (40,00%)	
	Raczej wysoki	20 (14,49%)	1 (20,00%)	
	Niski	1 (0,72%)	1 (20,00%)	
	Bardzo niski	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Wzrost umiejętności obsługi sprzętu	Bardzo wysoki	58 (42,03%)	0 (0,00%)	p=0,023 *
	Wysoki	57 (41,30%)	2 (40,00%)	
	Raczej wysoki	20 (14,49%)	2 (40,00%)	
	Niski	2 (1,45%)	1 (20,00%)	
	Bardzo niski	1 (0,72%)	0 (0,00%)	
Wzrost umiejętności manualnych	Bardzo wysoki	55 (39,86%)	0 (0,00%)	p=0,015 *
	Wysoki	56 (40,58%)	1 (20,00%)	
	Raczej wysoki	22 (15,94%)	4 (80,00%)	
	Niski	5 (3,62%)	0 (0,00%)	
	Bardzo niski	0 (0,00%)	0 (0,00%)	

p - test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera
* Różnica istotna statystycznie (p<0,05)

Pytanie nr 4. Czy nauczyciel prowadzący zajęcia przedstawił przebieg danej procedury/umiejętności metodą 4 kroków?

Brak istotnych różnic między grupami (wszystkie p powyżej 0,05).

Uzyskane wyniki szczegółowo przedstawiono w tabeli 13.

Tabela 13. Wpływ przedstawienia wykonania danej procedury/umiejętności metoda 4 kroków na wzrost kompetencji studentów po zajęciach w ramach symulacji medycznej niskiej wierności.

Samoocena wzrostu kompetencji studentów po zajęciach w ramach symulacji niskiej wierności		Czy nauczyciel prowadzący zajęcia przedstawił przebieg danej procedury/umiejętności metodą 4 kroków?		p
		Tak (N=122)	Nie, częściowo (N=22)	
Wzrost wiedzy	Bardzo wysoki	54 (41,86%)	5 (33,33%)	p=0,272
	Wysoki	56 (43,41%)	6 (40,00%)	
	Raczej wysoki	18 (13,95%)	3 (20,00%)	
	Niski	1 (0,78%)	1 (6,67%)	
	Bardzo niski	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Wzrost umiejętności obsługi sprzętu	Bardzo wysoki	55 (42,64%)	3 (20,00%)	p=0,321
	Wysoki	52 (40,31%)	8 (53,33%)	
	Raczej wysoki	18 (13,95%)	4 (26,67%)	
	Niski	3 (2,33%)	0 (0,00%)	
	Bardzo niski	1 (0,78%)	0 (0,00%)	
Wzrost umiejętności manualnych	Bardzo wysoki	52 (40,31%)	3 (20,00%)	p=0,315
	Wysoki	49 (37,98%)	9 (60,00%)	
	Raczej wysoki	23 (17,83%)	3 (20,00%)	
	Niski	5 (3,88%)	0 (0,00%)	
	Bardzo niski	0 (0,00%)	0 (0,00%)	

p - test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera

Pytanie nr 5. Czy nauczyciel prowadzący zajęcia przydzielił role studentom biorącym udział w realizacji scenariusza?

Wartości p poniżej 0,05 wskazują istotne statystycznie różnice między grupami:

- Wzrost umiejętności manualnych był istotnie większy wśród studentów, którzy na pytanie o przydzielenie ról odpowiedzieli „Tak”. Uzyskane wyniki szczegółowo przedstawiono w tabeli 14.

Tabela 14. Wpływ przydzielenia ról studentom biorącym udział w realizacji scenariusza na wzrost kompetencji studentów po zajęciach w ramach symulacji medycznej niskiej wierności.

Samoocena wzrostu kompetencji studentów po zajęciach w ramach symulacji niskiej wierności		Czy nauczyciel prowadzący zajęcia przydzielił role studentom biorącym udział w realizacji scenariusza?		p
		Tak (N=122)	Nie, częściowo (N=22)	
Wzrost wiedzy	Bardzo wysoki	57 (42,22%)	2 (22,22%)	p=0,1
	Wysoki	58 (42,96%)	4 (44,44%)	
	Raczej wysoki	19 (14,07%)	2 (22,22%)	
	Niski	1 (0,74%)	1 (11,11%)	
	Bardzo niski	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Wzrost umiejętności obsługi sprzętu	Bardzo wysoki	56 (41,48%)	2 (22,22%)	p=0,594
	Wysoki	55 (40,74%)	5 (55,56%)	
	Raczej wysoki	20 (14,81%)	2 (22,22%)	
	Niski	3 (2,22%)	0 (0,00%)	
	Bardzo niski	1 (0,74%)	0 (0,00%)	
Wzrost umiejętności manualnych	Bardzo wysoki	55 (40,74%)	0 (0,00%)	p=0,04 *
	Wysoki	52 (38,52%)	6 (66,67%)	
	Raczej wysoki	23 (17,04%)	3 (33,33%)	
	Niski	5 (3,70%)	0 (0,00%)	
	Bardzo niski	0 (0,00%)	0 (0,00%)	

p - test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera

* Różnica istotna statystycznie (p<0,05)

Analiza pytań otwartych:

Uzyskane wyniki szczegółowo przedstawiono w tabeli 15.

Tabela 15. Analiza pytań otwartych. Informacje zwrotne studentów skierowane do siebie.

l.p.	Informacje zwrotne skierowane do siebie	Odpowiedzi studentów- wybrane odpowiedzi
1.	Moje mocne strony w wykonywaniu czynności	<ul style="list-style-type: none">- brak strachu przed igłą- precyzyjność, uważność- dokładność, profesjonalizm, cierpliwość- znajomość algorytmu- zachowanie spokoju, cierpliwość, skupienie- przygotowanie pacjenta i stanowiska do pracy- umiejętne zakłucie pacjenta, podanie leku powoli- obliczanie proporcji w zakresie dawek leków- staranność, chęć doskonalenia umiejętności- znajomość anatomii- pewność w swoich działaniach, brak strachu
2.	W czasie zajęć nauczyłam się:	<ul style="list-style-type: none">- trzymanie strzykawki pod prawidłowym kątem- prawidłowe wykonanie procedury
3.	W przyszłości chciałabym skorygować:	<ul style="list-style-type: none">- wyciąganie igły- umiejętność pracy pod wpływem stresu- przywiązywanie większej uwagi do dezynfekcji rąk- precyzyjność wykonywanych czynności- nauczyłam się jak zabezpieczać wkłucia podczas zmiany koszuli- porządek na miejscu pracy- przygotowanie stanowiska- usunięcie pęcherzyka powietrza ze strzykawki- kolejność poszczególnych części procedury- szybsze obliczanie dawek leku- zamianę jednostek miary w czasie przygotowywania leków- umiejętność poprawnego liczenia dawek leków- lepsze wczytanie się w zlecenie lekarskie- umiejętność wstrzyknięcia, żeby pacjenta nie bolało- pewność siebie
4.	Co pomoże mi we wprowadzeniu zmiany:	<ul style="list-style-type: none">- opanowanie, wyciszenie- rzetelne wykonanie algorytmu działania/procedury zgodnie ze scenariuszem- większa ilość ćwiczeń- lepsze zorganizowanie- wysłuchiwanie czy zgłębnik jest w odpowiednim miejscu- komunikacja w zespole- ćwiczenia na obliczanie dawek leków- pełne skupienie, porządek na stole do przygotowywania leków- koncentracja- trening na trenażerach i pacjentach
5.	W przyszłej pracy będę wykorzystywać:	<ul style="list-style-type: none">- praca krok po kroku- w codziennej pracy
6.	Chcę podziękować sobie, że podczas zajęć:	<ul style="list-style-type: none">- że nie ukłułam się igłą w palec- dobrze mi poszło

	<ul style="list-style-type: none"> - nie zrobiłam sobie krzywdy - nie zrobiłam nikomu krzywdy - za skupienie, dokładność -pracowałam sumiennie - nauczyłam się poprawnej techniki - słuchałam ze zrozumieniem i nie obarczałam się złymi emocjami, gdy mi nie wychodziło - prawidłowo wykonałam zadanie -wiernie analizowałam poprawne ruchy - nauczyłam się czegoś nowego - prawidłowo podeszłam do zadania - dałam radę - że opanowałam stres - wyniosłam wiedzę i dobrze poradziłam sobie z procedurą - moja znajomość matematyki okazała się lepsza niż zakładałam - miałam możliwość szlifowania zgłębnikowania - wyciągałam wnioski z własnych błędów - dawałam z siebie wszystko i skupiałam się -daję z siebie 100%
--	---

Dyskusja. Symulacja medyczna w kształceniu pielęgniarek jest znaną metodą kształcenia na świecie, a także szybko rozwijającą się na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat w Polsce. Dzięki symulacji medycznej studenci mogą doskonalić swoje umiejętności praktyczne, dokonywać oceny sprawowanej opieki nad pacjentem, a także korygować błędy, które popełnione w warunków symulowanych nie stanowią zagrożenia dla pacjentów [1].

Rozwój Centrów Symulacji Medycznej w Polsce związany jest m.in. ze Strategią na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce, w części dotyczącej kształcenia przeddyplomowego, w której jedno z zadań dotyczyło dostosowania infrastruktury szkół wyższych prowadzących kierunki pielęgniarstwo i położnictwo do założonego w Strategii wzrostu liczby studentów (dostosowanie m.in. w zakresie powstawania centrów symulacji medycznej), a także w dalszej kolejności z Polityką wieloletnią państwa na rzecz pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce (z uwzględnieniem etapów prac zainicjonowanych w roku 2018), stanowiącą załącznik do uchwały Rady Ministrów nr 124/2019 z dnia 15 października 2019 r. [2,3].

Przedstawione powyżej założenia były realizowane w ramach EFS, z Priorytetu Inwestycyjnego 10ii pod nazwą Poprawa jakości, skuteczności i dostępności szkolnictwa wyższego oraz kształcenia na poziomie równoważnym w celu zwiększenia udziału i poziomu osiągnięć. Działania z tego zakresu realizowane były na poziomie ogólnokrajowym, ze środków przewidzianych na OP V PO WER (Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój) w ramach celu szczegółowego: poprawa jakości kształcenia wyższego na kierunkach

medycznych. Oferowane wsparcie pozwoliło na realizację programów rozwojowych dla uczelni wyższych, które to programy służyły realizacji projektów edukacyjnych o charakterze praktycznym oraz przewidywały m.in. tworzenie centrów symulacji medycznych [4].

Wraz z powstawaniem CSM nastąpiły także zmiany w sposobie realizacji zajęć dydaktycznych na uczelniach medycznych. KRASZPiP podjęła Uchwałę w tym zakresie, wskazując przedmioty oraz minimalny zakres godzinowy zajęć praktycznych do przeprowadzenia w Centrach Symulacji Medycznej [5].

Kolejny krok wdrażania metody symulacyjnej do Uczelni medycznych to przyjęcie polityki publicznej pod nazwą „System zachęt do podejmowania i kontynuowania studiów na wybranych kierunkach medycznych oraz podjęcia zatrudnienia w zawodzie na lata 2022–2026”, przewidziany do realizacji na lata 2022–2026 w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO), komponent D „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia”. W związku z powyższym planowane są inwestycje, które obejmują m.in. modernizację bazy dydaktycznej, w tym tworzenie Monoprofilowych Centrów Symulacji Medycznej, wsparcie bazy klinicznej, mające na celu zwiększenie liczby studentów, wykorzystanie platformy cyfrowej w kształceniu, modernizację bibliotek, system stypendiów oraz mentoring dla absolwentów [6].

Podsumowując, rozwój CSM stanowi wielką szansę na unowocześnienie kształcenia pielęgniarek w Polsce [7].

Punktem wyjścia w edukacji przez doświadczenie są zajęcia prowadzone w ramach symulacji medycznej niskiej wierności. Wraz z nabywaniem większej sprawności w wykonywaniu procedur, podnoszony jest stopień wierności z niskiej na pośrednią i wysoką, gdzie z ćwiczeń opartych na trenażerach, fantomach, studenci pielęgniarstwa przechodzą do całościowej opieki nad pacjentem, podczas której oprócz technicznego wykonania procedur, wykazują się w większym zakresie umiejętnością kontaktu z pacjentem oraz współpracy w zespole terapeutycznym (kształtowane są umiejętności generyczne).

Symulacja medyczna niskiej wierności to także najprostszy etap kształcenia symulacyjnego, w którym student ma możliwość przećwiczenia danej czynności, aż do uzyskania perfekcji, stąd w czasie tego rodzaju zajęć zastosowanie mają głównie trenażery. Instruktor koncentruje się na technicznym wykonaniu czynności przez studenta, wykorzystując przede wszystkim metodę 4 kroków, zapewniającą progresywne uczenie się w oparciu o pokaz i powtarzanie (naśladownictwo) czynności pod okiem instruktora [8,9,10].

Edukacja realizowana z wykorzystaniem symulacji medycznej jest skuteczną metodą uczenia się, dzięki której możliwa jest poprawa jakości kształcenia medycznego studentów

w Polsce [11]. W związku z powyższym studenci osiągają coraz lepsze wyniki w nauce [12], a także satysfakcję z udziału w zajęciach.

Opinię studentów na temat zajęć w warunkach symulowanych przedstawiała Tomaszewska i wsp.: 60% ankietowanych uważa, że symulacja medyczna, przygotowuje do przyswojenia umiejętności praktycznych, następnie 36,8%, że ugruntowuje również wiedzę teoretyczną, a 14,2% respondentów uważa, że dzięki niej poszerza także swoje kompetencje społeczne [13]. W badaniu własnym blisko 80% studentów ocenia, wysoko i bardzo wysoko wzrost poziomu wiedzy oraz umiejętności po zajęciach w MCSM. Najwięcej uczestników badania wskazuje na wzrost poziomu wiedzy: 121 odpowiedzi (82% badanych), następnie wzrost umiejętności obsługi sprzętu: 118 odpowiedzi (80% badanych), najniżej choć na porównywalnym poziomie wzrost poziomu umiejętności manualnych: 113 odpowiedzi (76% badanych).

Podobne wnioski sformułowała Girzelska i wsp. na podstawie niesystematycznej analizy piśmiennictwa literatury dotyczącej wpływu symulacji edukacyjnej na proces kształcenia studentów pielęgniarstwa, mianowicie, że symulacja medyczna poprawia wyniki studentów w zakresie posiadanej wiedzy, umiejętności i kompetencji, a także że jest źródłem satysfakcji, zwiększa ich pewność siebie i rozwija krytyczne myślenie [14].

Aspekt związany z satysfakcją z udziału w zajęciach prowadzonych w MCSM, także znajduje odzwierciedlenie w wynikach badań własnych. W pytaniach otwartych „Informacje zwrotne studentów skierowanych do siebie”, studenci wielokrotnie powtarzają, że zajęcia wpływają na wzrost pewności siebie, opanowanie stresu, a także dają powody do zadowolenia z uzyskanych efektów. Wśród udzielonych odpowiedzi nie było ani jednej negatywnej.

W badaniu Czekirdy i wsp. na temat poziomu stresu w czasie udziału w zajęciach w CSM, zostało wykazane, że metody symulacji o niskiej wierności wygenerowały większy wzrost poziomu kortyzolu, wskazując na wyższy poziom stresu niż metody o wysokiej wierności. Dodatkowo analiza wyników uzyskanych w Kwestionariuszu Oceny Stresu (KOS-B) wykazała, że wyższy poziom kortyzolu po symulacji niskiej wierności zmniejszał subiektywne postrzeganie zagrożenia, natomiast wyższy poziom kortyzolu przed symulacją wysokiej wierności sprzyjał większej aktywności intelektualnej wśród studentów. Poziom stresu w kształceniu studentów pielęgniarstwa metodami symulacji medycznej niskiej i wysokiej wierności może ograniczać poczucie zagrożenia i aktywizować wykonywanie zadań zawodowych [15].

Kluczową rolę nauczyciela w procesie edukacyjnym opartym na symulacji medycznej podkreśla Lambert i Bogossian, bowiem głównie od nauczyciela zależy przekształcenie

założonych efektów uczenia się w faktyczne umiejętności przydatne w praktyce zawodowej [16].

W związku z powyższym podstawę osiągnięcia sukcesu dydaktycznego stanowi przestrzeganie kolejności etapów w czasie prowadzenia zajęć w ramach symulacji medycznej niskiej wierności, na którą składają się: wstęp, zapoznanie ze sprzętem, realizacja zajęć metodą 4 kroków oraz podsumowanie zajęć. Niezbędne jest także umożliwienie studentom wcześniejszego zapoznania się ze scenariuszem symulacji, instrukcjami czynności, które będą realizowane w czasie scenariusza, a także konspektem opracowanym przez prowadzącego scenariusz na temat najważniejszych treści merytorycznych dotyczących scenariusza [9].

Niestety w badaniu własnym zostało wykazane, że etapy związane z - przedstawieniem celu ogólnego oraz szczegółowych jeszcze przed planowanymi zajęciami: 122 pozytywne odpowiedzi (83% badanych), a także przekazaniem studentom materiałów przygotowawczych do zajęć m.in. scenariuszy (w części przeznaczonych dla studentów): 123 odpowiedzi pozytywne (84%) - nie były w pełni realizowane.

Kolejny obszar jaki został objęty badaniem, to poziom samooceny dokonanej przez studentów przed i po zajęciach w MCSM. Samoocena wiedzy i umiejętności studentów przed zajęciami symulacji NW, wyniosła: średnia - 17,95 punktów (44,88%); po zajęciach średnia wyniosła - 35,21 punktów (88,02%) na 40 możliwych punktów. Studenci przed zajęciami najniżej ocenili swoje umiejętności techniczne: 40% możliwych do uzyskania punktów (590 pkt. na 1470 możliwych do uzyskania); najwyżej - poziom wiedzy: 47% możliwych do uzyskania punktów. Po zajęciach natomiast najwyższą ocenę uzyskała - znajomość procedur do realizacji scenariusza: 89% z możliwych do uzyskania punktów. W ujęciu procentowym w odniesieniu do wszystkich umiejętności nastąpił wzrost samooceny studentów o 43%. Przykładowo w zakresie 3 procedur takich jak: obliczanie dawek leków, podanie leku dopochwowo oraz podanie leku do nosa - po zajęciach symulacji medycznej nastąpił wzrost kompetencji w ocenie studentów kolejno do ok. 87%, 88 % i 90% czyli nastąpił wzrost o 21%, ok. 43% i ok. 31%.

Uzyskany wynik w badaniu własnym co do wzrostu kompetencji pokrywa się z wynikiem badania Pol-Castaneda i wsp. w którym wykazane zostało, że symulacja medyczna jest przydatnym narzędziem do nabywania umiejętności w zakresie podawania leków. Na 6 badanych zasad w podawaniu leków: właściwy pacjent, właściwy lek, właściwa dawka, właściwa droga, właściwy czas, właściwe dokumentowanie w 5 (jedynie poza właściwym dokumentowaniem) nastąpiła wyraźna poprawa kompetencji sięgająca do ok.70 - 100% po

zajęciach symulowanych (wzrost o ok. 30-40% w porównaniu do poziomu kompetencji przed zajęciami symulowanymi) [17].

Podobny przykład wzrostu kompetencji po zajęciach symulacji medycznej został uzyskany w badaniu wykonanym w ramach oceny jakości wsparcia z EFS w obszarze kształcenia przeddyplomowego na kierunkach medycznych - raport końcowy, w którym badani studenci wskazali, że możliwość korzystania z CSM w dużym stopniu wpłynęła na zwiększenie poziomu ich umiejętności i wiedzy [4].

Badając zależność pomiędzy oceną studentów dotyczącą realizacji zajęć w ramach symulacji niskiej wierności a samooceną kompetencji studentów po zajęciach w ramach symulacji niskiej wierności, zostało wykazane, że znajomość procedur niezbędnych do realizacji scenariusza i znajomość algorytmów umiejętności technicznych były istotnie lepsze wśród studentów, którzy mieli przedstawiony temat i cel zajęć jeszcze przed ich realizacją; niezbędna wiedza do wykonywania swojej roli, poziom umiejętności do wykonywania swojej roli i znajomość algorytmów umiejętności technicznych także były istotnie lepsze wśród studentów, którzy mieli przydzielenie role. Ponadto oceny wszystkich kompetencji były istotnie lepsze wśród studentów, którzy otrzymali materiały przygotowawcze do zajęć oraz zajęcia zostały przeprowadzone metodą 4 kroków. Natomiast nie został wykazany wpływ zapoznania ze sprzętem przed rozpoczęciem zajęć na samoocenę kompetencji studentów po zajęciach. Różnice nieistotne statystycznie (wszystkie $p > 0,05$).

Kompetencje podlegające samoocenie: niezbędna wiedza do wykonywania swojej roli, poziom umiejętności do wykonywania swojej roli, znajomość procedur niezbędnych do realizacji scenariusza, znajomość algorytmów umiejętności technicznych.

Kolejna analizowana zależność dotyczyła wpływu oceny studentów dotyczącej realizacji zajęć w ramach symulacji niskiej wierności na samoocenę postępów po zajęciach w ramach symulacji niskiej wierności (samoocena studentów w zakresie stopnia wzrostu wiedzy, umiejętności obsługi sprzętu oraz umiejętności manualnych po zajęciach w MCSM). Wyniki badań własnych wykazały, że wzrost wiedzy, umiejętności obsługi sprzętu i umiejętności manualnych był istotnie większy wśród studentów, którzy mieli przedstawiony temat i cel zajęć, otrzymali materiały przygotowawcze, zostali zapoznani ze sprzętem przed zajęciami oraz mieli przydzielenie role. Natomiast nie został wykazany wpływ przebiegu zajęć przeprowadzonych metodą 4-kroków na samoocenę postępów po zajęciach metodą symulacji medycznej NW. Brak istotnych różnic między grupami (wszystkie p powyżej 0,05).

Podsumowując, najważniejszym celem prowadzenia zajęć w ramach symulacji medycznej NW jest przygotowanie studentów do 1-ych zajęć praktycznych w szpitalu. Chodzi

o wyposażenie studentów w umiejętności techniczne, rozwiązywania problemów, komunikacji z pacjentem i jego bliskimi, komunikacji ze współpracownikami, a także odporność na stres. Tym bardziej, że jak zostało wykazane w badaniu Bodys-Cupak i wsp. studenci w czasie pierwszych zajęć praktycznych w szpitalu spotykają się z różnymi sytuacjami trudnymi. Zdaniem studentów to min.: opieka nad chorym w ciężkim stanie zdrowia i nawiązanie kontaktu z pacjentem [18].

Dobrym przykładem scenariuszy niskiej wierności zatem są te, które pomimo nastawienia na kształtowanie umiejętności technicznych, kładą także nacisk na przywitanie się z pacjentem, nawiązywanie kontaktu z pacjentem, sprawdzenie tożsamości oraz informowanie pacjenta o celu i przebiegu zabiegu [8].

Wnioski.

1. Poziom samooceny wiedzy i umiejętności studentów po zajęciach prowadzonych metodą 4 kroków był znacznie wyższy, niż przed ich rozpoczęciem.
2. Studenci przed zajęciami najniżej ocenili swoje umiejętności techniczne; najwyżej - poziom wiedzy. Po zajęciach natomiast najwyższą ocenę uzyskała- znajomość procedur do realizacji scenariusza.
3. Na pytanie: w jakim stopniu wzrosła wiedza, umiejętność obsługi sprzętu, umiejętności manualne po zajęciach w MCSM, ok. 80% studentów ocenia, że wysoko i bardzo wysoko.
4. Studenci najniższą samoocenę własnych umiejętności przed zajęciami i po zajęciach uzyskali w odniesieniu do scenariusza: pomiar ciśnienia tętniczego.
5. W zakresie oceny realizacji wszystkich scenariuszy najwyżej przez studentów został oceniony etap związany z zapoznaniem ze sprzętem, następnie przydzieleniem ról oraz przedstawieniem danej umiejętności/procedury metodą 4 kroków. Najniżej oceniony został etap związany z przedstawieniem celu ogólnego oraz szczegółowych jeszcze przed planowanymi zajęciami oraz otrzymaniem materiałów przygotowawczych do zajęć m.in. scenariuszy (w części przeznaczonych dla studentów).
6. Znajomość procedur niezbędnych do realizacji scenariusza i znajomość algorytmów umiejętności technicznych były istotnie lepsze wśród studentów, którzy mieli przedstawiony temat i cel zajęć jeszcze przed ich realizacją.
7. Niezbędna wiedza do wykonywania swojej roli, poziom umiejętności do wykonywania swojej roli i znajomość algorytmów umiejętności technicznych były istotnie lepsze wśród studentów, którzy mieli przydzielenie role.

8. Prowadzenie zajęć metodą 4 kroków oraz udostępnienie materiałów przygotowawczych do zajęć pozytywnie wpływa na oceny wszystkich kompetencji (niezbędną wiedzę do wykonywania swojej roli, poziom umiejętności do wykonywania swojej roli, znajomość procedur niezbędnych do realizacji scenariusza, znajomość algorytmów umiejętności technicznych).
9. Wzrost wiedzy, umiejętności obsługi sprzętu i umiejętności manualnych był istotnie większy wśród studentów, którzy mieli przedstawiony temat i cel zajęć, otrzymali materiały przygotowawcze, zostali zapoznani ze sprzętem przed zajęciami oraz mieli przydzielenie role.

Implementacja do praktyki: należy poprawić jakość kształcenia w zakresie wskazanym przez studentów oraz zwrócić większą uwagę na scenariusze, które stanowią dla studentów największy problem.

Piśmennictwo

1. Betke K, Ulenberg A, Humańska M, Ponczek D, Felsmann M. Symulacja medyczna w kształceniu pielęgniarek w Polsce. *Medical Studies/Studia Medyczne*. 2020; 36 (1): 31–34. DOI: <https://doi.org/10.5114/ms.2020.94086>
2. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych. Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce. Warszawa 2017. <https://nipip.pl/wp-content/uploads/2018/01/2018-01-Strategia-na-rzecz-rozwoju-piel%C4%99gniarstwa-i-po%C5%82o%C5%BCnictwa-w-Polsce.pdf> [dostęp 3.04.2023 r.]
3. Polityka wieloletnia państwa na rzecz pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce (z uwzględnieniem etapów prac zainicjonowanych w roku 2018), stanowiąca załącznik do uchwały Rady Ministrów nr 124/2019 z dnia 15 października 2019 r. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/polityka-wieloletnia-panstwa-na-rzecz-pielęgniarstwa-i-polożnictwa-w-polsce> [dostęp 2.04.2023 r.]
4. Gutta K, Belica B, Gutta T, Frączkiewicz- Wrona A, Kowalska-Bobko I. Ocena Jakości Wsparcia z EFS w obszarze kształcenia przeddyplomowego na kierunkach medycznych. Raport końcowy. Gdańsk 2019. https://www.power.gov.pl/media/86018/ewaluacja_Dzialania_5_3_i_5_5_PO_WER.pdf [dostęp 2.04.2023 r.]
5. Uchwała KRASZPiP nr 103/IV/2017 z dnia 22 czerwca 2017 r. w sprawie realizacji zajęć dydaktycznych w Centrach Symulacji Medycznej-wielo i monoprofilowych na kierunku pielęgniarstwo i kierunku położnictwo. <https://sip.lex.pl/akty-prawne/akty-korporacyjne/realizacja-zajec-dydaktycznych-w-centrach-symulacji-medycznej-wielo-i-287122561>
6. Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększenia odporności. Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej, Warszawa 2022. <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/109762/KPO.pdf>

7. Gąsiorowski Ł, Kuliński D, Stachowiak-Andrysiak M. Rozwój Centrów Symulacji Medycznej w Polsce wielką szansą na unowocześnienie kształcenia pielęgniarek w Polsce. *Polish Nursing*. 2016; 4 (62): 598-601.
DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2016.67>
8. Czekirda M. Metoda czterech kroków w procesie nauczania w symulacji niskiej wierności (NW). W: Czekirda M. red.nauk. *Symulacja Medyczna w Pielęgniarstwie*. Innovatio Presss. Lublin 2019: 137-189.
9. Trzeciak N, Chmielewski W, Brodowska A i wsp. *Podręcznik symulacji medycznej*. Europejskie Centrum Doradztwa. 2022.
10. Dąbrowski M. Nauczanie z wykorzystaniem symulacji niskiej wierności. w: Gurowiec P, Sejboth J, Uchmanowicz I. red. Przewodnik do nauczania zasad pracy w warunkach symulacji medycznej na kierunku pielęgniarstwo. Studio IMPRESO. Opole; 2020: 59-72.
11. Zarajczyk M, Iwanowicz-Palus G, Bień A, Rzońca E, Korzyńska-Piętas M. Medical simulation in medical science education. *European Journal of Medical Technologies*. 2016; 4(13): 12-16.
12. Czekajło M, Dąbrowski M, Dąbrowska A, Torres K, Torres A, Witt M, Gąsiorowski Ł, Szukała M. Symulacja medyczna jako profesjonalne narzędzie wpływające na bezpieczeństwo pacjenta wykorzystywane w procesie nauczania. *Pol Merkur Lekarski*. 2015; XXXVIII (228): 360–363.
13. Tomaszewska K, Majchrowicz B. Symulacja medyczna jako narzędzie edukacyjne w opinii studentów pielęgniarstwa. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2022; 2 (79): 80-87. DOI: 10.2478/pielxxiw-2022-0016
14. Girzelska J, Guz E, Nieckuła M, Dąbrowski M. Symulacja medyczna- innowacja w kształceniu pielęgniarek. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2019; 4 (69): 231-235.
DOI: 10.2478/pielxxiw-2019-0034
15. Czekirda M, Misztal-Okońska P, Włoszczak-Szubzda A, Goniewicz M, Cybulski M, Kowalczyk K, Jaszyna N, Pyć M, Gnat M, Girzelska J, Guz E, Sutryk M, Tuszyńska-Bogucka W, Goniewicz K, Al-Wathinani AM, Khorram-Manesh A. Objective and Subjective Stress Parameters in Response to High and Low-Fidelity Simulation Activities. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(5): 2980.
doi: 10.3390/ijerph19052980.
PMID: 35270673 PMID: PMC8910442 DOI: 10.3390/ijerph19052980
16. Lambert CV, Bogossian F. A guide for the assessment of clinical competence using simulation. Universitas 21 Health Group. 2006.
https://static1.squarespace.com/static/555fc773e4b02c9d26ef2348/t/59e50596bce1762a6dd8d6c7/1508181421406/UJUQ_U21_SimulationGuide_Handbook_B5_ONLINE.pdf [dostęp 1.04.2023 r.]
17. Castaneda SP, Planells AC, Mulet CM. Use of simulation to improve nursing students' medication administration competence: a mixed-method study. *BMC Nursing*. 2022;21:117.
<https://doi.org/10.1186/s12912-022-00897-z>.
18. Bodys-Cupak I, Brzegowa M, Majda A, Zalewska-Puchała J, Kamińska A. Sytuacje trudne dla studentów pielęgniarstwa w czasie pierwszych zajęć praktycznych w szpitalu. *Problemy Pielęgniarstwa* 2015; 23 (2): 160–165.

ZNACZENIE KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO DLA ROZWOJU ZAWODOWEGO PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

HANNA DOBROWOLSKA, PIOTR GUROWIEC, EDYTA KĘDRA

Wstęp. Zawód pielęgniarki i położnej wymaga ustawicznego kształcenia i doskonalenia, a prawnie, posiadania wymaganych kwalifikacji potwierdzonych odpowiednimi dokumentami. Obecnie kształcenie w tych zawodach jest zgodne z Europejskim Porozumieniem w sprawie szkolenia i kształcenia pielęgniarek, sporządzonym w Strasburgu 25 października 1967 roku oraz wymaganiami dotyczącymi kształcenia pielęgniarek i położnych, wynikającymi z Dyrektywy 2013/55/UE Parlamentu i Rady Europy z dnia 20 listopada 2013 roku. Edukacja pielęgniarek i położnych musi trwać co najmniej 3 lata i obejmować minimum 4600 godzin kształcenia teoretycznego i klinicznego. Natomiast według obowiązujących w Polsce standardów kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo, studia pierwszego stopnia, trwają co najmniej 6 semestrów, liczba godzin zajęć, w tym praktyk zawodowych, nie może być mniejsza niż 4720, a liczba punktów ECTS (European Credit Transfer System, Europejski System Transferu Punktów) wynosi minimum 180. Studia drugiego stopnia trwają co najmniej 4 semestry, liczba godzin zajęć i praktyk nie może być mniejsza niż 1300, a liczba punktów ECTS wynosi co najmniej 120.

Oprócz kształcenia podstawowego, które uprawnia do uzyskania dyplomu pielęgniarki lub położnej, od roku 2004/2005 prowadzone są studia zawodowe tzw. pomostowe, przeznaczone dla osób posiadających świadectwo dojrzałości i będących absolwentami liceów medycznych i medycznych szkół zawodowych. Ukończenie studiów pomostowych pozwala uzyskać tytuł licencjata pielęgniarstwa lub położnictwa. Czas trwania kształcenia uzależniony jest od rodzaju ukończonej szkoły [1,2,3].

Kolejnym, ważnym etapem edukacji, jest regularne i obowiązkowe podnoszenie kwalifikacji zawodowych. Ten proces jest w zawodzie pielęgniarki i położnej obligatoryjny i wynika zarówno z zapisów ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej, ale również wytycznych kodeksu etyki zawodowej. Aktualnie oferty szkoleniowe w zakresie kształcenia podyplomowego pozwalają na wybór takiej dziedziny i tematyki szkolenia, które odpowiadają zarówno pielęgniarkom i położnym, niezależnie od miejsca zatrudnienia. Warto zaznaczyć, iż intensywny rozwój kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych nastąpił po wstąpieniu Polski do Unii Europejskiej. Powstała wówczas potrzeba dostosowania poziomu wykonywania praktyki zawodowej w dziedzinie pielęgniarstwa do standardów europejskich.

W praktyce, nieprzerwany, intensywny rozwój medycyny stawia przed pielęgniarkami i położnymi nowe wyzwania. Współczesna pielęgniarka i położna zmuszona jest bowiem odpowiadać na zmieniające się oczekiwania, a także potrzeby pacjentów, zarówno w ujęciu indywidualnym jak i ogólnospołecznym. Powinna umiejętnie reagować na wprowadzane zmiany w systemie ochrony zdrowia, rozwoju wiedzy i relacji interdyscyplinarnych oraz w zakresie wykorzystywania nowych technologii. Warto zauważyć, że zreformowany system edukacji medycznej, wpisany w organizację systemu ochrony zdrowia, bez wątpienia nakłania do podnoszenia kwalifikacji zawodowych, czego przejawem jest obligowanie do ustawicznego podnoszenia poziomu kompetencji osób czynnych zawodowo [4].

Kształcenie pielęgniarek i położnych w Polsce realizowane jest aktualnie na dwóch poziomach. Pierwszy, to kształcenie przeddyplomowe, oparte na systemie bolońskim, gdzie absolwenci uzyskać mogą tytuł licencjata lub magistra w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa. Drugi poziom to kształcenie podyplomowe, realizowane w formie szkoleń specjalizacyjnych zwanych specjalizacjami, kursów kwalifikacyjnych, specjalistycznych i dokształcających. Kompetencje zawodowe pielęgniarek i położnych, uzyskane w trakcie studiów I-go i II-go stopnia dają uprawnienia do wykonywania zawodu. Należy jednak zwrócić szczególną uwagę na konieczność ich weryfikacji, uaktualniania i pogłębiania, co jest spowodowane dynamicznym rozwojem nauk medycznych. Takie możliwości daje właśnie szeroko pojęty proces kształcenia podyplomowego, którego zasadniczym założeniem jest aktualizacja, pogłębianie wiedzy i umiejętności oraz nabywanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych i kompetencji wymaganych na określonym stanowisku pracy [5,6].

Proces kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w ostatnim okresie przeszedł dynamiczne zmiany. Aktualnie w Polsce nadzór nad kształceniem podyplomowym pielęgniarek i położnych sprawuje Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych. Zgodnie z obowiązującymi regulacjami pielęgniarki i położne mogą korzystać z kształcenia podyplomowego w czterech formach: kursu specjalizacyjnego zwanego specjalizacją, kursu kwalifikacyjnego, kursu specjalistycznego i kursu dokształcającego. Warunkiem przystąpienia do wybranego kursu jest posiadanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej oraz, w przypadku niektórych form kształcenia, odpowiedni staż pracy w zawodzie.

Duże zmiany w zakresie kształcenia podyplomowego nastąpiły w maju 2017 roku wraz z wdrożeniem Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK). Celem budowy programu było uzyskanie spójnego, zintegrowanego systemu gromadzącego i przetwarzającego dane na temat organizacji i przebiegu szkolenia personelu medycznego

umożliwiającego efektywny przepływ informacji o procesie kształcenia pomiędzy jednostkami.

Ponieważ obok wiedzy i innowacji, kapitał ludzki stanowi nadrzędny czynnik gwarantujący przewagę rynkową każdej branży szkolenia stają się niezbędnym elementem jego rozwoju. Jest to szczególnie widoczne na przykładzie działań podejmowanych przez Unię Europejską, również w naszym kraju. Liczne programy realizowane na poziomie wspólnotowym, jaki krajowym w swych tytułach często odwołują się do pojęcia kapitału ludzkiego. Przykładem może być jeden z największych programów operacyjnych, realizowanych w Polsce w latach 2007–2013 właśnie pod nazwą „Program Operacyjny Kapitał Ludzki”. Główne założenie projektu dotyczyło wsparcia efektywnego rozwoju zasobów ludzkich wielu obszarów, takich jak zatrudnienie, edukacja, integracja społeczna, rozwój potencjału adaptacyjnego pracowników i przedsiębiorstw [7].

Obecna sytuacja epidemiologiczna, będąca wynikiem pandemii COVID-19 i wyłaniający się kryzys gospodarczy, obrazuje jak istotny jest kapitał ludzki i jak mało racjonalne są dotychczasowe instrumenty jego wykorzystania. Sektor ochrony zdrowia, w okresie walki z pandemią borykał się z wieloma problemami, ale najważniejsze skupiały się na płaszczyźnie personalnej. Podejmowane działania w postaci organizacji sprzętu i miejsc dla chorych nie wystarczały, gdyż brakowało osób do obsługi aparatury i pielęgnacji pacjentów. Zwiększona liczba hospitalizacji, konieczność tworzenia jednoimiennych oddziałów i szpitali tymczasowych, praca w ścisłym reżimie sanitarnym wymagała od pracowników ochrony zdrowia odpowiedniego przygotowania i wypracowania nowych standardów postępowania. Zasadniczym problemem systemu ochrony zdrowia w tym okresie był brak odpowiedniej ilości wykwalifikowanej kadry medyków, przygotowanych do pracy na stanowiskach intensywnej terapii medycznej. Specyfika tych oddziałów wymusza bowiem na pracownikach posiadanie dodatkowych umiejętności będących pochodną odbytych kursów lub specjalizacji z anestezjologii i pielęgniarstwa anestezjologicznego. Trudne doświadczenia powinny przyczynić się do podejmowania działań w zakresie zapewnienia dostępu do uzupełniania kompetencji oraz możliwości podnoszenia kwalifikacji zawodowych zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej [8].

Niewystarczająca liczba personelu pielęgniarstwa i lekarskiego do zapewnienia opieki zgodnie z najnowszymi standardami w okresie wzmożonych potrzeb jest niezbitym dowodem na to, że bez inwestycji w rozwój kapitału ludzkiego w ochronie zdrowia nie można planować reformy czy rozwoju sektora. Nakłady finansowe, nowoczesne technologie i innowacyjne rozwiązania nie przetrwają bowiem bez człowieka, który stanowi istotę funkcjonowania niemal

każdej organizacji. Jest to tym bardziej istotne, że system ochrony zdrowia podlega coraz większym naciskom ze strony otoczenia, które oczekuje profesjonalnej, szybkiej i kompleksowej opieki medycznej. Rynek usług zdrowotnych w Polsce cechuje natomiast niepewność, rosnąca konkurencja, dynamiczne zmiany oraz zwiększony popyt na usługi medyczne, szczególnie dotyczące osób starszych, ze względu na postępujące procesy demograficzne.

Znane z teorii zarządzania stwierdzenie, że ludzie są strategicznym zasobem organizacji, w systemie ochrony zdrowia nabiera priorytetowego znaczenia gdyż to właśnie ludzie decydują o efektywnym i skutecznym wykorzystaniu pozostałych zasobów, a dynamiczny rozwój branży medycznej nie jest możliwy bez systematycznego uzupełniania kwalifikacji zawodowych [8].

Cel i założenia badań. Celem głównym projektu badawczego była ocena znaczenia kształcenia podyplomowego dla rozwoju zawodowego pielęgniarek i położnych.

Ponadto sformułowano następujące cele szczegółowe, wśród których podstawowym założeniem było przeprowadzenie oceny:

1. Przydatności kształcenia podyplomowego pod względem kompetencyjnym tzn. uzyskania dodatkowych uprawnień, umiejętności, wiedzy teoretycznej i praktycznej,
2. Przydatności kształcenia podyplomowego pod względem ekonomicznym tzn. wzrostu wynagrodzenia, możliwości awansu zawodowego lub zmiany stanowiska pracy,
3. Przydatności kształcenia podyplomowego pod względem rekomendacji tzn. planowania kształcenia w przyszłości oraz polecenia go innym osobom.

Materiał i metody badawcze. Badaniami o charakterze prospektywnym objęto grupę pracowników medycznych (pielęgniarek/pielęgniarzy oraz położnych) w ilości 425 osób.

Badania zostały przeprowadzone w okresie od 6 stycznia 2020 roku do 30 września 2020 roku w placówkach ochrony zdrowia na terenie województwa śląskiego oraz wśród pielęgniarek i położnych uczestniczących w różnych formach kształcenia podyplomowego realizowanego przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Katowicach (OIPiP) w Katowicach.

Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz, zawierający pytania zamknięte, dotyczące znaczenia kształcenia podyplomowego realizowanego przez OIPiP w Katowicach w latach 2015-2019 w pracy zawodowej pielęgniarek i położnych.

Charakterystyka badanych. Średni wiek ankietowanych, zależnie od form ukończonego kształcenia, wynosił od 42,7 do 45,4 lat. Najmłodsze były osoby, które ukończyły kurs specjalistyczny, a najstarsze ukończyły kurs doksztalający i kwalifikacyjny. Staż pracy w zawodzie pielęgniarki lub położnej również był istotnie zależny od form ukończenia kształcenia. Średni staż pracy wynosił od 19,7 lat (kurs specjalistyczny) do średnio 23,1 lat

(kurs kwalifikacyjny). Znaczna większość respondentów to pielęgniarki/pielęgniarze, około 90 %, tylko średnio około 10% badanych to położne. Wśród ankietowanych, ponad 30%, posiadała wykształcenie wyższe magisterskie pielęgniarskie lub położnicze. Wykształcenie średnie (liceum medyczne lub pomaturalne studium zawodowe) wskazało niewiele ponad 20% badanych, a inne wyższe około 10 %. Kolejnym analizowanym parametrem w niniejszym projekcie badawczym było miejsce zatrudnienia. Ponad 90% respondentów wskazało jako miejsce pracy szpital, średnio 7% lecznictwo otwarte (poradnie), 1% respondentów pracowało w pogotowiu ratunkowym, opiece długoterminowej oraz zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym.

Metody statystyczne. Dane z 982 wypełnionych kwestionariuszy ankiet w wersji papierowej, zebranych od personelu medycznego zostały wprowadzone do elektronicznej bazy danych. W analizie statystycznej uzyskanych wyników korzystano z aplikacji komputerowych Excel 2010 oraz programu STATISTICA v.12.

Wynik analizy statystycznej uznano za istotny statystycznie, jeżeli uzyskany poziom istotności „p” był mniejszy lub równy 0,05.

W analizach statystycznych wykorzystano testy:

- normalności rozkładu Kołmogorowa-Smirnowa,
- Kruskala-Wallisa,
- *post-hoc* wielokrotnych porównań średnich rang,
- Fishera-Snedecora równości kilku frakcji (proporcji),
- równości dwóch frakcji (proporcji),
- CHI^2 z poprawką Yatesa.

W opisie wielkości ilościowych użyto następujące parametry statystyczne:

- średnią arytmetyczną,
- błąd standardowy średniej,
- odchylenie standardowe w grupie wyników,
- minimalną i maksymalną wartość w grupie wyników,
- percentyle: 25 (kwartył dolny), 50 (mediana) i 75 (kwartył górny).

Na podstawie analizy czynnikowej treści pytań kwestionariusza ankiety wyodrębniono 3 wymiary oceny przydatności kształcenia, które stanowiły podstawę dalszego badania. Zostały one oznaczone w następujący sposób:

- wymiar W1 - aspekty kompetencyjne (wpływ kształcenia na wzrost kompetencji zawodowych, uzyskanie dodatkowych kwalifikacji i umiejętności)

- wymiar W2 - aspekty ekonomiczne (wpływ kształcenia na warunki ekonomiczne i możliwość uzyskania awansu zawodowego)
- wymiar W3 - aspekty rekomendacyjne (plany edukacyjne w przyszłości oraz rekomendacja kształcenia organizowanego przez OIPiP w Katowicach).

Analizę statystyczną porównania wyników w rodzajach kursu przeprowadzono dwuetapowo. Najpierw sprawdzano istotność różnic jednocześnie we wszystkich czterech rodzajach kursów, a następnie, po uzyskaniu wyniku istotnego statystycznie, sprawdzano różnice dla poszczególnych par.

Do porównania czterech kursów w zakresie wielkości mierzalnych (wiek, staż pracy, wymiary W1, W2, W3) zastosowano test Kruskala-Wallisa, a po uzyskaniu wyniku istotnego dla par kursów użyto test *post-hoc* wielokrotnych porównań średnich rang.

Porównania rozkładów wyników ocen dla czterech kursów oraz pary kursów dokonano przy użyciu testu χ^2 z poprawką Yatesa [9,10,11].

Wyniki.

Tabela I. Statystyka opisowa i analiza porównawcza wartości **wymiaru W1** (aspekty kompetencyjne) skali oceny przydatności kursu w zależności od rodzaju kursu. (standaryzowano na skalę 0 – 100 punktów).

Parametr statystyczny	Rodzaj kursu				
	1. Specjalizacyjny	2. Kwalifikacyjny	3. Specjalistyczny	4. Dokształcający	
Liczebność	264	230	331	157	
Średnia	77,7	78,7	82,2	81,2	
Odchylenie standardowe	17,4	17,1	17,3	17,4	
Minimum	12	12	19	12	
25 percentyl (kwartył dolny)	69	75	75	75	
50 percentyl (mediana)	81	75	81	81	
75 percentyl (kwartył górny)	94	94	100	100	
Maksimum	100	100	100	100	
Test normalności rozkładu	p<0,01	p<0,01	p<0,01	p<0,01	
Test Kruskala-Wallisa	H(3, N=982)=13,37 p=0,004				
test <i>post-hoc</i> wielokrotnych porównań średnich rang (porównywane kursy)					
1 z 2	1 z 3	1 z 4	2 z 3	2 z 4	3 z 4
NS (p=1,00)	p=0,008	NS (p=0,25)	p=0,05	NS (p=0,73)	NS (p=1,00)

Źródło: badania własne

Wśród badanej grupy respondentów przydatność kursów w aspekcie kompetencyjnym (W1) została oceniona na prawie 80 punktów w skali 0-100. Oznacza to, że wszystkie cztery formy

kształcenia mają znaczący wpływ na wzrost kompetencji, umiejętności i uzyskanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych pielęgniarek oraz położnych.

Tabela II. Statystyka opisowa i analiza porównawcza wartości **wymiaru W2** (aspekty ekonomiczne) skali oceny przydatności kursu w zależności od rodzaju kursu. (standaryzowano na skalę 0 – 100 punktów).

Parametr statystyczny	Rodzaj kursu				
	1. Specjalizacyjny	2. Kwalifikacyjny	3. Specjalistyczny	4. Dokształcający	
Liczebność	264	230	331	157	
Średnia	40,7	37,9	30,8	25,2	
Odchylenie standardowe	26,6	26,1	27,1	25,1	
Minimum	0	0	0	0	
25 percentyl (kwartyl dolny)	25	25	6	6	
50 percentyl (mediana)	38	38	25	25	
75 percentyl (kwartyl górny)	56	56	44	38	
Maksimum	100	100	100	100	
Test normalności rozkładu	p<0,01	p<0,01	p<0,01	p<0,01	
Test Kruskala-Wallisa	H(3, N=982)=56,14 p<0,00001				
test <i>post-hoc</i> wielokrotnych porównań średnich rang (porównywane kursy)					
1 z 2	1 z 3	1 z 4	2 z 3	2 z 4	3 z 4
NS (p=1,00)	p<0,00001	p<0,00001	p=0,0006	p<0,00001	NS (p=0,18)

Źródło: badania własne

Przydatność kształcenia podyplomowego w aspekcie ekonomicznym na najwyższym poziomie ocenili absolwenci szkoleń specjalizacyjnych, u których wymiar W2 wynosił ze średnią 40,7 i odchyleniem standardowym 26,6, a w najmniejszym - szkoleń dokształcających 25,2±25,1.

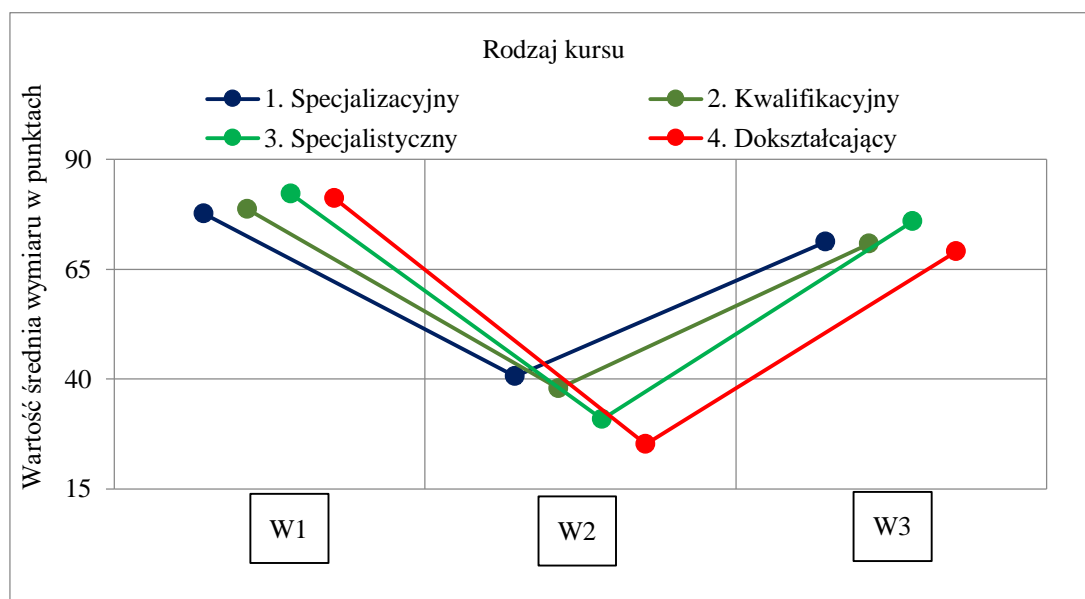
Tabela III. Wartości **W3** (aspekt rekomendacyjny) standaryzowane na skalę 0-100 pkt. w zależności od rodzaju kursu (standaryzowano na skalę 0 – 100 punktów).

Parametr statystyczny	Rodzaj kursu				
	1. Specjalizacyjny	2. Kwalifikacyjny	3. Specjalistyczny	4. Dokształcający	
Liczebność	264	230	331	157	
Średnia	71,2	70,8	75,9	69,1	
Odchylenie standardowe	25,7	23,4	23,1	24,9	
Minimum	0	13	0	0	
25 percentyl (kwartyl dolny)	50	50	63	75	
50 percentyl (mediana)	75	75	75	75	
75 percentyl (kwartyl górny)	100	100	100	88	
Maksimum	100	100	100	100	
Test K-S normalności rozkładu	p<0,01	p<0,01	p<0,01	p<0,01	
Test Kruskala-Wallisa	H(3, N=982)=11,83 p=0,008				
test <i>post-hoc</i> wielokrotnych porównań średnich rang (porównywane kursy)					
1 z 2	1 z 3	1 z 4	2 z 3	2 z 4	3 z 4

NS (p=1,00)	NS (p=0,11)	NS (p=1,00)	p=0,05	NS (p=1,00)	p=0,02
-------------	-------------	-------------	---------------	-------------	---------------

Źródło: badania własne

Kolejnym czynnikiem oceny był aspekt rekomendacji ukończonej formy kształcenia innym osobom oraz plan podnoszenia kwalifikacji zawodowych w przyszłości. Ten wskaźnik został oceniony, zależnie od formy ukończonego kursu, na około 70 punktów w skali 0-100. Wartości wymiaru W3 wskazują, iż znaczna większość respondentów planuje w przyszłości podnosić kwalifikacje zawodowe oraz poleci kursy innym osobom.



Ryc. 1. Wartości średnie wymiarów skali oceny przydatności testu w zależności od rodzaju kursu.

Zestawienie wszystkich wymiarów (W1-W3) w każdej formie kształcenia wyraźnie wskazują różnice w ocenie kształcenia pod względem trzech wymiarów. Najwyższą wartość w przypadku wszystkich form kształcenia uzyskuje wymiar W1, obejmujący wzrost kompetencji oraz nabycie nowych kwalifikacji zawodowych. Drugim, ważnym aspektem projektów edukacyjnych jest ich wpływ na dalszy rozwój zawodowy oraz rekomendacje w tym zakresie. Tutaj najlepiej zostały ocenione kursy specjalistyczne. Najniżej oceniono wpływ edukacji na sferę ekonomiczną. Jedynie w przypadku szkoleń specjalizacyjnych wymiar ten wyniósł niewiele powyżej 40 punktów.

Kolejnym etapem projektu była szczegółowa analiza wszystkich form kształcenia podyplomowego uwzględniająca znaczenie edukacji w aspektach: kompetencyjnym (W1), ekonomicznym (W2) i rekomendacji (W3). Do analizy oceny przydatności specjalizacji i kursów wybrano te dziedziny, których liczebności były większe od 5% całej liczebności kursu. Dziedziny kursów, które nie spełniały tego kryterium przedstawiono łącznie.

Wskaźnik W1, obejmujący aspekt kompetencji, czyli zależności pomiędzy ukończoną dziedziną specjalizacji, a wzrostem umiejętności, kwalifikacji oraz pogłębieniem wiedzy

teoretycznej i praktycznej, został oceniony przez absolwentów specjalizacji bardzo wysoko. Zależnie od dziedziny wynosił średnio od $74,8 \pm 2,1$ do $90,0 \pm 3,0$ punktów i był istotnie statystycznie różny w wykazanych dziedzinach specjalizacji ($p=0,01$). Największą średnią liczbę punktów uzyskały: specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego $90,0 \pm 3,0$ oraz pielęgniarstwo internistyczne dla pielęgniarek $81,3 \pm 2,8$. Najmniejszą pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywne dla pielęgniarek $74,8 \pm 2,1$.

Średnie wskaźnika W2 obejmującego aspekt ekonomiczny, czyli poprawę warunków wynagrodzenia oraz możliwość uzyskania awansu zawodowego wynosiły w przedziale od $35,1 \pm 2,6$ do $47,9 \pm 2,8$ punktów. Wartości wskaźnika w poszczególnych dziedzinach specjalizacji były istotnie statystycznie różne ($p=0,005$). Największą liczbę punktów uzyskało pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywne dla pielęgniarek ($47,9 \pm 2,8$) oraz pielęgniarstwo operacyjne dla pielęgniarek ($45,7 \pm 5,1$).

Wartość średnia wymiaru W3, obejmującego aspekt rekomendacji kształcenia oraz planowania podnoszenia kwalifikacji w przyszłości, dla analizowanych dziedzin wynosiła od $65,4 \pm 3,6$ do $81,1 \pm 2,8$ punktów. Nie wykazano wprawdzie istotnej statystycznie różnicy wartości wymiaru w różnych dziedzinach specjalizacji, ale jego zmienność posiada cechy tendencji statystycznej ($p=0,07 < 0,10$). Największą wartość średnią wymiaru W3 uzyskano dla pielęgniarstwa internistycznego dla pielęgniarek ($81,1 \pm 2,8$) oraz pielęgniarstwa kardiologicznego dla pielęgniarek ($76,7 \pm 6,7$). Najmniejszą wartość średnią wymiaru W3 stwierdzono dla absolwentów pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki dla pielęgniarek ($65,4 \pm 3,6$).

Tabela IV. Wymiary skali oceny przydatności kursu dla dziedzin specjalizacji, o liczebnościach większych od 5% liczebności kursu specjalizacyjnego (podano wartość średnią \pm błąd standardowy średniej).

Ip	Dziedzina specjalizacji	Rodzaj kursu 1.Specjalizacyjny n=264 (100%)	Wymiary oceny przydatności kursu w skali 0-100 pkt		
			W1	W2	W3
1	Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywne dla pielęgniarek	73 (27,7%)	$74,8 \pm 2,1$	$47,9 \pm 2,8$	$65,4 \pm 3,6$
2	Pielęgniarstwo internistyczne dla pielęgniarek	43 (16,3%)	$81,3 \pm 2,8$	$39,7 \pm 3,6$	$81,1 \pm 2,8$
3	Pielęgniarstwo operacyjne dla pielęgniarek	19 (7,2%)	$77,6 \pm 4,2$	$45,7 \pm 5,1$	$73,0 \pm 5,4$
4	Pielęgniarstwo kardiologiczne dla pielęgniarek	15 (5,7%)	$90,0 \pm 3,0$	$44,6 \pm 7,7$	$76,7 \pm 6,7$
5	Pozostałe dziedziny łącznie	114 (43,2%)	$76,5 \pm 1,5$	$35,1 \pm 2,6$	$70,2 \pm 2,3$
Test Kruskala-Wallis			p=0,01	p=0,005	NS (p=0,07)

Źródło: badania własne

W przypadku kursów kwalifikacyjnych wartości wymiaru W1 pozwalają stwierdzić zależność pomiędzy ukończoną dziedziną kursu, a wzrostem kwalifikacji, kompetencji i umiejętności wśród respondentów. Najwyższej został oceniony kurs w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego. Najmniejszą liczbę punktów uzyskał kurs w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego dla pielęgniarek.

Wymiar W2, obejmujący aspekt ekonomiczny, podobnie jak w przypadku szkoleń specjalizacyjnych, został oceniono stosunkowo nisko. Wartości średnie zależne od dziedziny kursu mieściły się w przedziale od $19,7 \pm 6,9$ do $49,2 \pm 7,1$. Taki wynik sugerować może brak zależności pomiędzy ukończoną formą kształcenia, a możliwością awansu zawodowego i wzrostem uposażenia. Różnice dla analizowanych dziedzin nie wykazały istotności statystycznej ($p=0,16$). Największą liczbę punktów uzyskały kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego ($49,2 \pm 7,1$) i pielęgniarstwa kardiologicznego ($40,9 \pm 5,3$). Wskaźnik W2 został najniżej oceniony przez absolwentów kursów w dziedzinach pielęgniarstwa pediatrycznego ($19,7 \pm 6,9$) oraz operacyjne ($32,7 \pm 5,0$).

Wartości średnie wymiaru W3, obejmującego plany kształcenia w przyszłości oraz rekomendacje kursu dla poszczególnych dziedzin, wynosiły od $64,2 \pm 5,3$ do $76,6 \pm 5,7$. Różnice wymiaru w analizowanych dziedzinach kursu kwalifikacyjnego nie były istotne statystyczne ($p=0,42$). Najwyżej oceniono kurs w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego i kardiologicznego. Najniższe wartości wymiaru W3 (poniżej średniej pozostałych dziedzin łącznie) uzyskano dla pielęgniarstwa opieki długoterminowej i pielęgniarstwa operacyjnego. Z przedstawionych danych można wnioskować, że znaczna większość respondentów planuje w przyszłości podnosić kwalifikacje zawodowe oraz zarekomenduje kształcenie innym osobom.

Tabela V. Wymiary skali oceny przydatności kursu dla dziedzin kursu kwalifikacyjnego o liczebnościach większych od 5% liczebności kursu kwalifikacyjnego (podano wartość średnią \pm błąd standardowy średniej).

lp	Dziedzina kursu kwalifikacyjnego	Rodzaj kursu 2.Kwalifikacyjny n=230 (100%)	Wymiary oceny przydatności kursu		
			W1	W2	W3
1	Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywne dla pielęgniarek	78 (33,9%)	$77,2 \pm 2,1$	$38,5 \pm 2,7$	$68,3 \pm 2,8$
2	Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek	23 (10,0%)	$82,6 \pm 3,4$	$49,2 \pm 7,1$	$76,6 \pm 5,7$
3	Pielęgniarstwo opieki długoterminowej dla pielęgniarek	15 (6,5%)	$76,7 \pm 4,2$	$33,3 \pm 7,3$	$64,2 \pm 5,3$
4	Pielęgniarstwo chirurgiczne dla pielęgniarek	15 (6,5%)	$75,0 \pm 3,9$	$36,3 \pm 6,5$	$66,7 \pm 5,8$
5	Pielęgniarstwo kardiologiczne dla pielęgniarek	13 (5,7%)	$84,1 \pm 3,9$	$40,9 \pm 5,3$	$75,0 \pm 5,7$
6	Pielęgniarstwo operacyjne dla pielęgniarek	13 (5,7%)	$70,7 \pm 3,1$	$32,7 \pm 5,0$	$66,3 \pm 7,1$

7	Pielęgniarstwo pediatryczne dla pielęgniarek	13 (5,7%)	88,0 ± 3,8	19,7 ± 6,9	68,3 ± 6,9
8	Pozostałe dziedziny łącznie	60 (26,1%)	79,2 ± 2,2	38,9 ± 3,4	75,2 ± 2,7
Test Kruskala-Wallis			NS (p=0,08)	NS (p=0,16)	NS (p=0,42)

Źródło: badania własne

W przypadku kursów specjalistycznych średnie wymiaru W1 w ocenie przydatności kursu w aspekcie kompetencji były w przedziale od 72,7±3,7 do 87,9±3,0. Taki wynik może wskazywać na dużą zależność pomiędzy ukończonym kursem, a wzrostem umiejętności, kompetencji i wiedzy uczestników. Uzyskano istotną statystycznie różnicę wartości wymiaru W1 dla analizowanych dziedzin kursu specjalistycznego (p=0,002). Największą średnią wymiaru W1 uzyskano dla kursu z zakresu ordynowania leków i wypisywania recept dla pielęgniarek i położnych, a najmniejszą w zakresie wywiadu i badania fizykalnego dla pielęgniarek i położnych.

Wymiar W2, obejmujący pytania w zakresie przydatności kursu w aspekcie ekonomicznym, został opisany, w analizowanych dziedzinach kursu specjalistycznego, wartościami średnimi w przedziale od 14,4±3,4 do 40,6±7,4 punktu. Wartości wymiaru W2 różniły się istotnie statystycznie (p=0,005). Najniżej uczestnicy ocenili kurs z zakresu wywiad i badanie fizykalne dla pielęgniarek i położnych. Największą liczbę punktów uzyskał kurs z zakresu szczepienia ochronne oraz resuscytacji krążeniowo-oddechowej (RKO) dla pielęgniarek i położnych (średnia 34,4±3,4).

Wymiar W3, obejmujący plany kształcenia w przyszłości oraz rekomendacji kursu został oceniony przez respondentów wysoko. Średnie w wyszczególnionych dziedzinach miały wartości w przedziale od 68,3±5,4 do 79,0±4,7, i były one mniejsze od wartości łącznej pozostałych dziedzin 84,9±2,3. Z pośród analizowanych dziedzin kursu specjalistycznego, największą średnią wymiaru W3 uzyskano dla szkolenia z zakresu szczepienia ochronne dla pielęgniarek, a najmniejszą dla kursu wywiad i badanie fizykalne. Przedstawione wyniki mogą sugerować, że respondenci wykazują zadowolenie z wybranej formy kształcenia, w związku z czym planują ponownie, w przyszłości, korzystać z kursów oferowanych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Katowicach oraz zarekomendują kształcenie innym osobom.

Tabela VI. Wymiary skali oceny przydatności kursu dla dziedzin kursu specjalistycznego o liczebnościach większych od 5% liczebności kursu specjalistycznego (podano wartość średnią \pm błąd standardowy średniej).

lp	Dziedzina kursu specjalistycznego	Rodzaj kursu 3.Specjalistyczny n=331, (100%)	Wymiary oceny przydatności kursu		
			W1	W2	W3
1	Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego (EKG) u dorosłych dla pielęgniarek i położnych	111 (33,5%)	82,0 \pm 1,7	30,8 \pm 2,4	73,6 \pm 2,3
2	Resuscytacja krążeniowo-oddechowa (RKO) dla pielęgniarek i położnych	69 (20,8%)	85,2 \pm 1,6	34,4 \pm 3,4	77,7 \pm 2,3
3	Wywiad i badanie fizyczne dla pielęgniarek i położnych	30 (9,1%)	72,7 \pm 3,7	14,4 \pm 3,4	68,3 \pm 5,4
4	Leczenie ran dla pielęgniarek	29 (8,8%)	76,3 \pm 3,1	26,5 \pm 4,6	69,4 \pm 4,1
5	Szczepienia ochronne dla pielęgniarek	22 (6,6%)	79,3 \pm 4,2	40,6 \pm 7,4	79,0 \pm 4,7
6	Ordynowanie leków i wypisywanie recept część I dla pielęgniarek i położnych	17 (5,1%)	87,9 \pm 3,0	28,7 \pm 8,6	75,7 \pm 7,1
7	Pozostałe dziedziny łącznie	53 (16,0%)	86,6 \pm 2,3	34,4 \pm 4,1	84,9 \pm 2,3
Test Kruskala-Wallisa			p=0,002	p=0,005	p=0,04

Źródło: badania własne

Wartości średnie wymiaru W1 dotyczącego kompetencji, kwalifikacji i uprawnień dla analizowanych dziedzin kursu kształcącego, były w przedziale od 74,0 \pm 6,0 do 83,2 \pm 2,7 i były mniejsze od wartości 83,3 \pm 3,0 uzyskanej dla dziedzin łącznie. Różnice wartości wymiaru W1 nie były istotne statystycznie na poziomie istotności p=0,05 (wynik testu p=0,64). Największą średnią wymiaru W1 dla analizowanych dziedzin wykazano dla przymusu bezpośredniego dla pielęgniarek i położnych, a najmniejszą dla dziedziny języka migowego dla pielęgniarek i położnych.

Wymiar W2, dotyczący aspektu ekonomicznego, został opisany wartościami średnimi w przedziale od 20,9 \pm 2,4 do 33,0 \pm 9,6 punktów. Różnice W2 w poszczególnych dziedzinach kursu kształcącego nie były istotne statystycznie na poziomie istotności p=0,05 (wynik testu p=0,58). Największą średnią liczbę punktów uzyskał kurs z zakresu podstaw żywienia dojelitowego i pozajelitowego, a najmniejszą z zakresu obsługi i pielęgnacji portów naczyniowych dla pielęgniarek i położnych.

Średnie wymiaru W3, obejmującego plany kształcenia w przyszłości oraz rekomendacje, wynosiły, dla analizowanych dziedzin kursu, w przedziale od wartości $58,7 \pm 5,6$ do $77,4 \pm 2,9$. Różnice wartości W3 między dziedzinami nie były istotne statystycznie na poziomie istotności $p=0,05$. Najlepiej został oceniony kurs z zakresu obsługi i pielęgnacji portów naczyniowych dla pielęgniarek i położnych, a najslabiej z zakresu zasad podnoszenia i przemieszczania pacjentów dla pielęgniarek i położnych.

Tabela VII. Wyniki testu Kruskala-Wallisa dla dziedzin kursu dokształcającego o liczebnościach większych od 5% liczebności grupy dla kursów dokształcających.

lp	Dziedzina kursu dokształcającego	Rodzaj kursu 4.Dokształcający n=157 (100%)	Wymiary oceny przydatności kursu		
			W1	W2	W3
1	Obsługa i pielęgnacja portów naczyniowych dla pielęgniarek i położnych	46 (29,3%)	$81,9 \pm 2,7$	$20,9 \pm 2,4$	$77,4 \pm 2,9$
2	Przymus bezpośredni dla pielęgniarek i położnych	42 (26,8%)	$83,2 \pm 2,7$	$24,7 \pm 3,1$	$68,5 \pm 4,0$
3	Zasady podnoszenia i przemieszczania pacjentów dla pielęgniarek i położnych	21 (13,4%)	$81,0 \pm 3,8$	$24,1 \pm 5,8$	$58,7 \pm 5,6$
4	Język migowy dla pielęgniarek i położnych	13 (8,3%)	$74,0 \pm 6,6$	$25,0 \pm 8,5$	$69,2 \pm 7,6$
5	Podstawy żywienia dojelitowego i pozajelitowego dla pielęgniarek i położnych	11 (7,0%)	$74,4 \pm 6,3$	$33,0 \pm 9,6$	$59,1 \pm 7,4$
6	Pozostałe dziedziny łącznie	24 (15,3%)	$83,3 \pm 3,0$	$31,8 \pm 5,9$	$68,8 \pm 5,4$
Test Kruskala-Wallisa			NS ($p=0,64$)	NS ($p=0,58$)	NS ($p=0,06$)

Źródło: badania własne

Przedstawiona analiza obejmująca wszystkie formy kształcenia podyplomowego wskazuje znaczną różnicę w zakresie poszczególnych wariantów (W1-W3), a szczególnie pomiędzy wartością ekonomiczną edukacji, która została oceniona znacznie niżej w stosunku do kompetencji i rekomendacji. Oznacza to, iż kształcenie podyplomowe w znacznym stopniu wpływa na uzyskanie nowych kompetencji i umiejętności. Ponadto większość respondentów planuje w przyszłości podnosić kwalifikacje oraz zarekomenduje kształcenie innym osobom. Przedstawiona analiza wskazuje na niewielką zależność pomiędzy ukończoną formą edukacji, a poprawą warunków ekonomicznych oraz możliwością uzyskania awansu zawodowego. Warto dodać, iż taki wynik nie wpływa negatywnie na proces edukacji, czego dowodem jest wysoki wskaźnik W3, pozwalający stwierdzić, że znaczna większość respondentów nadal planuje podnosić kwalifikacje zawodowe, co więcej, będzie polecać kształcenie podyplomowe organizowane przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Katowicach innym osobom.

Dyskusja. Zawód pielęgniarki i położnej związany jest z koniecznością stałej aktualizacji wiedzy oraz postępowania zgodnie z najnowszymi procedurami medycznymi. Podnoszenie kwalifikacji zawodowych stanowi jeden z ważniejszych elementów wykonywania zawodu. Obszar kształcenia podyplomowego daje możliwości rozwoju w zakresie wielu dziedzin pielęgniarstwa. Obecnie pielęgniarstwo i położnictwo to samodzielne profesje, które wymagają posiadania specjalistycznej wiedzy i umiejętności podejmowania odpowiedzialnych decyzji.

Posiadanie uprawnień do wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej niesie ze sobą ogromną odpowiedzialność za życie drugiego człowieka, w związku z czym wymaga postępowania zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, opartej na najnowszych badaniach naukowych. Niejednokrotnie pielęgniarka lub położna jest pierwszą osobą, z którą pacjent ma styczność w systemie ochrony zdrowia. Jej postawa, zaangażowanie, a przede wszystkim wiedza ma znaczący wpływ na postrzeganie społeczne całego systemu ochrony zdrowia [12].

Analizując uzyskany materiał, wykazano, że zdecydowana większość pielęgniarek i położnych uważa kształcenie podyplomowe za istotny element doskonalenia zawodowego. Przedstawione wyniki wskazują na duże zainteresowanie podnoszeniem kwalifikacji zawodowych wśród członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Katowicach. Jako organizator, Okręgowa Izba od 2000 roku przeszkoliła prawie 50 000 pielęgniarek i położnych. W ofercie szkoleniowej dostępne były specjalizacje, kursy kwalifikacyjne, specjalistyczne i doksztalcające. Co ważne, wszystkie kursy i szkolenia były nieodpłatne, w całości finansowane ze środków własnych OIPIP w Katowicach. Absolwenci różnych form kształcenia potwierdzili, że najważniejszą wartością uzyskaną w ramach kształcenia podyplomowego jest nabycie nowych kwalifikacji, kompetencji, uprawnień oraz wiedzy teoretycznej i praktycznej. W nieco mniejszym stopniu wykazali zależność pomiędzy ukończoną formą kształcenia, a wzrostem wynagrodzenia i możliwością awansu. Ten aspekt najlepiej ocenili absolwenci szkoleń specjalizacyjnych, co może być wynikiem opublikowanej w 2020 roku ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, która podnosi wysokość wynagrodzenia pielęgniarkom i położnym posiadającym tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa. Można jednak stwierdzić, iż stosunkowo niska ocena tego wskaźnika nie wpłynęła na negatywne postrzeganie znaczenia kształcenia przez respondentów, gdyż prawie 70 % z nich nadal planuje podnosić kwalifikacje zawodowe oraz zarekomenduje kształcenie innym osobom [12].

Wnioski.

1. Kształcenie podyplomowe jest ważnym elementem rozwoju zawodowego pielęgniarek i położnych.
2. Absolwenci wszystkich form kształcenia wyrazili pozytywną ocenę przydatności kursów w pracy zawodowej.
3. Kształcenie pielęgniarek i położnych w znacznym stopniu wpływa na nabywanie dodatkowych umiejętności, kompetencji, wiedzy teoretycznej i praktycznej.
4. Podnoszenie kwalifikacji ma niewielki wpływ na poprawę warunków ekonomicznych i możliwość awansu zawodowego.
5. Absolwenci kursów organizowanych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Katowicach planują nadal podnosić kwalifikacje zawodowe.
6. Pielęgniarki i położne, które ukończyły kształcenie, będą rekomendować oferty szkoleniowe innym osobom.
7. Należy rozważyć wznowienie działań przez samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych oraz uczelnie medyczne kształcące na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo w zakresie oceny programów kształcenia w ramach studiów I-go i II-go stopnia oraz programów szkoleń specjalizacyjnych celem wyeliminowania powtarzających się treści kształcenia.

Piśmiennictwo

1. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/pl/txt/pdf/?uri=celex:3201310055&from=pt>
(dostęp dnia 15.05.2021)
2. Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych – Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych, Warszawa, marzec 2017 rok
3. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/ksztalcenie-pielegniarek-i-polozonych>
(dostęp z dnia 10.02.2021)
4. Kachaniuk J, Kachaniuk H. Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych. Materiały z Ogólnopolskiej Konferencji naukowo-szkoleniowej pt „Pielęgniarstwo-nowe szanse i nowe zagrożenia”. Nowy Sącz 2002.
5. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku (Dz. U. 2011 nr 174 poz 1039)
6. Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej IV Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 9 grudnia 2003 roku
7. Schultz T.W. Investment in Human Capital, The Free Press, New York 1976, s. 48
8. Koprowska D. Rozwój kapitału intelektualnego przedsiębiorstw – inspiracje europejskich projektów edukacyjnych, Edukacja Ustawiczna Dorosłych nr 4/2015, str. 27-34
9. Stanisz A. Przystępny kurs statystyki w oparciu o program StatisticaPl na przykładach z medycyny. Tom I, wydanie 2. Kraków 2001.

10. Stanisław A. Przystępny kurs statystyki w oparciu o program StatisticaPl na przykładach z medycyny. Tom II. Kraków 2000.
11. Starzyńska W. Statystyka praktyczna. PWN. Warszawa 2002.
12. Ustawa o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych z dnia 8.06.2017 r. (Dz. U z 2017 r. poz 1473 z późn. zm).

**ZDROWIE SPOŁECZEŃSTWA
W BADANIACH NAUKOWYCH
W PIELEŃNIARSTWIE**

Wstęp. Fizjologiczne starzenie się organizmu jest procesem naturalnym i nieuniknionym, który prowadzi do stopniowej utraty funkcji różnych narządów oraz tkanek. Te zmiany w organizmie powodują, że osoby starsze są bardziej narażone na różnego rodzaju choroby oraz schorzenia [1].

Wraz z wiekiem organizm podlega różnym zmianom, które wpływają na jego funkcjonowanie i zdrowie. Narządy wewnętrzne stają się mniej sprawne, a ich efektywność spada. Serce staje się mniej wydajne, co zwiększa ryzyko chorób sercowo-naczyniowych, płuca tracą elastyczność, co może prowadzić do trudności z oddychaniem. Nerki i wątroba są mniej efektywne w usuwaniu toksyn z organizmu, co zwiększa ryzyko chorób nerek i wątroby [1].

Wraz z wiekiem, również funkcje poznawcze ulegają ograniczeniu. Procesy poznawcze, takie jak pamięć, percepcja i myślenie abstrakcyjne, stają się mniej efektywne. Osoby starsze często doświadczają problemów z zapamiętywaniem, koncentracją i podejmowaniem decyzji [1].

Aktywność fizyczna a zdrowie osób starszych. Jednym z najważniejszych czynników łagodzących wpływ wieku jest utrzymywanie regularnej aktywności fizycznej. Regularne ćwiczenia fizyczne pozwalają na utrzymanie zdrowia i sprawności w życiu codziennym. Poprzez ćwiczenia można wzmocnić mięśnie i zwiększyć ich siłę, poprawić wydajność układu sercowo-naczyniowego, zwiększyć elastyczność i ruchliwość stawów oraz poprawić równowagę [2].

Regularna aktywność fizyczna może również pomóc w utrzymaniu zdrowego stylu życia. Dzięki ćwiczeniom można zwiększyć ilość spalanych kalorii, poprawić jakość snu, zwiększyć energię i poprawić nastrój. Ćwiczenia fizyczne pozwalają na zmniejszenie stresu i poprawę samopoczucia [3].

Dlatego, aby cieszyć się pomyślnym starzeniem się, zaleca się regularne ćwiczenia fizyczne dostosowane do indywidualnych potrzeb i możliwości organizmu. Ćwiczenia te powinny być wykonywane regularnie. Poprzez regularną aktywność fizyczną można wpłynąć pozytywnie na wiele aspektów zdrowia i funkcjonowania organizmu [1,3].

Zdrowie jest bez wątpienia najważniejszym elementem życia każdej osoby, a brak aktywności fizycznej i poddanie się negatywnym wpływom siedzącego stylu życia może prowadzić do chorób i ograniczenia sprawności. Dlatego, aby zachować dobre samopoczucie fizyczne i psychiczne, ważne jest, aby osoby w starszym wieku regularnie podejmowały aktywność

fizyczną odpowiednio dopasowaną do swoich indywidualnych potrzeb i możliwości. Wprowadzenie zdrowych nawyków, takich jak właściwa dieta i odpowiednia ilość snu, jest kluczowe w zachowaniu równowagi i dobrego samopoczucia. Wprowadzenie tych zmian może pomóc w utrzymaniu dobrego zdrowia, a co za tym idzie, lepszego życia [3,4].

Zgodnie z rekomendacją Światowej Organizacji Zdrowia, osoby starsze powinny prowadzić aktywny tryb życia i regularnie podejmować umiarkowaną aktywność fizyczną przez co najmniej 30 minut dziennie, co najmniej 5 dni w tygodniu. Ta aktywność powinna obejmować ćwiczenia wytrzymałościowe, siłowe (oporowe), rozciągające i koordynacyjne.

Ćwiczenia wytrzymałościowe, takie jak chodzenie, jazda na rowerze, pływanie czy aerobik, są korzystne dla układu sercowo-naczyniowego i oddechowego, a także poprawiają ogólną wytrzymałość organizmu. Ćwiczenia siłowe (oporowe), takie jak podnoszenie ciężarów lub praca z gumami oporowymi, pomagają zwiększyć siłę mięśniową, utrzymać prawidłową masę ciała i poprawić ogólną postawę ciała. Ćwiczenia rozciągające, takie jak joga lub pilates, poprawiają elastyczność mięśni i stawów, a także pomagają w utrzymaniu odpowiedniego napięcia mięśniowego. Ćwiczenia koordynacyjne, takie jak taniec, pomagają w utrzymaniu równowagi, koordynacji ruchowej i poprawiają kondycję psychiczną [5].

Niezwykle ważne jest, aby wybierać odpowiednie formy aktywności fizycznej, które pasują do indywidualnych potrzeb i możliwości danej osoby, a także dostosowywać ich intensywność do warunków fizycznych i zdrowotnych. Osoby starsze powinny również skonsultować się z lekarzem przed rozpoczęciem jakiegokolwiek aktywności fizycznej, szczególnie jeśli mają problemy zdrowotne. W ten sposób można uniknąć potencjalnych urazów lub zaostrzenia już istniejących problemów zdrowotnych [5].

Cel pracy. Celem pracy jest przedstawienie wpływu aktywności fizycznej na zdrowie osób starszych.

Wpływ aktywności fizycznej na poszczególne układy organizmu. Wpływ aktywności fizycznej na układ nerwowy. Z wiekiem w układzie nerwowym następują zmiany zwyrodnieniowe i zanikowe, które powodują spowolnienie procesów myślowych, spadek napięcia mięśniowego, zaburzenia równowagi i osłabienie odruchów [6]. Obniża się masa mózgu z powodu zmniejszenia ilości komórek nerwowych. Osoby starsze często mają problemy z koncentracją, trudności w skupieniu uwagi, zaburzenia szybkości reakcji i możliwości wykonywania ruchów, oraz pogorszenie pamięci krótkotrwałej [7].

Starzenie się, choroby przewlekłe oraz skutki uboczne zażywanych leków wpływają na zaburzenia równowagi [8]. Z wiekiem obniżają się również zdolności poznawcze, pogarsza się pamięć operacyjna, szybkość przetwarzania informacji i funkcje obronne [9]. Konsekwencją

tych zmian są upadki, które są częstsze u osób starszych. Duże znaczenie ma kontrola pionowej postawy ciała, która u osób starszych może być upośledzona. Problemy z równowagą prowadzą również do zaburzeń chodu [6, 8].

Starzenie się wpływa również na zaburzenia snu, które są spowodowane procesem zwyrodnieniowym w obrębie układu nerwowego oraz narządu wzroku. Zmiany te prowadzą do rozregulowania rytmu snu i czuwania, skracając czas snu i obniżając poziom aktywności w czuwaniu [10].

Częste wykonywanie ćwiczeń fizycznych przynosi wiele korzyści dla układu nerwowego, przede wszystkim w zakresie doskonalenia pamięci ruchowej, szybkości i skuteczności reakcji na bodźce zewnętrzne oraz poprawy koordynacji ruchowej i równowagi ciała. Ćwiczenia ruchowe stanowią bodziec dla układu nerwowego, który wpływa na torowanie lub hamowanie pożądaných zachowań ruchowych [11].

Regularne wykonywanie ćwiczeń fizycznych jest szczególnie istotne podczas nauki nowych umiejętności ruchowych, utrwalania już opanowanych wzorców ruchowych, a także podczas rehabilitacji zaburzeń ruchowych. Ważne jest, aby pamiętać, że ćwiczenia fizyczne wpływają nie tylko na układ nerwowy, ale również na układ mięśniowy. Właśnie dlatego, ćwiczenia, które są ukierunkowane na doskonalenie układu nerwowego, należy traktować jako trening nerwowo-mięśniowy [11].

Skutki treningu nerwowo-mięśniowego są widoczne w funkcjonowaniu wielu mięśni jednocześnie. Z kolei poprawa funkcjonowania mięśni wpływa na zdolność układu nerwowego do kontrolowania ruchów ciała. Dlatego też ćwiczenia ruchowe mają złożony wpływ na organizm, a ich systematyczne wykonywanie przynosi liczne korzyści dla zdrowia fizycznego i psychicznego [11].

Długo utrzymujące się przekonanie o nieodwracalnej utracie komórek nerwowych w mózgu zostało podważone przez wyniki wieloletnich badań. Okazało się, że intensywny trening mózgu może pobudzić komórki nerwowe do tworzenia nowych połączeń nerwowych oraz do replikacji. Niestety, pod wpływem stresu, sieć neuronalnych dendrytów, która odpowiada za przesyłanie informacji, może ulec zmniejszeniu. Za ten fakt odpowiada kortyzol, zwany również hormonem stresu. Uszkadza on komórki hipokampa, co zakłóca procesy związane z pamięcią, uczeniem się, a także przyczynia się do powstawania zawałów i przedwczesnej demencji starczej [11].

Intensywny trening fizyczny może powodować wysyłanie sygnałów chemicznych, takich jak białko IGF-1 (insulinopodobny czynnik wzrostu) do mózgu, co sprzyja jego regeneracji. Istotne znaczenie mają również neuroprzekazniki, takie jak dopamina, serotonina, noradrenalina

i endorfiny. Te neuroprzekaźniki aktywizują wydzielanie mózgowo pochodnego czynnika wzrostu nerwów BDNF (ang. *brain-derived neurotrophic factor*), który stymuluje wzrost i rozwój pierwszorzędowych neuronów czuciowych, neuronów zwoju węzłowego i mononeuronów, a także neuronów dopaminergicznych w mózgu [12].

Badania wykazały, że mózg może wytwarzać nowe połączenia nerwowe i nawet nowe komórki mózgowe w odpowiedzi na intensywny trening. Jednakże, kortyzol, nazywany hormonem stresu, może uszkadzać komórki hipokampa, zakłócając procesy pamięciowe i uczenia się oraz przyczyniając się do chorób, takich jak zawały i demencja starcza. Wysilek fizyczny może również wpłynąć na produkcję białka IGF-1, które może oddziaływać na mózg i zwiększyć produkcję BDNF - czynnika wzrostu nerwów mózgowych. Wysoki poziom BDNF wiąże się z lepszymi zdolnościami poznawczymi i pamięciowymi, a niski poziom z mniejszymi zdolnościami poznawczymi, większymi trudnościami w zapamiętywaniu i depresją [12].

Regularna aktywność fizyczna może przynieść wiele korzyści dla układu nerwowego, takich jak poprawa krążenia krwi w mózgu, co może zmniejszyć liczbę mikroudarów i mikrowylewów, a także zwiększyć stężenie neuroprzekaźników, takich jak dopamina, serotonina i noradrenalina, które przeciwdziałają depresji. Wysilek fizyczny może również wpłynąć na wyższy poziom endorfin, co może poprawić samopoczucie i nastrój. Ponadto, regularna aktywność fizyczna może spowolnić procesy starczej demencji, zanikania komórek nerwowych i zmniejszenie ryzyka wystąpienia choroby Alzheimera poprzez zwiększenie poziomu BDNF w hipokampie, co ma bezpośredni wpływ na procesy uczenia się i pamięć [11]. Ogólnie rzecz biorąc, bierny styl życia pozbawiony aktywności fizycznej może prowadzić do osłabienia kondycji psychicznej i intelektualnej. Wniosek ten sugeruje, że posiadanie silnego i aktywnego ciała jest kluczem do silnego i aktywnego umysłu, a regularna aktywność fizyczna wzmacnia układ nerwowy, zwiększa zdolności do pracy umysłowej oraz spowalnia procesy związane z utratą zdolności poznawczych [12].

Wpływ aktywności fizycznej na układ krwionośny. W procesie starzenia, układ krążenia ulega znacznym zmianom inwolucyjnym, które są niekorzystne dla zdrowia. Wszystkie elementy układu krążenia, w tym ściany naczyń tętniczych i mięśnia sercowego, stają się grubsze, bardziej sztywne i mniej elastyczne, co prowadzi do zmniejszenia przepływu krwi [13]. Wraz z wiekiem, grubość ściany lewej komory serca rośnie, co utrudnia jej rozkurcz i zmniejsza jej zdolność do zwiększenia objętości rozkurczowej. Zmniejsza się również liczba komórek mięśnia sercowego, co prowadzi do zwiększenia rozmiaru lewego przedsionka i całkowitej masy serca. Jednocześnie frakcja wyrzutowa, objętość wyrzutowa i pojemność minutowa serca pozostają bez zmian. Szczytowa pojemność minutowa serca ulega jednak

obniżeniu podczas maksymalnego wysiłku [14]. Niezależnie od naturalnych procesów starzenia, predyspozycje genetyczne oraz czynniki zewnętrzne, takie jak nieodpowiednia dieta i palenie tytoniu, mogą przyczynić się do powstawania zmian miażdżycowych [7]. Zmiany te mogą prowadzić do choroby niedokrwiennej serca, nadciśnienia tętniczego i udaru mózgu [15]. Podczas procesu starzenia, żyły ulegają zwiotczeniu i rozszerzeniu, co może prowadzić do powstawania żylaków i hemoroidów [7]. Układ bódźoprzewodzący serca ulega także upośledzeniu, co wiąże się z przebudową w samym węźle zatokowo-przedsionkowym oraz zwapnieniem układu przewodzącego i aparatu zastawkowego [16]. Zmiany te predysponują do częstych zaburzeń rytmu serca w podeszłym wieku.

Podczas wykonywania wysiłku fizycznego układ krążenia pełni znacznie szerszą rolę niż tylko transportowanie tlenu i dwutlenku węgla. Oprócz tych gazów, do pracujących mięśni dostarczane są również substraty energetyczne, takie jak glukoza, kwasy tłuszczowe i aminokwasy. Dodatkowo, produkty przemiany materii, takie jak kwas mlekowy i ciepło, są usuwane z organizmu. Układ krążenia działa w ścisłej współpracy z układem oddechowym, a wydajność tych dwóch systemów można ocenić na podstawie maksymalnego pobierania tlenu (VO_2max), który jest często stosowany jako wskaźnik zdolności do wysiłków wytrzymałościowych w fizjologii [17]. Wszystko to pokazuje, jak ważną rolę odgrywa układ krążenia w czasie aktywności fizycznej i jak szeroki wpływ ma na funkcjonowanie organizmu. Regularne wykonywanie ćwiczeń fizycznych i prowadzenie aktywnego trybu życia wiąże się z o połowę mniejszym ryzykiem zachorowania na choroby serca. Regularny trening fizyczny prowadzi do zwiększenia liczby erytrocytów, hemoglobiny i leukocytów we krwi oraz zwiększenia pojemności tlenowej krwi. To z kolei prowadzi do obniżenia tętna nawet do 40-50 uderzeń na minutę, obniżenia ciśnienia skurczowego krwi i kształtowania bardziej ekonomicznej pracy serca. Ćwiczenia fizyczne stanowią ważny element leczenia choroby niedokrwiennej serca, ponieważ poprawiają wydolność serca i zapobiegają nadciśnieniu tętniczemu [18].

W przypadku chorób układu sercowo-naczyniowego ważne jest, aby aktywność fizyczna była wytrzymałościowa (aerobowa), dlatego najbardziej polecane treningi i formy aktywności to spacer, wędrówki, nordic walking, jazda na rowerze, pływanie, biegi, wioślarstwo, tańce i ćwiczenia przy muzyce. Zalecany jest umiar i regularność w wykonywaniu treningów. Preferowane są ćwiczenia, które angażują duże grupy mięśni i są wykonywane w sposób łagodnie dynamiczny. W przypadku chorób sercowo-naczyniowych nie zaleca się wysiłków, które wymagają wstrzymywania oddechu, takich jak podnoszenie ciężarów, sporty walki czy

kulturystyka. Również nie zaleca się krótkotrwałych intensywnych wysiłków, takich jak skoki w dal czy rzuty, np. pchnięcie kulą czy rzut oszczepem [19].

Podsumowując, układ krążenia ulega znacznym zmianom inwolucyjnym w procesie starzenia, co może prowadzić do różnych chorób serca i naczyń krwionośnych. Jednak odpowiednie nawyki żywieniowe, aktywność fizyczna i unikanie palenia tytoniu mogą pomóc w utrzymaniu dobrego zdrowia sercowo-naczyniowego w starszym wieku.

Wpływ aktywności fizycznej na układ oddechowy. Każdy organizm żywy składa się z komórek, aby funkcjonować komórki potrzebują ciągłego dopływu tlenu. Podczas procesów metabolicznych zachodzących w komórkach powstaje dwutlenek węgla (CO_2), który musi być usuwany z organizmu. Układ oddechowy odpowiada za tę wymianę gazową, którą potocznie nazywamy oddychaniem. Każdy oddech składa się z dwóch faz: wdechu i wydechu. Fazą czynną cyklu oddechowego jest wdech, który następuje w wyniku skurczu mięśni wdechowych, takich jak przepona i mięśnie międzyżebrowe zewnętrzne. Skurcz tych mięśni powoduje zwiększenie rozmiaru klatki piersiowej oraz jej objętości [20, 21].

Układ oddechowy ma za zadanie zapewnić organizmowi nieustanny dopływ tlenu oraz usuwanie dwutlenku węgla z organizmu, co jest szczególnie ważne podczas wysiłku fizycznego, kiedy zapotrzebowanie na tlen wzrasta. Podczas intensywnego treningu fizycznego wydalana jest większa ilość dwutlenku węgla, niż powstaje podczas procesu utleniania substancji energetycznych w tkankach. W wyniku wysiłku fizycznego stężenie tlenu we krwi żyłnej która odpływa z pracujących mięśni do prawego przedsionka serca i następnie transportowana jest do płuc, może spaść do 15-16 mm Hg, podczas gdy we krwi odpływającej z płuc do lewego przedsionka wynosi zwykle około 95 mm Hg, co oznacza, że hemoglobina jest nasycona w 98%. Po rozpoczęciu wysiłku fizycznego można szybko zauważyć, że oddech staje się głębszy i szybszy, co zwiększa wentylację płuc (VE). Mechanizm ten jest wynikiem aktywizacji ośrodków oddechowych w mózgu poprzez impulsy pochodzące z ośrodków ruchowych kory. Ponadto, odruchy z mechanoreceptorów mięśni i ścięgien także przyczyniają się do zwiększenia intensywności i szybkości oddechów. Trening wytrzymałościowy prowadzi do zwiększenia pojemności życiowej płuc, zwiększenia objętości wydechowej oraz wzrostu siły mięśni oddechowych i ruchomości klatki piersiowej, co przyczynia się do zwiększenia wentylacji płuc [12].

Wykonując ćwiczenia fizyczne można poprawić zarówno budowę klatki piersiowej, jak i mięśni oddechowych, co wpłynie pozytywnie na postawę ciała oraz sprawność mięśni oddechowych. Ćwiczenia te pozwalają na pogłębienie oddychania, ukształtowanie odpowiedniego toru i rytmu oddechu oraz wyeliminowanie niekorzystnych objawów, takich

jak napięcie mięśni, które utrudniają oddychanie. Dodatkowo, trening fizyczny pozytywnie wpływa na parametry wentylacyjne płuc, otwierając nieczynne pęcherzyki płucne, co poprawia zaopatrzenie w tlen oraz wydolność fizyczną. Warto zauważyć, że trening fizyczny ma większy wpływ na układ oddechowy u osób, które mają ograniczoną jego sprawność [11].

Wpływ aktywności fizycznej na układ hormonalny. Układ endokrynnny, zwany także układem hormonalnym lub układem wewnętrznego wydzielania, produkuje hormony, które regulują kluczowe procesy w organizmie. Hormony biorą udział między innymi w regulacji metabolizmu, utrzymaniu równowagi wodno-elektrolitowej, trawieniu, rozmnażaniu oraz dojrzewaniu płciowym. Wysiłek fizyczny ma ogromny wpływ na równowagę hormonalną organizmu, a skala tych zmian zależy od typu wydzielanego hormonu, czasu trwania i intensywności ćwiczeń [22].

U osób starszych często pojawia się problem z nadmiernym poziomem niektórych hormonów, które zwiększają poziom glukozy we krwi lub wpływają na działanie insuliny. Hormony takie jak glukagon, hormon wzrostu, żołądkowy peptyd hamujący, katecholaminy i ludzki peptyd trzustkowy są szczególnie odpowiedzialne za te zaburzenia. Wraz z wiekiem, częstość występowania tych zaburzeń rośnie, a wynikająca z nich cukrzyca typu II stanowi 95% przypadków cukrzycy wśród osób starszych. Wśród czynników ryzyka wystąpienia cukrzycy typu II u osób starszych wymienia się otyłość, otyłość brzuszną, chorobę niedokrwienną serca oraz nadciśnienie tętnicze. U osób starszych zaleca się regularne monitorowanie poziomu glukozy we krwi oraz prowadzenie zdrowego trybu życia, takiego jak aktywność fizyczna i zdrowe odżywianie, aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia cukrzycy i innych chorób związanych z wiekiem [23].

W prewencji pierwotnej cukrzycy u osób starszych, największe znaczenie mają czynniki dietetyczne, leki oraz zmiana stylu życia. W celu uniknięcia rozwoju choroby, ważne jest ustalenie indywidualnej, optymalnej diety, która będzie zapewniać właściwy poziom cukru we krwi oraz dostarczać organizmowi wszystkich niezbędnych składników odżywczych. Leki są również istotnym elementem prewencji i powinny być stosowane pod ścisłą kontrolą lekarza, który dobierze odpowiednie leki oraz dawkowanie. Ważne jest również wprowadzenie zmian w dotychczasowym stylu życia, takich jak regularna aktywność fizyczna, zmiana nawyków żywieniowych i kontrola masy ciała. Wszystkie te czynniki mogą pomóc w zapobieganiu rozwojowi cukrzycy typu II u osób starszych [23].

Zwiększenie aktywności fizycznej i regularne uprawianie ćwiczeń fizycznych stanowią dobrą formę ochrony przed cukrzycą. Program treningowy powinien być dopasowany do indywidualnych możliwości chorego oraz jego wydolności fizycznej. Dobra opcją może być

20-30 minutowy spacer, podczas którego częstość akcji serca wynosi około 100 uderzeń na minutę. Regularna aktywność fizyczna nie tylko zmniejsza ryzyko cukrzycy, ale także chorób układu sercowo-naczyniowego oraz wzmacnia układ kostno-mięśniowy [23]. Osoby, które regularnie trenują, obserwują poprawę funkcji i pracy trzustki, a ćwiczenia fizyczne wpływają na poprawę przyswajania glukozy, co pozwala na zmniejszenie potrzeby organizmu w stosowaniu insuliny. W przypadku osób z cukrzycą, przed i po wysiłku fizycznym konieczne jest ściśle monitorowanie poziomu glukozy we krwi [24].

Wpływ aktywności fizycznej na układ mięśniowy. Siła mięśniowa jest ważnym czynnikiem wpływającym na zdolność do ruchu, również u osób starszych. Jej wartość zależy głównie od przekroju poprzecznego mięśnia i rozwija się w okresie rozwoju człowieka. W wieku około 13-14 lat siła mięśniowa jest porównywalna u dziewcząt i chłopców, ale u chłopców następuje gwałtowny wzrost wartości siły mięśniowej, który trwa do około 19-20 roku życia. W późniejszych latach, od około 30. roku życia siła mięśniowa u mężczyzn zrównuje się, a po tym wieku notuje się jej powolny spadek. U kobiet siła mięśniowa stabilizuje się fizjologicznie po osiągnięciu dojrzałości płciowej. Trening fizyczny prowadzi do adaptacyjnych zmian w mięśniach, dostosowując je do poziomu i charakteru wykonywanej aktywności fizycznej [12].

Dla lepszego i prawidłowego funkcjonowania osób starszych niezwykle istotne znaczenie ma umiejętność samodzielnego i bezpiecznego poruszania się, a brak możliwości samodzielnego wstawania z pozycji siedzącej lub leżącej jest poważnym problemem. Dlatego bardzo ważnym zagadnieniem okazuje się utrzymywanie układu mięśniowego w dobrej kondycji. Dla znacznej części osób starszych poważnym wyzwaniem jest strach przed upadkami i ich następstwami. Są one efektem zmian, jakie zachodzą w układzie ruchu i układzie nerwowym, które wpływają na zaburzenia równowagi, prawidłowej mobilności i postawy ciała [25].

Z wiekiem, masa mięśniowa osób starszych ulega zmniejszeniu, co prowadzi do utraty siły i wytrzymałości. Jednym ze sposobów na przeciwdziałanie temu procesowi jest trening fizyczny, który może utrzymać lub zwiększyć masę mięśniową. Ruch zapobiega również zanikowi mięśni, utrzymuje ich długość i elastyczność oraz poprawia zakres ruchów w stawach, co jest szczególnie ważne dla osób starszych. Ćwiczenia fizyczne również wpływają pozytywnie na ukrwienie mięśni, co zapewnia lepszy dopływ tlenu i składników odżywczych, a także pozwala na odprowadzanie substancji szkodliwych. Dodatkowo, trening kształtuje czynność mięśni, poprawia ich tonus oraz przywraca ich zdolność reagowania na bodźce układu nerwowego.

W przypadku osób z upośledzeniami czynności mięśni, ćwiczenia fizyczne mogą pomóc w ich przywróceniu [11].

Wpływ aktywności fizycznej na układ kostno-szkieletowy. Największym wyzwaniem dla ludzi w podeszłym wieku, jeśli chodzi o ich zdrowie ruchowe, są choroby związane ze zwyrodnieniami stawów oraz osteoporozą. Choroba zwyrodnieniowa jest powszechnym problemem w społeczeństwie, szczególnie u osób po 60 roku życia. Istnieją dwa główne rodzaje choroby zwyrodnieniowej: pierwotna, która występuje w stawach o prawidłowej budowie, ale przyczyna jej powstawania jest nieznana, oraz wtórna, która wynika z wcześniejszych stanów zapalnych, urazów, przeciążeń lub innych czynników [26]. Choroba zwyrodnieniowa stawów prowadzi do bólu podczas wykonywania ruchów, co wynika m.in. z uszkodzenia chrząstki stawowej. W przypadku rehabilitacji ruchowej konieczne jest zmniejszenie obciążenia stawów, szczególnie kolanowych i biodrowych, poprzez redukcję masy pacjenta. W sytuacji, gdy pacjent skarży się na ból stawów, należy zastosować odpowiednie zabiegi fizykalne, takie jak oddziaływanie ciepła, które pomaga w rozluźnieniu napiętych mięśni [26].

Rehabilitacja ruchowa jest kluczowa w przypadku osób z chorobą zwyrodnieniową stawów, ponieważ ma na celu zmniejszenie bólu podczas ruchu oraz poprawę funkcji stawów. Jednym z podstawowych objawów choroby jest ból, który pojawia się przy wykonywaniu ruchów, spowodowany uszkodzeniem chrząstki stawowej [26]. W trakcie rehabilitacji ruchowej, odczuwany ból jest sygnałem do zaniechania dalszych ćwiczeń.

Wiele czynników wpływa na gęstość tkanki kostnej, takich jak płeć, styl życia, dieta, stężenie hormonów (u kobiet obniżenie poziomu estrogenów), uwarunkowania genetyczne, ale przede wszystkim niska aktywność fizyczna i wiek. Osteoporoza, choroba charakteryzująca się postępującym spadkiem gęstości i jakości tkanki kostnej, jest szczególnie powszechna u osób starszych. Choroba ta prowadzi do zwiększonego ryzyka złamań i często ogranicza samodzielność oraz prowadzi do inwalidztwa [26].

Rehabilitacja ruchowa jest kluczowym sposobem leczenia osób z osteoporozą, a główną metodą jest kinezyterapia, czyli trening siłowy i ćwiczenia z oporem. Dzięki temu rodzajowi obciążeń, które generują obciążenie osiowe dla kości długich, zewnętrzna średnica kości zwiększa się, a rozszerzenie jamy szpikowej ulega zmniejszeniu. W wyniku tego przekrój obszarów korowych rośnie, co prowadzi do zwiększenia sztywności i wytrzymałości trzonu kości długiej. W ramach rehabilitacji nie powinno brakować ćwiczeń aerobowych, ogólnokondycyjnych oraz ćwiczeń poprawiających równowagę, co może pomóc zmniejszyć ryzyko upadków, które są szczególnie niebezpieczne dla osób z osteoporozą. Warto jednak

pamiętać, że każdy program rehabilitacyjny powinien być dostosowany do indywidualnych potrzeb i możliwości pacjenta [26].

Ćwiczenia fizyczne odgrywają kluczową rolę w kształtowaniu układu kostno-stawowego. Poprzez wpływ na kierunek i intensywność sił, ćwiczenia mogą zmieniać układ beleczek kostnych oraz zwiększać wytrzymałość kości. Ruch który jest wywoływany przez ćwiczenia, ma również korzystny wpływ na powierzchnie stawowe, ponieważ stymuluje ich odżywianie oraz zwiększa ich elastyczność i sprężystość. Ćwiczenia pomagają w pokonywaniu ograniczeń ruchomości stawów oraz zwiększają ich zakres ruchu. Jednakże, przekroczenie określonej dawki ćwiczeń może wpłynąć negatywnie na układ kostno-stawowy [26].

Podsumowanie. Regularna aktywność fizyczna u osób starszych ma wiele korzyści, wpływa pozytywnie na wiele układów oraz przyczynia się do zmniejszenia ryzyka wystąpienia wielu chorób. Systematyczne ćwiczenia fizyczne zmniejszają ryzyko cukrzycy, osteoporozy, miażdżycy, nadciśnienia tętniczego, a także chorób dotyczących układu krążenia, oddechowego oraz mózgu, takich jak choroba Alzheimera. W przypadku osób starszych ważne jest zachęcanie do treningu i uświadamianie zalet wynikających z regularnej aktywności fizycznej.

Piśmiennictwo

1. Pietrasik K. Motywy podejmowania aktywności fizycznej w środowisku wodnym przez kobiety w wieku powyżej 50 lat. *Pozytywna starość*. Wieczorowska-Tobis K, Talarska D (red). UM, Poznań 2010, 115-124
2. Podstawski, R., i Omelan, A. Deficyty ruchowe osób starszych – znaczenie aktywności fizycznej w ich zapobieganiu. *Movement deficits in elderly adults – significance of physical activity in their*. *Hygeia Public Health*, 2015, 50(4), 572–580
3. Borowicz AM. Aktywność fizyczna jako element pozytywnego starzenia się. *Pozytywna starość*. Wieczorowska-Tobis K, Talarska D (red). UM, Poznań 2010, 175-183
4. Greczner T., Jak dbać o kondycję? Rola aktywności fizycznej w wieku 50+, Wrocław 2009, 8–9
5. Gaworska M, Kozdroń A. Formy rekreacji ruchowej bezpieczne dla seniorów – inspiracja dla instruktora kinezygerontoprofilaktyki. *Med Forum Opieki Długoterm* 2007, 4: 26-29
6. Skrzek, A., Ignasiak, Z., i Domaradzki, J. Zmiany involucyjne narządu ruchu a ryzyko złamań. *Acta Bio-Optica et Informatica Medica*, 2011, 17, 179–183
7. Połuszny, M., i Lapina, S. Zapobieganie starzeniu przez rekreację. *Studia Periegetica*. *Zeszyty Naukowe Wielkopolskiej Wyższej Szkoły Turystyki i Zarządzania w Poznaniu*, 2011, 6, 9–16
8. Pasek, T., Pasek, J., Witiuk-Misztalska, A., i Sieroń, A. Leczenie ruchem (kinezyterapia) pacjentów w podeszłym wieku. *Gerontologia Polska*, 2011, 19(2), 68–76
9. Piesiak, W. Genetyka starzenia się mózgu. *Annales Academiae Medicae Stetinensis*, 2013, 56–66
10. Pracka, D., i Pracki, T. Chronobiologia rytmu sen-czuwanie. *Sen*, 2002, 2, 7–12

11. Podstawy fizjoterapii. Podstawy teoretyczne i wybrane aspekty praktyczne, pod red. J. Nowotnego, Wydawnictwo Kasper, Kraków 2004, 151–156
12. Osiński W., Gerokinezyjologia. Nauka i praktyka aktywności fizycznej w wieku starszym. Aktywność fizyczna a stan psychicznego dobrostanu, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013, 195–199
13. Cheitlin, M. D. Cardiovascular physiology - Changes with aging. *American Journal of Geriatric Cardiology*, 2003, 12(1), 9–13
14. Ferrari, A. U., Radaelli, A., i Centola, M. Physiology of Aging Invited Review: Aging and the cardiovascular system. *Journal of Applied Physiology*, 2003, 95, 2591–2597
15. Kostka, T. Znaczenie aktywności ruchowej w podeszłym wieku. W: Karasek, M. (Red.), *Aspekty medyczne starzenia się człowieka*. Łódź: ŁTN, 2008, 263–283
16. Wieczorkowska-Tobis, K. Zmiany narządowe w procesie starzenia. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej*, 2003, 118, 63–69
17. Jegier A., *Trening zdrowotny*, [w:] *Fizjologia wysiłku i treningu fizycznego*, pod red. J. Górskiego, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011
18. Wojtyła A., Biliński P., Bojar I., Wojtyła K., Aktywność fizyczna młodzieży gimnazjalnej w Polsce, „*Problemy Higieny i Epidemiologii*”. 2011, 92(2), 335–342
19. Osiński W., Gerokinezyjologia. Nauka i praktyka aktywności fizycznej w wieku starszym. Aktywność fizyczna a stan psychicznego dobrostanu, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013, 195–199
20. Szczerbińska, K., Piórecka, B., i Żychowicz, A. Zestaw dydaktyczny dla mediatorów. Kilka sposobów usprawnienia komunikacji interpersonalnej z pacjentami w podeszłym wieku. Instytut Zdrowia Publicznego Collegium Medicum, 2015
21. Wadek, J. Wpływ procesu starzenia się pacjentów dorosłych na układ oddechowy. *Geriatrics*, 2017, 11, 200–208
22. Fizjologia wysiłku fizycznego. Wpływ wysiłku na układ wewnętrzny wydalania, pod red. J. Górskiego, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, 48–68
23. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A., *Geriatrics z elementami gerontologii ogólnej*. Podręcznik dla lekarzy i studentów, Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2007, 391–398
24. Górski J., *Fizjologiczne podstawy wysiłku fizycznego*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006
25. Gorzkowska A., Opala G., Rehabilitacja w wieku podeszłym, „*Postępy Nauk Medycznych*” 2010, 23(6), 492–498
26. Wolska O., Zaborowska-Sapeta K., Kiezbak W. i in., Rehabilitacja seniorów — aspekty kliniczne i planowanie terapii, „*Polish Annals of Medicine*” 2009, 16(1), 148–15

ROLA PIELEŃNIARKI W PROFILAKTYCE RAKA PIERSI

ANNA UMIŃSKA, SANDRA PAĆKOWSKA, MARTYNA KUTKOWSKA, GRAŻYNA STADNICKA, KATARZYNA KANADYS

Wstęp. Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym wśród kobiet w krajach rozwiniętych. Uznawany jest również jako jeden z najpoważniejszych problemów zdrowotnych kobiet. Wzrost zagrożenia nowotworami piersi związany jest z wieloma czynnikami, określanymi mianem czynników cywilizacyjnych, którym w dużej mierze można zapobiec poprzez edukację pacjentek w ramach profilaktyki pierwotnej. Natomiast skutecznym narzędziem ograniczenia umieralności z powodu raka piersi są populacyjne programy przesiewowe, które doprowadziły do spadku umieralności o 20–30% wśród kobiet w niektórych krajach. Istotną rolę w profilaktyce raka piersi odgrywa pielęgniarka/położna, która edukuje pacjentki w zakresie czynników ryzyka raka piersi, badań profilaktycznych, uczy kobiety samobadania piersi i informuje je, gdzie powinny się zgłosić, gdy zauważą niepokojące zmiany podczas badania. Ważne, by pielęgniarki/położne identyfikowały grupy kobiet o zwiększonym ryzyku zachorowania na raka sutka i objęły je szczególną opieką informując o możliwościach udziału w bezpłatnych programach profilaktycznych oraz edukując w zakresie samokontroli i zdrowego stylu życia.

Cel pracy. Celem pracy jest przedstawienie roli pielęgniarki w profilaktyce raka piersi oraz ukazanie wpływu profilaktyki na zmniejszenie umieralności kobiet z powodu raka piersi.

Epidemiologia i etiologia nowotworu piersi. Nowotwór złośliwy gruczołu piersiowego jest najczęściej występujący nowotworem złośliwym u kobiet. Co roku w Polsce na raka piersi umiera ok. 5000 tys. kobiet, co stanowi drugą- po raku płuc- przyczynę zgonów z powodów onkologicznych. Według WHO rak piersi występuje u około 30 % pacjentek na świecie chorujących na nowotwory złośliwe i ma tendencję wzrostową.

Nowotwór ten wywodzi się z przewodów nabłonka lub zrazików gruczołów sutkowych, który na początku rozwija się miejscowo w piersi, dając przerzuty za pośrednictwem naczyń chłonnych lub krwionośnych do węzłów chłonnych i narządów odległych. Ogniska przerzutowe mogą się lokalizować niemal we wszystkich narządach. Dla raka piersi najbardziej typowe miejsca to: układ kostny, płuca, wątroba, ośrodkowy układ nerwowy. Warto stwierdzić, że nowotwór ten jest jednym z najlepiej poznanych w aspekcie epidemiologii, biologii, profilaktyki a jednakże nowotworem dla którego dostępnych jest wiele metod diagnostyczno- terapeutycznych, umożliwiających szybką diagnostykę i skuteczne leczenie lub istotą poprawę stanu zdrowia wielu chorych. W Polsce rak piersi jest diagnozowany najczęściej u kobiet w wieku 50-69 lat.

Jednakże, możemy uznać że liczba rozpoznanych przypadków, u młodych kobiet stale rośnie. U kobiet w wieku 20-49 lat zachorowalność, wzrosła prawie 2- krotnie w przeciągu ostatnich 30 lat.

Pokazuje to, że rak piersi coraz częściej dotyka kobiety młode, aktywne w życiu zawodowym, rodzinnym i społecznym. Ze względu na rosnącą liczbę zachorowań oraz coraz młodszy wiek chorych, problem nowotworu raka piersi staje się problemem natury społecznej i ekonomicznej. Oddziałuje negatywnie, nie tylko na życie pojedynczych chorych i rodzin, ale również w skali narodowej na ekonomię ochrony zdrowia i w szerszym ujęciu na zjawiska gospodarcze. Dlatego identyfikacja czynników ryzyka, wczesna profilaktyka oraz skuteczne leczenie, poprawia jakość i długość życia kobiet chorych na nowotwór, jak również możliwa zachowanie dotychczasowej aktywności społecznej i zawodowej. Wszystkie te działania powinny być uwzględnione wśród onkologicznych priorytetów zdrowotnych w Polsce [1].

Rak piersi u mężczyzn jest rzadką chorobą, stanowi mniej niż 1% wszystkich przypadków zachorowań i 0,2% nowotworów w populacji mężczyzn [2].

Czynnik ryzyka raka gruczołu piersiowego. Przyczyny rozwoju raka piersi nie są do końca poznane, ale liczne badania pozwoliły na zidentyfikowanie wielu czynników zwiększających prawdopodobieństwo rozwoju nowotworu. Pozwala to również na ocenę ryzyka zachorowania u poszczególnych osób. Kwalifikacja do grupy wysokiego ryzyka nie oznacza pewności zachorowania na nowotwór, jednakże stanowi powód do podjęcia nasilonych działań profilaktycznych, które będą obejmować eliminację lub minimalizację czynników ryzyka, co wiąże się często ze zmianę zachowań związanych ze stylem życia oraz częstszych i niekiedy bardziej zaawansowanych badań kontrolnych. Natomiast brak czynników ryzyka zachorowania nie gwarantuje niewystąpienia tego schorzenia. Do najbardziej znaczących czynników raka piersi zaliczamy:

- Uwarunkowania genetyczne - ryzyko zachorowania wzrasta u kobiet, u których wystąpił rak piersi u krewnych pierwszego stopnia (matka, siostra, córka). Rodzinna predyspozycja jest najistotniejszym czynnikiem ryzyka zachorowania na raka piersi. Najczęściej wiąże się z mutacją w genach BRCA1 i BRCA2. Te dwa geny, są odpowiedzialne za dużą część przypadków zespołu rodzinnego występowania raka piersi i jajnika. Dziecko z mutacją genu BRCA1 ma 70-80 % szans na zachorowanie, za to w przypadku BRCA2 penetracja jest mniejsza, ale nadal sięga 60 %.
- Wiek pacjentki - istotny wzrost zachorowania na raka piersi pojawia się po 50 roku życia, może to sugerować że rak piersi jest schorzeniem u kobiet w średnim wieku.
- Płeć żeńska - szacuje się, że 200- krotnie częściej chorują kobiety niż mężczyźni.

- Późna menopauza - rak piersi częściej jest diagnozowany u kobiet które przebyły menopauzę po 55 roku życia.
- Wczesna pierwsza miesiączka - szacuje się, że o 1,6 razy większe ryzyko zachorowania na nowotwór mają kobiety u których, pierwsza miesiączka pojawiła się przed 12 rokiem życia, niż u której wystąpiła ona po 13 roku życia. Obniżenie wieku wystąpienia pierwszej miesiączki o jeden rok powoduje wzrost ryzyka raka piersi o co najmniej 10%.
- Późne macierzyństwo i bezdzietność - większe jest ryzyko u kobiet, które nie rodziły oraz gdy pierwszy poród miał miejsce po 30 roku życia.
- Karmienie piersią - szacuje się, że każdy miesiąc karmienia piersią zmniejsza ryzyko zachorowania na nowotwór o 2 %.
- Czynniki dietetyczne - nadmierne spożycie tłuszczów zwierzęcych, jest czynnikiem niekorzystnym, gdyż stwierdzono, zwiększone ryzyko zachorowania u kobiet z triadą objawów: otyłość, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze.
- Długotrwała antykoncepcja i zastępcza terapia hormonalna. Wpływ egzogennych hormonów płciowych, w długotrwałej terapii zastępczej, trwającej ponad 10 lat, zwiększa ryzyko zachorowania. Stosowanie doustnych środków antykoncepcji jest średnio związane z 50 procentowym wzrostem ryzyka zachorowania u kobiet pomiędzy 20. a 49. rokiem życia.
- Ekspozycja na promieniowanie jonizujące i pole magnetyczne - negatywny wpływ na stan zdrowia może mieć zbyt częste wykonywanie badań diagnostycznych tj. mammografia czy zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej.
- Czynniki społeczno – ekonomiczne - stwierdzono, większą zachorowalność kobiet mieszkających w mieście niż na wsi.
- Czynniki psychiczne - chroniczny stres, sprzyja progresji raka piersi poprzez bezpośrednie działanie na komórki macierzyste raka.
- Otyłość i nadwaga - naukowcy stwierdzili, zwiększone ryzyko rozwoju rak u kobiet z otyłością niż u kobiet z prawidłową masą ciała. Ryzyko to zwiększało się o ok. 58 % u kobiet z drugim i trzecim stopniem otyłości.
- Alkohol i palenie tytoniu - alkohol obok palenia tytoniu, uznawany jest za jeden z najgroźniejszych czynników kancerogennych [3].

Wszystkie wyżej wymienione czynniki, nie oznaczają zachorowania na nowotwór raka piersi, jednakże niektóre z nich mogą zwiększyć prawdopodobieństwo rozwoju nowotworu. Do

modyfikowalnych czynników ryzyka możemy zaliczyć: alkohol, stres, stosowanie antykoncepcji hormonalnej, aktywność fizyczna, otyłość i nadwaga.

Objawy raka piersi. Objawy raka piersi są uzależnione od stopnia zaawansowania choroby, we wczesnym stadium nowotworu często przebiega bezobjawowo, w zaawansowanej fazie zależą od rozległości zmian miejscowych i lokalizacji ognisk przerzutowych. Objawy dotyczą sfery fizycznej, psychicznej i socjalnej.

Najczęstsze objawy raka piersi dotyczące sfery fizycznej to: guzy, wycieki z brodawki, powiększone węzły chłonne po stronie guza (pachowe, szyjno-nadobojczykowe), asymetria piersi, wciągnięcie brodawki sutkowej, owrzodzenie brodawki lub występowanie owrzodzeń na skórze piersi, ból, objaw „pomarańczowej skórki”, pieczenie lub świąd brodawki, widoczne miejscowe objawy stanu zapalnego: obrzęk, ocieplenie skóry, zaczerwienienie, ból.

Dolegliwości dotyczące sfery psychicznej będą objawiały się epizodami depresji, obniżoną samooceną, zaburzeniami nastroju, dezynTEGRACYJNI zaburzeniami własnej osobowości.

Objawy sfery socjalnej charakterystyczne dla kobiet z rakiem piersi to: izolacja społeczna, problemy w pracy, poczucie braku wsparcia, pogorszenie sytuacji materialnej, lęk przed rozpadem małżeństwa i rodziny [4].

Klasyfikacja guzów piersi (wg. WHO, 2019) [5]. Ogólna charakterystyka klasyfikacji nowotworów obejmuje opis zmian według następujących danych: kryteria diagnostyczne, charakterystyczne cechy mikroskopowe, towarzyszące zmiany molekularne.

Najczęściej rozpoznawane tzw. typy histologiczne (cechy budowy komórek widoczne w badaniach mikroskopowych) raka piersi to: rak przewodowy naciekający – ok. 75%, rak zrazikowy naciekający - ok. 10-15%, rak cewkowy - ok. 5%, rak rdzeniasty – ok. 5%, rak śluzowy - ok. 5%.

Obecnie obowiązującej klasyfikacji nowotworów piersi – WHO wprowadziła nowe jednostki chorobowe: torbielakogruczolakorak śluzowy (*mucinous cystadeno-carcinoma*) oraz rak z wysokich komórek o odwróconej biegunowości (*tall cell carcinoma of reverse polarity*).

Typy kliniczne raka piersi. Wyróżniamy tu podział na grupę raków przedinwazyjnych tzn. in situ (tzn. zmian nowotworowych bez cech naciekania) oraz inwazyjnych.

W przypadku raka przedinwazyjnego piersi wyróżnia się raka przewodowego i zrazikowego. Natomiast najczęściej występujące nowotwory inwazyjne piersi to również rak przewodowy i rak zrazikowy. Rak przewodowy (tzw.DCIS) - jest to najczęstszy typ raka inwazyjnego. Rozwija się z przewodu mlekowego, przekracza jego ścianę i nacieka na okoliczne tkanki. Gdy występuje w czystej postaci nie powoduje powstania przerzutów i w tym przypadku rokowania są bardzo dobre.

Rak zrazikowy (tzw. LCIS) - jest drugim, co do częstości występowania, rozwija się z nabłonka pokrywającego zraziki gruczołu piersiowego i jest to rozrost który obejmuje końcowe odcinki układu zrazikowo- pęcherzykowego. Stan przedinwazyjny, nie jest uznawany za nowotwór złośliwy, jednakże jego występowanie powiązane jest z podwyższonym ryzykiem zachorowania na postać inwazyjną raka piersi.

Wyróżniamy także inne rodzaje nowotworów, takie jak: rak cewkowy, śluzotwórczy, rdzeniasty, jednak występują one znacznie rzadziej. Komórki raka mogą naciekać gruczoł piersiowy, tkanki otaczające i dostawać się do naczyń krwionośnych i limfatycznych.

Lokalizacja raka piersi. Guzy piersi najczęściej (50%) diagnozowane są w górnym-zewnętrznym kwadrancie. Więcej niż, 20% guzków zlokalizowanych jest w obrębie brodawki i otoczki, 15 % w kwadrancie górnym wewnętrznym, w 11% kwadrancie dolnym - zewnętrznym. Najrzadziej (6%) guzy występują w kwadrancie dolnym - wewnętrznym.

Ocena stopienia zaawansowania choroby nowotworowej . Na podstawie badania pacjenta, wykonanych badań obrazowych oraz biopsji określa się stopień zaawansowania choroby nowotworowej - jest to klasyfikacja kliniczna TNM (cTNM). Drugim rodzajem klasyfikacji TNM jest klasyfikacja patologiczna (pTNM), określona na podstawie badania histopatologicznego wyciętych tkanek guza oraz węzłów chłonnych. Klasyfikacja TNM ocenia trzy najistotniejsze cechy rozwoju choroby nowotworowej: T - wielkości guza pierwotnego, N - obecności (lub braku) przerzutów w węzłach chłonnych, M - obecności (lub braku) przerzutów odległych[6] . Na podstawie klasyfikacji klinicznej TNM, w zależności od zestawu stwierdzonych cech TNM, dokonuje się oceny stopnia zaawansowania nowotworu i klasyfikuje go do jednego z pięciu stopni.

Stopień 0 - diagnozowany jest we wczesnej postaci nowotworu piersi, do której zaliczane są raki nienaciekające (przedinwazyjne). W tej fazie, choroba jest praktycznie całkowicie wyleczalna, a prowadzone działania terapeutyczne mają na celu uzyskanie miejscowego wyleczenia oraz powstrzymać pojawienie się raka inwazyjnego.

Stopień I i II -oznacza inwazyjne stadium choroby, w której umiejscowienie komórek nowotworowych jest ograniczone do gruczołu piersiowego lub zaczęły się roznosić do najbliższych węzłów chłonnych pachowych.

Stopień III - oznacza nowotwór miejscowo zaawansowany i określa przerzuty do regionalnych węzłów chłonnych, bez obecności przerzutów do odległych narządów i węzłów chłonnych.

Stopień IV - czyli uogólniony rozsiany rak piersi. Występują tu przerzuty odległe do np. kości, płuc, wątroby lub mózgu. Zaawansowana postać raka, to także stadium nawrotu choroby, za

które możemy przyjąć miejscową wznowę, jak i przerzuty w odległych narządach. U około 20 % chorych po wcześniejszym radykalnym leczeniu, następuje nawrót nowotworu.

W ocenie rzeczywistego stopnia zaawansowania nowotworu piersi bierze się pod uwagę także inne czynniki, które wpływają na podjęcie decyzji o sposobie leczenia. Należą do nich: stopień złośliwości histopatologicznej (G), obecność lub jej brak receptorów hormonalnych (estrogenowych i progesteronowych), receptorów HER2 oraz występowanie mutacji genowych BRCA1 i BRCA2.

W każdym stopniu zaawansowania, znajdują się pacjentki, które są wyleczone, jak również u których wystąpi nawrót choroby, a progresja choroby będzie przyczyną śmierci [7].

Profilaktyka raka piersi. Jednym z podstawowych metod walki z rakiem jest profilaktyka. Rozpoznanie nowotworu we wczesnym stadium zmniejsza śmiertelność i poprawia rokowania, dlatego tak ważną rolę odgrywają działania z zakresu profilaktyki. Warto zaznaczyć, że znajomość profilaktyki raka piersi wśród kobiet nie jest zadowalająca i wymaga uzupełnienia. Jednakże, kobiety mają pełną świadomość znaczenia przeprowadzania badań profilaktycznych, ale wykonują je nieregularnie. Głównym źródłem, czerpania wiedzy na temat profilaktyki rak piersi są ulotki, środki masowego przekazu oraz edukacja przeprowadzona przez położną, pielęgniarkę lub lekarza [8].

W przypadku rak piersi wyróżniamy profilaktykę pierwotną i wtórną.

Profilaktyka I fazy (pierwotna) polega na eliminowaniu i kontroli czynników ryzyka mających wpływ na jego rozwój. Głównym jej aspektem jest propagowanie zdrowego stylu życia, oraz zmiana czynników modyfikowalnych takich jak: zmniejszenie zawartości tłuszczu w diecie, eliminacja używek, zwiększenie podaży kwasu foliowego, długotrwałe karmienie piersią, utrzymywanie należytej masy ciała, zwiększenie aktywności fizycznej, prawidłowa (urozmaicona, zbilansowana) dieta, doskonalenie sposobów radzenia sobie ze stresem oraz eliminacja takich czynników, jak długotrwałe stosowanie doustnych środków antykoncepcyjnych czy terapii hormonalnej w okresie okołomenopauzalnym.

Profilaktyka II fazy (wtórna) ma na celu zdiagnozowanie choroby we wczesnym stadium. Prostą metodą jest wykonywanie przez kobiety regularnego samobadania piersi. Natomiast podstawowym badaniem obrazowym w rozpoznawaniu raka piersi jest mammografia. Ultrasonografia jest uznana przez ESMO (*European Society for Medical Oncology*) za badanie uzupełniające. Ponadto w diagnostyce nowotworów piersi wykorzystywany jest kliniczne badanie lekarskie.

Profilaktyka III fazy obejmuje opieką pacjentki które, przeszły leczenie onkologiczne. Celem jest poprawa efektów leczenia oraz zmniejszenia ograniczeń funkcjonalnych

i emocjonalnych mających wpływ na jakość życia. Bardzo ważną rolę w prowadzeniu tego etapu profilaktyki pełni stowarzyszenie samopomocowe AMAZONKI [9,10].

Diagnostyka raka piersi. Samobadanie piersi to tania i prosta metoda, wykrywania wczesnych zmian. Badanie powinny wykonywać kobiety po ukończeniu 20 roku życia, szczególnie z rodzin wysokiego ryzyka wystąpienia raka piersi. Wykonanie badania zaleca się raz w miesiącu, regularnie, 3-5 dni po skończeniu miesiączki. Pozwoli to, kobiecie na poznanie budowy własnych piersi, oraz wykrycie niewielkich nieprawidłowości. Efektywność samobadania w zakresie wykrywania zmian w obrębie piersi jest ograniczona ze względu na jego niską czułość i swoistość. Pomimo ograniczeń kobiety powinny być edukowane w zakresie samobadania piersi i motywowane do regularnej samokontroli jako czynnika zwiększającego poczucie ich wartości i odpowiedzialności za własne zdrowie [11].

Samobadanie piersi składa się z dwóch etapów z oglądania i badania palpacyjnego (dotykania). W pierwszym etapie badania, należy stanąć przed lustrem a ręce trzymać w pozycji z rękami na biodrach, z rękami podniesionymi do góry, z rękami opuszczonymi wzdłuż tułowia i w pozycji pochylonej. Podczas badania należy zwrócić uwagę na asymetrię piersi, zmiany w wielkości i wyglądzie brodawek i piersi, zmiany na skórze, zmiany w zabarwieniu i ucieplenie. Niepokój kobiety powinny wzbudzić: „objaw pomarańczowej skórki”, zaczerwienienia, owrzodzenia, sącząca się wydzielina, obrzęki. Badanie palpacyjne, wykonujemy w pozycji leżącej lub stojącej. Używając trzech złączonych palców, wykonując ruchy okrężne. Istotne jest, aby pierś dotykać trójstopniowym naciskiem, od słabego do mocnego, aby wykryć guzki położone powierzchniowo oraz głęboko. Nie należy, zapominać o zbadaniu dołu pachowego [12].

Techniki samobadania piersi:

- **Koła** - kobieta zaczyna badać pierś o zewnętrznego brzegu piersi, przesuając palce powoli w sposób okrężny, zataczając mniejsze okręgi, zbliżając się do brodawki.
- **Linie** - kobieta rozpoczyna badanie od dołu pachowego, przesuując palce do obszaru poniżej piersi, i kolejno w ten sam sposób ku górze i ponownie, aż obejmie całą pierś.
- **Kliny** - kobieta zaczyna badać, przesuując palce od brodawki sutkowej w kierunku obwodu piersi [13].

Mammografia. Mammografia jest badaniem o wysokim stopniu czułości wczesnego wykrywania rak piersi. W badaniu, możemy wykryć guzki o średnicy około 1 cm oraz zmiany mikrozwapnień mniejsze niż 1,0 mm, pozwala to na wykrycie zmian we wczesnym etapie, gdy nie można ich jeszcze zauważyć w procesie samobadania. Pozwala na ocenę rozległości zmian, liczbę ognisk i ich charakterystykę, a także obecność zmian w skórze, tkance podskórnej

i w obrębie brodawki. Skuteczność diagnostyczna badania oceniana jest na 80 - 97%. Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, skryning w kierunku diagnostyki raka piersi wykonuje się co 2 lata, wśród kobiet od 50 do 69 roku życia. [14, 15].

Mammografia 3D z tomosyntezą. Mammografia trójwymiarowa z tomosyntezą, jest skutkiem rozwoju technologii w obrazowaniu przestrzeni ostatnich kilku dekad. Efektem tego jest wzrost czułości badań mammograficznych, będący czynnikiem prowadzącym do zwiększenia wykrywalności nowotworów piersi. W badaniu, pierś prześwietlana jest pod różnymi kątami, warstwa po warstwie, co milimetr. Dzięki temu, uzyskujemy podczas badania, ponad 400 zdjęć. Mammografia z tomosynteżą pozwala o 30% lepiej niż tradycyjna mammografia ukazać zmiany złośliwe w piersiach. Z większą czułością wykrywa też zmiany wieloogniskowe. Jest szczególnie wartościowym badaniem u młodych kobiet z gęstym utkaniem gruczołowym [16].

Badanie USG (ultrasonografia) piersi. Jest to jedno z podstawowych metod służących do diagnozowania zmian ognikowych w piersi. Ultrasonografia jest również uznana za badanie uzupełniające mammografię, wskazane szczególnie w przypadku piersi o dużej gęstości, typowych dla młodych kobiet, gdzie wartość mammografii jest ograniczona.

USG jest często zalecane przez lekarzy, ze względu na bezinwazyjność, niską cenę oraz brak bezwzględnych przeciwwskazań do jej wykonania. Polega na ocenie miększu ultradźwiękami, pomaga w zdiagnozowaniu zmian torbielowatych i litych [17].

Rezonans magnetyczny. Badanie to wykorzystuje silne pole magnetyczne i fale radiowe do obrazowania ciała. Piersi umieszczone są w specjalnej wielorzędowej podwójnej cewce dedykowanej do tego badania. Cewki służą do tworzenia obrazów przestrzennych analizowanego obszaru. Badanie należy wykonać pomiędzy 6 a 13 dniem cyklu, gdyż poziom hormonów wpływa na otrzymany obraz radiologiczny piersi. Ze względu na wysoką czułością w wykrywaniu guzków piersi (97%), możemy zobrazować wczesne zmiany, niewidoczne jeszcze w tradycyjnym badaniu mammograficznym lub badaniu USG. Jest to procedura bezbolesna, nieinwazyjna, nie narażająca pacjentki na promieniowanie [18].

Elastografia piersi. Jest to nowoczesna metoda diagnostyczna, polegająca na pomiarze właściwości, twardości tkanki przy pomocy ultradźwięków. Nazywana jest również, „palpacją przez obrazowanie” lub „rewolucjonizowane badanie ultrasonograficzne”. Reakcja piersi na dotyk, ucisk pozwala ocenić ich stan. Tkanki zdrowe, cechują się elastycznością i miękkością. Twarda i nie zmieniająca swojego kształtu pod naciskiem, jest zmieniona chorobowo. Stopnie, zdiagnozowanych zmian w piersiach określane są na podstawie kolorowej skali (Tabela 1) [19].

Tabela 1. Klasyfikacja zmian w elastografii piersi.

Klasyfikacja zmian w elastografii			
Skala punktowa	Stopień twardości	Kolor	Charakter zmiany
1	Miękka	Zielony	Norma
2	Miękka	Zielono- żółty	Łagodny
3	Twarda	Niebieski	Podrażniony o złośliwość
4	Twarda	Niebiesko - zielony	Złośliwy
5	Sztywna, twarda	Niebiesko - zielono - czerwony	Złośliwy, zaawansowany, martwica.

źródło: <http://www.usg-otwock.pl/wiedza.html>.

Termografia kontaktowa - jest to innowacyjna metoda, czynnościowego obrazowania funkcji narządu, a nie jego anatomii. Kluczową kwestię, odgrywa tu aspekt „dermotermiczny”, polegający na obrazowaniu rejestrowanych na powierzchni skóry wewnątrznarządowych procesów termicznych. Wyższe tempo metabolizmu oraz tworzenie systemu naczyń krwionośnych, zapewniający zwiększony dopływ krwi umożliwiający rozwój guza, jest charakterystyczne dla nowotworów złośliwych. W ciekłokrystalicznej termografii, podwyższona temperatura wskazuje ogniskowe zmiany o charakterze złośliwym [20].

Biopsja guza. Biopsja ma na celu ocenę histopatologiczną tkanek guza. Biopsja cienkoigłowa, polega na pobraniu materiału za pomocą cienkiej igły, pod kontrolą USG. Biopsja gruboigłowa polega na wprowadzeniu do guza, po uprzednim znieczuleniu – grubszej igły. Efektem tej biopsji jest pozyskanie do badania fragment tkanki guza w postaci „wałeczka”. Biopsje gruboigłowe wykonywane są metodą klasyczną przy pomocy specjalnych igieł lub metodą biopsji próżniowej (mammotomicznej)[21].

Badania genetyczne. W ostatnich latach, coraz większą popularność osiągają testy genetyczne, służące do oceny ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe. Celem testu genetycznego, który obejmuje analizę genów BRCA1 i BRCA2 jest ocena, dziedzicznych predyspozycji do zachorowań na raka piersi, jajnika i innych narządów. Adresatami tego testu są głównie: młode kobiety u których stwierdzono raka piersi, kobiety z rodzinnym obciążeniem, krewne nosicielki mutacji w tych genach i mężczyźni z rakiem piersi, prostaty i ich krewnych. Przed wykonaniem badania, należy ustalić dane rodowodo- kliniczne. Pacjent uzupełnia ankietę, kwalifikującą go do wykonania testu. Przeprowadzenie badania, pozwala na zidentyfikowanie osób obciążonych wysokim ryzykiem, wystąpienia dziedzicznej formy raka piersi. Osoby te, powinny być objęte specjalnym programem badań prewencyjnych, który umożliwia jak najszybsze zdiagnozowanie nowotworu oraz badaniami profilaktycznymi

obejmującymi kontrolę ginekologiczną. Podczas wykonywania tego testu, mogą pojawić się problemy natury psychologicznej. Pacjenci często boją się dowiedzieć, że mogą zachorować na nowotwór. Obawiają się reakcji ze strony otoczenia, braku zrozumienia, oraz zmian relacji rodzinnych, towarzyskich i zawodowych. Boją się, czy będą potrafiły żyć w świadomości, że oni sami i rodzina są w grupie podwyższonego ryzyka zachorowania. Badania genetyczne, odgrywają istotną rolę w określaniu ryzyka zachorowania na dziedziczną formę raka piersi. Warto zaznaczyć, że testy są jedynie częścią kompleksowej opieki, nad osobami z rodzin o podwyższonym ryzyku zachorowania na nowotwór. Wykonujemy je jedynie u pacjentów, którzy mogą być objęci programem działań zapobiegawczych oraz opieką psychologiczną [22].

Rola pielęgniarki/położnej w profilaktyce raka piersi. Kluczową, rolę w profilaktyce raka piersi odgrywa personel medyczny w tym pielęgniarka i położna. To właśnie profesjonalny, zespół medyczny powinien zachęcać pacjentów do wykonania odpowiednich badań i promować prozdrowotny styl życia. Każdej kobiecie, zalecana jest porada dotycząca diety, aktywności fizycznej, sposobów radzenia sobie ze stresem. Trening fizyczny ma wpływ na masę ciała, poziom hormonów i występowanie regularnych miesiączek. Ważne, by pielęgniarki/położne identyfikowały grupy kobiet o zwiększonym ryzyku zachorowania na raka sutka i objęły je szczególną opieką informując o możliwościach udziału w bezpłatnych programach profilaktycznych oraz edukowały w zakresie samokontroli i zdrowego stylu życia. Jednym z zadań pielęgniarki jest rozpowszechnianie zachowań sprzyjających zdrowiu np. propagowanie akcji „różowa wstążeczka”. Istotne by pielęgniarki, podkreślały rangę, wczesnego wykrywania chorób piersi. Organizowały szkolenia, kursy, spotkania w zakresie chorób nowotworowych, i ich wczesnych objawów. Motywowały do korzystania z badań profilaktycznych, oraz do regularnej samokontroli. Personel medyczny, powinien przekonywać kobiety o znaczeniu „rodzinnej historii zdrowia i choroby”, w analizie różnych zagrożeń zdrowotnych. Posiadanie przez pacjentkę wiedzy dotyczącej występowania niepokojących zmian w gruczole piersiowym połączone z wykonywaniem samobadania piersi należy do tanich, prostych i skutecznych metod wczesnego wykrywania raka piersi. Postawa pielęgniarska powinna cechować się, życzliwością, otwartością oraz gotowością do pomocy i wsparciu w trudnych momentach [23, 24].

Podsumowanie. Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym wśród kobiet. Nowotwór ten staje się chorobą wielopłaszczyznową, która stała się już problemem cywilizacyjnym. Dlatego, tak kluczową kwestię odgrywa znajomość czynników ryzyka i objawów, by móc już we wczesnej fazie choroby, zdiagnozować zmiany.

Pielęgniarka powinna przekonywać pacjentki do wykonywania systematycznie badań profilaktycznych, motywując je tym, że diagnostyka nowotworu we wczesnym stadium rozwoju daje lepsze efekty terapeutyczne. Kluczowe jest również kształtowanie postaw prozdrowotnych wśród pacjentki i jej rodziny.

Piśmiennictwo

1. Smaga A., Mikułowska M., Komorowska A., Falkiewicz B.: Ogólne informacje o raku piersi. Rak piersi w Polsce - leczenie to inwestycja. Sequence HC Partners Sp. z o.o. Warszawa, 2014, s. 8-11.
2. Leśniewski P.: Rehabilitacja pacjentek po mastektomii. Wyd. I AsteriaMed, Gdańsk, 2020, s. 5.
3. Janssens J., Vandeloo M.: Rak piersi: bezpośrednie i pośrednie czynniki ryzyka z wiązane z wiekiem i stylem życia. *Nowotwry Journal of Oncology*. 2006, 3 (59), s.160-166.
4. Ośmiałowska E. i wsp.: Jakość życia pacjentek z rozpoznaniem nowotworu nowotworu piersi. *Palliative Medicine in Practice*. 2018, 3 (12), s. 143-148.
5. WHO Classification Editorial Board. WHO Classification of Tumours. Breast Tumours, 2019, 5.
6. Murawa D. i wsp.: ABC Raka Piersi. Wielkopolskie Centrum Onkologii. Poznań, 2010, s.9-11.
7. Pawlak W. i wsp.: Nowa klasyfikacja zaawansowania nowotworów złośliwych. *Współczesna Onkologia*. 2003, 7 (10), s. 795-807.
8. Paździor A. i wsp.: Wiedza kobiet na temat profilaktyki rak piersi. *Nowiny Lekarskie*. Wyd. UM w Poznaniu, 2011, 80 (6), s. 419-422.
9. Strojek K. i wsp.: Zachowania prozdrowotne i stan wiedzy kobiet na temat profilaktyki rak piersi. *Journal of Education, Health and Sport*. 2017, 7 (3) s. 166-176.
10. Zbucka M. i wsp.: Czy można wpływać na ryzyko wystąpienia raka piersi? *Przegląd Menopauzalny*, 2006, 6, s. 70-75.
11. Garwacka - Czachor E. i wsp.: Samobadanie piersi w grupie kobiet biorących udział w przesiewowych badaniach mammograficznych. *Biuletyn Polskiego Towarzystwa Onkologicznego Nowotwory*. Wyd. ViaMedia, 2016, 3 (1), s. 228-232.
12. Hurko Ź. i wsp.: Opieka nad pacjentką z rakiem piersi. *Holistyczny wymiar współczesnej medycyny*. Wyd. UM w Białymstoku, 2020, s. 286-308.
13. Łepecka - Klusek C.: Opieka nad kobietą w różnych fazach jej życia. *Zdrowie i płodność kobiety*. [W:] Łepecka-Klusek C. (red.) *Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii*. PWN. Warszawa 2022, s. 18-22.
14. Obarska D.: Bezpieczna mammografia. *Obrazowanie medyczne*. Wyd. Acta Bio-Optica et Informatica Medica 2009, 3 (15), s.282-284.
15. Prażmowska B. i wsp.: Czynniki wpływające na częstość wykonywania badania mammograficznego. *Medycyna Ogólna*, 2010, 4 (16), s. 475-481.
16. Matuszewski K. i wsp.: Mammografia 3D z tomosyntezą. Kontrola jakości - regulacje prawne i metodyka pomiaru średniej dawki gruczołowej. *Zeszyty Naukowe Wielkopolskiego Centrum Onkologii*. Wyd. Letters in Oncology Science 2019, 16(1), s.37-43

17. Bednarski P. i wsp.: Badanie ultrasonograficzne piersi - oczekiwania chirurgia. Breast ultrasound scans – surgeons' expectations. Wyd. J Ultrason, 2015, 15, s. 164–171.
18. Wypij N.: Obrazowanie raka piersi za pomocą rezonansu magnetycznego - wskazania. Zeszyty Naukowe Wielkopolskiego Centrum Onkologii. Wyd. Letters in Oncology Science, 2017, 14(4), s.110-115.
19. Zielińska- Wartecka K.: Zastosowanie elastografii w ocenie patologii narządów płciowych kobiety, (praca doktorska). Katedra Perinatologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Gdańsk, 2019, s. 6-10.
20. Pieńkowski T.: Samobadanie piersi. Braster. Radomskie Centrum Onkologii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Radom, 2017.
21. Ślubowski T. i wsp.: Techniki diagnostyczne w raku piersi. Część II: Metody fizykalne i biopsyjne. Ginekologia Polska, 2007, 78, s. 479- 483.
22. Kozak A. i wsp.: Testy genetyczne w ocenie ryzyka zachorowania na dziedzicznego raka piersi i jajnika. Współczesna Onkologia. 2002, 4, s 201-204.
23. Wilińska M. i wsp.: Komunikacja z kobietą w okresie okołoporodowym - szczególna rola pielęgniarki i położnej w promowaniu zachowań prozdrowotnych matki dziecka. Zeszyty Naukowe. Wyd. Łomża, 2009, 43, s. 5-80.
24. Sierżantowicz R. i wsp.: Opieka pielęgniarska nad pacjentką po mastektomii na podstawie studium przypadku. [W:] Klimaszewska K., Krajewska-Kułak E. (red.) Rola zespołu interdyscyplinarnego w opiece nad pacjentami onkologicznymi Tom 1. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Białystok, 2021, s. 113-121.

BADANIE PRZESIEWOWE JAKO ZŁOTY STANDARD POSTĘPOWANIA W PROFILAKTYCE CHORÓB DOLNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO

MARLENA JANKO, MONIKA KADŁUBOWSKA, BOŻENA KRAWCZYK

Wstęp. Rak jelita grubego (RJG) jest jednym z najczęściej rozpoznawanych nowotworów. Zgodnie z danymi zawartymi w GLOBOCAN (WHO) w roku 2018 zanotowano około 1,8 mln nowych zachorowań na RJG na całym świecie; stanowi to 10,2% wszystkich nowych przypadków. Odnotowano także około 880 tys. zgonów w ciągu roku z tego powodu, w konsekwencji czego RJG zajmuje trzecie miejsce na świecie pod względem przyczyn zgonów na nowotwory [1].

Zachorowalność na RJG w Polsce nadal jest wysoka. Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów w roku 2017 liczba zachorowań na nowotwór złośliwy jelita grubego wynosiła 10905, z czego u mężczyzn ponad 5800 i niemalże 5100 u kobiet. Rak jelita grubego powoduje w naszym kraju około 7,8% zgonów nowotworowych, a także zajmuje trzecie miejsce (po raku płuc i prostaty u mężczyzn oraz raku płuc i raku piersi u kobiet) pod względem przyczyn zgonów z powodu raka [2].

Szacuje się, że w 5-10% przyczyną raka jelita grubego są zespoły dziedziczne, w większości dziedziczone w sposób autosomalny dominujący. RJG rozwija się stopniowo przez lata, często przebiega bez wczesnych objawów choroby.

Większość nowotworów jelita grubego rozwija się z gruczolaków, które niewykryte i nieusunięte przekształcają się w gruczolakoraki. Proces transformacji gruczolaka do raka trwa około 10-15 lat [3, 4, 5].

Do głównych czynników zwiększających ryzyko zachorowania na raka jelita grubego, zaliczają się:

- czynniki środowiskowe tj.: nieprawidłowe nawyki żywieniowe, otyłość, niedobory witamin z grupy D, C i A, palenie tytoniu oraz mała aktywność fizyczna;
- czynniki wewnętrzne tj.: gruczolaki, wrzodziejące zapalenie jelita grubego;
- czynniki genetyczne takie jak: zespół Lyncha I, II i III, rodzinna polipowatość gruczolakowata, zespół Peutza - Jeghersa (5).

Polipy jelita grubego to uwypuklenia błony śluzowej ponad jej powierzchnię; mogą one być uszypułowane, półuszypułowane, płaskie oraz siedzące [6]. Polipy przewodu pokarmowego pod względem etiopatogenetycznych dzielimy na śluzówkowe nowotworowe, nienowotworowe oraz podśluzówkowe [7]. Ryzyko rozwoju nowotworu zależy od budowy

histopatologicznej polipów, a także wielkości, kształtu oraz ich liczby. Szansa wykrycia raka wzrasta wraz z wielkością zmian, przy polipie o średnicy >2 cm wynosi ono około 45%, natomiast przy polipie <1 cm wynosi 1% [8].

Podstawową strategią prowadzącą do zmniejszenia zapadalności na raka jelita grubego i śmiertelności z jego powodu są działania zapobiegawcze. Można je podzielić na dwie opcje działania: prewencję pierwotną oraz prewencję wtórną [9].

Prewencja pierwotna obejmuje całą populację. Jej celem jest zmniejszenie ryzyka powstania gruczolaków z których powstają nowotwory złośliwe. Główne założenie w wyżej wymienionej profilaktyce to modyfikacja czynników zewnętrznych takich jak: dieta, styl życia, a także chemoprewencja mająca na celu zapobieganie powstaniu nowotworów poprzez zastosowanie odpowiednich leków takich jak kwas foliowy, witamina D₃, wapń, selen, statyny [10].

Prewencja wtórna obejmuje zarówno osoby ze średnim jak i z podwyższonym ryzykiem zachorowania na raka jelita grubego. Jej celem jest wykrycie oraz usunięcie zmian przednowotworowych, a także wczesnych zmian nowotworowych. Wykrycie nowotworu we wczesnej fazie jego rozwoju zwiększa szanse na wyleczenie [11].

Kolonoskopia jest złotym standardem w wykrywaniu raka jelita grubego, jest jednocześnie badaniem przesiewowym i diagnostycznym. Badanie endoskopowe pozwala na pełną wizualizację błony śluzowej jelita grubego, pobranie wycinków histopatologicznych a także przeprowadzenie polipektomii. Charakteryzuje się wysoką czułością wykrywania zmian co w rezultacie zmniejsza ryzyko zachorowania na raka jelita grubego o 50-77% a śmiertelność o 31-90% [12,13].

Celem pracy była analiza czynników wpływających na postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne wobec pacjentów u których wykonano przesiewową kolonoskopię.

Materiał i metody. Analizie poddano 300 osób, w tym 186 kobiet i 114 mężczyzn. Badania skriningowe przeprowadzone zostały w Pracowni Endoskopii Bielskiego Centrum Onkologii - Szpital Miejski im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej. Materiał badawczy zabrano za pomocą analizy dokumentacji medycznej pacjentów biorących udział w profilaktycznym badaniu kolonoskopowym w ramach „Programu badań przesiewowych raka jelita grubego” w latach 2016-2019. Wszystkie obliczenia statystyczne zostały przeprowadzone przy użyciu pakietu statystycznego, programu R-4,0.3 oraz arkusza kalkulacyjnego Excel 2016.

Zmienne mierzone na skali ilościowej zostały scharakteryzowane za pomocą m.in. średniej arytmetycznej oraz odchylenia standardowego, natomiast zmienne typu jakościowego, które były mierzone na skali nominalnej, zostały przedstawione za pomocą licznosci oraz wartości procentowych (odsetka).

Zależność między dwiema zmiennymi mierzonymi na skali nominalnej zbadano za pomocą testu chi-kwadrat, testu chi-kwadrat z poprawką Yates'a oraz dokładnego testu Fishera.

We wszystkich obliczeniach za poziom istotności przyjęto $p < 0.05$.

Wyniki. W grupie badanej było 114 mężczyzn (38,0%) i 186 kobiet (62,0%). W przedziale wiekowym 40-49 lat było 10 mężczyzn (8,8%) i 16 kobiet (8,6%), w wieku 50-59 lat było 62 mężczyzn (54,4%) i 103 kobiety (55,4%), w przedziale 60 lat i więcej było 42 mężczyzn (36,8%) i 67 kobiet (36,0%). Średnia wieku badanej grupy wynosiła 56,7 lat.

Analiza BMI wykazała, że wśród badanych najliczniejszą grupą, bo aż 44,7% stanowiły osoby z nadwagą, prawidłową masę ciała miało 28,0% osób, natomiast osoby z otyłością stanowiły 27,3% (Tabela 1). Średnia BMI badanej grupy wynosiła 27,8 (Tabela 2).

Tabela 1. Przedstawienie badanej grupy z podziałem według płci, wieku i BMI

Metryczka		Ogółem		Płeć			
				Kobieta		Mężczyzna	
		n	%	n	%	n	%
Płeć	kobieta	186	62,0	186	100,0	-	-
	mężczyzna	114	38,0	-	-	114	100,0
Wiek	40 – 49 lat	26	8,7	16	8,6	10	8,8
	50 – 59 lat	165	55,0	103	55,4	62	54,4
	60 lat i więcej	109	36,3	67	36,0	42	36,8
BMI	prawidłowa masa ciała	84	28,0	64	34,4	20	17,5
	nadwaga	134	44,7	75	40,3	59	51,8
	otyłość	82	27,3	47	25,3	35	30,7

źródło: badania własne, N- liczba badanych, %-wartość procentowa

Tabela 2. Statystyka opisowa badanej grupy z podziałem według płci i BMI

	M	SD	Min	Max	Q1	Me	Q3
Wiek	56,7	5,7	41,0	66,0	53,0	57,0	62,0
BMI	27,8	4,4	18,6	48,3	24,8	27,2	30,2

gdzie: M-średnia, SD – odchylenie standardowe, Q1 – kwartył 25%, Me – mediana, Q3 – kwartył 75%

źródło: badania własne

Według analizy dokumentacji medycznej, występowanie objawów trwających nie dłużej niż 3 miesiące dotyczyło 10 osób, najczęstszym objawem była zmiana rytmu wypróżnień występująca łącznie u 7 osób (2,3%), w większości przypadków objawy występowały od 2 miesięcy. Niezamierzone chudnięcie dotyczyło 2 osób (0,7%), najrzadszym objawem była krew w kale/anemia – dotyczyła tylko 1 osoby - 0,3%.

Zdecydowana większość, bo aż 97,0% osób nie miała wykonanej w przeszłości kolonoskopii. Tylko 3,0% osób miało wcześniej wykonane badanie, u 2,3 % osób wynik poprzedniego badania endoskopowego był prawidłowy, polipy oraz żylaki odbytu miało 0,3 % badanych osób.

Analizując dokumentację medyczną ustalono, że w rodzinach 187 osób (62,3%) nikt nie chorował bądź nie choruje na raka jelita grubego; 35 osób (11,7%) odpowiedziało, że „nie wie, czy ktoś bliski chorował”. W przypadku 78 osób (26,0%) stwierdzono rodzinne występowanie tego nowotworu. Najczęściej z bliskich osób chorował ojciec 44,8% i matka 42,3%, najrzadziej rodzeństwo 15,4%.

Analizując przebieg badania endoskopowego ustalono, że wycinki histopatologiczne pobrano u 108 osób (36,0%), przeważająca ilość osób miała pobrany tylko jeden wycinek, dwa bądź więcej wycinków pobrano u 18 osób (16,7%). Najczęściej wycinki pobierano z esicy (43,5%), odbytnicy (36,1%) następnie z kątnicy (14,8%), poprzecznicy (9,3%) i wstępnicy (7,4%). Najrzadziej pobierano ze zstępnicy (3,7%), odbytu (2,8%) oraz z zagięcia śledzionowego i zagięcia wątrobowego (0,9%). Analizując wynik pobranego materiału histopatologicznego stwierdzono, że wśród badanych osób najczęściej występuje polip hiperplastyczny (50,9%), gruczolak cewkowy (36,1%), najrzadziej występował polip zapalny (4,6%), gruczolak cewkowo-kosmkowy (1,9%), rak gruczołowy i tłuszczak podśluzówkowy (0,9%). Wycinek o prawidłowej budowie miało 5,6% osób.

Zbadano zależność między płcią a pobieraniem wycinków histopatologicznych, ich ilością, miejscem, wynikiem histopatologicznym oraz wykonywaniem polipektomii. Analiza statystyczna wykazała istotnie statystycznie zależność między płcią a wykonywaniem polipektomii podczas badania. 90,3% mężczyzn miało wykonaną polipektomię, podczas gdy u kobiet tylko 9,7% (Tabela 3).

Tabela 3. Zależność między płcią a pobieraniem wycinków histopatologicznych, ich ilości, miejsc, wynikiem histopatologicznym oraz wykonywaniem polipektomii

		Płeć				Wartość statystyki χ^2	Poziom istotności (p)
		kobieta		mężczyzna			
		n	%	n	%		
Pobranie wycinków histopatologicznych	nie	123	66,1	69	60,5	0,963	0,3264*
	tak	63	33,9	45	39,5		
Ilość pobranych wycinków N=108	1HP	56	88,9	34	75,6	2,468	0,1162**
	2HP bądź więcej	7	11,1	11	24,4		
Miejsce pobranego wycinka	Odbytnica	26	41,3	13	28,9	1,744	0,1866*
	Esica	26	41,3	21	46,7	0,311	0,5770*
	Kątnica	8	12,7	8	17,8	-	0,5845***
Wynik pobranego materiału histopatologicznego	Gruczolak cewkowy	20	31,7	19	42,2	1,249	0,2638**
	Polip hiperplastyczny	33	52,4	22	48,9	0,128	0,7204**
	Limfocytarny naciek zapalny	6	9,5	5	11,1	-	1,0000***
Wykonanie polipektomii	nie	168	90,3	93	81,6	4,778	0,0288*
	tak	18	9,7	21	18,4		

*test chi-kwadrat, **test chi-kwadrat z poprawką Yates'a, ***dokładny test Fishera

źródło: badania własne, N- liczba badanych, %-wartość procentowa

Analizując przebieg badania endoskopowego badanej grupy ustalono, że 87,0% nie miało wykonanej polipektomii, natomiast zabieg usunięcia polipa wykonano u 39 osób (13,0%). Polipa za pomocą pętli „na zimno” usunięto u 23 osób, z użyciem diatermii wycięto u 19 osób. Biorąc pod uwagę wynik histopatologiczny usuniętego polipa, najczęściej występował gruczolak cewkowy (36,8%), gruczolak cewkowo-kosmkowy (36,8%) i polip hiperplastyczny (26,3%), najrzadziej naciek limfocytarny (5,3%). Innych polipów nie wykryto. Rozmiar usuniętych polipów wynosił poniżej 5 mm (15,8%), 5-10 mm (84,7%).

Podczas usuwania polipa bądź też polipów u 12 osób (30,8%) wykonane zostały dodatkowe czynności endoskopowe tj. ostrzyknięcie adrenaliną (83,3%) oraz założenie klipsów naczyniowych (25,0%;).

Analiza dokumentacji medycznej wykazała, że podczas kolonoskopii wśród badanej grupy nie wystąpiły żadne powikłania w trakcie badania.

U znaczniej większości, bo aż u 92,3 % osób kolejne badanie zalecone zostało dopiero za 10 lat; kontrolne badanie za 3 lata wskazane było u 4,3% osób. W przypadku 1,7% osób skierowano pacjentów na wykonanie polipektomii w warunkach ambulatoryjnych. Wskazania do dalszego leczenia w poradniach specjalistycznych otrzymało 1,3% osób.

Analiza statystyczna wykazała istotnie statystycznie zależność między wiekiem a miejscami pobierania wycinków histopatologicznych oraz wynikiem pobranego materiału histopatologicznego:

- wraz z wiekiem zmniejszała się liczba pobrań wycinków z odbytnicy,
- u 25,6% osób w wieku 60+ pobrano wycinek z kątnicy,
- u 30,2% osób w wieku 60+ wynikiem pobranego materiału histopatologicznego był polip hiperplastyczny (Tabela 4).

Tabela 4. Zależność między wiekiem a pobieraniem wycinków histopatologicznych, ich ilości, miejsc, wynikiem histopatologicznym oraz wykonywaniem polipektomii

		Wiek						Wartość statystyki χ^2	Poziom istotności (p)
		40 – 49 lat		50 – 59 lat		60 lat i więcej			
		n	%	n	%	n	%		
Pobranie wycinków histopatologicznych	nie	19	73,1	107	64,8	66	60,6	1,544	0,4620
	tak	7	26,9	58	36,2	43	39,4		
Ilość pobranych wycinków N=108	1HP	4	57,1	52	89,7	34	79,1	5,689	0,0582
	2HP bądź więcej	3	42,9	6	10,3	9	20,9		
Miejsce pobranego wycinka	Odbytnica	5	71,4	25	43,1	9	20,9	9,309	0,0095
	Esica	2	28,6	23	39,7	22	51,2	2,011	0,3659
	Kątnica	1	14,3	4	6,9	11	25,6	6,833	0,0328
	Gruczolak cewkowy	2	28,6	16	27,6	21	48,8	5,018	0,0813

Wynik pobranego materiału histopatologicznego	Polip hiperplastyczny	5	71,4	37	63,8	13	30,2	12,388	0,0020
	Limfocytarny naciek zapalny	1	14,3	5	8,6	5	11,6	0,382	0,8263
Wykonanie polipektomii	nie	23	88,5	146	88,5	92	84,4	1,020	0,6004
	tak	3	11,5	19	11,5	17	15,6		

źródło: badania własne, N- liczba badanych, %-wartość procentowa, χ^2 - test chi kwadrat zależność istotna statystycznie (p<0,05)

Nadzorem endoskopowym zostały objęte osoby, u których w badaniu wykryto następujące zmiany: gruczolaka cewkowego, gruczolaka kosmkowego, gruczolaka cewkowo-kosmkowego, siedzącego ząbkowanego polipa, tradycyjnego gruczolaka ząbkowanego oraz raka gruczołowego.

Brak nadzoru endoskopowego dotyczył osób, u których wykryto: polipa hiperplastycznego, polipa zapalnego, limfocytarny naciek zapalny, tłuszczaka podśluzówkowego.

W grupie osób, którym pobrano wycinki histopatologiczne, analiza statystyczna wykazała istotnie statystycznie zależność między wynikiem histopatologicznym i wiążącym się z nim nadzorem endoskopowym a wiekiem. W przypadku osób w wieku 60 lat i więcej aż 54,7% uczestników miało zalecenie dalszego nadzoru endoskopowego (Tabela 5).

Tabela 5. Analiza zależności pomiędzy wynikiem histopatologicznym pobranym jako wycinki a wybranymi zmiennymi klinicznymi i socjodemograficznymi

		Wynik histopatologiczny				Wartość statystyki χ^2	Poziom istotności (p)
		Nadzór endoskopowy		Brak nadzoru endoskopowego			
		n	%	n	%		
Płeć	kobieta	23	54,8	40	60,6	0,361	0,5481*
	mężczyzna	19	45,2	26	39,4		
Wiek	40 – 49 lat	2	4,8	5	7,6	6,409	0,0406*
	50 – 59 lat	17	40,5	41	62,1		
	60 lat i więcej	23	54,7	20	30,3		
Wskaźnik BMI	prawidłowa masa ciała	9	21,4	14	21,2	0,046	0,8303**
	nadwaga i otyłość	33	78,6	52	78,8		
Rodzinne występowanie na raka jelita grubego	nie	30	71,4	40	60,6	1,570	0,4562*
	tak	8	19,1	15	22,7		
	nie wiem	4	9,5	11	16,7		
	Nie, ale paliłem/am w przeszłości	12	28,6	25	37,9		
	Tak	9	21,4	11	16,7		

*test chi-kwadrat, **test chi-kwadrat z poprawką Yates'a

źródło: badania własne, N-liczba badanych, %-wartość procentowa

W grupie osób, u których pobrano wycinek histopatologiczny oraz wykonano polipektomię, analiza statystyczna wykazała istotnie statystycznie zależność między wynikiem histopatologicznym i wiążącym się z nim nadzorem endoskopowym a wiekiem. W przypadku

osób w wieku 60 lat i więcej 51,5% uczestników zostało objętych dalszym nadzorem endoskopowym. U osób w przedziale wiekowym 50-59 lat, aż 58,9% osób nie otrzymało zaleceń do dalszej kontroli (Tabela 6).

Tabela 6. Analiza zależności pomiędzy wynikiem histopatologicznym pobranym jako wycinki oraz polipektomii a wybranymi zmiennymi klinicznymi i socjodemograficznymi

		Wynik histopatologiczny				Wartość statystyki χ^2	Poziom istotności (p)
		Nadzór endoskopowy		Brak nadzoru endoskopowego			
		n	%	n	%		
Płeć	kobieta	35	51,5	43	58,9	0,787	0,3750*
	mężczyzna	33	48,5	30	41,1		
Wiek	40 – 49 lat	3	4,4	7	9,6	6,228	0,0444*
	50 – 59 lat	30	44,1	43	58,9		
	60 lat i więcej	35	51,5	23	31,5		
Wskaźnik BMI	prawidłowa masa ciała	12	17,6	17	23,3	0,686	0,4077*
	nadwaga i otyłość	56	82,4	56	76,7		
Rodzinne występowanie na raka jelita grubego	nie	45	66,2	43	58,9	1,303	0,5212*
	tak	16	23,5	18	24,7		
	nie wiem	7	10,3	12	16,4		
	Nie, ale palilem/am w przeszłości	18	26,5	26	35,6		
	Tak	17	25,0	15	20,6		

*test chi-kwadrat, **test chi-kwadrat z poprawką Yates'a

źródło: badania własne, N-liczba badanych, %-wartość procentowa

Dyskusja. Rak jelita grubego należy do najczęściej występujących nowotworów złośliwych a zachorowanie na RJG nadal stanowi wyzwanie dla medycyny onkologicznej. Nowotwór ten przez wiele lat może rozwijać się bezobjawowo, dlatego istotne jest wczesne wykrycie choroby [14]. W Polsce, w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej od 2000 roku wdrożono Program Badań Przesiewowych w kierunku raka jelita grubego. Wprowadzenie profilaktycznej kolonoskopii pozwala zapobiec i wykryć nowotwór we wczesnej fazie rozwoju, dzięki czemu w istotny sposób zwiększają się szanse chorego na całkowite wyzdrowienie [13]. Bretthaueri M. i wsp. przeprowadzili randomizowane badanie kliniczne, które zostało zrealizowane wśród 94 959 mężczyzn i kobiet w przedziale wiekowym 55-64 lat. Przesiewowe badanie kolonoskopowe przeszło 12 574 osób. Badania wykonano w czterech europejskich krajach tj. Polsce, Norwegii, Holandii, Szwecji w okresie od czerwca 2009 do listopada 2014 roku. Jednym z głównych celów projektu było zbadanie wskaźnika uczestnictwa w badaniach skriningowych. Najwyższy wskaźnik udziału w badaniu występował w Norwegii 60,7%, na trzecim miejscu ze wskaźnikiem 33,0% znajdowała się Polska [15]. W badaniach własnych nie

analizowano wskaźnika uczestnictwa w programie badań przesiewowych, natomiast zaobserwowano, iż kobiety znacznie częściej uczestniczyły w profilaktyce raka jelita grubego. Kielar J. i Gawron J. przeprowadzili badania retrospektywne, analizując częstość występowania gruczolaków jelita grubego w badaniach przesiewowych. Badania zostały przeprowadzone w latach 2005-2009, a analiza obejmowała 1626 osób. Również w tym badaniu kobiety stanowiły większą grupę 58,7% [16].

Na niższy wskaźnik uczestnictwa mężczyzn w badaniach przesiewowych mają wpływ różne czynniki. Janik M. i wsp. badali determinanty zgłaszalności na badania kolonoskopowe. Autorzy wykazali, iż kobiety posiadają większą wiedzę na temat programu badań przesiewowych, a także częściej wyrażają chęć i zamiar wykonania koloskopii. Czynnikiem zniechęcającym do poddania się badaniu jest m.in. jego krępująca forma oraz lęk przed potencjalnym bólem [17].

Badanie przeprowadzone przez Ferlitsch M. i wsp. w Austrii w okresie 2007-2010 było badaniem kohortowym i obejmowało 44 350 uczestników krajowego programu przesiewowej kolonoskopii. Grupa składała się w niemal równych procentach z kobiet (51,0%) i mężczyzn (49,0%), średnia wieku wynosiła 60,7 lat. Analiza badanej grupy wykazała, iż płeć jest istotnie związana z częstością występowania zmian przedrakowych. Częstość występowania gruczolaków u mężczyzn była 2-krotnie wyższa niż u kobiet. Płeć męska związana była ze większym ryzykiem wykrycia zmian nowotworowych niż płeć damska. Również wykrywalność zmian wśród mężczyzn różniła się od kobiet w tej samej grupie wiekowej. Częstość występowania gruczolaków oraz zaawansowanych zmian przedrakowych była porównywalna u mężczyzn w wieku 45-49 lat jak i u kobiet w wieku 55-59 lat. Wzrost występowania raka jelita grubego był podobny wśród mężczyzn w wieku 55-59 lat jak i kobiet w wieku 65-69. Mimo iż okres transformacji gruczolaka do raka jest podobny dla obu płci, to częstość występowania zmian przedrakowych i rakowych jest wyższa u płci męskiej. Fakt ten może wynikać z ogólnie większej liczby gruczolaków występujących u mężczyzn po 40 roku życia [18].

Badania własne wykazały, że podczas przesiewowej kolonoskopii mężczyźni częściej mieli wykonywaną polipektomię. Zbadano zależność między wiekiem, bez podziału na płeć a przebiegiem badania. Zauważono, że wraz z wiekiem maleje liczba wycinków pobranych z odbytnicy, natomiast u osób powyżej 60 roku życia wycinki najczęściej pobierane były z kątnicy, a w badaniu histopatologicznym głównie stwierdzano polipa hiperplastycznego.

W badaniach własnych nie wykazano zależności między BMI a pobranym wynikiem histopatologicznym. Zaobserwowano natomiast, iż największą grupę badanych stanowiły

osoby z nadwagą, aż 27,3% uczestników miało otyłość. Kobiela J. i wsp. przeprowadzili analizę przekrojową 75 278 pacjentów, a ich badania wykazały, że otyłość wiąże się ze zwiększoną zachorowalnością na raka jelita grubego. W grupach o rosnącym wskaźniku BMI istotnie wzrosły wskaźniki wykrywalności gruczolaków oraz zaawansowanej neoplazji [19]. W podobnym badaniu przeprowadzonym przez Shapero T. i wsp. na populacji kanadyjskiej wykazano, że otyłość i jej następstwa są związane ze zwiększoną częstością występowania łagodnych nowotworów jelita grubego [20].

Parajuli R. i wsp. przeprowadzili badanie kohortowe na populacji norweskiej. Projekt obejmował zarówno mężczyzn jak i kobiety, którzy byli obserwowani przez wiele lat. Zaobserwowano u kobiet palących wzrost ryzyka zachorowania na raka jelita grubego o 19%, natomiast u mężczyzn palących ryzyko wynosiło 8%. Przeprowadzone badanie dowiodły, iż palące kobiety są bardziej podatne na występowanie nowotworu jelita grubego niż palące płci męskiej [21].

Gewartowska M. i wsp. opisując nowotwory dziedziczne przewodu pokarmowego zwracają uwagę na genetyczne występowanie raka jelita grubego. W podwyższonej grupie ryzyka znajdują się osoby, w których rodzinie rozpoznano wyżej wymieniony nowotwór. Szacuje się, iż około 20% zachorowań na RJG ma podłoże genetyczne [22]. W badaniach własnych ustalono, że w przypadku 26% uczestników stwierdzono rodzinne występowanie raka jelita grubego. Mimo to nie wykazano zależności między chorobą kogoś bliskiego z rodziny a występowaniem zmian przedrakowych i rakowych.

Badania własne wykazały, iż podczas badania endoskopowego wycinki histopatologiczne najczęściej pobierane były z esicy. Wśród uczestników najczęściej występował polip hiperplastyczny 50,9%, zabieg usunięcia polipa wykonano u 13% osób. Przeważnie polip usuwany był z esicy. U znaczniej ilości osób wykryto gruczolaka cewkowego. Natomiast nowotwór jelita grubego zdiagnozowano u 0,9% badanych.

W podobnym badaniu o charakterze kohortowym, Ferlitschi M. i wsp analizowali częstość występowania zmian przedrakowych i rakowych. Podczas przesiewowej kolonoskopii, polipektomię wykonano u 94,6% osób, polipy najczęściej wykrywano w esicy i odbytnicy. Analiza histopatologiczna wykazała, że 16,3% uczestników miało polipy hiperplastyczne, u 19,7% wykryto gruczolaki. Raka jelita grubego wykryto u 1,1% osób [18].

W przypadku osób, u których podczas badania przeprowadzono zabieg usunięcia polipów, zwiększa się ryzyko wystąpienia nowych polipów jelitowych oraz zmian rakowych. Prawdopodobnie u około 30-50% pacjentów, którym usunięto polipy gruczolakowe,

w okresie 3 lat pojawiają się nowe polipy, a niespełna 1% zachoruje na raka w ciągu najbliższych 5 lat.

Kamiński M. i wsp. w polskiej adaptacji wytycznych dotyczących nadzoru endoskopowego po polipektomii zwracają uwagę na zasady oraz czynniki wpływające na nadzór. Na zalecenia wykonania kontrolnego badania wpływa liczba usuniętych gruczolaków, wielkość oraz budowa histopatologiczna. Pacjenci, którym wykryto 1-2 gruczolaki cewkowe wielkości poniżej 10mm otrzymują zalecenie badania kontrolnego za 10 lat. W przypadku wykrycia 3-4 gruczolaków bądź jeśli występuje dysplazja dużego stopnia, zaleca się wykonanie kontrolnego badania w okresie 3 lat. W grupie dużego ryzyka znajdują się osoby z co najmniej 5 wykrytymi gruczolakami, u których zaleca się ponowne wykonanie kolonoskopii za rok [23].

Badania własne wykazały, że osoby powyżej 60 roku życia najczęściej zostawały objęte nadzorem endoskopowym. U znacznej większości uczestników, bo aż u 92,3% kolejne badanie zalecane zostało za 10 lat, kontrolne badanie za 3 lata wskazane zostało u 4,3 % badanych.

Rak jelita grubego jest jednym z najczęściej diagnozowanych nowotworów zarówno w Polsce jak i na świecie. Biorąc pod uwagę m.in. takie aspekty jak: szybkie tempo życia, starzejące się społeczeństwo, nieprawidłowe nawyki żywieniowe, uzależnienia od nikotynizmu można spodziewać się dalszego wzrostu zachorowań na ten nowotwór. Kluczową rolę we wczesnym wykrywaniu raka jest profilaktyka pierwotna i wtórna. Badania scriningowe, w tym kolonoskopia pozwala na wczesne wykrycie zmian przedrakowych bądź też rakowych zwiększając szansę na wyzdrowienie chorego. Istotne jest popularyzowanie badań przesiewowych oraz uświadamianie polskiego społeczeństwa, jakie czynniki ryzyka i objawy niesie ze sobą nowotwór raka jelita grubego.

Wnioski.

1. Kobiety częściej uczestniczyły w programie badań przesiewowych.
2. W badanej grupie objawy przed kolonoskopią występowały epizodycznie, najczęstszym objawem była zmiana rytmu wypróżnień.
3. Polipektomię częściej wykonywano u mężczyzn; wraz z wiekiem malała liczba pobrań wycinków z odbytnicy, natomiast zwiększała się ilość wycinków pobieranych z kątnicy; u osób 60 lat i więcej najczęściej wykrywano polipa hiperplastycznego.
4. Wśród uczestników z rodzinnym występowaniem raka najczęściej wycinki pobierano z odbytnicy, przeważnie wykrywano polipa hiperplastycznego.
5. Osobom niepalącym rzadziej pobierano wycinki histopatologiczne, natomiast czynni palacze częściej mieli wykonywaną polipektomię - zazwyczaj usuwano polipy hiperplastyczne.

6. Czynniki wpływającymi na postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne wobec pacjentów, u których wykonano przesiewową kolonoskopię były wiek oraz występowanie zmian patologicznych.
7. Na zalecenia wykonania kontrolnego badania wpływała liczba usuniętych gruczolaków, wielkość oraz budowa histopatologiczna.
8. Docelowa grupa, w której należy realizować badania skriningowe, zależna jest od występujących czynników ryzyka.

Piśmiennictwo

1. International Agency for Research on Cancer (WHO), Global Cancer Observatory, GLOBOCAN 2018 [online]. Dostępny w Internecie: <https://gco.iarc.fr/> [dostęp: 30.10.2020].
2. Krajowy Rejestr Nowotworów [online]. Dostępny w Internecie: <http://onkologia.org.pl/> [dostęp: 30.10.2020].
3. Król S., K. Kapka-Skrzypczak L. Nowotwory jelita grubego jako poważny problem w polsce i na świecie – kwestie medyczne i środowiskowe *Medycyna Środowiskowa - Environmental Medicine* 2011; 14 (4)
4. Musińska M., Minkiewicz M., Wasielica-Berger J., Kidrycki., Kurek K. Badania przesiewowe w profilaktyce raka jelita grubego. *Medycyna rodzinna*. 2018;21(3):234-235.
5. Binefa G., Rogriguez-Moranta F., Teule A., Medina-Hayas M. Colorectal cancer: From prevention to personalized medicine. *Word Journal of Gastroenterology*. 2014;20(22):6787.
6. Mróz A. Diagnostyka różnicowa zmian przedrakowych: polipy i zespoły polipowatości jelita (zespoły polipów uwarunkowanych dziedzicznie). *PolishJournal of Pathology*. 2014;65(4):12.
7. Powalski G., Lipiński M., Rydzewska G. Postępowanie po polipektomii polipów jelita grubego. *Terapia*. 2016;10:51.
8. Kobus G., Łagoda K., Tyniewicka I., Sawicka J., Snarska K. Częstość występowania raka i polipów jelita grubego u chorych zakwalifikowanych do diagnostyki kolonoskopii. *Problemy Higieny Epidemiologii*. 2012;93(2):328.
9. Skoczylas K. Jak zmniejszyć śmiertelność z powodu raka jelita grubego?. *Medycyna po Dyplomie*. 2018;27(9):75-76
10. Cygankiewicz A., Wasilewski A. Rola mesalazyny w chemioprewencji raka jelita grubego. *Folia MedicaLodziensia*, 2014, 2(41): 121-137.
11. Markowska A., Górka J., Grochans E., Szkup M. Ocena wiedzy wybranych grup społecznych na temat profilaktyki raka jelita grubego. *Medycyna Ogólnej Nauki o Zdrowiu*. 2016;22(4):303.
12. Musińska M., Minkiewicz M., Wasielica-Berger J., Kidrycki., Kurek K. Badania przesiewowe w profilaktyce raka jelita grubego. *Medycyna rodzinna*. 2018;21(3):234-235.
13. Program Badań Przesiewowych raka jelita grubego (online) Dostęp w Internecie:<http://pbp.org.pl/> [dostęp: 01.05.2021].
14. Janiak M., Głowacka P., Kopeć A., Staśkiewicz A. Czynniki determinujące zgłaszalność na badanie kolonoskopowe w Programie Badań Przesiewowych raka jelita grubego w Polsce. *Gastroenterologia Kliniczna*. 2016;8(4):142-145.

15. Bretthauer M., Kaminski M., Loberg M. Population-Based Colonoscopy Screening for Colorectal Cancer a randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2016;176(7):894-902.
16. Kielar J., Gawron J. Częstość występowania gruczolaków jelita grubego wśród osób badanych w Pracowni Endoskopii Szpitala im. Św. Barbary w Sosnowcu w latach 2005-2009 w trakcie programu badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego. *Nowa medycyna.* 2015;22(1):5-10.
17. Janiak M., Głowacka P., Kopeć A., Staśkiewicz A. Czynniki determinujące zgłaszalność na badanie kolonoskopowe w Programie Badań Przesiewowych raka jelita grubego w Polsce. *Gastroenterologia Kliniczna.* 2016;8(4):142-145.
18. Ferlitsch M., Reinhart K., Pramhas S. Sex-Specific Prevalence of Adenomas, Advanced Adenomas, and Colorectal Cancer In Individuals Undergoing Screening Colonoscopy. *JAMA.* 2011;306(12):1352-1358
19. Kobiela J., Wieszczy P., Reguła J., Kaminski M. Association of obesity with colonic findings in screening colonoscopy in a large population-based study. *United European Gastroenterology Journal.* 2018;6(10):1538-1546.
20. Shapero T., Chen G., Devlin T., Gibbs A., Murray I., Tran S., Weigensberg C. Obesity Increases Prevalence of Colonic Adenomas AT Screening Colonoscopy: a Canadian Community-Based Study. *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology.* 2017:1-8.
21. Prajuli R., Bjerkaas E., Tverdal A., Selmer R., Marchand L., Weiderpass E., Gram I. The Increased Risk of Colon Cancer Due to Cigarette Smoking May Be Greater in Women than Men. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention.* 2013;22(5):862-869.
22. Gewartowska M., Stańczyk M. Nowotwory dziedziczne przewodu pokarmowego. *Chirurgia po Dyplomie.* 2019;14(2):14-21.
23. Kamiński M., Reguła J., Bartnik W., Bóldys H., Brzozowski T., Czerwionka-Szaflarska M., Dąbrowski A., Linke K., Łaszewicz W., Mach T., Małecka-Panas E., Marek T., Polkowski M., Rydzewska G., Skrzydło-Radomańska B., Smoczyński M., Starzyńska T. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii dotyczące nadzoru kolonoskopowego po polipektomii- adaptacja wytycznych europejskich. *Gastroenterologia Kliniczna* 2011;3(2):55-60.

WYBRANE ASPEKTY JAKOŚCI ŻYCIA PACJENTÓW Z CHOROBA REFLUKSOWĄ PRZEŁYKU

ALEKSANDRA JĘDRYSEK, MONIKA KADŁUBOWSKA, BOŻENA KRAWCZYK, JOLANTA KOLONKO

Wstęp. Choroba refluksowa przełyku jest uznawana za jedno z najczęściej występujących schorzeń w przewodzie pokarmowym człowieka. Dane epidemiologiczne podają, że dotyka ona głównie obywateli południowo-wschodnich krajów europejskich, a także Stanów Zjednoczonych oraz mieszkających na południu kontynentu azjatyckiego (ponad 25%). Najmniej zachorowań (poniżej 10%) notuje się we Francji, w Kanadzie oraz w południowo-wschodniej części Azji [1,2,3]. Szacuje się, że w Polsce nawet 34% osób powyżej 18 roku życia odczuwa dolegliwości choroby refluksowej przełyku, a u około 10% rozwijają się powikłania; dużym problemem są również wznowy choroby – u 80% chorych dolegliwości powracają na przestrzeni jednego roku od wstrzymania kuracji ostrego stadium GERD [1,4].

Patofizjologia choroby refluksowej przełyku jest złożona. Do czynników, które odpowiadają za jej powstanie należą: uszkodzenie bariery antyrefluksowej – dolnego zwieracza przełyku (LES), odnogi przepony, kąta Hisa, śródbrzusznego odcinka przełyku oraz więzadła połączenia żołądkowo-przełykowego [4,5,6]. Dodatkowo przyczyną mogą być samoistne przejściowe spontaniczne relaksacje dolnego zwieracza przełyku (TLESRs) [4,7,8], upośledzenie klirensu przełykowego, a także niewielka intensywność skurczu w dystalnej części przełyku oraz zmniejszenie ilości wydzielanej śliny [4,9], zaburzenia motoryki przełyku, opóźnione opróżnianie żołądkowe, a także inne czynniki tj. stres, złe odżywianie, otyłość oraz siedzący, mało aktywny tryb życia [4,6]. GERD może towarzyszyć też innym schorzeniom, m.in.: cukrzycy, twardzinie, polineuropatii alkoholowej, zaburzeniom hormonalnym czy chorobom demielinizacyjnym ośrodkowego układu nerwowego jako wtórna postać choroby spowodowana zbyt małym ciśnieniem spoczynkowym dolnego zwieracza przełyku, nierzadko w połączeniu z upośledzeniem perystaltyki przełykowej [1].

Do objawów choroby refluksowej przełyku zalicza się zgagę, uczucie cofania się treści pokarmowej do przełyku, a także puste odbijania. Chorzy mogą skarżyć się także na ból zlokalizowany w klatce piersiowej. Istnieją jednak inne niepokojące objawy pozaprzełykowe, przy których mogą nie występować typowe dolegliwości. Są nimi: chrypka, suchy kaszel, świszczący oddech. Zdarza się też, że u chorych pojawiają się objawy alarmowe takie jak: dysfagia, odynofagia, niedokrwistość, krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego, znaczna utrata masy ciała lub wyczuwalny guz w nadbrzuszu; choroba przebiega też

bezobjawowo [10,11,12]. Podział objawów GERD na zespoły przełykowe (typowe) i pozaprzełykowe (nietypowe) definiuje Klasyfikacja Montrealska [13].

Jednym z najczęstszych powikłań choroby refluksowej przełyku są nadżerki, czyli ubytki błony śluzowej. Rekomendowaną skalą służącą do oceny nasilenia nadżerkowego zapalenia przełyku jest Klasyfikacja Los Angeles [1,4,14]. U około 5% chorych pojawiają się owrzodzenia obejmujące błonę podśluzową powodujące krwawienia, a objawiające się krwistymi/fusowatymi wymiotami oraz smolistymi stolcami [1]. Powikłaniem GERD mogą być także zwężenia przełyku jako skutek zbliznowacenia tkanek zazwyczaj w dolnej części przełyku powodujące dysfagię [2,6]. Skutkiem wieloletniego zmagania się z GERD jest przełyk Barretta (Barrett's esophagus – BE) manifestujący się pojawieniem ognisk metaplazji jelitowej w dolnym odcinku przełyku [15,16]. Najbardziej niebezpiecznym powikłaniem choroby refluksowej przełyku jest rak gruczołowy. Tworzy się on w miejscach ognisk metaplazji jelitowej w obrębie przełyku Barretta. Ryzyko powstania tego nowotworu złośliwego u chorych z BE jest 30-50 razy wyższe niż u pozostałych członków światowej populacji. Ryzyko to wzrasta również wraz z długością trwania GERD i wielkością nasilenia jej objawów [17].

Podstawową metodą rozpoznania GERD jest szczegółowe badanie podmiotowe stwierdzające u pacjenta typowe objawy choroby refluksowej przełyku oraz wykonanie panendoskopii. U młodszych pacjentów, z typowymi symptomami można zastosować test z inhibitorem pompy protonowej (IPP), hamującym wydzielanie kwasu solnego i podwyższającym pH w żołądku. Polega on na przyjmowaniu leków przez ok. dwa tygodnie w podwójnej dawce standardowej. Ustąpienie objawów stanowi dowód poprawności pierwotnej diagnozy [4,18]. W diagnostyce GERD stosuje się też 24-godzinną pH-metrię śródprzełykową oraz manometrię przełyku [4]. Szczególną uwagę należy zwrócić na pacjentów z podejrzeniem choroby refluksowej przełyku, którzy skarżą się na bóle zlokalizowane w klatce piersiowej. Należy wówczas wykluczyć choroby układu krążenia, a w następnej kolejności rozpocząć ocenę górnej części przewodu pokarmowego [18]. Za najbardziej efektywną metodę farmakologiczną uznaje się leczenie przyczynowe, które prowadzi do usprawnienia motoryki przewodu pokarmowego [19]. Fundamentalną grupą leków używanych w GERD są leki, które hamują wydzielanie kwasu solnego, czyli tzw. inhibitory pompy protonowej (IPP). Zalicza się do nich: omeprazol, pantoprazol, lanzoprazol, rabeprazol oraz esomeprazol [20]. Nie zawsze jednak można odnieść sukces polegający na ustąpieniu objawów choroby, nawet po trwającej 8 tygodni terapii lekami z grupy IPP. Aż u 80% pacjentów występują nawroty dolegliwości w przeciągu roku od zakończenia kuracji, które narzucają konieczność leczenia podtrzymującego. Polega ono na zastosowaniu najmniejszej, pojedynczej dawki IPP umożliwiającej kontrolowanie objawów

GERD. Jeśli choroba refluksowa przebiega w sposób łagodny, można zastosować jako leczenie podtrzymujące blokery receptorów H₂. Są nimi ranitydyna oraz famotydyna. Zezwala się również na wprowadzenie do terapii leków zobojętniających kwas solny i osłaniających błonę śluzową takich jak związki magnezu czy glinu [4]. Leczenie chirurgiczne stosuje się zazwyczaj u młodych pacjentów z uporczywymi dolegliwościami GERD. Zabieg wykonuje się również u osób z przewlekłym zapaleniem krtani, dużą przepukliną wślizgową rozworu przełykowego oraz w refluksie zasadowym i mieszanym. Wskazaniem jest także zwężenie przełyku oraz przełyk Barretta. Pierwszą klasyczną metodę operacji antyrefluksowej zwanej fundoplikacją opracował Rudolph Nissen. Polega ona na uwolnieniu dna żołądka i utworzeniu kołnierza okalającego część brzuszną przełyku. Dzięki temu ciśnienie w LES wzrasta, a objawy regurgitacji ulegają zmniejszeniu. Metodą mniej inwazyjną jest fundoplikacja Nissena metodą laparoskopową. Jednak u prawie połowy pacjentów po ok. 5 latach nawracają objawy GERD i niezbędne jest wznowienie terapii farmakologicznej [6]. Dostępne są też metody endoskopowego leczenia choroby refluksowej przełyku, do których zaliczamy m.in.: endoskopową gastroplikację, zabieg Stretta. Endoskopowa gastroplikacja opiera się na utworzeniu fałdów zmniejszających cofanie zawartości żołądka do przełyku, a co za tym idzie pozwala zredukować zażywaną dawkę IPP oraz ograniczyć dolegliwości GERD i polepszyć czynność dolnego zwieracza przełyku. W zabiegu Stretta na wpust żołądka i LES działają wysokoczęstotliwie fale wytwarzające ciepło. Celem tej metody jest zwiększenie sztywności złącza żołądkowo-przełykowego, co chroni przed cofaniem się treści pokarmowej do przełyku. Zabieg ten uznaje się za bezpieczny i skuteczny [4].

Leczenie pacjentów z chorobą refluksową przełyku nie powinno opierać się jedynie na podaniu środków farmaceutycznych. Bardzo ważne jest zachęcenie chorego do zmiany jego stylu życia i przyzwyczajzeń związanych z odżywianiem. Edukacja chorego na temat nieprawidłowych nawyków żywieniowych i niekorzystnych czynników związanych z ich codziennym postępowaniem pomaga pacjentowi zrozumieć istotę choroby oraz poprawić jakość życia. Pozwala także na lepszą kontrolę objawów, jak również na zmniejszenie dawek leków przyjmowanych w GERD oraz obniżenie kosztów leczenia [21].

Celem pracy była ocena wybranych aspektów jakości życia pacjentów z chorobą refluksową przełyku

Material i metody. Badania przeprowadzono wśród 100 pacjentów zgłaszających się do Pracowni Endoskopowej w Beskidzkim Centrum Medycznym w Bielsku-Białej w okresie od sierpnia do października 2020 roku z rozpoznaną chorobą refluksową przełyku do dalszej diagnostyki.

Materiał badawczy pozyskano metodą sondażu diagnostycznego. Narzędziami badawczymi wykorzystanymi w pracy były kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji oraz Gastroenterologiczny Wskaźnik Jakości Życia (GIQLI - *Gastrointestinal Quality of Life Index*) oceniający 5 różnych zakresów funkcjonowania człowieka (odczuwanie dolegliwości ze strony układu pokarmowego, stan emocjonalny, aktywność fizyczną, funkcje społeczne, wpływ leczenia zachowawczego na samopoczucie chorego).

Obliczenia statystyczne zostały przeprowadzone przy użyciu pakietu statystycznego Statistica, programu R-4,0.3. Istotność różnic między dwoma grupami zbadano testem istotności różnic tj. testem U Manna-Whitney'a w przypadku niespełnienia rozkładu normalnego. W sytuacji spełnienia rozkładu normalnego zastosowano natomiast test t Studenta.

Zależności między zmiennymi mierzonymi na skali ilościowej zostały obliczone za pomocą współczynnika korelacji tau Kendalla oraz współczynnika korelacji rang Spearmana. We wszystkich obliczeniach za poziom istotności przyjęto $p < 0.05$.

Charakterystyka badanej grupy. Badaniu poddano 100 pacjentów w wieku od 20 do 83 lat. Wśród respondentów przeważały kobiety (69%), mężczyźni stanowili 31% wszystkich ankietowanych. Najwięcej osób znajdowało się w przedziale wiekowym 60-69 lat (23%), natomiast najmniej było pacjentów w wieku 20-29 lat (9%). Najliczniejsza była grupa kobiet posiadających średnie wykształcenie (40,6%), podczas gdy w przypadku osób płci męskiej dominowały osoby ze średnim (38,7%) i wyższym (38,7%) wykształceniem. Z przeprowadzonych badań wynika, że większość respondentów żyła w związku małżeńskim (64%). Osoby mieszkające na wsi stanowiły 42% grupy badawczej. Najwięcej ankietowanych mieszkało w mieście, a w szczególności w miejscowościach liczących od 100 tys. do 250 tys. mieszkańców (34%). Wśród kobiet dominowały emerytki (50,7%), a wśród mężczyzn osoby pracujące (51,6%).

Respondenci zostali zapytani czy oprócz choroby refluksowej przełyku zmagają się z innymi schorzeniami. Spośród osób, u których stwierdzono choroby współistniejące, najwięcej pacjentów zmagало się z nadciśnieniem tętniczym (56,6%) oraz kolejno z niedoczynnością tarczycy (22,6%) oraz astmą (11,3%). Pacjenci zostali zapytani również czy przyjmują jakieś leki na stałe, które nie są związane z chorobą refluksową przełyku. Przeważały osoby, które nie zażywały tego typu leków (58%). Natomiast jeśli chodzi o leki przyjmowane na stałe z powodu choroby refluksowej przełyku, większość ankietowanych udzieliło odpowiedzi twierdzącej (53%). Osoby te najczęściej stosowały Controloc (34%). Większa liczba ankietowanych miała już kiedyś wykonywaną gastroskopię (62%). Największa ilość przeprowadzonych badań endoskopowych górnego odcinka przewodu pokarmowego

u pacjenta wynosiła 15.

Wyniki badań. Ankietowani odpowiedzieli na 36 pytań kwestionariusza GIQLI. Dotyczyły one 5 różnych zakresów funkcjonowania człowieka takich jak: odczuwanie dolegliwości ze strony układu pokarmowego, stan emocjonalny, aktywność fizyczna, funkcje społeczne oraz wpływ leczenia zachowawczego na samopoczucie chorego. Wśród respondentów tylko 6% osób otrzymało wynik mniejszy lub równy 61 punktów, co oznacza, że poziom ich jakości życia był niezmiernie niski. Najwięcej, bo aż 39% badanych osiągnęło wynik mieszczący się w przedziale 62-82 punktów. Z kolei 29% pacjentów otrzymało liczbę punktów w przedziale 83-102, a 20% badanych osób uzyskało wynik w przedziale 103-122 punktów. Jakość życia jedynie u 6% pacjentów z GERD była wyższa lub bliska średniej jakości życia u osób zdrowych (122,6 punktów). Oznacza to, że poziom jakości życia większości pacjentów był na poziomie średnim (Tab. 1).

Tabela 1. Jakość życia pacjentów z GERD wg punktów uzyskanych w GIQLI.

Suma punktów uzyskanych w kwestionariuszu GIQLI	Liczba osób	Wartość %
≤ 61	6	6
62-82	39	39
83-102	29	29
103-122	20	20
≥ 123	6	6

Z przeprowadzonych badań wynika, że średnia punktów uzyskanych przez pacjentów w całym kwestionariuszu wynosi 88,73, co oznacza, że jakość życia pacjentów z GERD jest dużo niższa niż u osób zdrowych (122,6 pkt) i waha się w granicach 24 – 134. Średnie wyniki uzyskanych w GIQLI w poszczególnych domenach wynoszą odpowiednio: odczuwanie dolegliwości ze strony układu pokarmowego – 47,56/76 pkt, stan emocjonalny – 10,84/20 pkt, aktywność fizyczna – 15,65/28 pkt, funkcje społeczne – 12,06/16 pkt, wpływ leczenia zachowawczego na samopoczucie chorego – 2,62/4 pkt. Uzyskane wyniki pokazują, że wszystkie domeny jakości życia pacjentów z GERD ulegają znacznemu upośledzeniu (Tab. 2).

Tabela 2. Analiza poszczególnych domen jakości życia wg kwestionariusza GIQLI.

	M	SD	Min	Max	Q1	Me	Q3
Odczuwanie dolegliwości ze strony układu pokarmowego	47,56	12,09	16,00	70,00	40,00	47,50	56,50
Stan emocjonalny	10,84	3,81	2,00	19,00	8,00	11,00	13,50
Aktywność fizyczna	15,65	5,25	0,00	28,00	12,00	16,00	19,00
Funkcje społeczne	12,06	2,90	2,00	16,00	10,00	12,00	14,50
Wpływ leczenia zachowawczego na samopoczucie chorego	2,62	1,05	0,00	4,00	2,00	3,00	3,00

OGÓLNA JAKOŚĆ ŻYCIA	88,73	20,03	24,00	134,00	76,00	85,50	103,50
---------------------	-------	-------	-------	--------	-------	-------	--------

M-średnia, SD-odchylenie standardowe, Min-wartość minimalna, Max-wartość maksymalna, Q1-kwartyl 25%, Me-mediana, Q3-kwartyl 75%

W badaniach oceniono wpływ poszczególnych sfer funkcjonowania człowieka na ogólny poziom jakości życia. Wykazano, że największy wpływ na obniżenie jakości życia pacjentów z chorobą refluksową przełyku miały odczuwane przez nich dolegliwości ze strony układu pokarmowego (0,906) oraz kolejno - aktywność fizyczna (0,774) i stan emocjonalny (0,615) (Tab. 3).

Tabela 3. Wpływ poszczególnych sfer funkcjonowania człowieka na ogólny poziom jakości życia pacjentów z chorobą refluksową przełyku.

Jakość życia	tau	p
Odczuwanie dolegliwości ze strony układu pokarmowego	0,906	<0,0001
Stan emocjonalny	0,615	<0,0001
Aktywność fizyczna	0,774	<0,0001
Funkcje społeczne	0,686	<0,0001
Wpływ leczenia zachowawczego na samopoczucie chorego	0,632	<0,0001

tau-współczynnik korelacji tau Kendalla, p-poziom istotności

W przeprowadzonych badaniach przeanalizowano poszczególne komponenty jakości życia pacjentów w każdej z jej 5 domen. Najniższy średni wynik (1,71 pkt) ze wszystkich elementów składających się na jakość życia zawartych w domenie odczuwania dolegliwości ze strony układu pokarmowego dotyczył wzdęć brzucha i kolejno rezygnacji z ulubionych pokarmów, (1,77 pkt). Pacjenci w ciągu ostatnich dwóch tygodni nie zauważali krwi w stolcu (3,75 pkt) i nie występowały u nich trudności z trzymaniem stolca (3,60 pkt). Średnia liczba punktów uzyskanych w pytaniach, dotyczących obecności u pacjentów dolegliwości, które należą do najbardziej charakterystycznych dla choroby refluksowej przełyku była bliska 2. Oznacza to, że respondenci nie cierpieli z ich powodu przez cały czas, lecz tylko od czasu do czasu. Do objawów tych można zaliczyć: nadmierne odbijanie (2,04), regurgitacje (2,22) oraz zgagę (1,98). Z kolei dyskomfort związany z połykaniem pokarmów, bardzo niepokojący w GERD, pojawiał się u ankietowanych dość rzadko (2,77) (Tab. 4).

Tabela 4. Domena - odczuwanie dolegliwości ze strony układu pokarmowego.

Domena	Poszczególne elementy składające się na jakość życia	M	SD
Odczuwanie dolegliwości ze strony układu pokarmowego	bóle brzucha	2,23	1,15
	uczucie pełności w nadbrzuszu	1,88	1,09
	wzdęcia	1,71	1,03
	dyskomfort w związku z nadmiernym wydalaniem gazów	1,82	1,10
	dyskomfort w związku z nadmiernym odbijaniem	2,04	1,25

głośna perystaltyka jelit	2,30	1,04
dyskomfort z powodu częstych wypróżnień	2,69	1,23
przyjemność z jedzenia	2,48	1,00
rezygnacja z ulubionych pokarmów	1,77	1,08
regurgitacje	2,22	1,19
dyskomfort z powodu wolnego tempa jedzenia	2,83	1,07
dyskomfort podczas połykania pokarmów	2,77	1,13
dyskomfort z powodu naglącego parcia na stolec	2,77	1,10
biegunka	3,02	1,16
zaparcia	2,84	1,17
nudności	2,86	1,15
krw w stolcu	3,75	0,81
zgaga	1,98	1,33
trudności z trzymaniem stolca	3,60	0,85

M-średnia, SD-odchylenie standardowe

Wszystkie średnie wyniki poszczególnych elementów w domenie stanu emocjonalnego są zbliżone do liczby 2, co oznacza, że pacjenci przeważnie tylko od czasu do czasu byli smutni, zdenerwowani, zaniepokojeni i sfrustrowani z powodu GERD (1,93pkt). Wyniki badań pokazują również, że ankietowani radzili sobie z codziennym stresem w sposób umiarkowany. Respondenci tylko od czasu do czasu byli zadowoleni z życia (2,45 pkt). (Tab. 5).

Tabela 5. Domena: stan emocjonalny.

Domena	Poszczególne elementy składające się na jakość życia	M	SD
Stan emocjonalny	radzenie sobie ze stresem	2,12	0,91
	smutek z powodu choroby	2,21	1,11
	zdenerwowanie albo zaniepokojenie chorobą	1,93	1,05
	zadowolenie z życia	2,45	0,90
	sfrustrowanie z powodu choroby	2,13	1,05

M-średnia, SD-odchylenie standardowe

Spośród wszystkich elementów składających się na jakość życia zawartych w domenie aktywności fizycznej najniższy średni wynik (1,65pkt) uzyskało pytanie dotyczące tego czy z powodu choroby zmniejszyła się siła fizyczna pacjentów. Oznacza to, że ankietowani zauważyli mocny jej spadek (Tab. 6).

Tabela 6. Domena: aktywność fizyczna.

Domena	Poszczególne elementy składające się na jakość życia	M	SD
Aktywność fizyczna	zmęczenie lub znużenie	3,12	1,00
	złe samopoczucie	2,48	1,09
	budzenie się w nocy	3,24	0,98
	zmiany w wyglądzie z powodu choroby	3,22	1,14
	zmniejszenie się siły fizycznej z powodu choroby	1,65	1,00
	zmniejszenie się wytrzymałości z powodu choroby	1,74	1,00

M-średnia, SD-odchylenie standardowe

Oceniając jakość życia w domenie funkcji społecznych wykazano pogorszenie życia

seksualnego (2,33 pkt), natomiast pozostałe aktywności, zadania i obowiązki np. w pracy, szkole, domu nie stwarzały trudności (3,08 pkt). Pacjenci rzadko lub od czasu do czasu czuli się ograniczani przez proces leczenia choroby refluksowej przełyku 2,62 pkt (Tab. 7).

Tabela 7. Domena: funkcje społeczne i wpływ leczenia zachowawczego na samopoczucie chorego.

Domena	Poszczególne elementy składające się na jakość życia	M	SD
Funkcje społeczne	wykonywanie codziennych czynności	3,08	1,04
	udział w różnych formach wypoczynku i rekreacji	2,38	0,99
	pogorszenie relacji z najbliższymi osobami	2,36	0,95
	pogorszenie życia seksualnego	2,33	1,00
Wpływ leczenia zachowawczego na samopoczucie chorego	ograniczenie przez proces leczenia	2,62	1,05

M-średnia, SD-odchylenie standardowe

Przeanalizowano także różnice występujące w poziomie jakości życia ze względu na przeprowadzone wcześniej badania endoskopowe. Nie wykazano jednak istotnych statystycznie różnic w poziomie jakości życia ze względu na przeprowadzone wcześniej panendoskopie (Tab. 8).

Tabela 8. Gastroskopia a jakość życia pacjentów z GERD.

Jakość życia	Wykonywane wcześniej gastroskopie				Wartość statystyki t*/Z**	Poziom istotności (p)
	Tak		Nie			
	M	SD	M	SD		
Odczuwanie dolegliwości ze strony układu pokarmowego	47,50	11,45	47,66	13,23	-0,063	0,9499*
Stan emocjonalny	11,42	3,53	9,89	4,11	1,969	0,0518*
Aktywność fizyczna	15,19	4,92	16,39	5,75	-1,111	0,2693*
Funkcje społeczne	11,69	3,00	12,66	2,67	-0,831	0,4061**
Wpływ leczenia zachowawczego na samopoczucie chorego	2,48	1,10	2,84	0,95	-1,520	0,1286**
Ogólna jakość życia	88,29	18,10	89,45	23,07	-0,279	0,7808*

*M-średnia, SD-odchylenie standardowe, p-poziom istotności, *test t Studenta, **test U Manna-Whitney'a*

Zbadano też zależność między ilością wykonanych badań endoskopowych a poziomem jakości życia. Analiza statystyczna wykazała istotną statystycznie zależność między domeną jakości życia związaną z emocjami a ilością wykonanych wcześniej badań endoskopowych. Im więcej razy przeprowadzono panendoskopię u pacjenta, tym wyższa była jego jakość życia w zakresie stanu emocjonalnego (Tab. 9).

Tabela 9. Ilość badań endoskopowych a jakość życia pacjentów z GERD.

Jakość życia	Ilość wykonanych badań endoskopowych	
	R	p
Odczuwanie dolegliwości ze strony układu pokarmowego	-0,019	0,8823
Stan emocjonalny	0,308	0,0147
Aktywność fizyczna	-0,064	0,6202
Funkcje społeczne	-0,081	0,5309
Wpływ leczenia zachowawczego na samopoczucie chorego	0,150	0,2461
Ogólna jakość życia	0,047	0,7157

R-współczynnik R Spearmana, p-poziom istotności

Dyskusja. Choroba refluksowa przełyku należy do schorzeń najczęściej występujących w gastroenterologii. Stanowi poważny problem zdrowotny ludności na całym świecie, w szczególności mieszkańców krajów wysokorozwiniętych. Pacjenci cierpiący na GERD muszą dokonywać modyfikacji w dotychczasowym funkcjonowaniu co odbija się na postrzeganej przez nich jakości życia.

W badaniach własnych oceniających jakość życia u osób z chorobą refluksową przełyku średnia punktów uzyskanych przez pacjentów w całym kwestionariuszu wyniosła 88,73. Osiągnięty wynik jest porównywalny z wartością równą 91,53 punktów, jaką otrzymały w swojej pracy M. Korzonek i A. Dziergas [9]. Oba wyniki znacznie odbiegają od powszechnie przyjętej średniej punktów GIQLI u ludzi zdrowych wynoszącej 122,6 i stanowią potwierdzenie, że choroba refluksowa przełyku powoduje obniżenie jakości życia pacjentów. Wyniki badań przedstawione przez I. Malekiego i wsp. [22] wykazują zbieżność z wynikami badań własnych i wskazują na problem niższej jakości życia pacjentów z chorobą refluksową przełyku względem osób zdrowych. Potwierdzają to też wyniki badań uzyskane przez S. Masoumi i wsp. [23], gdzie wykazano, że choroba refluksowa przełyku powoduje istotny spadek jakości życia pacjentów i upośledza wszystkie jej domeny. S. Awada i wsp. [24] również zaprezentowali wyniki badań, które są spójne z wynikami przedstawionymi w pracy własnej. Autorzy wskazali na silny, istotny związek pomiędzy obecnością najczęstszych objawów choroby refluksowej przełyku, a pogorszeniem jakości życia. Ponadto wykazano, że częstość i mnogość objawów GERD znacznie wpływała na obniżenie jakości życia pacjentów.

Uzyskane podczas badań własnych wyniki pozwalają stwierdzić, że wszystkie domeny jakości życia pacjentów z GERD ulegają znacznemu upośledzeniu. Jednym z elementów, który najbardziej obniżał jakość życia pacjentów w strefie związanej z odczuwaniem dolegliwości ze strony układu pokarmowego była rezygnacja z ulubionych posiłków tj. tłustych, smażonych

potraw, a także owoców cytrusowych oraz unikanie picia mocnej kawy czy herbaty, aby nie wywoływać lub nie nasilać przykrych objawów. Dolegliwości takie jak: nadmierne odbijanie, regurgitacje czy zgaga, będące najbardziej charakterystyczne w GERD, występowały u większości respondentów od czasu do czasu. Z kolei dyskomfort związany z połykaniem pokarmów, bardzo niepokojący w GERD, pojawiał się u ankietowanych dość rzadko.

W badaniach własnych stwierdzono, że pacjenci radzili sobie z codziennym stresem w sposób umiarkowany, a zadowoleni z życia byli tylko od czasu do czasu. Choroba refluksowa wpływała również na znaczący spadek siły fizycznej, jednak pacjenci pomimo choroby mogli często wykonywać swoje codzienne czynności w pracy, szkole i domu. Jednocześnie ankietowani rzadko lub od czasu do czasu czuli się ograniczani przez sam proces leczenia. Jednym z elementów, który najbardziej obniżał jakość życia pacjentów w domenie funkcji społecznych było pogorszenie życia seksualnego.

Z badań własnych wynika, że największy wpływ na jakość życia pacjentów z chorobą refluksową przełyku miały odczuwane przez nich dolegliwości ze strony układu pokarmowego. Najmniejsze oddziaływanie na ogólny poziom jakości życia wykazywał natomiast stan emocjonalny chorego. Odmienne wyniki prezentują M. Korzonek i A. Dziergas [9]. Autorki wykazały bowiem, że to emocje (zaniepokojenie, zdenerwowanie czy smutek) najbardziej obniżają jakość życia pacjenta z GERD. Z kolei najmniejszy wpływ na jakość życia pacjentów z chorobą refluksową przełyku według badaczek odgrywają funkcje społeczne.

Badania własne wykazały, że nie ma znaczących różnic pomiędzy poziomem jakości życia między pacjentami, u których przeprowadzono w przeszłości badania endoskopowe górnego odcinka przewodu pokarmowego a tymi, którzy nie mieli nigdy wcześniej wykonywanej panendoskopii. Również ilość tego typu badań nie wpływała w istotny sposób na ogólną jakość życia pacjentów z GERD. Ujawniono natomiast, że ilość badań endoskopowych wpływała na jedną z domen jakości życia, jaką jest stan emocjonalny pacjenta. Im więcej razy była przeprowadzana panendoskopia, tym wyższa była jakość życia pacjentów z GERD w sferze dotyczącej emocji.

Choroba refluksowa przełyku w sposób niekorzystny wpływa na codzienne funkcjonowanie człowieka. Bardzo silnie oddziałuje na jego życie społeczne, rodzinne i zawodowe. Prowadzi do obniżenia jakości życia osób się z nią zmagających. Fundamentalnym celem leczenia pacjentów z GERD powinno zatem być polepszenie ich samopoczucia oraz zredukowanie nasilenia i częstotliwości dolegliwości, a co za tym idzie poprawa jakości ich życia.

Wnioski.

1. Deklarowana jakość życia większości respondentów z chorobą refluksową przełyku była na średnim poziomie; jednocześnie wszystkie domeny jakości życia pacjentów z GERD uległy znacznemu upośledzeniu.
2. Pacjenci z GERD skarżyli się najczęściej na wzdęcia brzucha i konieczność rezygnacji z ulubionych posiłków. Ankietowani radzili sobie z chorobą i codziennym stresem w sposób umiarkowany. Dochodziło u nich do mocnego spadku siły fizycznej oraz umiarkowanego pogorszenia życia społecznego i seksualnego.
3. Największy wpływ na ogólną jakość życia pacjentów z chorobą refluksową przełyku miały odczuwane przez nich dolegliwości ze strony układu pokarmowego, następnie zmniejszona aktywność fizyczna i funkcje społeczne oraz wpływ leczenia zachowawczego na samopoczucie chorego i stan emocjonalny.
4. Wykazano zależność między domeną jakości życia związaną z emocjami a ilością wykonanych wcześniej badań endoskopowych; im więcej panendoskopii, tym wyższa jakość życia w zakresie stanu emocjonalnego.

Piśmiennictwo

1. Gąsiorowska A., Janiak M., Waško-Czopnik D. (wsp.) Postępowanie u pacjentów z objawami choroby refluksowej przełyku – rekomendacje dla lekarzy rodzinnych. *Lekarz POZ* 2019; 5(3): 245-265.
2. Salomon A., Salomon Ł., Regulska-Iłow B., Paradowski L. Choroba refluksowa przełyku (GERD) – znaczenie postępowania niefarmakologicznego. *Gastroenterol. Pol.* 2012; 19(4): 171-175.
3. Richter J.E., Rubenstein J.H. Presentation and epidemiology of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology* 2018; 154(2): 267-276.
4. Korzonek M., Dziergas A., Kuczyńska M. Choroba refluksowa przełyku (GERD) — problem wciąż aktualny. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2014; 8(5): 201-210.
5. Tack J., Pandolfino J.E. Pathophysiology of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology* 2018; 154(2): 277-288.
6. Mikami D.J., Murayama K.M. Physiology and pathogenesis of gastroesophageal reflux disease. *Surg Clin North Am.* 2015; 95(3): 515-525.
7. Bashashati M., Sarosiek I., McCallum R.W. Epidemiology and mechanisms of gastroesophageal reflux disease in the elderly: a perspective. *Ann N Y Acad Sci.* 2016; 1380(1): 230-234.
8. Herregods T.V., Bredenoord A.J., Smout A.J. Pathophysiology of gastroesophageal reflux disease: new understanding in a new era. *Neurogastroenterol Motil.* 2015; 27(9): 1202-1213.
9. Korzonek M., Dziergas A. Jakość życia pacjentów z chorobą refluksową przełyku. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2014; 1(38) 13-19.
10. Clarrett D.M., Hachem C. Gastroesophageal Reflux Disease (GERD). *Mo Med.* 2018; 115(3): 214-218.
11. Badillo R., Francis D. Diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease. *World J Gastrointest Pharmacol Ther.* 2014; 6;5(3): 105-112.

12. Hałas K., Kaźmierczak-Dziuk A. Postępowanie diagnostyczne u chorych z bólem w klatce piersiowej. *Pediatr Med Rodz* 2011; 7(4): 295-303.
13. Milaniuk S., Sawa M., Prystupa A. (wsp.) Pozaprzętkowe objawy choroby refluksowej przełyku. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*. 2015; (1): 7-11.
14. Dent J., Becher A., Sung J. (wsp.) Systematic review: patterns of reflux-induced symptoms and esophageal endoscopic findings in large-scale surveys. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2012; 10: 863-873.
15. Mustika S., Nugraha B.E. Barrett's Esophagus. *The Indonesian Journal of Gastroenterology, Hepatology and Digestive Endoscopy* 2019; 20(2): 96-103.
16. Perez N., Taylor W. Epidemiology of Barrett's oesophagus and oesophageal adenocarcinoma. *Medical Studies* 2019; 35(1): 61-68.
17. Kuipers E.J., Spaander M.C. Natural history of Barrett's esophagus. *Dig Dis Sci* 2018; 63: 1997-2004.
18. Eder P. Praktyczne aspekty diagnostyki i leczenia choroby refluksowej przełyku. *Lekarz POZ* 2017; 3(5): 344-348.
19. Waśko-Czopnik D. Praktyczne aspekty postępowania w chorobie refluksowej przełyku w świetle najnowszych rekomendacji. *Lekarz POZ* 2019; 5(5): 349-356.
20. Sandhu D.S, Fass R. Current Trends in the Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *Gut Liver*. 2018;12(1): 7-16.
21. Dudkowiak R., Poniewierk E. Rola diety i stylu życia w leczeniu choroby refluksowej przełyku. *Family Medicine & Primary Care Review* 2012; 14(4): 586–591.
22. Maleki I., Masoudzadeh A., Khalilian A., Daheshpour E. Quality of life in patients with gastroesophageal reflux disease in an Iranian population. *Gastroenterol Hepatol Bed Bench* 2013; 6(2): 96-100.
23. Masoumi S., Khademolhosseini F., Mehrabani D. (wsp.) Correlation of Quality of Life with Gastroesophageal Reflux Disease amongst Qashqai Nomads in Iran. *Arch. Iran. Med.* 2012; 15(12): 747-750.
24. Awada S., Rachidi S., Al-Hajje A. (wsp.) Gastro-esophageal Reflux Disease in Lebanese Adults: Effects on Quality of Life and Correlates. *Pharmacologia* 2014; 5(9): 339-350.

Wstęp. Cukrzyca jako choroba znana jest już od czasów starożytnego Egiptu, jednak dzięki zdobyczom nowożytnej nauki dopiero od niedawna medycy są w stanie sprawować holistyczną, profesjonalną opiekę oraz zastosować odpowiednie leczenie farmakologiczne, szczególnie jeśli chodzi o terapię pacjentów, u których komórki trzustki odpowiedzialne za produkcję insuliny są całkowicie zniszczone [1]. Postęp w dziedzinach nauki i technologii nie był jednak w stanie wyeliminować powikłań oraz problemów chorych z cukrzycą, chociaż niewątpliwie częściowo je ograniczył. Cukrzyca, jako choroba przewlekła, często prowadzi do poważnych uszkodzeń pracy organów wewnętrznych (retinopatia cukrzycowa, nefropatia), uszkodzenia nerwów (polineuropatia) oraz układu sercowo-naczyniowego (kardiomiopatia), w efekcie doprowadzając do wielu spustoszeń w organizmie osoby nią dotkniętej, a nierzadko także i jej śmierci [2,3]. Pacjenci do problemów związanych z cukrzycą podchodzą bardzo różnie. W dużej mierze powodzenie leczenia związane jest z nastawieniem chorego do choroby, ale równie ważna jest edukacja pacjenta, jak i rodziny zgodnie z najnowszymi wytycznymi oraz dostępną wiedzą naukową. Całkowicie zrozumiały jest strach chorego przed życiem ze świeżo zdiagnozowaną cukrzycą, ale również zrezygnowanie pacjenta chorującego kilkanaście lat na cukrzycę powikłaną. Dlatego ważnym elementem w procesie leczenia jest określenie obszarów problemowych chorego i znalezienie rozwiązań pozwalających podnieść jakość życia pacjenta. Definiując cukrzycę za Polskim Towarzystwem Diabetologicznym, określamy ją jako „grupę chorób metabolicznych, charakteryzującą się hiperglikemią wynikającą z defektu wydzielania i/lub działania insuliny” [4]. W 2019 roku na świecie odnotowano 463 miliony dorosłych pacjentów leczących się na cukrzycę. Prognozy opracowane przez *International Diabetes Federation* wskazują, że w 2045 roku liczba chorych zwiększy się do 700 milionów. W ciągu ostatnich 20 lat liczba chorych zdiagnozowanych na tę chorobę wzrosła trzykrotnie. Co 5. pacjent z cukrzycą na świecie jest w wieku powyżej 65 lat. W dzisiejszych czasach cukrzyca jest traktowana jako choroba cywilizacyjna, ponieważ wiąże się bezpośrednio z rozwojem społeczeństwa w jakim żyjemy. Intensywny tryb życia, różne godziny spożywania posiłków, częste ich omijanie, a później nadrabianie braków energetycznych jedzeniem typu *fast food*, są w stanie szybko doprowadzić do wykształcenia w organizmie zespołu metabolicznego, który później bardzo łatwo przeradza się w chorobę przewlekłą - cukrzycę. Niestety zauważono więc również, iż w większości krajów niepokojąco wzrasta liczba chorych na typ 2. cukrzycy, który powodowany jest w dużej mierze przez niezdrowy tryb życia. Szacuje się, że 4 miliony ludzi

miedzy 20., a 79. rokiem życia zmarło na świecie z powodu powikłań cukrzycy [5]. Według danych NFZ wyklarowanych z przeprowadzonych świadczeń zdrowotnych, w 2018 roku w Polsce na cukrzycę było chorych ponad 2,9 miliona osób dorosłych oraz 22 tysiące dzieci poniżej 18. roku życia. W 2016 roku z powodu choroby zmarło niemal 8,3 tysiąca osób, głównie w wieku powyżej 70 lat [6]. O ile w kontekście cukrzycy typu 1. nie ma możliwości zapobiegania zachorowaniu, tak mówiąc o cukrzycy typu 2. można zastosować pewne środki, które są w stanie skutecznie opóźnić rozwój choroby lub nawet nie doprowadzić do zachorowania. Bardzo ważna jest edukacja pacjenta zaliczonego do grupy ryzyka odnośnie prowadzenia higienicznego trybu życia, odpowiedniego odżywiania oraz, jeśli to konieczne, obniżenia masy ciała. Uprawianie sportu, aktywne spędzanie czasu przez co najmniej 2,5h tygodniowo także może przyczynić się do obniżenia ryzyka zachorowania na cukrzycę. Szczególnie ważne jest motywowanie ludzi starszych do aktywności fizycznej. Osoby z grupy ryzyka powinny sukcesywnie wykonywać badania przesiewowe. U pacjentów z nieprawidłowymi wynikami glikemii na czczo, kobiet po przebytej cukrzycy ciąży, chorych z insulinoopornością oraz w stanie przedcukrzycowym należy rozważyć zastosowanie zapobiegawczo terapii opartej o metforminę. Edukacja chorego i jego rodziny odgrywa kluczową rolę w prewencji chorób i promocji zdrowia [7].

Cel pracy. Celem głównym niniejszego badania było przedstawienie obszarów problemowych pacjentów z cukrzycą, którzy poddawani są insulinoterapii.

Aby zrealizować tak sformułowany cel główny sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Jak wygląda sytuacja chorobowa badanych?
2. Jakie sposoby leczenia i samokontroli cukrzycy stosowane są u badanych?
3. Jak badani oceniają swoje psychiczne funkcjonowanie w związku z chorobą i jakie są obszary problemowe w ich cukrzycy?

Materiał i metody. Charakterystyka grupy badanej. W badaniu przeprowadzonym w 2019 roku, wzięło udział 43 pacjentów oddziału Chorób Wewnętrznych i Diabetologii oraz 26 pacjentów Poradni Diabetologicznej, jednego ze szpitali na Podbeskidziu (N=69). Większość badanych stanowili mężczyźni (62,3%), osoby pozostające w związku (65,2%) i zamieszkujące miasta (62,3%). Co około trzecia osoba ankietowana posiadała wykształcenie średnie (37,7%) bądź zawodowe (31,9%). Wyższym wykształceniem legitymowało się 17,4% badanych, zaś najmniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym (13,0%). Ponad połowę ankietowanych stanowiła grupa emerytów i rencistów (52,2%); odsetek osób pracujących wynosił 36,2%. Małe odsetki badanych były w trakcie nauki (5,8%) lub podawały inne formy: bezrobotny lub na utrzymaniu rodziny (5,8%). Średnia wieku w grupie badanej wynosiła

54,6±16,3 lat (18-84 lata). Samoocena sytuacji materialnej wykazała, iż ponad połowa ankietowanych uznała ją za dobrą (59,4%); co około piąty badany miał problem z jednoznacznym jej określeniem (21,7%). Małe odsetki badanych oceniły swoje finanse jako złe (8,7%) lub bardzo dobre (7,3%), a dwie osoby określiły je nawet jako bardzo złe (2,9%).

Metody i narzędzia badawcze. Udział w badaniu był dobrowolny; przed przystąpieniem do niego każda osoba została poinformowana, iż jest ono w pełni anonimowe, a uzyskane wyniki posłużą wyłącznie celom naukowym. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankietową, z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety oraz standaryzowanego kwestionariusza obszarów problemowych w cukrzycy (PAID), którego polska wersja udostępniona została przez Prof. Andrzeja Kokoszkę i za jego zgodą użyta podczas badania.

Ankieta własna składała się z dwóch części. W pierwszej części zawarto pytania dotyczące sytuacji socjo-demograficznej. Ankietowani zostali także zobowiązani do określenia miejsca, w którym odbierają świadczenia zdrowotne w momencie wypełniania ankiety. W drugiej części ankiety zawarto pytania dotyczące subiektywnej oceny jakości życia badanych, występowania u nich powikłań cukrzycy i insulinoterapii, jak również informacji na temat zakresu otrzymanej przez badanych edukacji. Uwagę zwrócono również na określenie osób, które dostarczyły badanym informacji na różne tematy związane z cukrzycą.

Wykorzystany w badaniu kwestionariusz obszarów problemowych w cukrzycy (PAID) pomaga określić 4 obszary potencjalnych problemów pacjenta, są to: negatywne emocje związane z cukrzycą, problemy związane z leczeniem, problemy spowodowane dietą i brak wsparcia społecznego w chorobie. Każde z 22 pytań kwestionariusza PAID oceniane jest na 5-punktowej skali Likerta, począwszy od 0 - „nie jest to problem” do 4 - „jest to poważny problem”. Zsumowane wyniki surowe, w celu ułatwienia interpretacji, zgodnie z wytycznymi autorów kwestionariusza, pomnożono przez 1,25 by otrzymać wyniki przekształcone na skali od 0 do 100. Im wyższy wynik, tym badany posiada więcej emocjonalnych problemów związanych z cukrzycą. Wykazano, że PAID może być również wykorzystany jako narzędzie do wykrycia klinicznej formy depresji w cukrzycy (wynik ogólny PAID ≥ 40 stanowi wskazanie do przeprowadzenia klinicznego badania w kierunku depresji). Rzetelność polskiej wersji kwestionariusza PAID, oznaczona wskaźnikiem α -Cronbacha wynosi 0,92 [8].

Wyniki. Sytuacja zdrowotna badanych. Uzyskane wyniki wskazały, że zdecydowana większość ankietowanych chorowała na cukrzycę typu 2 (69%). U co około piątego badanego rozpoznano 1 typ cukrzycy (19%), a 12% osób uczestniczących w badaniu w ogóle nie wiedziało na jaki typ cukrzycy chorują. Biorąc pod uwagę czas trwania choroby, największa część ankietowanych przyznała, że na cukrzycę choruje dłużej niż 12 lat (42%). Średnio co 5.

osoba zmagająca się z chorobą od 2 do 5 lat (20%), a 15% badanych zaznaczyło odpowiedź „5-8 lat”. Najmniejsze odsetki badanych chorowały maksymalnie 2 lata (7,3%) oraz nie potrafiły określić czasu trwania choroby (4,3%).

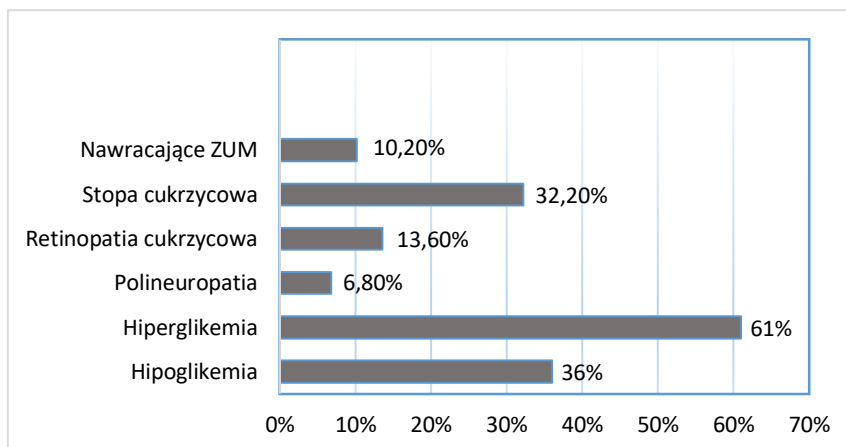
Analizując wyniki HbA_{1C} okazało się, iż średni jej wynik kształtuje się u badanych na poziomie średnio 8,4±2,0% (4,6-13,6%). Porównując uzyskane wyniki w odniesieniu do wytycznych PTD, dotyczących prawidłowych zakresów HbA_{1C} w poszczególnych populacjach wykazano, że zdecydowana większość ankietowanych (71%) miała wynik mieszczący się w granicach wyniku prawidłowego, natomiast u 29% badanych wynik był nieprawidłowy. W dalszej części badania przeanalizowano różnice w poziomie HbA_{1C} ze względu na fakt odbycia szkolenia z poszczególnych elementów samoopieki. Analiza wyników pozwala stwierdzić, że badani, którzy potwierdzili odbycie edukacji z zakresu diety w cukrzycy miały niższy poziom hemoglobiny glikowanej, niż osoby, które tego przeszkolenia nie miały (p=0,016). Dane te prezentuje Tabela I.

TABELA I. Charakterystyka zależności pomiędzy poziomem hemoglobiny glikowanej, a odbyciem szkolenia z zakresu poszczególnych elementów samoopieki

Pytania ankiety	Poziom HbA _{1C}		P
	M	SD	
Czy przed rozpoczęciem leczenia insuliną został(a) Pan/Pani przeszkolony(a) z zakresu cukrzycy i insulinoterapii? Tak Nie	8,43 9,50	2,02 1,87	0,206
Czy został(a) Pan/Pani przeszkolony(a) na temat diety w cukrzycy? Tak Nie	8,21 10,10	1,97 1,54	0,016*
Czy został(a) Pan/Pani przeszkolony(a) na temat samokontroli poziomu cukru we krwi? Tak Nie	8,28 9,29	2,02 1,87	0,164

*M-średnia arytmetyczna; SD-odchylenie standardowe; poziom istotności statystycznej; *test U Manna-Whitneya*

U zdecydowanej większości ankietowanych występowały powikłania cukrzycy (72,5%). Co około piąty badany (21,7%) zanegował wystąpienie powikłań, a mały odsetek (5,8%) nie wiedział jak odpowiedzieć na to pytanie. Rycina 1 przedstawia występujące u badanych powikłania cukrzycy.



Rycina 1. Charakterystyka rodzaju powikłań cukrzycy występujących w czasie trwania choroby u badanych

Jeśli chodzi zaś o powikłania insulinoterapii, to zdecydowana większość badanych zanegowała ich występowanie (71%); 18,9% - potwierdziła, a badani którzy nie pamiętali czy powikłania terapii insuliną u nich wystąpiły stanowili 10,1%. Ankieterzy, którzy potwierdzili występowanie powikłań związanych z insulinoterapią najczęściej wymieniali wzrost masy ciała (61,5%), rzadziej doły poinsulinowe i lipohypertrofie (po 23,1%). W nawiązaniu do pytań o powikłania cukrzycy i insulinoterapii, 76,8% ankietowanych potwierdziło, że w związku z tymi powikłaniami w ciągu ostatniego roku zaistniała konieczność hospitalizacji; większość z nich wymagała opieki szpitalnej raz w ciągu 12 miesięcy (79,2%), dwukrotnie hospitalizowano 9 badanych (17%), a 2 osoby (3,8%) trafiły do szpitala w wyniku powikłań cukrzycy trzykrotnie w ciągu roku poprzedzającego badanie. Fakt hospitalizacji wiązał się istotnie statystycznie z poziomem HbA_{1c} ($p=0,041$). Okazało się, iż osoby, które były hospitalizowane z powodu powikłań cukrzycy miały istotnie wyższy poziom hemoglobiny glikowanej ($8,63 \pm 1,95\%$), w stosunku do osób, które nie były hospitalizowane ($7,54 \pm 1,97\%$).

Stosowane leczenie i samokontrola. Analiza wyników badania własnego w aspekcie długości stosowanej insulinoterapii wykazała, że co około trzeci badany stosował insulinę powyżej 12 lat (31,9%) bądź 2-5 lat (30,4%). 15,9% badanych podaje, że insulinoterapię stosowało od 5 do 8 lat, a 11,6% leczy cukrzycę insuliną co najwyżej 2 lata. Jedynie 4 badanych (5,9%) odpowiedziało, że insulinę przyjmuje od 8 do 12 lat. Najmniejszą grupę ankietowanych (4,3%) stanowiły osoby nie pamiętające, jak długo stosowana u nich jest insulinoterapia. Odnośnie sposobu podaży leku (pen/pompa insulinowa) oraz ilości wstrzyknięć preparatów insulinowych w ciągu doby wykazano, że najczęściej stosowanymi narzędziami do podaży insuliny okazały się być wstrzykiwacze (91,3%). Mały odsetek osób zadeklarował stosowanie pompy insulinowej (8,7%). Zdecydowana większość ankietowanych samodzielnie obsługiwała

urządzenia do podaży leku (82,6%). Pozostała część ankietowanych wymagała pomocy osób trzecich podczas podawania leku (17,4%).

Kluczowym aspektem terapii cukrzycy, zwłaszcza leczonej insuliną, jest edukacja pacjenta. Analiza deklarowanego faktu odbycia szkolenia z zakresu cukrzycy i insulinoterapii wykazała, że przeszkolone osoby stanowią 79,7% wszystkich ankietowanych. Niektórzy z badanych nie potrafili określić czy byli szkoleni czy nie (13%), a zanegowało fakt uczestnictwa w szkoleniu na ten temat 5 ankietowanych (7,3%). Osobą, która najczęściej szkoliła badanych była pielęgniarka (65,5%); około $\frac{1}{3}$ badanych została przeszkolona przez lekarza (38,2%) oraz dietetyka (34,5%). Najmniejszą ilość szkoleń wśród ankietowanych przeprowadził edukator (1,8%), a jedna osoba również przyznała, że nie pamięta kto prowadził szkolenie (1,8%).

Kolejnym ważnym aspektem w przypadku cukrzycy jest dieta. Analiza odpowiedzi udzielonych na pytanie o fakt odbycia szkolenia z zakresu diety w cukrzycy wykazała, że zdecydowana większość badanych była przeszkolona w tym temacie (91,3%), a jedynie 8,7% z nich takiego przeszkolenia nie otrzymało. Najczęściej szkolenie było prowadzone przez dietetyka (55,1%). Lekarz i pielęgniarka przeszkolili na temat diety co około trzeciego badanego (po 34,8%). Minimalny odsetek badanych nie pamiętał kto przeprowadził szkolenie (2,9%), a tylko jedna osoba zaznaczyła, że była szkolona przez edukatora (1,4%).

Kwestia samoopieki w cukrzycy łączy się ściśle z samokontrolą. Wykazano, że samokontrolę poziomu glikemii stosuje 79,7% ankietowanych. Średnio co 10. badany (13%) nie pamiętał czy regularnie mierzy poziom glikemii, a 5 osób przyznało, że nie sprawdza poziomu cukru we krwi (7,3%). Analiza odpowiedzi na pytanie czy badani zostali przeszkoleni odnośnie samokontroli glikemii wykazała, że zdecydowana większość z nich uczestniczyła w takiej edukacji (85,5%). Co około 10. osoba negowała uczestnictwo w szkoleniu z samokontroli (11,6%), a dwie osoby nie pamiętały czy były przeszkolone (2,9%). W tym przypadku najczęściej wskazywano na pielęgniarkę, jako osobę, która prowadziła szkolenie (61%). Kolejnymi członkami zespołu terapeutycznego, którzy najczęściej edukowali pacjentów w tym zakresie był lekarz (52,5%), dietetyk (15,3%) oraz edukator (5,1%). Jeden ankietowany nie pamiętał kto przeprowadził szkolenie w jego przypadku (1,7%).

Subiektywna ocena poziomu wiedzy na temat cukrzycy przez badanych wykazała, że zdaniem ponad połowy z nich jest on raczej dobry (59,4%). Średnio co 4. osoba z grupy badanej (24,6%) nie potrafiła jednoznacznie określić swojego stanowiska. „Raczej źle” o swoim poziomie wiedzy wypowiedziało się 8,7% ankietowanych, natomiast wysoki zakres wiedzy w odczuciu badanych prezentowało 7,3% grupy. Ani jedna osoba wśród ankietowanych nie wybrała odpowiedzi „bardzo źle” jako adekwatnej do swojej sytuacji. Szczegółowa analiza wpływu

takich cech socjo-demograficznych badanych na ich samoocenę poziomu wiedzy o chorobie wykazała, iż sytuacja zawodowa wpływa istotnie na udzielane odpowiedzi. Okazało się mianowicie, że osoby wykonujące pracę fizyczną lub umysłową oceniają statystycznie istotnie wyżej swój poziom wiedzy na temat choroby, niż osoby będące na emeryturze/rencie ($p=0,012$). Za pomocą współczynnika korelacji tau Kendalla zbadano także zależność między wykształceniem i samooceną sytuacji finansowej, a pytaniem o poziom wiedzy o chorobie. Analiza wykazała, że istnieje istotna statystycznie, dodatnia, choć słaba zależność między tymi zmiennymi. Otóż okazało się, że im wyższe wykształcenie badanego ($\tau-k=0,18$; $p=0,031$) oraz lepsza samoocena jego sytuacji finansowej ($\tau-k=0,24$; $p=0,003$), tym lepsza ocena poziomu wiedzy na temat choroby. Tabela II prezentuje opisane wyniki.

Obszary problemowe w cukrzycy. Analiza wyników badania w zakresie wsparcia uzyskiwanego od innych ludzi w chorobie wykazała, że „zdecydowanie” na takie wsparcie może liczyć 42% ankietowanych, a „zdecydowanie” nie może - 40,6%. Co 10. osoba stwierdziła że „raczej” może liczyć na wsparcie w walce z chorobą (11,6%). Trudności z określeniem odpowiedzi na pytanie miało 4,4% badanych, a 1 osoba zaznaczyła odpowiedź „raczej nie” jako odpowiedź najbliższą jej sytuacji (1,4%). Analiza korelacji zmiennych socjo-demograficznych badanych z udzielanymi na to pytanie odpowiedziami wykazała, że jedynie samoocena sytuacji finansowej jest zmienną istotnie determinującą odpowiedzi. Otóż im lepsza była ta samoocena, tym lepsza opinia na temat wsparcia innych w chorobie pacjenta ($\tau-k=0,17$; $p=0,035$). Ankietowanych poproszono również o udzielenie odpowiedzi odnośnie tego, kto jest dla nich największym wsparciem w chorobie. Najczęściej wskazywanym przez badanych źródłem wsparcia była rodzina (43,5%), współmałżonek lub partner (39,1%), personel ochrony zdrowia (11,6%), a jedynie 4 osoby w tym pytaniu wskazały na przyjaciół (5,8%).

Analiza samooceny jakości życia badanych wskazała, że dla ponad połowy z nich życie ma ogólnie „dobrą” jakość (59,4%). Trudności z określeniem jakości swojego życia miał średnio co czwarty ankietowany (24,6%). Odpowiedzi „bardzo dobrze” i „raczej źle” zaznaczyło mniej niż 10% osób (odpowiednio: 7,3% i 8,7%). Nikt z osób uczestniczących w badaniu nie określił swojej jakości życia jako „bardzo zły”. Ocena korelacji cech socjo-demograficznych badanych i ogólnej samooceny jakości życia badanych wykazała, że stan cywilny ($p=0,019$), sytuacja zawodowa ($p=0,033$) oraz miejsce zamieszkania ($p=0,015$) istotnie determinują odpowiedzi. Okazało się, iż osoby będące w związku, pracujące zawodowo oraz mieszkające na wsi lub w małych miejscowościach lepiej oceniają swoją jakość życia. Szczegółowo wyniki te prezentuje Tabela II.

TABELA II. Charakterystyka zależności pomiędzy samooceną jakości życia badanych, a wybranymi cechami socjo-demograficznymi

Cechy socjo-demograficzne	Pytanie ankiety: Jak ogólnie ocenia Pan/Pani jakość swojego życia?		
	M	SD	p
Płeć			
Kobieta	3,62	0,70	0,334
Mężczyzna	3,79	0,74	
Stan cywilny			
Sam/a	3,42	0,72	0,019*
W związku	3,89	0,68	
Miejsce zamieszkania			
Wieś	3,73	0,83	0,015**
Małe miasto	4,05	0,39	
Duże miasto	3,43	0,73	
Sytuacja zawodowa			
Praca (fizyczna / umysłowa)	4,00	0,65	0,033*
Emerytura / Renta	3,61	0,73	

M: średnia arytmetyczna; SD: odchylenie standardowe; p: poziom istotności statystycznej;

*: test Manna-Whitneya; **: test Kruskala-Wallisa

Skala: 1 - Bardzo źle; 2 - Raczej źle; 3 - Trudno powiedzieć; 4 - Dość dobrze; 5 - Bardzo dobrze

Za pomocą współczynnika korelacji tau Kendalla zbadano także zależność między wykształceniem i samooceną sytuacji finansowej, a pytaniem o ocenę ogólnej jakości życia przez badanych. Okazało się, że istnieją tutaj istotne, o przeciętnym nasileniu zależności. Im wyższe wykształcenie ($\tau\text{-k}=0,30$; $p<0,001$) oraz lepsza samoocena sytuacji finansowej przez badanego ($\tau\text{-k}=0,49$; $p<0,001$), tym wyższa ocena ogólnej jakości życia pacjenta.

Z analizy wyników surowych otrzymanych z kwestionariusza PAID wynika, że największym problemem dla badanych (choć wciąż mieszczącym się pomiędzy „umiarkowany”, a „dość poważny”) jest „martwienie się o przyszłość i możliwość poważnych powikłań” ($M=2,62$) oraz „Niepokój o reakcję organizmu na niski poziom cukru we krwi” ($M=2,35$). W podobnym miejscu na skali badani umiejscawiali także problemy związane z dietą, takie jak: „Poczucie utraty możliwości jedzenia pewnych potraw” ($M=2,20$) oraz „Poczucie ciągłego zatroskania o żywność i jedzenie” ($M=2,12$). Z kolei jako aspekty stanowiące dla nich bardzo niewielkie problemy ankietowani wymieniali: „Poczucie niezadowolenia ze swojego lekarza prowadzącego cukrzycę” ($M=0,80$), „Poczucie, że Pani/Pana przyjaciele i rodzina nie wspierają Pani/Pana w radzeniu sobie z cukrzycą” ($M=0,80$) oraz „Poczucie osamotnienia w problemie cukrzycy” ($M=0,99$).

Analiza danych badania własnego otrzymanych z całego kwestionariusza PAID oraz z jego dwóch podskali wykazała, że badani średnio otrzymywali z całego kwestionariusza

40,7±19,3pkt. (18-80 pkt.). Wybrane uśrednione wyniki uzyskane przez badanych w kwestionariuszu PAID przedstawia Tabela III.

Tabela III. Uśrednione wyniki uzyskane przez badanych w kwestionariuszu PAID

Kwestionariusz PAID	Wyniki			
	M	SD	Min	Max
Podskala negatywnych emocji związanych z cukrzycą	27,3	13,8	2,5	60,0
Podskala problemów związanych z brakiem wsparcia społecznego	2,2	2,7	0,0	10,0
Wynik ogólny PAID	40,7	19,3	6,3	80,0

M: średnia arytmetyczna; SD: odchylenie standardowe; Min: minimalny uzyskany wynik; Max: maksymalny uzyskany wynik

Skala PAID: 0 – nie jest to problem; 1 – jest to niewielki problem; 2 – jest to umiarkowany problem; 3 – jest to dość poważny problem; 4 – jest to poważny problem

Jeśli chodzi o odsetek badanych, którzy otrzymali w tym kwestionariuszu ≥ 40 pkt. to wyniósł on 59,4%. Z kolei jeden badany otrzymał wynik mieszczący się w przedziale 0-10 pkt. (co świadczyć może o subklinicznej depresji). W trakcie uszczegółowionej analizy uśredniony wynik ogólny PAID porównano z poziomem HbA_{1c}. Analiza statystyczna wykazała istotną statystycznie zależność między tymi zmiennymi; okazało się, iż im wyższy był poziom hemoglobiny glikowanej, tym wyższy był wynik ogólny PAID (τ -k=0,17; $p=0,042$). Nie potwierdzono natomiast aby takie zmienne jak typ cukrzycy i czas trwania choroby wpływały istotnie na otrzymany wynik PAID ($p>0,05$). Analiza statystyczna nie wykazała także istotnie statystycznej zależności między czasem stosowania insulinoterapii, a wynikiem ogólnym PAID ($p>0,05$).

Dyskusja. Chęć poprawy jakości życia pacjentów skłania badaczy do prowadzenia różnorodnych badań, tworzenia nowych narzędzi pomiarowych i ciągłego udoskonalania procesu leczenia diabetyków. Dzięki nowoczesnym metodom pomiarów i staraniom zespołów terapeutycznych prowadzących holistyczną opiekę medyczną, jakość życia pacjentów diabetologicznych poprawia się. Z analizy pracy Lewko i Krajewskiej Kułak [9], w której autorki dokonały między innymi przeglądu badań oceniających jakość życia u chorych na cukrzycę wynika, iż na subiektywną ocenę jakości życia chorych mają wpływ zarówno czynniki kliniczne, jak i socjo-demograficzne. Pośród czynników klinicznych obniżających znacząco poczucie dobrej jakości życia autorzy najczęściej wymieniają posiadanie licznych chorób współistniejących, w tym nadwagi i otyłości oraz depresji, dużą liczbę powikłań cukrzycy, zwłaszcza tych przewlekłych w postaci neuropatii autonomicznej lub obwodowej, owrzodzeń stóp czy też podwyższony poziom HbA_{1c}. Czynniki socjo-demograficzne upośledzające jakość życia diabetyków to, wg autorów, najczęściej niski poziom edukacji, starszy wiek i płeć żeńska. Wyniki badania własnego jedynie częściowo pozostają w zgodności

z wynikami opisanego badania; w niniejszej pracy potwierdzono jedynie istotny wpływ wykształcenia badanych na samoocenę jakości życia; im było ono niższe, tym gorzej oceniano tę jakość. Również wyniki badania pilotażowego Koligat i wsp. [10], mającego na celu ocenę jakości życia osób z przewlekłymi chorobami, w tym z cukrzycą, podobnie jak wyniki pracy własnej, nie potwierdziły istotnych różnic jakości życia pacjentów ze względu na wiek i płeć. Determinantami które według wspomnianego badania wpływają na jakość życia chorych na cukrzycę były również wykształcenie, ale także dodatkowo miejsce zamieszkania, występowanie chorób przewlekłych, czas trwania choroby i ograniczenie sprawności ruchowej, czego z kolei nie potwierdzono w badaniu własnym. Pacjenci z przewlekłymi jednostkami chorobowymi często potrzebują dużego wsparcia otoczenia w walce z chorobą. Osamotnienie chorych podczas terapii może przyczyniać się do postawy rezygnacji oraz niechęci do leczenia. Nierzadko niestety jedynymi osobami mogącymi zapewnić komfort psychiczny choremu są członkowie zespołu terapeutycznego. W badaniu własnym nieco ponad połowa ankietowanych chorych na cukrzycę potwierdziła, że może liczyć na wsparcie innych w swojej chorobie; najczęściej wsparciem jest dla nich jednak rodzina, zwłaszcza współmałżonek i partner. Jedynie co dziesiąta osoba badana stwierdziła, że największym wsparciem jest dla niej personel służby zdrowia. Również uśrednione wyniki PAID, a zwłaszcza podskali wsparcia społecznego wskazały, że dla chorych ankietowanych na potrzeby niniejszej pracy problem braku wsparcia społecznego nie był zbyt zaznaczony; chorzy uzyskali bowiem średnio 2,2 pkt. w tej podskali. Podobne obserwacje ujęto w pracy Kurpias i wsp. [11], w której autorzy badający jakość życia chorych na cukrzycę potwierdzili, że większość ankietowanych jest zadowolona ze wsparcia, jakie otrzymuje od otoczenia. W badaniu tym poruszono również problem dotyczący występowania powikłań cukrzycy wśród badanej grupy pacjentów, którzy pod względem cech chorobowych bardzo byli podobni do badanych w niniejszej pracy. Badanie wykazało, że powikłania choroby wykształciło 81% ankietowanych, co pozostaje w pewnej zgodności z wynikami własnymi. W niniejszej pracy, występowanie powikłań cukrzycy potwierdziło 72,5% ankietowanych, w większości były to powikłania ostre. Cukrzyca jest chorobą przewlekłą, wpływającą na wiele obszarów funkcjonowania człowieka. Aby chory dotknięty tą chorobą miał podstawy pozwalające na samodzielność w życiu z cukrzycą, niezbędne jest jego przeszkolenie. Stanowisko to potwierdzają Chudiak i wsp. [12], podając we wnioskach swojego badania, że edukacja zdrowotna przeprowadzona przez członków zespołu terapeutycznego ma u diabetyków pozytywny wpływ na funkcjonowanie fizyczne oraz psychiczne chorego. Pozytywne oddziaływanie edukacji zdrowotnej na ogólną jakość życia chorych jest zjawiskiem szerzej obserwowanym, także w innych przewlekłych jednostkach chorobowych. W badaniu

Krzemińskiej i wsp. [13] wykazano, że podnoszenie świadomości pacjentów w zakresie choroby przyczynia się do poprawy jakości życia, samoopieki i samopielęgnacji pacjentów z chorobą przewlekłą. W badaniu własnym większość ankietowanych została przeszkolona z najważniejszych zakresów tematycznych dotyczących cukrzycy, przy czym największy odsetek badanych potwierdził przeszkolenie z zakresu diety (91,3%). Niepokojące jest jednak, że w każdej z dziedzin edukacji pozostaje około 7-10% osób przewlekle chorych, którzy takiego szkolenia nie otrzymali. Samokontrola u pacjentów chorych na cukrzycę jest bardzo ważnym aspektem leczenia. Chory, jeśli chce uniknąć poważnych powikłań oraz wielu trudności w życiu codziennym musi wiedzieć do jakiej diety powinien się stosować, powinien umieć mierzyć w prawidłowy sposób poziomy glikemii, być w stanie samodzielnie obsłużyć urządzenie, które podaje mu lek oraz wiedzieć jaką korektę dawki zastosować, o ile takowa jest potrzebna. W całą tą wiedzę powinien on zostać wyposażony właśnie podczas prawidłowo zaplanowanego procesu edukacji. Wyniki własne potwierdzają, że około 10% badanych źle ocenia swój poziom wiedzy na temat choroby; zwłaszcza są to osoby gorzej wykształcone, będące na emeryturze/rencie i gorzej oceniające swoją sytuację materialną. Wydaje się więc, że to do cukrzyków należących do tych grup populacyjnych należałoby szczególnie zwrócić się z ofertą edukacyjną.

Odnosząc się do obszarów problemowych w cukrzycy, badanie przeprowadzone przy użyciu kwestionariusza PAID przez Reddy i wsp. [14] wykazało, że najczęstsze obawy chorych dotyczyły możliwości wystąpienia powikłań cukrzycy w przyszłości (30,9%), bycia zatroskanym o żywność i jedzenie (24,1%) oraz uczucia winy lub lęku, kiedy pacjent przestawał sobie radzić z cukrzycą (23,1%). Badanie to częściowo pokrywa się z wynikami przedstawionymi w niniejszej pracy, ponieważ ankietowani spośród obszarów związanych z cukrzycą, stanowiących dla nich największy problem najczęściej wskazywali obawę o przyszłość, lęk przed powikłaniami czy też problemy związane z dietą, takie jak: „poczucie utraty możliwości jedzenia pewnych potraw” oraz „poczucie ciągłego zatroskania o żywność i jedzenie”. Autorzy cytowanego wyżej badania [14] wykazali także, co jest zbieżne z wynikami własnymi, pozytywną korelację poziomu HbA_{1C} z ogólnym, uśrednionym wynikiem PAID. Okazało się, że im wyższy poziom hemoglobiny glikowanej u badanych, a więc im mniej wyrównana jest ich cukrzyca, tym wyższy wynik PAID, co oznacza więcej obszarów problemowych związanych z chorobą. Cytowani wyżej autorzy wykazali również ujemną korelację pomiędzy wiekiem pacjentów, a wynikiem ogólnym kwestionariusza PAID, co pokrywa się od wyników przedstawionych w pracy własnej [14].

Biorąc pod uwagę ogólny, uśredniony wynik PAID, u badanych w niniejszej pracy kształtował się on na poziomie $40,7 \pm 19,3$ pkt. Jest to stosunkowo wysoki wynik, który stanowi właściwie wskazanie do przeprowadzenia klinicznego badania w kierunku depresji. Dla porównania, w badaniu przeprowadzonym przez m.in. Bo i wsp. [15] jedynie co 4 osoba (24%) osiągała wynik ogólny kwestionariusza PAID powyżej 40 pkt. Może to świadczyć o być może lepszym poziomie wsparcia pacjenta i bardziej efektywnym leczeniu diabetyków w Królestwie Danii, ale również należy wziąć pod uwagę fakt, iż grupa badana na potrzeby cytowanego badania składała się z chorych na typ 2. cukrzycy (a więc – w przeciwieństwie do badania własnego, nieleczonych insuliną) oraz młodszych, niż w badaniu własnym i krócej chorujących na cukrzycę. W cytowanym badaniu, poziom objawów depresyjnych był wyższy u osób bezrobotnych, starszych oraz samotnych, czego w badaniu własnym nie potwierdzono. Porównując natomiast wynik badania własnego w zakresie PAID z wynikami międzynarodowego badania „Cukrzyca, Postawy, Życzenia i Potrzeby”, którego wyniki zaprezentowali Foryciarz i wsp. [16] można stwierdzić, że polscy cukrzycy, którzy wzięli w nim udział, uzyskali jeszcze wyższe wyniki, niż w niniejszej pracy, bo wynik powyżej 40 pkt. uzyskało aż 56,7% z nich. Należy też podkreślić, że wyniki zebrane od chorych na cukrzycę w Polsce zaliczały się do grupy czterech najmniej korzystnych wyników na świecie. Autorzy cytowanego badania [16] podają także, że we wszystkich krajach znaczna część chorych martwiła się ryzykiem hipoglikemii, co jest w zgodzie z wynikami własnymi, w których problem „Niepokój o reakcję organizmu na niski poziom cukru we krwi” znalazł się pośród trzech najważniejszych źródeł stresu związanego z chorobą.

Dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny ma decydujące znaczenie w radzeniu sobie z chorobą. Dlatego niezwykle ważne jest wyodrębnienie u chorych na cukrzycę, ale także na inne przewlekłe choroby problemów, które ten dobrostan mogą zaburzyć. Zidentyfikowanie takich obszarów problemowych mogłoby pomóc w przygotowaniu odpowiednio dostosowanej oferty edukacyjnej, oferowaniu chorym zindywidualizowanej pomocy psychologicznej i wsparcia w innych, niż tylko kliniczne dziedzinach leczenia i opieki.

Wnioski.

1. Dominującym w badanej populacji typem cukrzycy był typ 2., a większość osób uczestniczących w badaniu potwierdziła występowanie powikłań chorobowych, zarówno ostrych, jak i przewlekłych będących w zdecydowanej większości przyczyną hospitalizacji w ciągu ostatniego roku. Jedynie niewielki odsetek badanych miał nieprawidłowy wynik HbA_{1c}, częściej były to osoby słabo wyedukowane na temat poszczególnych elementów samoopieki.

- Większość badanych potwierdziła fakt odbycia edukacji z zakresu takich elementów samoopieki jak insulinoterapia, pomiar glikemii czy też dieta w cukrzycy, a jako osoby szkolące wskazywano poszczególnych członków zespołu terapeutycznego. Większość badanych także dobrze oceniła swój obecny poziom wiedzy o chorobie
- Interpretacja kwestionariusza PAID pozwala dostrzec fakt, iż duży odsetek chorych na cukrzycę odczuwa dystres związany ze swoją chorobą, a szczególnie obawia się poważnych jej powikłań oraz konieczności przestrzegania rygorystycznej ich zdaniem diety.

Piśmiennictwo

- Laughin A. Cukrzyca. Nowe spojrzenie na leczenie. Wyd. Astrum, Wrocław 2012.
- Czupryniak L., Strojek K. Diabetologia 2015. Wyd. 1. Wyd. Via Medica, Gdańsk 2015.
- Sieradzki J. Cukrzyca [w:] P. Gajewski, A. Szczeklik (red.) Interna Szczeklika 2017. Wyd.8. Wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków 2017: s. 1449-1496.
- 2020 Guidelines on the management of diabetic patients. A position of Diabetes Poland. Clin Diabetol 2020; 9, 1.
- International Diabetes Federation. IDF Diabetes atlas. Wyd. 9. IDF, Bruksela 2019: s. 4-7.
- Główny Urząd Statystyczny. Ikonografika - Światowy Dzień Walki z Cukrzycą. Dostępny w Internecie: <https://stat.gov.pl/infografiki-widzety/infografiki/infografika-swiatowy-dzien-walki-z-cukrzyca-14-listopada,46,3.html> [Dostęp z dnia 31.07.2020].
- Tomasik T., Małecki M. Zasady postępowania w cukrzycy. Zalecenia dla lekarzy POZ FMR 2019;13(2): 45-94.
- Kokozka A. Kwestionariusze obszarów problemowych w cukrzycy: PAID, PAID-5; PAID-1. Narzędzia do szybkiej diagnozy psychologicznych problemów osób z cukrzycą. V Konferencja Karpacka Diabetologiczna. Streszczenia prac naukowych, Wisła, 2010: s.6.
- Lewko J., Krajewska-Kułak E. Wielowymiarowa ocena jakości życia chorych na cukrzycę. Pol Merk Lek 2010;28(168): 486-489.
- Koligat D., Leszczyński P., Pawlak-Buś K. (wsp.) Wpływ chorób przewlekłych (osteoporozy i cukrzycy) na health related quality-of-life – badanie pilotażowe. Now Lek 2012; 81(2): 122-128.
- Kurpas D., Czech T., Mroczek B. Jakość życia pacjentów z cukrzycą – jakie znaczenie mają powikłania? Fam Med Prim Care Rev 2012; 14(2): 177–181.
- Chudiak A., Lomper K., Jankowska-Polańska B. (wsp.) Wpływ edukacji diabetologicznej na ocenę jakości życia chorych z cukrzycą typu 2. Probl Pielęgn 2015; 23(1): 1-6.
- Krzemińska S., Borodicz-Cedro A., Arendarczyk M. Wpływ edukacji na jakość życia i ponowne hospitalizacje u chorych z niewydolnością serca. Piel Zdr Publ 2011; 1(1): 57-64.
- Reddy J., Wilhelm K., Campbell L. Putting PAID to diabetes-related distress: the potential utility of the problem areas in diabetes (PAID) scale in patients with diabetes. Psychosomatics 2013; 54(1): 44-51.

15. Bo A., Pouwer F, Juul L. (wsp.) Prevalence and correlates of diabetes distress, perceived stress and depressive symptoms among adults with early-onset Type 2 diabetes: cross-sectional survey results from the Danish DD2 study. *Diabet Med* 2020; 37(10): 1679-1687.
16. Foryciarz K., Obrębski M., Kokoszka A. Results of the second Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN2) study: Overview of the most important results from the Polish perspective. *Clin Diabetol* 2016; 5(6): 185–194.

WPLYW WYBRANYCH CZYNNIKÓW SOCJODEMOGRAFICZNYCH NA POSTAWY ZDROWOTNE- DONIESIENIA WSTĘPNE

JOLANTA KOLONKO, TOMASZ KOLONKO, MONIKA KADŁUBOWSKA, ANNA MICHALIK, EWA ZARÓD

Wstęp. Według Światowej Organizacji Zdrowia z 1946 roku (WHO - *World Health Organization*) „zdrowie jest pełnią fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu człowieka, a nie tylko brakiem choroby czy kalectwa” [1,2]. Zdrowie fizyczne jest postrzegane i rozumiane wielopłaszczyznowo. Najpowszechniej: zdrowie fizyczne pojmowane jest jako prawidłowe funkcjonowanie organizmu: organów i narządów; psychiczne jako zdolność logicznego myślenia, rozpoznawania, wyrażania i kontroli uczuć oraz społeczne jako zdolność do pełnienia określonych ról społecznych. Takie spojrzenie na zagadnienie zdrowia spowodowało konieczność wyodrębnienia pewnych zachowań nakierowanych na utrzymanie zdrowia oraz jego przywrócenie zarówno w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym [1-3]. Wszelkie zachowania lub ich brak mające związek ze zdrowiem i samopoczuciem człowieka nazwano zachowaniami zdrowotnymi. Powszechnie przyjęto podział na zachowania, które sprzyjają utrzymaniu zdrowia, tzw. zachowania prozdrowotne oraz zachowania przeciwne, autodestrukcyjne z punktu ich wpływu na zdrowie tzw. antyzdrowotne. Zachowania prozdrowotne służą: wzmacnianiu zdrowia, zapobieganiu chorobie oraz efektywniejszej rekonwalescencji. Przeciwstawne zaś zachowania antyzdrowotne prowadzą do powstania zaburzeń stanu zdrowia oraz rozmaitych patologii. Zachowania zdrowotne definiowane są również jako „czynności podejmowane i realizowane przez ludzi, które bezpośrednio i doraźnie, albo pośrednio i w dalszej perspektywie sprzyjają lub szkodzą utrzymaniu normatywnych standardów zdrowia fizycznego lub psychicznego” [1-4].

Zaobserwowano, iż na kształtowanie się zachowań zdrowotnych ma wpływ wiele czynników leżących zarówno po stronie człowieka jak i otoczenia, w którym żyje. Tak zwane pola zdrowia (determinanty zdrowia) przedstawione przez M. Lalonda w 1974 roku, w Kanadzie, pokazały, iż zdrowie jednostki zależy w 16% od uwarunkowań genetycznych, w 21% od środowiska, aż 53% zależy od stylu życia a tylko 10% od „służby zdrowia” [4-6]. Natomiast dla czytelniejszego zobrazowania zachowań prozdrowotnych Steptoe i współautorzy wyodrębnili pięć zasadniczych klas jak:

- unikanie używek
- bezpieczeństwo komunikacyjne, np. bezpieczne prowadzenie samochodu
- zwyczaje żywieniowe, np. jedzenie zalecanej ilości warzyw i owoców

- pozytywne praktyki zdrowotne – higiena osobista, ćwiczenia fizyczne, higiena otoczenia
- zachowania związane z działalnością prewencyjną – samokontrola zdrowia, regularne wizyty u lekarza pierwszego kontaktu [1,7].

Troska o zdrowie fizyczne przejawia się między innymi w utrzymywaniu higieny osobistej i higieny otoczenia, w prawidłowym odżywianiu się, w podejmowaniu różnorodnych ćwiczeń ruchowych. Zdrowie psychiczne zachowuje się dzięki korzystaniu z efektywnych metod radzenia sobie ze stresem, wzmacnianiu wiary we własne siły, w podnoszeniu samooceny itd., natomiast kształtowanie zdrowia społecznego obejmuje działania ukierunkowane na budowanie satysfakcjonujących relacji pomiędzy ludźmi, na poznanie sposobów efektywnej komunikacji, umiejętności nawiązywania kontaktów społecznych oraz rozwiązywania zaistniałych konfliktów. Formowanie zachowań zdrowotnych człowieka kształtowane jest przez rodziców i opiekunów we wczesnym okresie życia. Dochodzi do wykształcenia się określonych nawyków, a w kolejnych latach proces ten jest wzmacniany lub modyfikowany. Zaobserwowano, iż, postawa zdrowotna ukształtowana we wczesnym okresie życia wpływa na styl i stan zdrowia człowieka dorosłego. Świadomość oraz praktykowanie zachowań prozdrowotnych zwiększa się wraz z wiekiem [1,6,8]. Kontekst społeczny i kulturowy zasadniczo kształtuje zachowania zdrowotne danej zbiorowości ludzkiej, m.in. ogólny poziom życia członków, styl życia, stan wiedzy a także wyobrażenia o zdrowiu i chorobie. Istotny jest m.in. sposób spostrzegania, odczuwania, opisywania i interpretowania objawów chorobowych, a także wierzenia, postawy i zachowania wobec choroby oraz przedstawicieli instytucji medycznych i wykonawców zawodów medycznych wobec pacjentów [1,4]. Obecnie silny wpływ na kształtowanie się zachowań zdrowotnych wywierają media oraz popularne kampanie społeczne stając się ważnym źródłem informacji oraz weryfikacji wiedzy na tematy związane ze zdrowiem [1,9].

Do społeczno-demograficznych uwarunkowań zachowań zdrowotnych zalicza się: wiek, płeć, stan cywilny, sytuacja rodzinna, zdobyte wykształcenie, wykonywany zawód oraz status materialny [1,3,8]. W kształtowaniu zachowań zdrowotnych duże znaczenie odgrywają tzw. zasoby osobiste jednostki, ściśle powiązane z osobowością. Wśród nich wymienia się przede wszystkim:

- oczekiwania i przekonania
- poczucie koherencji
- optymizm życiowy
- poczucie własnej skuteczności
- wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia [1,10].

Zachowania zdrowotne są efektem ukształtowanej postawy wobec zdrowia, a szczególnie poczuciem odpowiedzialności za swoje zdrowie i współodpowiedzialności za zdrowie innych. Istotną rolę w wyborze zachowań zdrowotnych pełni umiejscowienie kontroli zdrowia. Charakteryzuje się ono przekonaniem o możliwości wpływania na stan własnego zdrowia i jego poprawę [11,12].

Cel pracy. Głównym celem pracy było poznanie wpływu wybranych czynników socjodemograficznych takich jak: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie na wybrane zachowania zdrowotne badanych respondentów.

Materiał i metody. Grupę badaną stanowiło 88 osób w wieku od 22 do 89 lat z rejonu Podbeskidzia. Po uzyskaniu zgody od respondentów badanie przeprowadzono w pierwszym półroczu 2018 roku. W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego realizowanego techniką wywiadu kwestionariuszowego. Wykorzystano narzędzie badawcze: Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ), którego autorem jest Z. Juczyński [13], zawierający 24 stwierdzenia opisujące różnego typu zachowania związane ze zdrowiem (po 6 w każdej kategorii). Badany respondent w sposób subiektywny oceniał nasilenie danych zachowań, posługując się skalą ocen (Likerta) od 1 („prawie nigdy”) do 5 („prawie zawsze”). Po podsumowaniu częstotliwości poszczególnych zachowań ustala się ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych oraz stopień nasilenia czterech kategorii zachowań, tj. prawidłowych nawyków żywieniowych (pnz), zachowań profilaktycznych (zp), praktyk zdrowotnych (pz) oraz pozytywnych nastawień psychicznych (pnp). Prawidłowe nawyki żywieniowe uwzględniają głównie rodzaj spożywanej żywności (np. pieczywo pełnoziarniste, warzywa i owoce). Zachowania profilaktyczne dotyczą przede wszystkim przestrzegania zaleceń zdrowotnych i uzyskiwania informacji o zdrowiu i chorobie. Praktyki zdrowotne obejmują nawyki związane ze snem, rekreacją czy aktywnością fizyczną, zaś pozytywne nastawienia psychiczne dotyczą unikania zbyt silnych emocji, napięć i stresów. Wartość ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych mieści się w granicach od 24 do 120 punktów. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie określonych zachowań zdrowotnych. Wyniki ogólnego wskaźnika można przeliczyć na steny, gdzie wyniki od 1-4 uważa się za niskie, 5-6 za przeciętne a 7 do 10 stena za wysokie. Dane opracowano z wykorzystaniem programu statystycznego SAS 9.4 TS. Zastosowano statyki opisowe, współczynnik korelacji Spearman’a, test niezależności Chi-kwadrat, test Manna-Whitneya-Wilcoxon, test t, jednoczynnikową analizę wariancji (ANOVA) oraz analizę regresji. Wnioskowanie statystyczne przeprowadzono przy poziomie istotności $p = 0,05$.

Wyniki. Grupę badaną stanowiło 88 osób w wieku od 22 do 89 lat. Niemal 57% badanych to mężczyźni (M) natomiast nieco ponad 43% to kobiety (K). Struktura wiekowa w grupie mężczyzn i kobiet jest podobna – Tab. 2.

Tab. 2. Płeć a wiek badanych

Płeć		Wiek (podział według mediany)		
		20 do 46	47 do 89	RAZEM
mężczyzna	n	26	24	50
	%	29,55	27,27	56,82
	% z wiersza	52	48	
	% z kolumny	57,78	55,81	
kobieta	n	19	19	38
	%	21,59	21,59	43,18
	% z wiersza	50	50	
	% z kolumny	42,22	44,19	
RAZEM	n	45	43	88
	%	51,14	48,86	100

Najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym lub zawodowym – niemal 41% ogółu badanych. Wykształcenie wyższe posiadało niespełna 31% badanych natomiast średnie ponad 28%. Wśród osób z wykształceniem podstawowym lub zawodowym dominowali M (67%), podczas gdy K stanowiły jedynie 33%. Z kolei w grupie osób z wykształceniem średnim mężczyźni stanowili 60% grupy zaś kobiety 40%. W grupie osób z wykształceniem wyższym dominowały kobiety (59%), mężczyźni stanowili 41%. – Tab. 3.

Tab. 3. Płeć a wykształcenie badanych

Płeć		Wykształcenie			
		podstawowe lub zawodowe	średnie	wyższe	RAZEM
mężczyzna	N	24	15	11	50
	%	27,3	17,1	12,5	56,8
	% z wiersza	48	30	22	
	% z kolumny	66,7	60	40,7	
kobieta	n	12	10	16	38
	%	13,6	11,4	18,2	43,2
	% z wiersza	31,6	26,3	42,1	
	% z kolumny	33,3	40	59,3	
RAZEM	n	36	25	27	88
	%	40,91	28,41	30,68	100

Rozkład wykształcenia w kategoriach wiekowych był niejednorodny. W grupie osób starszych, tj. 47-89 lat, dominowało wykształcenie podstawowe – niespełna 54%; nieco ponad 30% badanych to osoby z wykształceniem średnim i tylko 16% tej grupy stanowiły osoby z wykształceniem wyższym, co stanowi niespełna 8% wszystkich badanych. Z kolei w grupie osób młodszych, tj. 20-46 lat, ponad 44% to osoby z wykształceniem wyższym stanowiące niemal 23% ogółu badanych. Udział osób z wykształceniem podstawowym oraz średnim w tej grupie jest zbliżony i wynosi odpowiednio 29% oraz 27%.

Osoby z wykształceniem wyższym to w zdecydowanej większości osoby młode do 46 roku życia, które stanowiły 74% tej grupy. Z kolei wśród osób z wykształceniem podstawowym lub zawodowym w sposób widoczny przeważały osoby starsze 47-89 lat stanowiąc 64% tej grupy. W grupie osób z wykształceniem średnim udział osób młodszych i starszych był zbliżony i wynosił odpowiednio 48% i 52%. – Tab. 4.

Tab. 4. Wiek a wykształcenie badanych

Wiek		Wykształcenie			
		podstawowe lub zawodowe	średnie	wyższe	RAZEM
20 do 46	n	13	12	20	45
	%	14,8	13,6	22,7	51,1
	% z wiersza	28,9	26,7	44,4	
	% z kolumny	36,1	48	74,1	
47 do 89	n	23	13	7	43
	%	26,1	14,8	8,0	48,9
	% z wiersza	53,5	30,2	16,3	
	% z kolumny	63,9	52	25,9	
RAZEM	n	36	25	27	88
	%	40,9	28,4	30,7	100

W badanej grupie niemal 39% badanych respondentów zamieszkiwało wieś. Z kolei nieco powyżej 61% to mieszkańcy miast. Wśród mieszkańców wsi zdecydowanie największą grupę – niemal 62% – stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym lub zawodowym. Wykształceniem średnim charakteryzowało się około 32% badanych zamieszkujących wieś i tylko 6% stanowiły osoby z wykształceniem wyższym. Z kolei w mieście zaobserwowano tendencję odwrotną: najliczniej reprezentowaną grupą były osoby z wykształceniem wyższym – nieco ponad 46%, zaś wykształcenie podstawowe lub zawodowe oraz średnie w mieście było reprezentowane wśród badanych niemal jednakowo licznie – odpowiednio 28% oraz 26% – co przedstawia Tab.5.

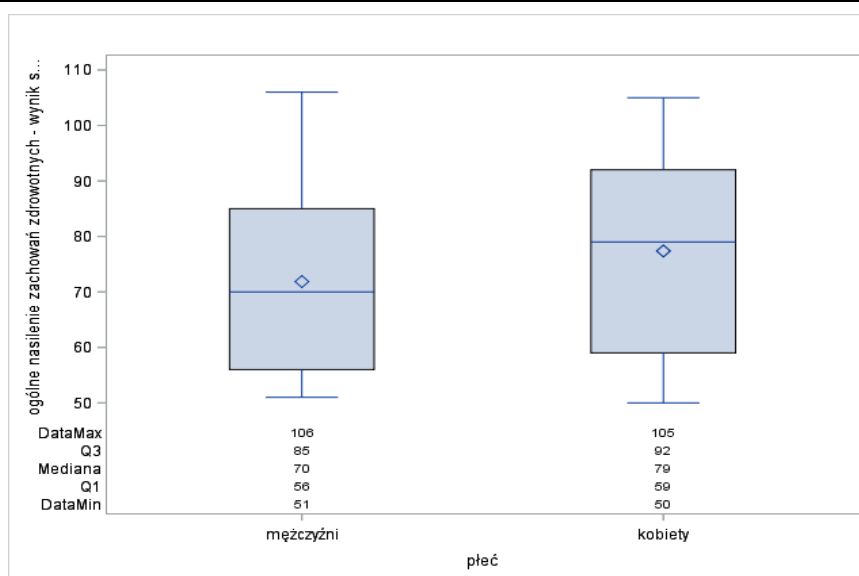
Tab.5. Miejsce zamieszkania a wykształcenie badanych

Miejsce zamieszkania		Wykształcenie			
		podstawowe lub zawodowe	średnie	wyższe	RAZEM
wieś	n	21	11	2	34
	%	23,86	12,5	2,27	38,63
	% z wiersza	61,76	32,35	5,88	
	% z kolumny	58,33	44	7,41	
miasto	n	15	14	25	54
	%	17,05	15,91	28,41	61,37
	% z wiersza	27,78	25,93	46,3	
	% z kolumny	41,67	56	92,59	
RAZEM	n	36	25	27	88
	%	40,91	28,41	30,68	100

Płeć a zachowania zdrowotne badanych. Rozkład wyników stenowych zmiennej zz (ogólnych zachowań zdrowotnych) w grupie K i M przedstawia tab.5. Najwięcej mężczyzn (54%) uzyskało wynik niski w skali stenowej. Wyniki przeciętne i wysokie uzyskało odpowiednio 24% i 22% badanych M. Wśród kobiet rozkład wyników był bardziej jednorodny niż u mężczyzn. Niemal 37% badanych kobiet uzyskało wynik wysoki, 34% wynik niski, a 29% wynik przeciętny.

Tab.5. Tabela częstości uzyskiwanych wyników stenowych zmiennej zz według płci

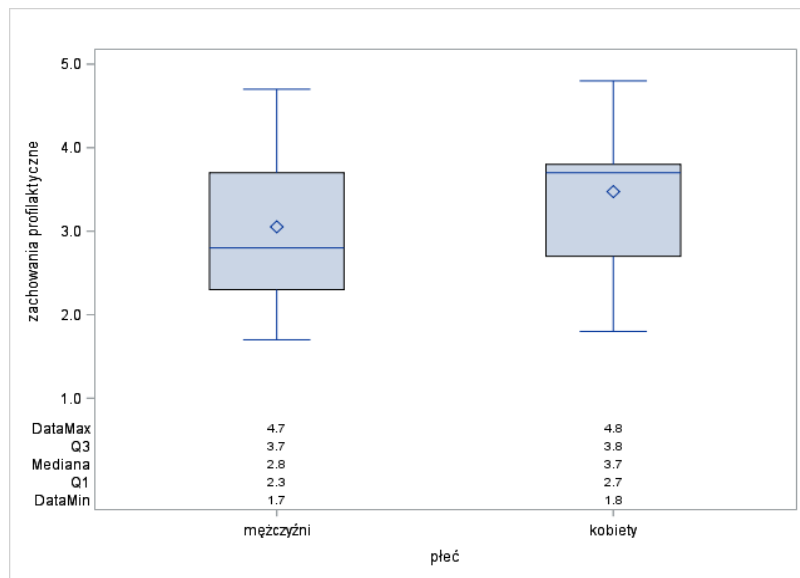
płeć		zz_sten wartość ogólnych zachowań zdrowotnych wynik w stenach			
		niskie	przeciętne	wysokie	RAZEM
mężczyźni	n	27	12	11	50
	%	30,68	13,64	12,5	56,8
	% z wiersza	54,0	24,0	22,0	
	% z kolumny	67,5	52,2	44,0	
kobiety	n	13	11	14	38
	%	14,8	12,5	15,9	43,2
	% z wiersza	34,2	29,0	36,8	
	% z kolumny	32,5	47,8	56,0	
RAZEM	n	40	23	25	88
	%	45,5	26,1	28,4	100



Ryc. 1. Ogólne zachowania zdrowotne a płeć - wyniki surowe

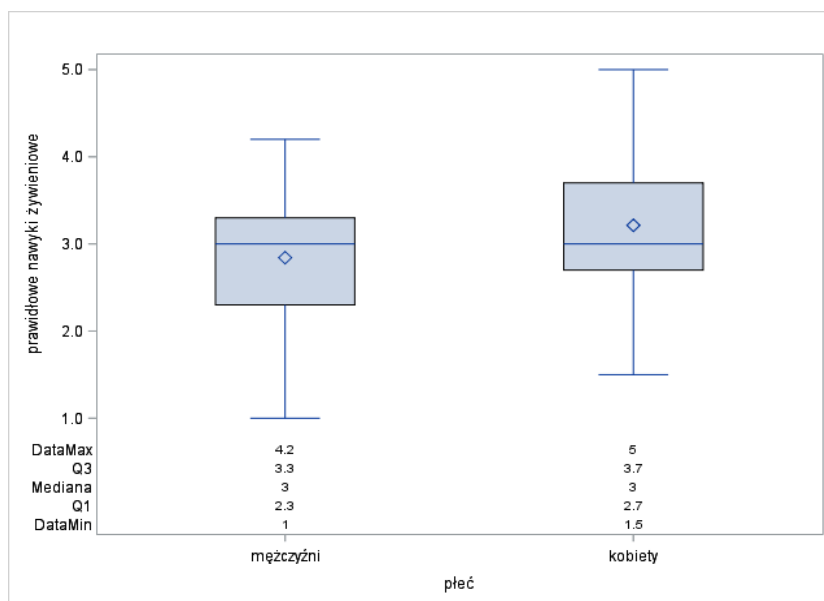
Mężczyźni zauważalnie częściej niż kobiety osiąkali wyniki niskie - ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych (Tab5). Badane K są bardziej zróżnicowane pod względem ogólnych zachowań zdrowotnych. Częściej niż badani M przejawiały zachowania prawidłowe, bądź nieprawidłowe (większe rozproszenie wyników wokół średniej), podczas gdy wyniki mężczyzn cechowała większa „stabilność” i większa koncentracja wokół wartości przeciętnej w grupie. U M częściej obserwowano niskie wartości wskaźnika reprezentującego zachowania profilaktyczne, podczas gdy u kobiet

częściej dominowały wartości wysokie. Oznacza to, iż badani M w odróżnieniu od badanych K rzadziej praktykowali zdrowotne zachowania profilaktyczne – Ryc. 2.



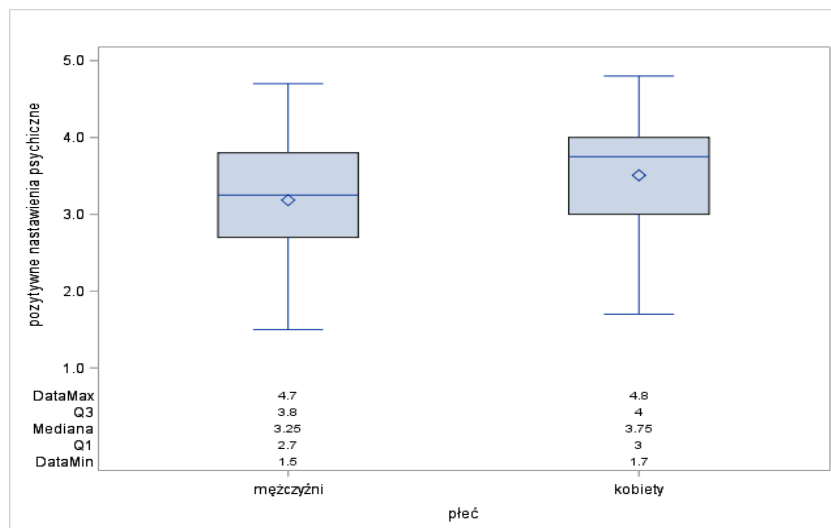
Ryc. 2. Zachowania profilaktyczne a płeć - wyniki surowe

Z kolei średnia wartość zmiennej pnz (prawidłowe nawyki żywieniowe) w grupie kobiet wyniosła 3,2, natomiast w grupie mężczyzn 2,8. Pomimo tego daje się zauważyć, iż u K częściej obserwowano prawidłowe nawyki żywieniowe niż u M – Ryc. 3.



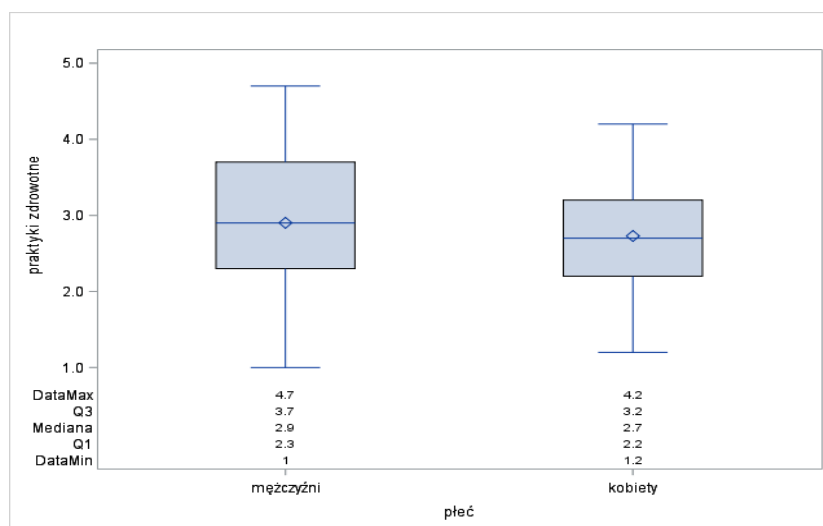
Ryc. 3. Prawidłowe nawyki żywieniowe a płeć - wyniki surowe

Badane K nie różnią się istotnie od M w zakresie zachowań zdrowotnych związanych z pozytywnym nastawieniem psychicznym ($p=0,053$). Średnia wartość wskaźnika pnp w grupie K wyniosła 3,5 i była nieco wyższa niż u M, dla których wartość ta wyniosła 3,2.



Ryc. 4. Pozytywne nastawienie psychiczne a płeć - wyniki surowe

Kolejną zmienną składową była zmienna pz (praktyki zdrowotne). Wyniki K i M były bardzo zbliżone- ryc.5.



Ryc. 5. Praktyki zdrowotne a płeć - wyniki surowe

Badane kobiety oraz mężczyźni nie różnią się istotnie w zakresie podejmowanych praktyk zdrowotnych, przy czym samoocena M w zakresie takich praktyk jak właściwy odpoczynek, unikanie przepracowania, ograniczanie palenia tytoniu czy kontrola prawidłowej wagi ciała jest bardziej zróżnicowana niż w przypadku K. Mężczyźni częściej w sposób bardziej pozytywny oceniali swoje praktyki zdrowotne.

Tab. 6. Wiek a zachowania zdrowotne

wiek		zz_sten ogólne zachowania zdrowotne - wynik stenowy			
		niski	przeciętny	wysoki	RAZEM
20 do 46	n	27	9	9	45
	wart. oczekiw.	20,46	11,76	12,78	
	%	30,68	10,23	10,23	51,14
	% z wiersza	60,00	20,00	20,00	
	% z kolumny	67,50	39,13	36,00	

47 do 89	n	13	14	16	43
	wart. oczekiw.	19,55	11,24	12,22	
	%	14,77	15,91	18,18	48,86
	% z wiersza	30,23	32,56	37,21	
	% z kolumny	32,50	60,87	64,00	
RAZEM	n	40	23	25	88
	%	45,45	26,14	28,41	100

Niskie wartości ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych (zz) istotnie częściej obserwowano wśród osób młodszych z przedziału wiekowego 20-46 lat: 27 obserwacji niskich wobec wartości oczekiwanej 20,46 oraz 9 obserwacji wysokich wobec wartości oczekiwanej 12,78. Z kolei wśród osób starszych z przedziału wiekowego 47-89 lat częściej stwierdzano wysokie wartości zmiennej zz: 16 obserwacji wysokich wobec wartości oczekiwanej 12,22 oraz 13 obserwacji niskich wobec wartości oczekiwanej 19,55. Osoby młode – zwykle o dobrej kondycji zdrowotnej – rzadziej dbają o właściwe zachowania zdrowotne niż osoby starsze, często podupadające na zdrowiu.

Tab.7. Zachowania zdrowotne a miejsce zamieszkania

miejsce zamieszkania		zz_sten			
		ogólne zachowania zdrowotne (wynik w stenach)			
		niski	przeciętny	wysoki	RAZEM
wieś	n	19	10	5	34
	%	21,6	11,4	5,7	38,6
	% z wiersza	55,9	29,4	14,7	
	% z kolumny	47,5	43,5	20	
miasto	n	21	13	20	54
	%	23,9	14,8	22,7	61,4
	% z wiersza	38,9	24,1	37,0	
	% z kolumny	52,5	56,5	80	
RAZEM	n	40	23	25	88
	%	45,5	26,1	28,4	100

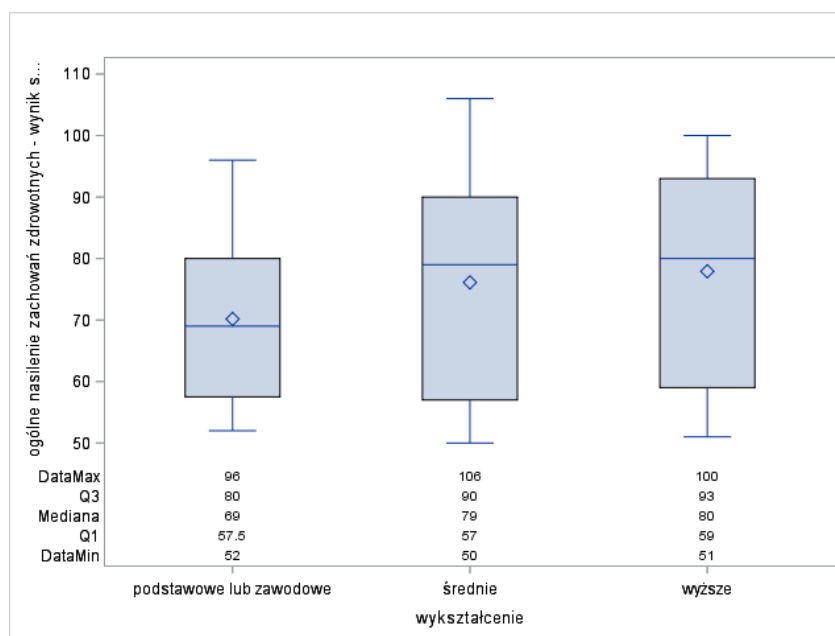
U osób zamieszkujących wieś daje się zaobserwować wyraźną przewagę wyników niskich (55,9%) i przeciętnych (29,4%) nad wysokimi (niepełna 15%), jednakże w miastach żadna wyraźna tendencja nie została odnotowana, gdzie stwierdzono zbliżoną częstość występowania wyników niskich (niemal 39%) i wysokich (37%) przy umiarkowanej częstości występowania wyników przeciętnych (nieco ponad 24%) – tab.7.

Tab.8 Wyniki stenowe zmiennej zz według wykształcenia

wykształcenie		zz_sten			
		ogólne zachowania zdrowotne (wynik w stenach)			
		niski	przeciętny	wysoki	RAZEM
podstawowe lub zawodowe	n	21	10	5	36
	%	23,9	11,4	5,7	40,9
	% z wiersza	58,3	27,8	13,9	
	% z kolumny	52,5	43,5	20	
średnie	n	9	8	8	25

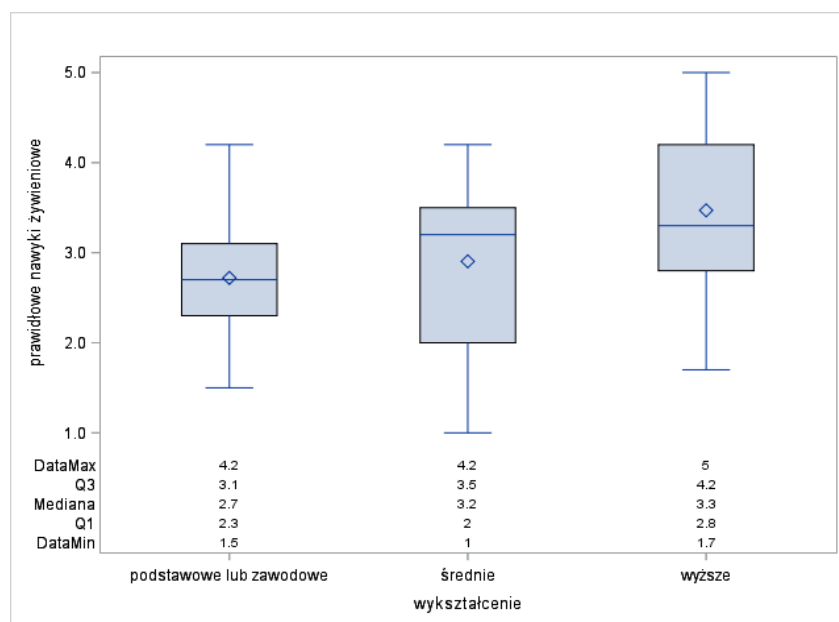
	%	10,2	9,1	9,1	28,4
	% z wiersza	36	32	32	
	% z kolumny	22,5	34,8	32	
wyższe	n	10	5	12	27
	%	11,4	5,7	13,6	30,7
	% z wiersza	37,1	18,5	44,4	
	% z kolumny	25	21,7	48	
RAZEM	n	40	23	25	88
	%	45,5	26,1	28,4	100

W ogólnym wskaźniku zachowań zdrowotnych uz z wykształceniem podstawowym zaobserwowano zwiększony odsetek wyników niskich (58,3%) i przeciętnych (27,8%) w stosunku do wyników wysokich (13,9%). Wśród osób z wykształceniem średnim oraz wyższym nie zaobserwowano żadnych tendencji. Odnotowano również stosunkowo dużą dyspersję wyników zmiennej zz zarówno wśród osób z wykształceniem średnim jak i wyższym – ryc. 6.



Ryc. 6. Ogólne zachowania zdrowotne a wykształcenie - wyniki surowe

Zaobserwowane nieznacznie wyższe wartości ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych osób lepiej wykształconych niekoniecznie są spowodowane obiektywnym faktem częstszego praktykowania prawidłowych zachowań zdrowotnych przez te osoby. Z drugiej strony analiza składowych ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych (zz) wskazała na występowanie statystycznie istotnych różnic w średnim poziomie wskaźnika prawidłowych nawyków żywieniowych (pnz) ($p=0,002$) – ryc.7.



Ryc.7. Prawidłowe nawyki żywieniowe a wykształcenie

Wśród badanych respondentów o różnym poziomie wykształcenia stwierdzono statystycznie istotne różnice w średnim poziomie wskaźnika prawidłowych nawyków żywieniowych pomiędzy osobami o wykształceniu podstawowym lub zawodowym ($pnz=2,7$) i wyższym ($pnz=3,5$) oraz pomiędzy osobami o wykształceniu średnim ($pnz=2,9$) i wyższym ($pnz=3,5$). Średnie wartości zmiennej pnz wśród osób o wykształceniu podstawowym i średnim są zbliżone – różnią się jednak dyspersją wyników. Wśród osób o wykształceniu podstawowym lub zawodowym stwierdzono wyższą koncentrację wyników niż wśród osób o wykształceniu średnim lub wyższym. Otrzymane wyniki wskazują, że osoby z wyższym wykształceniem są bardziej świadome znaczenia prawidłowych nawyków żywieniowych dla kondycji własnego zdrowia, czego wyrazem jest dbałość o prawidłową dietę, ograniczanie spożycia tłuszczów zwierzęcych, unikanie soli oraz konserwantów.

Dyskusja. Przedmiotem badania własnego było poznanie wpływu wybranych czynników na zachowania zdrowotne. W szczególności podjęto próbę oceny czy, a jeśli tak, to jak wpływają na zachowania zdrowotne takie czynniki socjodemograficzne jak: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, iż wraz z wiekiem postawy prozdrowotne stają się częstsze, co może być wynikiem pogarszającego się zdrowia przy równoczesnym wzroście świadomości jego znaczenia dla komfortu życia. Zatem istotnym, a przy tym korzystnym byłoby skierować odpowiednie działania edukacyjno-profilaktyczne do dzieci i młodzieży tak, aby przyspieszyć naturalny proces wzrostu nasilenia zachowań prozdrowotnych wraz z postępującym wiekiem. Podobne konkluzje przedstawia w swoich badaniach Zadworna-Cieślak M. oraz Gruszczyńska M. i wsp. [1,15].

Z kolei w aspekcie ogólnym kobiety i mężczyźni nie różnią się istotnie zachowaniami zdrowotnymi, jednakże w badaniu odnotowano istotne różnice pomiędzy płcią w zakresie poszczególnych grup zachowań prozdrowotnych. Kobiety w odróżnieniu od mężczyzn częściej praktykują zdrowotne zachowania profilaktyczne typu przestrzeganie zaleceń lekarskich, regularne badania profilaktyczne, zasięgnięcie informacji o sposobach unikania chorób przez inne osoby czy pozyskiwanie i próba zrozumienia informacji medycznych. Wyniki te są zbieżne z wynikami otrzymanymi przez innych badaczy [8,16]. W zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych oraz pozytywnego nastawienia psychicznego kobiety zyskują nieznaczną przewagę nad mężczyznami.

Miejsce zamieszkania nie różnicuje istotnie zachowań prozdrowotnych w aspekcie ogólnym. Wśród mieszkańców miast odnotowano, jednakże częstsze występowanie wyników wysokich przy równoczesnej ich dużej dyspersji. Mimo, iż nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w ujęciu ogólnym zachowań prozdrowotnych, osoby zamieszkujące aglomeracje miejskie istotnie częściej przejawiały prawidłowe nawyki żywieniowe takie jak unikanie żywności z konserwantami, spożywanie pełnoziarnistego pieczywa czy unikanie soli. Częściej również podejmowały wspomniane już wcześniej praktyki prozdrowotne niż mieszkańcy wsi.

Wykształcenie, w ogólnym pojęciu zachowań prozdrowotnych, nie różnicuje istotnie badanej próby. Tym niemniej częstsze przypadki niskich wartości wskaźnika ogólnych zachowań prozdrowotnych obserwowano u osób z wykształceniem podstawowym lub zawodowym, zaś wartości wysokich u osób z wykształceniem wyższym, przy czym zarówno w przypadku osób z wykształceniem wyższym jak również średnim odnotowano duże rozproszenie wyników – głównie w kierunku wysokich wartości wskaźnika ogólnych zachowań prozdrowotnych. Wykształcenie statystycznie istotnie wpływa na prawidłowe nawyki żywieniowe, co przypuszczalnie jest związane z wyższą świadomością zagadnień zdrowotnych osób lepiej wykształconych, przy czym – w badanej próbie – dopiero wykształcenie wyższe powodowało istotny wzrost odsetka prawidłowych postaw w zakresie nawyków żywieniowych. Wyniki uzyskane w badaniu własnym, chociaż formalnie nieistotne statystycznie, odzwierciedlają trend opisany w piśmiennictwie wskazujący, iż osoby z wyższym wykształceniem oraz posiadające dzieci częściej prezentują zachowania prozdrowotne [1,17]. Można także przypuszczać, iż wyższe wykształcenie i związany z nim lepszy status ekonomiczny sprzyjają realizacji zachowań prozdrowotnych poprzez ułatwiony dostęp do leków, różnych form aktywności sportowej czy stosowania zdrowej diety. Otrzymane w badaniu własnym wyniki są zbieżne z efektami prac innych badaczy podejmującym podobną tematykę, natomiast warto byłoby pogłębić badania

na szerszej populacji, co mogłoby wpłynąć na uzyskanie bardziej jednoznacznych i wiarygodnych wyników.

Wnioski.

1. Wraz z wiekiem wraz z wiekiem postawy prozdrowotne stają się częstsze.
2. Badane kobiety w odróżnieniu od mężczyzn częściej praktykują profilaktyczne zdrowotne zachowania, prawidłowe nawyki żywieniowe oraz pozytywne nastawienie psychiczne.
3. Osoby z wyższym wykształceniem są bardziej świadome znaczenia prawidłowych nawyków żywieniowych.

Piśmiennictwo

1. Gruszczyńska M, Bąk-Sosnowska M, Plinta R. Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. Stosunek Polaków do własnego zdrowia. *Hygeia Public Health* 2015, 50(4): 558-565.
2. Walentyłowicz-Moryl K. Wielowymiarowe modele zdrowia. *Hygeia Public Health* 2017, 52(1): 1-5.
3. Ogińska-Bulik N. Czynniki sprzyjające rozwojowi zachowań kompulsywnych związanych z wykonywaniem czynności. [w:] *Zachowania ryzykowne i szkodliwe dla zdrowia*. Ogińska-Bulik N (red). AH-E, Łódź 2010: 23-42.
4. Janaszczyk A, Wengler L, Popowski P. Filozoficzne, społeczne i prawne aspekty nauk o zdrowiu. *Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych*, Gdańsk 2012.
5. Wysocki MJ, Miller M. Paradygmat Lalonde'a, Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne, *Przegląd Epidemiologiczny* 2003; 57; 505-512.
6. Zadworna-Cieślak M. Rola rodziny w kształtowaniu zachowań ryzykownych dla zdrowia młodzieży. [w:] *Zachowania ryzykowne i szkodliwe dla zdrowia*. Ogińska-Bulik N (red). AH-E, Łódź 2010: 43-58.
7. Steptoe A, Gardner B, Wardle J. The role of behaviour in health. [in:] *Health Psychol.* French D., Kaptein A., Vedhara K., et al (eds). Blackwell, Oxford 2010: 12-32.
8. Tiszczenko E, Surmach M, Pieciewicz-Szczęśna H. Zachowania zdrowotne jako kluczowy czynnik zdrowia. *Zdrowie Publiczne* 2009, 119(1): 86-89.
9. Syrkiewicz-Światła M, Holecki T, Wojtynek E. Znaczenie mass mediów w promocji zdrowia. *MONZ* 2014, 20(2): 171-176.
10. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. Zdrowie najważniejszym zasobem człowieka. [w:] *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. (red). UŁ, Łódź 2003: 11-15.
11. Sak J, Jarosz M, Mosiewicz J. i wsp. Postrzeganie własnej choroby a poczucie odpowiedzialności za swoje zdrowie osób przewlekle chorych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2011, Tom 17, Nr 4, 169-173.
12. Smoleń E, Cípóra E, Penar-Zadarko B, Gazdowicz L. Wybrane zachowania zdrowotne młodzieży akademickiej a umiejscowienie kontroli zdrowia. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie Rzeszów* 2012, 4, 474-484.

13. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2001: p. 79-86.
14. Juczyński Z, Psychologiczne wyznaczniki zachowań zdrowotnych na przykładzie badań osób dorosłych. Ku lepszemu funkcjonowaniu w zdrowiu i chorobie. Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego, Wrocław 1997; 285-291.
15. Zadworna-Cieślak M. Rola rodziny w kształtowaniu zachowań ryzykownych dla zdrowia młodzieży. [w:] Zachowania ryzykowne i szkodliwe dla zdrowia. Ogińska- Bulik N (red). AH-E, Łódź 2010: 43-58.
16. Królikowska S. Nierówności w stanie zdrowia między kobietami a mężczyznami w kontekście płci biologicznej oraz społeczno-kulturowej. Acta Universitatis Lodzianis Folia Sociologica 2011, 39: 33-52.
17. Ślusarska B, Dobrowolska B, Zarzycka D. Metateoretyczny kontekst zachowań zdrowotnych w paradygmatach zdrowia. Problemy Higieny i Epidemiologii 2013, 94(4): 667-674.

Wstęp. Pęd XXI wieku powoduje, że rola stylu życia często jest niedoceniana. Coraz więcej par leczy się z powodu niepłodności, która przez WHO została uznana jako choroba społeczna. Często pracujemy wiele godzin tygodniowo, śpimy bardzo krótko, jemy nieregularnie, nie zwracamy uwagę na spożywane posiłki, spożywane w pośpiechu, a jedynym sportem jakim doświadczamy to jest bieg za uciekającym autobusem, wejście po schodach oraz obowiązki domowe [1,2].

Cel pracy. Celem pracy jest przedstawienie wpływu stylu życia podejmowanego przez kobiety w wieku rozrodczym na zdrowie prokreacyjne.

Rozwinięcie. Według Światowej Organizacji Zdrowia - „Zdrowie jest stanem pełnego, dobrego samopoczucia/dobrostanu (well-being) fizycznego, psychicznego i społecznego, a jednostki lub grupy muszą mieć możliwość określania i realizowania swoich dążeń, zaspokajania potrzeb, a także zmiany środowiska bądź radzenia sobie z nim. Dlatego zdrowie jest postrzegane jako zasób życiowy, a nie cel życia. Zdrowie jest pojęciem pozytywnym, obejmującym zasoby osobiste i społeczne oraz możliwości fizyczne, a nie tylko brakiem obiektywnie istniejącej choroby, czy niepełnosprawności”[3]. Wpływ na nasze zdrowie mają nawyki zdrowotne, które można podzielić na prozdrowotne czyli te pozytywnie wpływające oraz antyzdrowotne czyli te o negatywnym oddziaływaniu na nie. Do czynników jakie utrwalają nas w stanie Well-being należą: regularna aktywność fizyczna, prawidłowa dieta, unikanie sytuacji stresujących oraz prawidłowa reakcja na nie, wysypianie się, stosowanie profilaktyki min. stosowanie się do zaleceń lekarskich, regularne wykonywanie badań, szczególnie ważnych dla kobiet – USG piersi lub mammografii, cytologii oraz USG narządów miednicy mniejszej [3,4,5]

Zdrowie prokreacyjne jest nieodzownym elementem wpływającym na płodność kobiety. Zdrowiem prokreacyjnym możemy nazwać całkowity dobrostan psychiczny, fizyczny oraz społeczny w kwestii układu rozrodczego, czyli poczucie spełnienia seksualnego, możliwości rozrodu oraz poczucia odpowiedzialności za swoje seksualne życie. Zdrowie prokreacyjne to także okres pokwitania i przekwitania, płodności oraz niepłodności, planowania rodziny, zdrowia w okresie ciąży, porodu, chorób narządów rodnych oraz gruczołów piersiowych [2,3,4,6,7].

Dieta jako czynnik wpływający na zdrowie prokreacyjne. Dieta zalecana nie tylko w okresie ciąży ale również w czasie który ją poprzedza jest bardzo istotna, prawidłowo skomponowana jak i również odpowiednio kaloryczna. Czynniki mogące utrudnić zajście w ciążę to stosowanie używek (tytoń, alkohol, narkotyki) ale również wszelkie niedobory żywieniowe szczególnie dysproporcje w składnikach odżywczych z przewagą węglowodanów (szczególnie tych o niskich walorach odżywczych), mała ilość witamin i minerałów pochodzących z żywienia. Kobieta powinna spożywać ilość pożywienia nie tylko dobrze skomponowaną ze składników pokarmowych ale również odpowiednią kalorycznie dla jej zapotrzebowania. W okresie starań o ciążę oraz pierwszym trymestrze ciąży, przy prawidłowej masie ciała, nie ma konieczności zmieniania kaloryczności posiłków. W drugim i trzecim trymestrze ciąży wzrasta zapotrzebowanie kaloryczne. W drugim trymestrze należy zwiększyć kaloryczność spożywanego pożywienia około 360 kcal/dziennie a w trzecim trymestrze o około 475 kcal/dziennie [8,9,10,11,12].

Stosowanie diet o ujemnym bilansie energetycznym, prowadzi nie tylko do niedoboru masy ciała ale także często do niedożywienia co może pływać na zaburzenia owulacji, w tym wydłużenie cyklu menstruacyjnego i częstszym częstszymi cyklami bezowulacyjnymi. Minimalna masa ciała kobiety niezbędna do utrzymania prawidłowej pracy jajników to 47 kilogramów, a zawartość tkanki tłuszczowej na poziomie 22%. Niestety dodatni bilans energetyczny również może znacząco wpływać na płodność kobiety, najczęściej objawiając się brakiem owulacji. Kobiety będące otyłe często mają diagnozowane schorzenia przyczyniające się do problemów z płodnością min. insulinooporność, zespół policystycznych jajników oraz hiperandrogenizm. Zarówno niedobór masy ciała jak i nadmiar związane są procentową zawartością tkanki tłuszczowej która wpływa bezpośrednio na metabolizm, wydzielanie oraz działanie niektórych hormonów [13].

Białko jest składnikiem niezbędnym w diecie każdej kobiety, jest ono używane do budowy tkanek płodu jak i błon płodowych. W okresie laktacji przenika do mleka kobiecego i zaspokaja zapotrzebowanie na ten składnik u noworodka. Kobieta w wieku rozrodczym powinna spożywać około 0.9 g/kg mc./24h, co powinno stanowić procentowo około 10-20% wszystkich makroskładników dostarczanych w pożywieniu. Zbyt duże spożycie białka w diecie może zwiększać ryzyko niepłodności (nawet o 40%). Warto zaznaczyć, że korzystną zamianą jest wybieranie białka pochodzenia roślinnego względem zwierzęcego, dobrymi jego źródłami są min. rośliny strączkowe oraz tofu [14].

W codziennym komponowaniu posiłków warto zadbać o obecność wielonienasyconych kwasów tłuszczowych linolowych oraz α -linolowy, a w szczególności kwasy EPA i DHA, które

mają działanie przeciwzapalne, neuroprotektoryjne, immunomodulujące oraz kardioprotektoryjne. Aby zapewnić wystarczającą ilość kwasów EPA i DHA zaleca się spożywanie dwóch porcji ryb w przeciągu tygodnia. Dzielne zapotrzebowanie na te kwasy wynosi ok. 250mg/dobę. Pozytywny wpływ na płodność ma codzienne spożywanie 25-35% kalorii pochodzących z kwasów tłuszczowych, warto pamiętać, że korzystne jest ograniczyć spożycie tłuszczów o konfiguracji TRANS [14,15,16].

Węglowodany są najłatwiejszym do spożycia źródłem energii, ich podaż nie powinna być mniejsza niż 130g/dobę oraz powinny stanowić 45-65% zapotrzebowania energetycznego. Najlepszy wpływ na zdrowie mają węglowodany o niskim indeksie glikemicznym, które nie powodują raptownego wzrostu glukozy we krwi. U kobiet spożywających znaczną ilość węglowodanów o wysokim indeksie glikemicznym, można zaobserwować negatywny wpływ na płodność [14].

Nawyki żywieniowe w okresie przed ciążą mają wpływ na rozwój ciąży, stan zdrowia kobiety a także na okres po porodzie i wczesny etap życia noworodka. Oprócz dostarczania kalorii według zapotrzebowania, ważna jest również jakość pożywienia. Dobrze aby posiłki były różnorodne, każdy posiłek zawierał porcję warzyw lub owoców oraz przerwa pomiędzy nimi była zachowana. Zaleca się aby każda kobieta starająca się o ciążę nawet na 6 miesięcy przed planowaną ciążą znała swoje dziennie zapotrzebowanie kaloryczne oraz żywiła się zgodnie z nim, wprowadzała zdrowe nawyki żywieniowe już w tym etapie i utrzymywała je przez cały okres ciąży. Utrzymanie prawidłowej masy ciała w okresie prokreacji sprzyja prawidłowemu funkcjonowaniu układu rozrodczego raz prawidłowej pracy układu hormonalnemu, co w wiadomy sposób może ułatwić zajście w ciążę [14,15,17,18].

Dobrze aby w codziennej diecie znalazły się produkty pozytywnie wpływające na rozwój mikrobioty jelitowej. Zaliczamy do nich produkty bogate w błonnik min. pełnoziarniste pieczywo, owoce (szczególnie jagodowe), warzywa, chudy nabiał oraz drób. Bardzo dobrze sprawdzają się tu diety typu śródziemnomorskiego, o niskim indeksie glikemicznym, przeciwzapalne. Tego typu dieta powinna być bogata w olej z oliwek, oliwki, ryby i owoce morza, warzywa szczególnie strączkowe oraz orzechy. Dodatkowo warto zadbać o dodanie do posiłku żywności fermentowanej, takiej jak kiszona warzywa czy fermentowany nabiał. Nasiona, pestki czy orzechy są źródłem błonnika, białka, kwasów tłuszczowych, folianów czy żelaza, a ich dodatkową zaletą jest wspieranie prawidłowej makrobiotyki jelitowej. Warto wprowadzać je kilka razy w tygodniu np. jako dodatek do sałatek lub deserów [19].

Witaminy i mikroelementy niezbędne do utrzymania płodności. Zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników suplementacja witamin i składników

mineralnych powinna być zależna od indywidualnych potrzeb i niedoborów oraz dopasowana do nawyków żywieniowych. Opinie ekspertów wskazują na brak dowodów naukowych potwierdzających potrzebę rutynowego przyjmowania witamin i substancji mineralnych przez kobiety w okresie około koncepcyjnym. Zapotrzebowanie na te składniki jest zależne od wielu czynników, np. diety, aktywności fizycznej, chorób współistniejących. Suplementacja witaminowo-mineralna powinna być poprzedzona wnikliwą diagnostyką, wskazującą na konkretne niedobory i regularnie monitorowana. Zbilansowana dieta, bogata w składniki mineralne i witaminy, równowaga ilościowa i jakościowa substancji odżywczych, utrzymana co najmniej pół roku przed zapłodnieniem przyczynia się do zapobiegania wielu nieprawidłowościom podczas ciąży [20,21,22].

Kwas foliowy. Ryzyko niedoborów kwasu foliowego w diecie jest duże ze względu na jego wysoką niestabilność w źródłach naturalnych. Prawidłowe wchłanianie kwasu foliowego jest również zależne od obecności innych składników odżywczych, takich jak: witaminy B12, witaminy C oraz cynku i żelaza. Rola kwasu foliowego to udział w rozwoju układu krwiotwórczego i nerwowego, ze szczególnym uwzględnieniem intensywnie dzielących się komórek. Kwas foliowy jest kluczowy w procesie rozwoju i implantacji zarodka, a następnie zapobiega występowaniu wad cewy nerwowej oraz kręgosłupa płodu. Niedobory mogą powodować zaburzenia rozwoju łożyska i skutkować poronieniem [20,21,22].

Zalecenia Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników, zgodne z rekomendacjami Światowej Organizacji Zdrowia mówią o suplementacji kwasu foliowego od 4-12 tygodni przed poczęciem w dawce przynajmniej 0,4mg na dobę, jako dodatek do naturalnej diety, bogatej w foliany oraz kontynuację suplementacji w czasie trwania ciąży. Wytyczne te dotyczą wszystkich kobiet w okresie rozrodczym ze względu na duży odsetek nieplanowanych ciąż [20,21,22].

Witamina D. Substancja niezbędna w procesie regulacji gospodarki wapniowej i fosforanowej we krwi, mająca wpływ na kondycję kości oraz całego układu odpornościowego. Głównym źródłem witaminy D jest ekspozycja na słońce – w Polsce, co najmniej półgodzinna, bez używania kremów z filtrem UV, od marca do września. Poza tym okresem istotna jest suplementacja witaminy D. Badania pokazują jednak, że wysoki odsetek kobiet w wieku prokreacyjnym wykazuje niewystarczający poziom witaminy D, niezależnie od pory roku. Niedobór witaminy D może wiązać się z powikłaniami w ciąży, głównie cukrzycą ciążową. Odpowiednie jej stężenie jest istotne również w okresie przedkoncepcyjnym [20,21,22].

Rekomendacje wskazują na odpowiednią dawkę między 1500 a 2000 IU na dobę u kobiet z prawidłowym BMI oraz do 4000 IU na dobę u kobiet o BMI > 30. Stężenie witaminy D we

krwi powinno być regularnie monitorowane, a dawka suplementu dopasowana do ewentualnego niedoboru. Potrzeby organizmu mogą się zmieniać, ze względu na wspomniane wcześniej zmiany pór roku, ekspozycję na słońce i dietę [20,21,22].

Żelazo. Jest głównym składowym produkcji czerwonych krwinek. Występuje w hemoglobinie, tkankach mięśniowych, szpiku kostnym i wielu innych. Ponadto, w połączeniu z kwasem foliowym wpływa korzystnie na funkcjonowanie układu odpornościowego. Stężenie hemoglobiny we krwi wiąże się z wieloma komplikacjami w okresie prokreacyjnym np. osłabienie, senność, obniżenie koncentracji. Ze względu na zwiększenie zapotrzebowania na żelazo w ciąży, objawy mogą stać się bardziej uciążliwe i zagrażać rozwijającemu się zarodkowi [20,21,22].

Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników wskazują na niekorzystne działanie na organizm niedoboru, jak i nadmiaru żelaza. Suplementacja powinna być zatem poprzedzona analizą stężenia żelaza we krwi i regularną kontrolą tych parametrów. Leczenie niedokrwistości z niedoboru żelaza powinno polegać na przyjmowaniu niskich dawek żelaza doustnie. Co ważne, wykazano korzystny wpływ suplementacji cynkiem na przyswajalność żelaza. Oba z powyższych pierwiastków są łatwo dostępne w żywności [20,21,22].

Do niemniej ważnych i niezbędnych w okresie przedkoncepcyjnym substancji należą: DHA, jod, selen, miedź oraz witamina C i witaminy z grupy B [20,21,22].

Lipidy (DHA) są składową błon biologicznych, mają wpływ na ich strukturę oraz płynność i elastyczność. Są łatwo dostępne i przyswajalne z żywności. Natomiast w czasie ciąży zalecana jest suplementacja co najmniej 200mg DHA u wszystkich kobiet [20].

Jod jest pierwiastkiem odpowiedzialnym za syntezę hormonów tarczycy. Ma to wpływ na istotne procesy życiowe m.in. rozwój i funkcjonowanie układu nerwowego. Stężenie hormonów tarczycy we krwi powinno być monitorowane w okresie prokreacji. Wszelkie nieprawidłowości mogą prowadzić do zaburzeń rozrodu, takich jak: zmniejszenie płodności i nawracające poronienia. Suplementacja jodu powinna być zależna od stężenia hormonów tarczycy i przeciwciał przeciwtarczycowych [21].

Selen i miedź biorą udział w przemianach metabolicznych w organizmie. Miedź, jako składnik enzymów, oddziałuje również na gospodarkę żelaza. Selen jest przeciwutleniaczem. Niedobory mogą zwiększać ryzyko chorób nowotworowych, sercowo-naczyniowych i chorób tarczycy, co prowadzi do niepłodności i komplikacji rozrodczych [20].

Witamina C jest składnikiem istotnym w procesach metabolicznych. Substancja szeroko dostępna w żywności i łatwo przyswajalna. Co ważne, zapotrzebowanie na witaminę

C zwiększa się u kobiet nadużywających alkoholu i nikotyny oraz długo stosujących antykoncepcję [21].

Witaminy z grupy B biorą udział w metabolizmie białek. Niedobory mają związek m.in. z rozwojem niedokrwistości. Podstawowa dieta zapewnia wystarczające stężenie tych witamin. Niedobory zwykle są związane z chorobami utrudniającymi wchłanianie. Szczególnie narażone na nie są kobiety stosujące dietę wegetariańską. Suplementacja witamin powinna być wtedy konsultowana ze specjalistą, a samo stężenie ich poziomu monitorowane w trakcie planowania i trwania ciąży [21].

Niezbędna dla prawidłowego widzenia jest witamina A, która co istotne, nie powinna być suplementowana przynajmniej 3 miesiące przed poczęciem i w trakcie ciąży. Nadmiar witaminy A może być szkodliwy dla rozwijającego się płodu i powodować wady, takie jak wodogłowie, wady twarzy, zaburzony wzrost [21].

Jak wskazują badania, stan odżywienia kobiety jeszcze w okresie przedkoncepcyjnym ma wpływ na zdrowie i kondycję potomków. Właściwa dieta i odpowiednia podaż substancji odżywczych i witamin mogą zapobiegać wielu chorobom metabolicznym i wadom. Kobiety szczególnie powinny mieć to na uwadze ze względu na duży odsetek nieplanowanych ciąży. Poza oczywistymi korzyściami w procesie reprodukcji, dbanie o właściwy poziom składników odżywczych ma wpływ na komfort życia i kondycję kobiety [20,21,22].

Regularna aktywność fizyczna, sprzyjająca zdrowiu prokreacyjnemu. Regularny, zbilansowany wysiłek fizyczny jest czynnikiem warunkującym zdrowie człowieka w każdym wieku, bez względu na płeć. Aktywność fizyczna stanowi niezbędną ilość ruchu, wymaganej przez organizm do optymalnego rozwoju. Dostosowanie formy aktywności fizycznej oraz czasu i intensywności powinno odbywać się indywidualnie, na podstawie czynników takich jak wiek, choroby i dolegliwości, tryb życia, dieta i wielu innych. Niedobór, jak i nadmiar lub niewłaściwe podejmowanie aktywności fizycznej może zaszkodzić w takim samym stopniu. Zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia dla osób powyżej 18. roku życia, mówią o podejmowaniu umiarkowanego wysiłku fizycznego przez minimum 30 minut, 5 razy w tygodniu, lub bardzo intensywnego przez minimum 30 minut, 3 razy w tygodniu. Aktywność wykonywana w ten sposób pozwala na utrzymanie kondycji fizycznej i psychicznej oraz unikanie chorób cywilizacyjnych [3,23].

Kobiety w okresie prokreacyjnym dzięki regularnemu podejmowaniu aktywności fizycznej mogą zapobiegać chorobom i komplikacjom w czasie ciąży. Dzięki pozytywnemu wpływowi aktywności na stan psychiczny, zapobiega się zaburzeniom snu, rozładowuje negatywne emocje, rozluźnia ciało i pomaga utrzymać organizm w stanie homeostazy. Ma to dobry wpływ

na płodność, a w późniejszym czasie na utrzymanie ciąży, złagodzenie nieprzyjemnych objawów oraz bezpieczniejszy i łatwiejszy poród i połów. Odpowiednie przygotowanie ciała na zmiany, jakie przynosi ciąża wiąże się z redukcją czynników ryzyka chorób takich jak cukrzyca, czy nadciśnienie tętnicze [3,23].

Dzięki utrzymywaniu kondycji w okresie prokreacyjnym, łatwiej kontynuować wypracowane nawyki w czasie ciąży, dostosowując rodzaj i intensywność aktywności do warunków. Poprzez stosowanie ćwiczeń zapewnione zostaje odpowiednie wysycenie tkanek tlenem, wpływa to na ich lepszą pracę, wytrzymałość i elastyczność, co przekłada się na lepsze znoszenie wysiłku. Ma również korzystny wpływ na dotlenienie matki i dziecka. Regularny wysiłek zapobiega dolegliwościom związanym z układem krążenia – przyczynia się to m.in. do minimalizowania ryzyka wystąpienia obrzęków, żylaków, w dłuższej perspektywie chorobom naczyniowym i serca. Ćwiczenia wzmacniające wspierają mięśnie pleców, brzucha i miednicy przygotowując ciało na zmiany środka ciężkości i postawy ze względu na powiększającą się macicę. Zapobiega to bólowi kręgosłupa, które często doskwierają kobietom ciężarnym. Aktywność ma również pozytywny wpływ na dolegliwości gastryczne związane z napięciem w obrębie jamy brzusznej, takich jak zaparcia, wzdęcia. Ćwiczenia w połączeniu ze zbilansowaną dietą redukują te dolegliwości [3,23].

Mięśnie dna miednicy odgrywają dużą rolę w prawidłowym funkcjonowaniu, zostają natomiast dodatkowo obciążone podczas ciąży. Warto zadbać o wzmocnienie tych partii mięśni jeszcze przed ciążą – minimalizuje to ryzyko dolegliwości związanych z nietrzymaniem moczu i obniżeniem narządu rodnego. Ponadto, dobra kondycja mięśni dna miednicy w ciąży pomoże przyspieszyć i złagodzić dolegliwości podczas porodu oraz uniknąć urazów krocza [3].

Badania potwierdzają, że kobiety ciężarne, które regularnie uprawiały aktywność fizyczną wykazywały wyższy odsetek prawidłowo przebiegających ciąż, mniejszy poziom bólu podczas porodu oraz szybszy powrót do formy po porodzie. Aktywność jest odpowiedzią na wysoki stres, wahania nastrojów, bóle mięśni i stawów, związane z napięciem i przeciążeniem [3,23].

Warto podkreślić, że każda aktywność fizyczna w czasie ciąży powinna być skonsultowana ze specjalistą i rozważona indywidualnie. Nie wszystkie ćwiczenia są dozwolone w czasie całej ciąży, zależy to również od kondycji i stanu ciężarnej. Zalecane są ćwiczenia rozciągające i wzmacniające wszystkie partie mięśniowe - joga, pilates, gimnastyka. Bezpieczne są również spacerowanie na świeżym powietrzu i pływanie. Szczególnie unikać należy sportów wysiłkowych i ekstremalnych, obarczonych ryzykiem urazu lub upadku, o bardzo wysokiej intensywności [3,23].

Nie należy zapominać o istocie ćwiczeń oddechowych, z podkreśleniem mięśnia przepony oraz relaksacyjnych. Które mają wpływać na poprawienie samopoczucia. Nauka właściwego oddechu ma również na celu odciążanie i właściwe wykorzystywanie mięśni tłoczni brzusznej, co wpływa na komfort codziennego życia, jak również przygotowuje do aktywnego porodu [3,23].

Sen oraz umiejętne radzenie sobie w sytuacjach stresujących jako istotny element profilaktyki.

Sen jest naturalnym i cyklicznym stanem, w którym następuje zmniejszenie wrażliwości na bodźce zewnętrzne oraz zanika zdolność do aktywnego działania. W tym czasie organizm odpoczywa i regeneruje się. Spowolnieniu ulega praca serca, spada częstość oddechów oraz następuje spadek ciśnienia tętniczego. Sen ma istotny wpływ na układ hormonalny. Nieregularny cykl okołodobowy prowadzi do zaburzeń wydzielania hormonów, które mogą zaburzać funkcjonowanie pozostałych układów w organizmie. Nieprawidłowości hormonalne mogą natomiast powodować zaburzenia snu. Zapotrzebowanie na sen różni się, m.in. w zależności od płci, wieku i aktywności. Badania wykazują, że kobiety w okresie reprodukcyjnym zgłaszają trudności ze snem dwukrotnie częściej [8].

Zaburzenia snu mogą prowadzić do poważnych nieprawidłowości i chorób. Bezsenność definiowana jest m.in. jako trudności w zasypianiu, sen który nie przynosi wypoczynku, przebudzenia w nocy, senność w ciągu dnia. Mogą pojawiać się epizodycznie lub występować stale. Czynniki, które powodują takie stany to praca w trybie zmianowym, zaburzenia rytmu dobowego, używki oraz leki. Krótki, nieregularny sen w dłuższej perspektywie wiąże się z wysokim ryzykiem rozwoju chorób układu sercowo-naczyniowego, ze względu na zwiększone spożycie kilokalorii, a co za tym idzie nadwagę i otyłość. Badania wykazują, że ograniczenie snu u kobiet jest czynnikiem determinującym otyłość w rezultacie zmian stężenia hormonów regulujących apetyt – wzrostu spożycia produktów bogatych w węglowodany i tłuszcze. Ponadto, wykazano że u kobiet cierpiących na zaburzenia snu częściej występują objawy depresyjne i stres [8].

Literatura wskazuje również na fakt, że po 30. roku życia u kobiet rozpoczyna się proces stopniowego zmniejszania stężenia estrogenu, co ma wpływ na pogorszenie samopoczucia oraz nasilenie bezsenności. Skrócony czas snu, jak również pogorszenie jego jakości mają wpływ na obniżenie wrażliwości komórek na insulinę oraz tolerancję glukozy. W efekcie, zaburzenia snu mogą prowadzić do stałych nieprawidłowości metabolicznych – cukrzycy oraz wysokiego stężenia cholesterolu we krwi i zespołu metabolicznego [8].

Sytuacje stresowe mają negatywny wpływ na jakość i długość snu. Bezsenność może natomiast generować sytuacje stresowe. Te czynniki mają niezaprzeczalny wpływ na komfort życia na co

dzień oraz w dłuższej perspektywie. Stres odczuwany jest w reakcji na napływające z otoczenia bodźce. W rezultacie prowadzi to do zmian psychicznych i somatycznych generowanych przez zdarzenia, które przerastają możliwości, wymagają dostosowania do nowych sytuacji oraz wszelkiego rodzaju niepowodzenia i porażki. Bodźce, które wywołują stres mogą pojawiać się epizodycznie lub być przewlekłe, związane z presją pędu współczesnego świata. Powodują wówczas dolegliwości zdrowotne [3].

Badania wykazują związek stresu z wieloma schorzeniami. Przez zaburzenia psychiczne, jak obniżenie nastroju, depresja, zaburzenia odżywiania, zaburzenia snu. Choroby metaboliczne, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, otyłość, nieprawidłowości hormonalne, zaburzenia gospodarki elektrolitowej i wiele innych. Wykazano również związek stresu z poronieniami, śmiercią okołoporodową, powikłaniami ciąży oraz małą masą urodzeniową noworodka i porodem przedwczesnym. Odchylenia w układzie hormonalnym prowadzą do trudności w zajściu w ciążę, co powoduje kolejny stres i potęguje występujące już nieprawidłowości [3].

Kobiety, które pracują w czasie starań o dziecko lub już w trakcie ciąży są stale narażone na sytuacje stresogenne, ze względu na natłok obowiązków, względnie korzystne warunki pracy, różne relacje ze współpracownikami. Ważne jest, aby umieć zatroszczyć się o siebie i dziecko. Zadbać o bezpieczne warunki pracy. Korzystne dla zdrowia psychicznego i fizycznego. Indywidualną sprawą jest znalezienie równowagi między czynnikami stresogennymi i różnymi formami relaksu i terapii, aby utrzymać komfort i zapobiegać wszelkim konsekwencjom funkcjonowania w stresie [3].

Negatywny wpływ spożywania alkoholu i nikotyny. Spożywanie alkoholu negatywnie wpływa na zdrowie prokreacyjne między innymi: zaburza dojrzewanie organizmu, niekorzystnie wpływa na miesiączkowanie, co za tym idzie powodować niepłodność. W czasie ciąży wpływa on bezpośrednio na rozwijający się płód, przyczyniając się do zahamowania wzrastania płodu oraz wystąpienia porodu przedwczesnego. Picie alkoholu przez ciężarne może powodować niewielkie uszkodzenia układu nerwowego u płodu, przyczynia się również do występowania Płodowego Zespołu Alkoholowego – FAS. Nie istnieje dawka alkoholu dozwolona w ciąży, więc kobiety planujące zajście w ciążę powinny całkowicie go unikać [13,5].

Nikotyna jest kolejną substancją jakiej kobiety w okresie prokreacji powinny unikać. Palenie papierosów przyczynia się do wzrostu ryzyka zapalenia jajników czy jajowodów, osteoporozy oraz wcześniejszej menopauzy. Palenie tytoniu w okresie ciąży może zwiększyć ryzyko poronienia, krwawień czy przedwczesnego porodu. Kobiety biernie palące częściej rodzą dzieci z niską masą urodzeniową oraz niższą skalą Apgar [5,13,24].

Podsumowanie. Pomimo prowadzenia dużych kampanii promujących zdrowy styl życia, codziennie należy docierać do pojedynczych pacjentów z informacjami dotyczącymi zmian jakie mogą dokonać w życiu na rzecz poprawy zdrowia prokreacyjnego oraz co za tym idzie samego samopoczucia.

Sen oraz odżywianie stanowią kluczowe elementy wspierające zdrowie człowieka, zadbanie o regularną umiarkowaną aktywność fizyczną, dobrze zbilansowaną dietę, unikanie używek oraz stresu może stanowczo ułatwić zajście w ciążę oraz jej donoszenie.

Piśmiennictwo

1. Gaskins, Audrey J. et al., Diet and fertility: a review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2017: 379 – 389.
2. Łepecka-Klusek C, Pilewska-Kozak A, Jakiel G. Niepłodność w świetle definicji choroby podanej przez WHO. *MONZ*. 2012, 18(2): 163-166.
3. Furtak M., Fiedorczuk-Fidziukiewicz J.: Czynniki wpływające na zdrowie prokreacyjne wśród kobiet w wieku rozrodczym [W:] Wybrane choroby cywilizacyjne XXI wieku. Tom 3, red. Kowalczyk K, et al. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku 2019, 225-242.
4. Bień A.: Dieta a zdrowie prokreacyjne. Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych. Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Warszawa, 2013, 225-242.
5. Wierzejska R., Jarosz M., Sawicki W., Stelmachów J., Siuba M.: Antyzdrowotne zachowania kobiet ciężarnych. Tytoń, alkohol, kofeina. *Żywność człowieka i metabolizm*, 2011, XXXVIII, (3).
6. Kazimierczak M., Wcisło J., Skrzypulec-Plinta V. et al.: Wpływ pracy zawodowej na zdrowie prokreacyjne kobiet. *Zdrowie i Dobrostan*, 2015, 1: 159-175.
7. Kowalczyk K.: Postawy prokreacyjne Polaków. Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa, 2010, 4.
8. Krajewska O., Sktyplik K., Kręgielska-Narozna M., et al.: Wpływ długości i jakości snu na parametry antropometryczne, metaboliczne i ogólny stan zdrowia fizycznego i psychicznego. *Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2017, 8(2): 47-55.
9. Palka A., Rzeźnikowski K. Zmiany odżywiania się kobiet w czasie ciąży. *Zeszyty Naukowe Akademii Morskiej w Gdyni*, 93, 2016.
10. Przysławski J, Górna I, Florek E i wsp. Rola wybranych składników pożywienia w profilaktyce niepłodności u kobiet. *Bromat. Chem. Toksykol.* 2010; XLIII(2): 138-144.
11. Pudło H., Respondek M.: Programowanie żywieniowe – wpływ odżywiania kobiet w ciąży na zdrowie dziecka. *Journal of Education, Health and Sport*, 2016; 6(7): 589-600.
12. Salas-Huetos A, Bullo M, Salas-Salvado J., Dietary patterns, foods and nutrients in male fertility parameters and fecundability: a systematic review of observational studies. *Hum Reprod Update*. 2017; 23: 371-89.
13. Strycharcz-Dudziak M., Nakonieczna-Rudnicka M., Bachanek T., Kobyłecka E.: Telewizja i Internet jako źródła wiedzy kobiet o wpływie palenia papierosów, spożywania alkoholu i napojów energetyzujących na stan zdrowia. *Przegląd Lekarski*, 2014: 624-628.

14. Szostak-Węgierek D.: Żywnienie w czasie ciąży i karmienia piersią. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2022.
15. Szponar L.: Żywieniowe czynniki ryzyka zagrażające zdrowiu kobiet w wieku prokreacyjnym w Polsce. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, 2013, 6,(3): 141-151.
16. Wise LA, Wesselink AK., Tucker KL, et al. Dietary fat intake and fecundability in two preconception cohort studies. *Am J Epidemiol.*2018; 187(1): 60-74.
17. Świątkowska D.: Żywnienie a płodność. Dieta kobiet w okresie prokreacyjnym. *Pediatr. Med. Rodz.*, 2013, 9 (1): 102-106.
18. Więch Małgorzata, i in. Żywnienie kobiet w ciąży w odniesieniu do aktualnych zaleceń. *Bromat. Chem. Toksykol.*, 2019, 2: 114-120.
19. Jałosińska M. Mikrobiota przedowu pokarmowego i jej rola w funkcjonowaniu organizmu człowieka. W: red. Gutowska K; Harton A., *Prawdy i półprawdy w żywieniu człowieka*. Warszawa 2023, 109-139.
20. Rzeźnik M., Suliburska J.: Uplementacja Witaminowo-mineralna u kobiet w wieku prekonceptyjnym. *Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2016,7(3): 106-110.
21. Stadnicka G.: *Opieka przedkoncepcyjna*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie. Warszawa, 2022.
22. Stanowisko Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników dotyczące suplementów diety Pregna Start, Pregna Plus, Pregna DHA. *Ginekologia i Perinatologia Praktyczna* 2020, 5(4): 186–189.
23. Mysińska A.: *Ocena aktywności fizycznej kobiet w okresie prokreacji*. Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego 2012.
24. Sitarz AM, Wójtowicz AK. Wpływ dymu tytoniowego na płodność kobiety. *Med Srod* 2015, 18(2): 11-16.

WYKSZTAŁCENIE RODZICÓW A WYBRANE ZACHOWANIA ZDROWOTNE UCZNIÓW

MAŁGORZATA SIENIAWSKA, MAŁGORZATA DZIURA, EDYTA SZYDŁO, KATARZYNA ZALEWSKA, DARIA SIENIAWSKA, JULIA SIENIAWSKA, ADRIAN WILK

Wstęp. Światowa Organizacja Zdrowia poprzez hasło „Zdrowie zaczyna się w domu” podkreśla rolę rodziny w kształtowaniu zdrowego stylu życia i ochrony przed zjawiskami patologicznymi [1]. Zachowania zdrowotne są to zwyczaje i nawyki wpływające na stan zdrowia jednostki i są zdeterminowane jej stanem zdrowia [2]. Literatura tematu nie pozostawia wątpliwości, że to styl życia i zachowania ludzkie w największym stopniu są odpowiedzialne za zdrowie człowieka [3–5]. Przeciętny człowiek ma wiele możliwości zdobycia informacji o zdrowiu, może korzystać z dostępnych już na etapie edukacji szkolnej programów profilaktycznych oraz społecznych akcji promocji zdrowia. Oddziaływania te są szczególnie istotne w okresie, gdy wzory zachowań zdrowotnych dopiero się kształtują – czyli w okresie dzieciństwa i dorastania. Niestety, badania wskazują, że w odniesieniu do młodzieży programy profilaktyczne nie zawsze spełniają adekwatnie swoją rolę [6]. Ta grupa wiekowa jest najbardziej narażona na występowanie zachowań ryzykownych dla zdrowia, dlatego edukacja prowadzona przez rodziców na temat zdrowego stylu życia jest kluczowa dla zapewnienia dobrego stanu zdrowia dzieci i młodzieży. Zdrowy styl życia obejmuje wiele elementów, takich jak zdrowe odżywianie, regularna aktywność fizyczna, unikanie substancji szkodliwych takich, jak alkohol i tytoń, dbałość o higienę osobistą i zdrowie psychiczne [7]. Rodzice odgrywają ważną rolę w przekazywaniu swoim dzieciom wiedzy na temat zdrowego stylu życia. Mogą robić to poprzez udzielanie odpowiedzi na pytania swoich dzieci, podejmowanie aktywności fizycznej razem z nimi i pokazywanie dobrych nawyków żywieniowych w codziennym życiu [8]. Mogą nauczyć swoje dzieci jak przeciwdziałać szkodliwym zachowaniom, takim jak picie alkoholu, palenie tytoniu i stosowanie narkotyków. Mogą rozmawiać z nimi o konsekwencjach tych zachowań oraz o sposobach radzenia sobie z presją grupy [9–11]. Ważne jest również, aby rodzice przekazywali swoim dzieciom wiedzę na temat higieny osobistej, takiej jak mycie rąk, mycie zębów i kąpiele. Mogą też uczyć swoje dzieci jak radzić sobie z sytuacjami stresowymi, z emocjami i jak szukać pomocy w przypadku problemów zdrowotnych [12].

Cel pracy. Celem pracy jest ukazanie zachowań zdrowotnych uwarunkowanych wykształceniem rodziców uczniów I Liceum Ogólnokształcącego im. Mikołaj Kopernika w Krośnie. Na potrzeby pracy określono następujące pytania badawcze:

- Jakie zachowania zdrowotne są najczęściej identyfikowane przez uczniów?

- Czy wykształcenie rodziców różnicuje wybrane zachowania zdrowotne uczniów?

Na postawione pytania badawcze sformułowano następujące odpowiedzi:

H1: Najczęściej identyfikowane przez uczniów zachowania zdrowotne to: sposób odżywiania się, stosowanie używek oraz prowadzenie aktywności fizycznej.

H2: Wykształcenie rodziców różnicuje wybrane zachowania zdrowotne uczniów.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród uczniów klas drugich I Liceum Ogólnokształcącego im. Mikołaja Kopernika w Krośnie o profilach humanistyczno – prawniczym, matematyczno – fizycznym, dwujęzycznym i biologiczno – chemicznym. Do analizy zakwalifikowało się 109 uczniów. (N=109) W pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety. Pytania kwestionariusza pogrupowano w dwóch częściach;

- I. część szczegółowa, dotycząca odczuć i subiektywnej oceny doświadczeń związanych z zachowaniami zdrowotnymi przez uczniów,
- II. część ogólna (metryczkowa), dotycząca faktów, pozwalająca szczegółowo określić specyfikę grupy/respondentów.

Kryterium włączenia do badania stanowiło dobrowolne wyrażenie zgody na udział w badaniu. Z kolei kryteria wyłączenia określone na potrzeby tego badania to: brak zgody na udział w badaniu, orzeczenie o niepełnosprawności lub oznaczenie w ankiecie, posiadania choroby przewlekłej (np. cukrzyca) wymagającej stałego brania leków, stosowania diety lub odpowiednich ćwiczeń.

Do weryfikacji hipotez użyto testu niezależności χ^2 przyjmując poziom istotności $p < 0,05$. Obliczenia przeprowadzono programem SPSS.

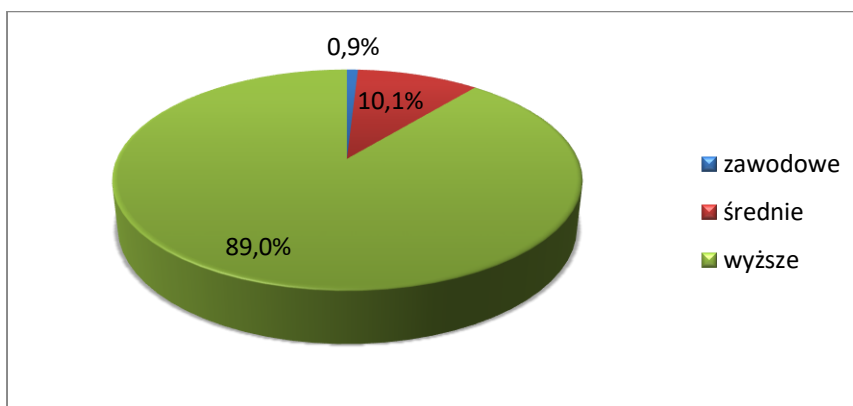
Oznaczenia:

N – liczba osób biorących udział w badaniu,

p – poziom istotności statystycznej

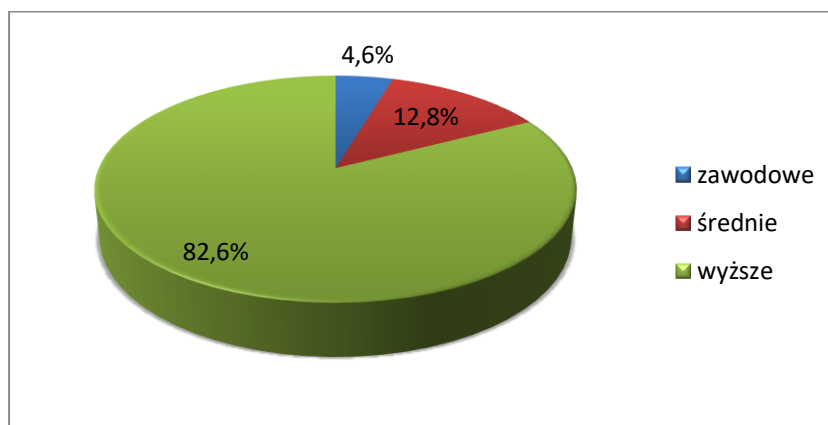
Wyniki badań. Badana grupa liczyła 109 uczniów klasy 2 liceum. Wśród nich było 54,1% kobiet i 45,9% mężczyzn. W wieku 17 lat było 65,1% badanych. Pozostałe 34,9% osób miało 18 lat. Miasto jako miejsce zamieszkania wskazało 47,7% badanych. Na wsi mieszkało 52,3% osób. Większość uczniów (95,4%) stwierdziła, że rodzice byli w związku małżeńskim. Posiadanie rodziców po rozwodzie i mieszkanie tylko z matką wskazało 4,6% badanych. Większość uczniów (99,1%) stwierdziła, że oboje rodzice żyją. Tylko 0,9% badanych stwierdziło, że żyje tylko matka. W pełnej rodzinie żyło 95,4% uczniów. Brak jednego z rodziców wskazało 0,9% badanych, a w rozbitej rodzinie mieszkało 3,7% osób.

Wykształcenie wyższe matki wskazało 89,0% badanych. Posiadanie przez matkę wykształcenia średniego wskazało 10,1% uczniów – Ryc. 1.



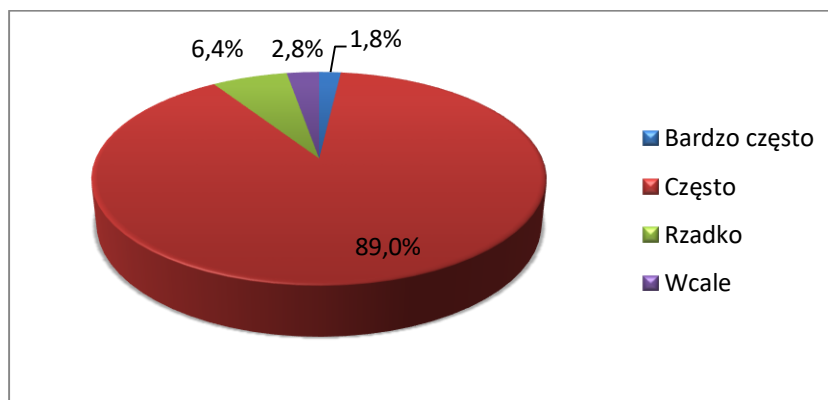
Ryc. 1. Wykształcenie matki.

Wykształcenie wyższe ojca wskazywało 82,6% badanych. Posiadanie przez ojca wykształcenia średniego wskazało 12,8% uczniów – Ryc. 2.



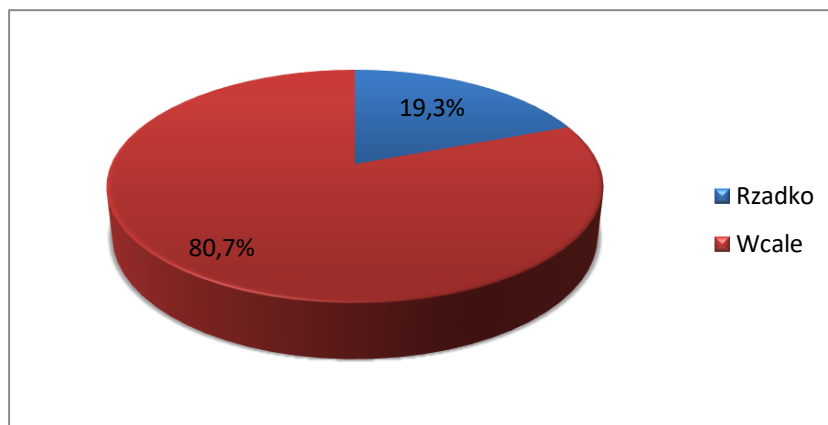
Ryc. 2. Wykształcenie ojca.

Bardzo często odżywiało się zdrowo 1,8% uczniów. Często zdrowo odżywiało się 89,0% badanych. Grupa 6,4% osób uznała, że rzadko odżywia się zdrowo, a 2,8% osób przyznało, że nigdy nie odżywia się zdrowo – Ryc. 3.



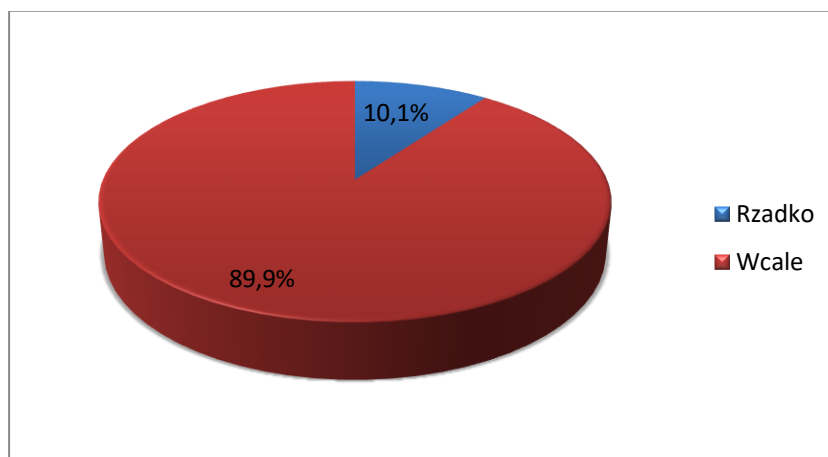
Ryc. 3. Zdrowe odżywianie się.

Rzadko sięgało po alkohol 19,3% uczniów. Wcale nie piło alkoholu 80,7% badanych – Ryc. 4.



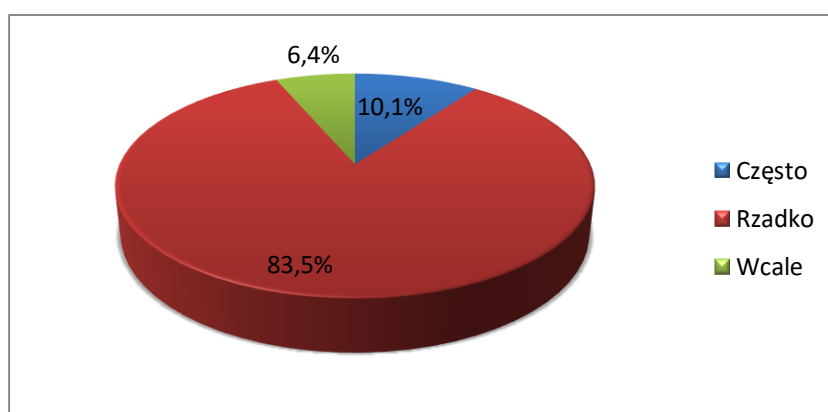
Ryc. 4. Spożywanie alkoholu.

Rzadko sięgało po papierosy 10,1% uczniów. Nie paliło 89,9% badanych. Nikt z badanych nie sięgał po środki odurzające. – Ryc. 5.



Ryc. 5. Palenie papierosów.

Częste prowadzenie aktywności fizycznej wskazało 10,1% uczniów. Rzadko aktywnymi fizycznie było 83,5% badanych, a 6,4% uczniów nie prowadziła aktywności fizycznej – Ryc. 6.



Ryc. 6. Prowadzenie aktywności fizycznej.

Uzyskane wyniki wskazują, że młodzież preferuje zdrowe odżywianie się, unikanie spożywania alkoholu i palenia papierosów, w niewielkim stopniu natomiast prowadzi aktywność fizyczną.

Zdrowo odżywiali się częściej uczniowie, których matki miały wykształcenie wyższe (90,7%), w porównaniu do uczniów, których matki miały wykształcenie zawodowe/ średnie (75,0%). Różnice były istotne statystycznie. Nieznaczne różnice sugerowały również, że w ogóle alkoholu nie spożywali częściej uczniowie, których matki miały wykształcenie wyższe (82,5%). Podobnie osoby te częściej w ogóle nie paliły papierosów (91,7%) W tabeli 1 przedstawiono powyższe wyniki.

Tabela 1. Przejawy niedostosowania zdrowotnego ucznia a wykształcenie matki.

		Wykształcenie matki				p
		zawodowe/ średnie		wyższe		
		N	%	N	%	
Zdrowe odżywianie się	Bardzo często	0	0,0%	2	2,1%	0,0177
	Często	9	75,0%	88	90,7%	
	Rzadko	1	8,3%	6	6,2%	
	Wcale	2	16,7%	1	1,0%	
Spożywanie alkoholu	Rzadko	4	33,3%	17	17,5%	0,1903
	Wcale	8	66,7%	80	82,5%	
Palenie papierosów	Rzadko	1	8,3%	10	10,3%	0,8303
	Wcale	11	91,7%	87	89,7%	
Prowadzenie aktywności fizycznej	Często	2	16,7%	9	9,3%	0,1981
	Rzadko	8	66,7%	83	85,6%	
	Wcale	2	16,7%	5	5,2%	

Uczniowie, których ojcowie posiadali wykształcenie wyższe częściej wskazywali na zdrowe odżywianie się (93,3%), młodzież ta częściej była aktywna fizycznie (86,7%), w porównaniu do uczniów, których ojcowie posiadali wykształceni zawodowe średnie i częściej w ogóle nie prowadziła aktywności fizycznej (26,3%) – Tabela2.

Tabela 2. Przejawy niedostosowania zdrowotnego ucznia a wykształcenie ojca.

		Wykształcenie ojca				p
		zawodowe/ średnie		wyższe		
		N	%	N	%	
Zdrowe odżywianie się	Bardzo często	1	5,3%	1	1,1%	0,0131
	Często	13	68,4%	84	93,3%	
	Rzadko	3	15,8%	4	4,4%	
	Wcale	2	10,5%	1	1,1%	
Spożywanie alkoholu	Rzadko	4	21,1%	17	18,9%	0,8280
	Wcale	15	78,9%	73	81,1%	
Palenie papierosów	Rzadko	2	10,5%	9	10,0%	0,9448
	Wcale	17	89,5%	81	90,0%	

Prowadzenie aktywności fizycznej	Często	1	5,3%	10	11,1%	0,0005
	Rzadko	13	68,4%	78	86,7%	
	Wcale	5	26,3%	2	2,2%	

Dyskusja. Rola rodziców w kształtowaniu zdrowych nawyków żywieniowych u dzieci jest bardzo istotna. Rodzice są pierwszymi nauczycielami i wzorcami dla swoich dzieci, w tym także w kwestii zdrowego stylu życia i prawidłowego odżywiania się [13]. Wykształceni rodzice często zdają sobie sprawę z wpływu diety na zdrowie swojego dziecka, a także posiadają wiedzę na temat składników odżywczych, jakie powinny się znaleźć w diecie dziecka. Mogą również lepiej radzić sobie z interpretacją etykiet na produktach spożywczych, co ułatwia wybieranie zdrowych opcji żywieniowych [8, 14, 15]. Dzieci, których rodzice są wykształceni, mają większe szanse na rozwój zdrowych nawyków żywieniowych, ponieważ rodzice tacy często wiedzą, jakie produkty są korzystne dla zdrowia, a także jak przygotować posiłki w sposób zdrowy i smaczny. W ten sposób, dzieci mogą uczyć się od rodziców, jak przygotowywać posiłki z różnych składników, jak je komponować i jakie warzywa i owoce są najbardziej wartościowe. Rodzice potrafią przekazywać wiedzę na temat zdrowego stylu życia w sposób przystępny dla dzieci, co ułatwia zrozumienie znaczenia zdrowego odżywiania. Mogą też wprowadzać ciekawe i atrakcyjne rozwiązania w kuchni, które sprawiają, że jedzenie jest przyjemnością, a nie tylko obowiązkiem [8, 16]. Wszystkie te czynniki składają się na pozytywny wpływ rodziców na kształtowanie się zdrowych nawyków żywieniowych u dzieci. Dlatego też, jeśli rodzice mają możliwość zdobycia wiedzy na temat zdrowego żywienia, warto zrobić to i wdrażać ją w życie, aby pomóc swojemu dziecku w zdrowym rozwoju i zapewnieniu mu dobrych nawyków żywieniowych na całe życie [17].

Wykształceni rodzice mają istotny wpływ na aktywność fizyczną swoich dzieci. Mogą oni stanowić dla swoich pociech wzór i zachęcać je do regularnego uprawiania sportu lub innych form aktywności fizycznej. Sposoby w jaki wykształceni rodzice mogą wpłynąć na aktywność fizyczną swoich dzieci to zachęcanie do uprawiania sportu oraz wspólną aktywność fizyczną [18, 19]. Wykształceni rodzice mogą zachęcać swoje dzieci do uprawiania różnych dyscyplin sportowych, takich jak piłka nożna, koszykówka, tenis czy pływanie. Mogą również zapisywać dzieci na zajęcia sportowe, organizować rodzinne wycieczki rowerowe czy wakacyjne obozy sportowe. Przez wspólne aktywności fizyczne rodzice mogą bawić się ze swoimi dziećmi na świeżym powietrzu, grać z nimi w piłkę. Mogą też razem wybrać się na wędrowkę lub wycieczkę rowerową [20] Poprzez ułatwienie aktywności fizycznej wykształceni rodzice mogą pomóc swoim dzieciom w organizacji czasu wolnego, tak aby mieli czas na uprawianie sportu lub inną aktywność fizyczną. Mogą też ułatwiać dzieciom dostęp do sprzętu sportowego, np.

rowerów [19,21]. Poprzez edukację rodzice mogą przekazywać swoim dzieciom wiedzę na temat korzyści płynących z aktywności fizycznej, takich jak poprawa zdrowia, samopoczucia czy wydajności w nauce. Mogą też tłumaczyć, jakie ćwiczenia są najlepsze dla zdrowia i kondycji, a jakich należy unikać [8, 22]. Wpływ wykształconych rodziców na aktywność fizyczną ich dzieci jest bardzo duży. Dzieci, których rodzice uprawiają regularnie sport i zachęcają je do aktywności fizycznej, mają większe szanse na rozwój zdrowego stylu życia, lepsze samopoczucie i większą wydajność w nauce. Jeśli rodzice chcą pomóc swoim dzieciom w zdrowym rozwoju, warto zachęcać je do aktywności fizycznej i być dla nich pozytywnym wzorcem [19, 20].

Edukacja seksualna jest niezwykle ważna dla zdrowia psychicznego i fizycznego młodzieży. Przekazywanie wiedzy na temat seksualności, antykoncepcji, chorób przenoszonych drogą płciową oraz aspektów związanych z emocjonalnymi i interpersonalnymi aspektami seksualności może mieć pozytywny wpływ na rozwój młodych ludzi [23]. W przypadku braku edukacji seksualnej, młodzi ludzie są narażeni na ryzyko chorób przenoszonych drogą płciową, nieplanowanych ciąż, problemów emocjonalnych i relacyjnych oraz przemocy seksualnej [24, 25]. Edukacja seksualna może pomóc młodym ludziom w zrozumieniu ich własnej seksualności, nauczeniu się zdrowych relacji i radzeniu sobie ze stresującymi sytuacjami związanymi z seksualnością [26]. Rola rodziców w edukacji seksualnej młodzieży jest kluczowa. Rodzice powinni: odgrywać aktywną rolę w przekazywaniu swoim dzieciom informacji na temat seksualności i zdrowia seksualnego oraz być otwarci na rozmowę z dziećmi na temat seksualności i być gotowi odpowiedzieć na ich pytania. Ważne jest, aby komunikacja była oparta na szacunku i zaufaniu. Rodzice muszą być dobrze poinformowani na temat seksualności i zdrowia seksualnego, aby móc przekazać swoim dzieciom odpowiednie informacje i udzielić im pomocy w razie potrzeby [27]. Powinni umożliwić swoim dzieciom dostęp do informacji na temat seksualności i zdrowia seksualnego, np. poprzez zapewnienie im dostępu do odpowiednich książek lub stron internetowych [28], oraz działać we współpracy z nauczycielami, którzy prowadzą lekcje edukacji seksualnej w szkole, aby zapewnić spójność w przekazywaniu informacji [29]. Edukacja seksualna to kluczowy element zdrowego rozwoju młodych ludzi. Opiekunowie powinni odgrywać aktywną rolę w przekazywaniu swoim dzieciom wiedzy i umiejętności związanych z seksualnością, aby móc pomóc im w osiągnięciu zdrowia psychicznego i fizycznego oraz rozwijaniu zdrowych relacji [27].

Wykształceni rodzice mają kluczowy wpływ na zapobieganie uzależnieniom u dzieci i młodzieży. Wiedza i umiejętności, jakie posiadają, pozwalają im na skuteczne przeciwdziałanie uzależnieniom i tworzenie zdrowych nawyków wśród swoich dzieci [30, 31]. Jednym z najważniejszych sposobów na zapobieganie uzależnieniom jest edukacja. Rodzice powinni informować swoje dzieci na temat szkodliwych skutków palenia papierosów, picia alkoholu, zażywania narkotyków i innych substancji psychoaktywnych. Dzięki temu dzieci będą miały świadomość zagrożeń związanych z tymi zachowaniami oraz będą w stanie lepiej je zrozumieć, aby unikać uzależnień [30, 32, 33]. Innym ważnym aspektem jest kontrola rodzicielska. Rodzice powinni kontrolować, co ich dzieci robią, z kim spędzają czas i gdzie się znajdują. Powinni także ustanawiać granice dotyczące korzystania z internetu, telefonu komórkowego i innych urządzeń elektronicznych [34, 35]. Kontrola ta może pomóc w zapobieganiu niezdrowym nawykom i zachowaniom, które mogą prowadzić do nałogu [33]. Ważnym aspektem jest także rozmowa z dziećmi na temat stresu i problemów emocjonalnych. Pomaganie swoim dzieciom w radzeniu sobie z emocjami i uczenie ich pozytywnych sposobów radzenia sobie ze stresem [36], spowoduje, że będą mniej skłonne do szukania ucieczki w narkotyki, alkohol i inne uzależniające substancje [31, 33]. Rodzice mogą skutecznie przeciwdziałać uzależnieniom u swoich dzieci poprzez edukację, kontrolę rodzicielską oraz rozmowę na temat stresu i emocji. Dzięki temu dzieci będą lepiej wyposażone w narzędzia, które pozwolą im uniknąć uzależnień [36].

Rodzice odgrywają ważną rolę w edukacji swoich dzieci na temat dbałości o higienę osobistą i przestrzegania zasad bezpieczeństwa w szkole i poza nią. Dbałość o higienę osobistą i przestrzeganie zasad bezpieczeństwa to kluczowe umiejętności, które pomagają w utrzymaniu dobrego zdrowia i unikaniu chorób. Rodzice powinni uczyć swoje dzieci podstawowych zasad higieny, takich jak regularne mycie rąk, dbanie o higienę ciała, zmianę ubrań, aby uniknąć rozprzestrzeniania się chorób [37]. Ponadto, rodzice powinni zachęcać swoje dzieci do przestrzegania zasad bezpieczeństwa, takich jak unikanie kontaktu z nieznanymi, zachowanie ostrożności w ruchu drogowym i unikanie niebezpiecznych zachowań [38–40].

Wykształceni rodzice odgrywają kluczową rolę w kształtowaniu zdrowia psychicznego swoich dzieci poprzez edukację na temat zdrowych nawyków takich jak: radzenie sobie z emocjami, rozwijanie umiejętności radzenia sobie ze stresem i zapewnianie odpowiedniego wsparcia [41]. A w przypadku wystąpienia zaburzeń psychicznych zapewnianie odpowiedniego wsparcia i pomaganiu w szukaniu odpowiedniej pomocy. Dzięki temu dzieci będą wyposażone w umiejętności, które pomogą im w utrzymaniu optymalnego stanu psychicznego [42].

Wykształceni rodzice mają kluczową rolę w kształtowaniu zdrowych nawyków związanych z higieną jamy ustnej i pielęgnacją zębów u swoich dzieci [43]. Wielu chorobom jamy ustnej, takich jak próchnica, choroby dziąseł czy zapalenie jamy ustnej, może być łatwo zapobiegać poprzez odpowiednią higienę, regularne wizyty u dentysty i zdrowe nawyki żywieniowe [44]. Dlatego ważne jest, aby rodzice uczyli swoje dzieci na temat znaczenia higieny jamy ustnej i regularnej pielęgnacji zębów, na przykład poprzez codzienne mycie zębów pastą z fluorem, nitkowanie zębów i stosowanie płynów do płukania jamy ustnej. Rodzice powinni również zachęcać swoje dzieci do regularnych wizyt u dentysty, aby uniknąć poważniejszych problemów zdrowotnych związanych z zębami i jamą ustną [45]. Rodzice powinni uświadamiać swoje dzieci na temat wpływu diety na zdrowie jamy ustnej, na przykład unikania zbyt dużej ilości słodczy i napojów gazowanych, które mogą prowadzić do rozwoju próchnicy i innych chorób jamy ustnej. Mogą też uczyć swoje dzieci, jak wybierać zdrowe przekąski i jakie produkty spożywcze są korzystne dla zdrowia jamy ustnej [46].

Wykształceni rodzice odgrywają kluczową rolę w zapewnieniu swojemu dziecku odpowiedniej ilości snu i odpoczynku. Odpowiednia ilość snu jest niezbędna dla prawidłowego rozwoju dziecka, zarówno fizycznego, jak i psychicznego [47]. Rodzice powinni zachęcać swoje dzieci do regularnych godzin snu i ustanawiać odpowiedni harmonogram dnia, aby zapewnić im wystarczającą ilość snu. Ważne jest również, aby dzieci miały odpowiednie warunki do spania, takie jak wygodne łóżko, odpowiednią temperaturę w pokoju i ciszę. Dodatkowo, wykształceni rodzice powinni zachęcać swoje dzieci do regularnego odpoczynku i czasu wolnego od zajęć szkolnych i innych obowiązków. Odpoczynek jest równie ważny jak sen, ponieważ pozwala na regenerację organizmu i poprawę koncentracji oraz samopoczucia [48].

Wnioski. Głównym przedmiotem zainteresowań w niniejszej pracy było ustalenie wpływu wykształcenia rodziców na wybrane zachowania zdrowotne uczniów. W oparciu o dotychczasowe koncepcje teoretyczne przyjęto, że taki czynnik rodzinny jak wykształcenie rodziców odgrywa istotną rolę w podejmowaniu zachowań związanych ze zdrowiem u młodzieży. Zachowania zdrowotne należą do tej sfery aktywności młodzieży, która w sposób szczególny rzutuje na zdrowie we wszystkich jego aspektach w życiu dorosłym. Ich związki ze zdrowiem zostały szeroko opisane w literaturze tematu [49, 50]. Niewystarczający stan wiedzy o rodzinnych uwarunkowaniach zachowań zdrowotnych młodzieży zdecydowały o podjęciu badań własnych. Objęto nimi grupę młodzieży kończącej szkołę średnią, jest to bowiem okres, w którym utrwaleniu ulega większość niestabilnych dotąd wzorów zachowań zdrowotnych i ustalania dojrzałych kontaktów z rodzicami. Przeprowadzone badania i wykonane analizy statystyczne pozwoliły na sformułowanie odpowiedzi na postawione pytania badawcze.

Pierwsze pytanie badawcze dotyczyło tego, jakie zachowania zdrowotne są najczęściej identyfikowane przez uczniów. Wśród głównych zachowań prozdrowotnych młodzież wskazuje na prawidłowy sposób odżywiania, unikanie używek i aktywność fizyczną. Uzyskane wyniki wskazują, że młodzież preferuje zdrowe odżywianie się, unikanie spożywania alkoholu i palenia papierosów, w niewielkim stopniu natomiast prowadzi aktywność fizyczną. Postawiona hipoteza, że najczęściej identyfikowane przez uczniów zachowania zdrowotne to: sposób odżywiania się, stosowanie używek oraz prowadzenie aktywności fizycznej, potwierdziła się.

Drugie pytanie badawcze: czy wykształcenie rodziców różnicuje wybrane zachowania zdrowotne uczniów, dotyczyło zależności jakie zachodzą pomiędzy wykształceniem rodziców, a zidentyfikowanymi przez uczniów zachowaniami zdrowotnymi takimi jak: zdrowe odżywianie, spożywanie alkoholu, palenie papierosów oraz prowadzenie aktywności fizycznej. Przeprowadzone badania wykazały, że zdrowo odżywiali się częściej uczniowie, których matki miały wykształcenie wyższe, w porównaniu do uczniów, których matki miały wykształcenie zawodowe bądź średnie. Różnice były istotne statystycznie. Nieznaczne różnice sugerowały również, że w ogóle alkoholu nie spożywali częściej uczniowie, których matki miały wykształcenie wyższe. osoby te również częściej w ogóle nie paliły papierosów. Uczniowie, których ojcowie posiadali wykształcenie wyższe częściej wskazywali na zdrowe odżywianie się. Młodzież ta częściej była również aktywna fizycznie, w porównaniu do uczniów, których ojcowie posiadali wykształcenie zawodowe bądź średnie i częściej w ogóle nie prowadziła aktywności fizycznej. Przeprowadzone badania i wykonane analizy statystyczne pozwoliły na sformułowanie odpowiedzi na drugie pytanie badawcze. Stwierdzono, że wykształcenie rodziców wpływa pozytywnie na występowanie zachowań zdrowotnych sprzyjających zdrowiu u młodzieży. Postawiona hipoteza, że wykształcenie rodziców różnicuje wybrane zachowania zdrowotne uczniów, potwierdziła się.

Wybrana problematyka odpowiada na zapotrzebowanie w zakresie badań w obszarze psychologii zdrowia, jednocześnie wpisuje się w lukę w obszarze uwarunkowań zdrowotnych, przede wszystkim ze względu na niedostatek danych na temat rodzinnego kontekstu kształtowania aktywności zdrowotnej.

Piśmiennictwo

1. Kone J, Bartels IM, Valkenburg-van Roon AA, Visscher TLS (2022) Parents' perception of health promotion: What do parents think of a healthy lifestyle in parenting and the impact of the school environment? A qualitative research in the Netherlands. *J Pediatr Nurs* 62:e 148-e155

2. Anthonj C, Setty KE, A. Yaya AM, Mingoti Poague KIH, Marsh AJ, Ferrero G, Augustijn EW (2022) Do health risk perceptions motivate water - and health-related behaviour? A systematic literature review. *Science of The Total Environment* 819:152902
3. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z (2008) *Osobowość, stres a zdrowie*. Difin, Warszawa
4. Ogińska-Bulik N (2004) *Psychologia nadmiernego jedzenia. Przyczyny - Konsekwencje - Sposoby zmiany*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź
5. Santos L (2022) The impact of nutrition and lifestyle modification on health. *Eur J Intern Med* 97:18–25
6. Juczyński Z, Chodkiewicz J, Pisarski A (2004) Zachowania ryzykowne i szkodliwe dla zdrowia dzieci i młodzieży. Monitorowanie zachowań zdrowotnych uczniów miasta Łodzi. Miejski Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień, Łódź
7. Tebb KP (2023) Understanding the role of parents and peers on adolescent risk behaviors through a socio-ecological framework. *Encyclopedia of Child and Adolescent Health* 328–341
8. Vos M, Deforche B, Van Kerckhove A, Michels N, Poelman M, Geuens M, Van Lippevelde W (2022) Determinants of healthy and sustainable food choices in parents with a higher and lower socioeconomic status: A qualitative study. *Appetite* 178:106180
9. Hooper L, Puhl RM, Eisenberg ME, Berge JM, Neumark-Sztainer D (2023) Can Family and Parenting Factors Modify the Impact of Weight Stigma on Disordered Eating in Young People? A Population-Based Longitudinal Study. *Journal of Adolescent Health*. <https://doi.org/10.1016/J.JADOHEALTH.2023.01.024>
10. Napper LE, Trager BM, Turrisi R, LaBrie JW (2022) Assessing parents' motives for talking about alcohol with their emerging adult children. *Addictive Behaviors* 125:107155
11. Sharmin S, Kypri K, Khanam M, Wadolowski M, Bruno R, Attia J, Holliday E, Palazzi K, Mattick RP (2017) Effects of parental alcohol rules on risky drinking and related problems in adolescence: Systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend* 178:243–256
12. Abaied JL, Stanger SB, Cheaito A, Ramirez V (2022) Latent profiles of parent socialization of coping in emerging adulthood. *J Appl Dev Psychol* 83:101472
13. Yacobovitch-Gavan M, Nagelberg N, Phillip M, Ashkenazi-Hoffnung L, Hershkovitz E, Shalitin S (2009) The influence of diet and/or exercise and parental compliance on health-related quality of life in obese children. *Nutrition Research* 29:397–404
14. Carbonneau N, Carbonneau É, Dumas A-A, Lavigne G, Guimond F-A (2023) Examining the associations between mothers' motivation to regulate their own eating behaviors, food parenting practices and perceptions of their child's food responsiveness. *Appetite* 185:106514
15. Mitchell GL, Farrow C, Haycraft E, Meyer C (2013) Parental influences on children's eating behaviour and characteristics of successful parent-focussed interventions. *Appetite* 60:85–94
16. Zeinstra GG, Vrijhof M, Kremer S (2020) "I prepared my own carrots". The effect of participation in an out-of-home cooking session on Dutch 4–6-year-old children's vegetable consumption. *Food Qual Prefer* 86:104022
17. Rodgers RF, Sereno I, Zimmerman E (2023) Maternal mood, body image, and eating habits predict changes in feeding practices during the COVID-19 pandemic. *Appetite* 186:106576

18. French SA, Fan Y, Kunin-Batson AS, Berge JM, Kohli N, Lamm RZ, Sherwood NE (2021) Three-Year Changes in Low-Income Children's Physical Activity: Prospective Influence of Neighborhood Environment and Parent Supportive Behavior. *J Pediatr* X 6:100066
19. Lloyd AB, Lubans DR, Plotnikoff RC, Collins CE, Morgan PJ (2014) Maternal and paternal parenting practices and their influence on children's adiposity, screen-time, diet and physical activity. *Appetite* 79:149–157
20. Ha AS, Jia J, Ng FFY, Ng JYY (2022) Parent's physical literacy enhances children's values towards physical activity: A serial mediation model. *Psychol Sport Exerc* 63:102297
21. Lloyd AB, Lubans DR, Plotnikoff RC, Collins CE, Morgan PJ (2013) A comparison of maternal and paternal parenting practices and their influence on children's physical activity, screen-time, diet and adiposity. *Obes Res Clin Pract* 7:e103–e104
22. Akpene Amenya PC, Annan RA, Apprey C, Agbley EN (2021) The relationship between nutrition and physical activity knowledge and body mass index-for-age of school-aged children in selected schools in Ghana. *Heliyon* 7:e08298
23. Rohanachandra YM, Amarakoon L, Alles PS, Amarasekera AU, Mapatunage CN (2023) Parental knowledge and attitudes about child sexual abuse and their practices of sex education in a Sri Lankan setting. *Asian J Psychiatr* 85:103623
24. Wilkins NJ, Rasberry C, Liddon N, Szucs LE, Johns M, Leonard S, Goss SJ, Oglesby H (2022) Addressing HIV/Sexually Transmitted Diseases and Pregnancy Prevention Through Schools: An Approach for Strengthening Education, Health Services, and School Environments That Promote Adolescent Sexual Health and Well-Being. *Journal of Adolescent Health* 70:540–549
25. Rudolph JI, Zimmer-Gembeck MJ, Walsh K (2022) Recall of sexual abuse prevention education at school and home: Associations with sexual abuse experience, disclosure, protective parenting, and knowledge. *Child Abuse Negl* 129:105680
26. Ademuyiwa IY, Ayamolowo SJ, Oshinyemi TE, Oyeku KJ (2023) Knowledge and attitude of sex education among secondary school students in south-western Nigeria: A cross-sectional study. *Dialogues in Health* 2:100085
27. Taye A, Wakjira D, Terefe G, sewmehon E (2023) A prospective cross-sectional study on parent – Female adolescent communication towards sexual and reproductive health issues in south west ethiopia: Parent perspective. *Int J Afr Nurs Sci* 18:100561
28. Yoost J, Ruley M, Durfee L (2021) Acceptability of a Comprehensive Sex Education Self-Study Website for Teaching Reproductive Health: A Pilot Study Among College Students and Obstetrics and Gynecology Resident Physicians. *Sex Med* 9:100302
29. Eisenberg ME, Oliphant JA, Plowman S, Forstie M, Sieving RE (2022) Increased Parent Support for Comprehensive Sexuality Education Over 15 Years. *Journal of Adolescent Health* 71:744–750
30. Paraje G, Valdés N (2021) Changes in parental smoking behavior and children's health status in Chile. *Prev Med (Baltim)* 153:106792
31. Marino C, Moss AC, Vieno A, Albery IP, Frings D, Spada MM (2018) Parents' drinking motives and problem drinking predict their children's drinking motives, alcohol use and substance misuse. *Addictive Behaviors* 84:40–44

32. Lorenzo-Blanco EI, Unger JB, Thrasher J (2021) E-cigarette use susceptibility among youth in Mexico: The roles of remote acculturation, parenting behaviors, and internet use frequency. *Addictive Behaviors* 113:106688
33. Jaramillo-Moreno RA (2014) Social Representations of Parents with School-age Children Concerning Risk and Protection Factors of Drug Use in Bogota, Colombia. *Procedia Soc Behav Sci* 132:377–383
34. Sun X, Duan C, Yao L, Zhang Y, Chinyani T, Niu G (2021) Socioeconomic status and social networking site addiction among children and adolescents: Examining the roles of parents' active mediation and ICT attitudes. *Comput Educ* 173:104292
35. Geniş Ç, Ayaz-Alkaya S (2023) Digital game addiction, social anxiety, and parental attitudes in adolescents: A cross-sectional study. *Child Youth Serv Rev* 149:106931
36. Shin E, Smith CL, Devine D, Day KL, Dunsmore JC (2023) Predicting preschool children's self-regulation from positive emotion: The moderating role of parental positive emotion socialization. *Early Child Res Q* 62:53–63
37. Öncü E, Vayisoğlu SK (2021) Duration or technique to improve the effectiveness of children's hand hygiene: A randomized controlled trial. *Am J Infect Control* 49:1395–1401
38. O'Toole SE, Christie N (2019) Educating parents to support children's road safety: a review of the literature. *Transp Rev* 39:392–406
39. Ben-Bassat T, Avnieli S (2016) The effect of a road safety educational program for kindergarten children on their parents' behavior and knowledge. *Accid Anal Prev* 95:78–85
40. Muir C, O'Hern S, Oxley J, Devlin A, Koppel S, Charlton JL (2017) Parental role in children's road safety experiences. *Transp Res Part F Traffic Psychol Behav* 46:195–204
41. Roby E, Scott RM (2022) Exploring the impact of parental education, ethnicity and context on parent and child mental-state language. *Cogn Dev* 62:101169
42. Maisonneuve AR, Carreiro E, Erbach M, Watanabe LK, Cuffari D, Robaey P (2022) 1.76 A Qualitative Study of the Changes in the Stress and Coping Experience of Parents of Children Treated in a Mental Health Outpatient Clinic During the First Year of the COVID-19 Pandemic. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 61:S165–S166
43. Northridge ME, Schrimshaw EW, Estrada I, Greenblatt AP, Metcalf SS, Kunzel C (2017) Intergenerational and Social Interventions to Improve Children's Oral Health. *Dent Clin North Am* 61:533–548
44. AlGhamdi D, Almutiri W, AlGhamdi A, Alshahrani S, Sabbagh H (2019) Knowledge on early childhood caries prevention and practices among parents of children attending King Abdul-Aziz University pediatric dental clinics, Saudi Arabia. *Saudi Dent J* 31:S23
45. Smith SR, Kroon J, Schwarzer R, Hamilton K (2020) Parental social-cognitive correlates of preschoolers' oral hygiene behavior: A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* 264:113322
46. Heilmann A, Aravena Rivas Y, Watt RG (2023) Diet and oral health. *Encyclopedia of Human Nutrition: Volume 1-4, Fourth Edition* 1–4:272–282
47. Sheehan A (2023) The Importance of Sleep for Normal Growth and Development. *Advances in Family Practice Nursing* 5:193–205

48. Hatch B, Galland BC, Gray AR, Taylor RW, Sayers R, Lawrence J, Taylor B (2019) Consistent use of bedtime parenting strategies mediates the effects of sleep education on child sleep: secondary findings from an early-life randomized controlled trial. *Sleep Health* 5:433–443
49. Kolanowski W. (2000) Żywność, a choroby cywilizacyjne i starzenie się organizm. *Żywność, Żywnienie, Prawo, a Zdrowie* 9:311–319
50. Zatoński W. (2003) *Jak rzucić palenie*. Wydawnictwo Fundacji Promocji Zdrowia, Warszawa

METODY I ZNACZENIE BADAŃ PRENATALNYCH W MEDYCYNIE

SANDRA PAĆKOWSKA, MARIOLA MRÓZ, GRAŻYNA STADNICKA, ANNA UMIŃSKA,
MARTYNA KUTKOWSKA

Wstęp. Badania prenatalne wykonywane są u kobiet w ciąży, celem określenia czy płód rozwija się prawidłowo. Mogą one mieć charakter badań przesiewowych i tym samym obejmować populacje wszystkich ciężarnych albo być wykonywane jedynie u części kobiet w ciąży, ze względu na wskazania medyczne w ramach Programu Badań Prenatalnych. Badanie przesiewowe należy zaproponować wszystkim kobietom, a ponadto zapewnić im dostęp do porady genetycznej – zarówno na żądanie, jak i w przypadku uzyskania nieprawidłowego wyniku testu. Decyzja o wykonaniu diagnostyki przesiewowej zależy od preferowanej przez kobietę metody skriningu i wybranego przez nią badania inwazyjnego, jej wieku oraz stosunku do przerwania ciąży. W społeczeństwie istnieje niewielka świadomość na temat badań prenatalnych, zatem aby wprowadzić powszechne ich stosowanie, konieczny jest rozwój poradnictwa genetycznego oraz edukacja przyszłych rodziców [1, 2].

W wyniku rozwoju diagnostyki prenatalnej dużo wcześniej diagnozuje się wady u płodu i wdraża odpowiednie procedury postępowania takie jak: leczenie wewnątrzmaciczne w trakcie trwania ciąży lub bezpośrednio po jej ukończeniu, czy objęcie ciężarnej hospicyjną opieką perinatalną. Ponadto wczesne wykrycie wady u płodu daje możliwość odpowiedniego przygotowania psychicznego rodziców, podjęcia w pełni świadomej decyzji dotyczącej dalszego prowadzenia ciąży oraz pozwala na wdrożenie przez personel medyczny właściwych procedur w czasie porodu [1, 3].

Wady płodu, które często uwarunkowane są genetycznie, stanowią przyczynę ponad 25% wszystkich zgonów w okresie noworodkowym i niemowlęcym oraz zwiększają ryzyko umieralności i zachorowalności w dzieciństwie, a także w okresie dojrzałości płciowej. W związku z tak wysokim ryzykiem niezwykle istotnym elementem w profilaktyce wad wrodzonych płodu jest edukacja pacjentek na temat badań prenatalnych dlatego celem niniejszej pracy jest omówienie dostępnych w Polsce badań prenatalnych.

Program diagnostyki prenatalnej. Diagnostyka prenatalna obejmuje badania mające na celu wykrycie patologii w rozwoju płodu, takiej jak wada rozwojowa czy choroba o uwarunkowaniu genetycznym. Rozpoznane wady rozwojowe płodu mogą być leczone w sposób bezpośredni czyli inwazyjny lub też pośredni poprzez leczenie matki. Dodatkowo należy również zwrócić uwagę na odpowiednie monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży, przygotowanie kadry medycznej pod kątem wczesnej interwencji po urodzeniu dziecka

oraz wybranie właściwej dla danej sytuacji drogi porodu np. cięcia cesarskiego. Diagnostyka prenatalna jest niezwykle istotna, dlatego w zakresie obowiązków personelu medycznego, w tym położnej leży poinformowanie rodziców o możliwych opcjach badań prenatalnych, o ich skuteczności, znaczeniu, ale również o występowaniu lub braku ryzyka dla płodu w skutek ich wykonania. Nieudzielenie informacji pacjentce o możliwościach diagnostyki prenatalnej oraz wadach i zaletach wybranych badań diagnostycznych jest błędem w sztuce położniczej. Jednakże trzeba pamiętać, że rodzice mogą zrezygnować z diagnostyki prenatalnej, gdyż jej wykonanie nie jest obowiązkowe [1, 2, 4].

W Polsce średni wiek kobiet rodzących ma tendencję wzrostową, w wyniku czego obecnie na macierzyństwo decydują się coraz częściej kobiety po 30 roku życia, a niespełna trzydzieści lat temu przedział ten oscylował między 20. a 24. rokiem życia. U kobiet po 35. roku życia w znacznym stopniu wzrasta ryzyko wystąpienia wad u płodu, w związku z tym ta grupa ciężarnych wymaga konsultacji genetycznej. Położna powinna poinformować ciężarne o istniejącym w Polsce Programie Badań Prenatalnych, w ramach którego możliwa jest bezpłatna diagnostyka prenatalna. Głównym celem programu jest jak najwcześniejsze zdiagnozowanie wad płodu oraz określenie ryzyka ich wystąpienia. Dzięki wczesnej identyfikacji wady rozwojowej, będzie również możliwe wczesne rozpoczęcie jej leczenia [5].

Program Badań Prenatalnych obejmuje kobiety ciężarne:

- które ukończyły 35. rok życia,
- u których w poprzedniej ciąży wystąpiła aberracja chromosomowa płodu lub dziecka,
- u których (lub u ojca dziecka) stwierdzono wystąpienie strukturalnych aberracji chromosomowych,
- u których stwierdzono znacznie większe ryzyko urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenetycznie lub wieloczynnikowo,
- u których w badaniu USG i/lub badaniach biochemicznych płodu stwierdzono nieprawidłowości wskazujące na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu [5].

Żeby wziąć udział w programie ciężarna powinna uzyskać skierowanie zawierające informacje o wskazaniach do wykonania badań oraz opis zaburzeń lub wad, które występują u płodu lub pojawiały się w poprzednich ciążach. Należy również dołączyć dotychczasowe wyniki badań (np. USG) wskazujące na zaburzenia w rozwoju płodu. Program Badań Prenatalnych realizowany jest przez poradnie ginekologiczno-położnicze. W ramach programu wykonywane są zarówno badania przesiewowe (nieinwazyjne), jak i badania inwazyjne [5].

Badania przesiewowe są bezpieczne dla płodu i polegają one na ocenie ryzyka wystąpienia najczęstszych aberracji chromosomowych u dziecka. Wśród metod nieinwazyjnych wyróżnia się:

- badanie ultrasonograficzne płodu,
- badania biochemiczne z surowicy krwi matki (w tym m.in. test PAPP-A, test podwójny, test potrójny, test poczwórny, test zintegrowany),
- izolacja komórek pochodzenia płodowego z krwi ciężarnej oraz ze śluzu szyjkowego,
- badanie wolnego DNA płodu (cffDNA) obecnego w surowicy krwi matki [1, 6, 7].

W sytuacji gdy ryzyko wystąpienia wad wrodzonych u płodu jest niskie, ciężarna zostaje objęta standardową opieką w poradni ginekologiczno-położniczej. Jeżeli jednak ryzyko jest wysokie - pacjentka zostaje skierowana na specjalistyczne badania, w tym również badania inwazyjne [6].

Badania ultrasonograficzne – cel i zasady wykonywania. Położna powinna poinformować kobietę ciężarną o tym, że podstawowym badaniem diagnostycznym w ciąży jest badanie ultrasonograficzne (USG), które zgodnie ze standardami Sekcji Ultrasonografii Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników powinno być wykonane minimum 4 razy u wszystkich pacjentek, których przebieg ciąży jest prawidłowy. Specyfika badania ultrasonograficznego będzie różniła się w zależności od tygodnia ciąży. Głównym celem badania USG jest rozpoznanie wrodzonej wady u płodu, jego niedojrzałości czy też innych zaburzeń rozwoju wewnątrzmacicznego, a co się z tym wiąże - minimalizacja niekorzystnych wyników położniczych [8, 9, 10].

Jeśli podczas badania USG stwierdza się nieprawidłowości wskazujące na wady u płodu lub zaburzenia jego rozwoju należy skierować pacjentkę na dalszą diagnostykę do ośrodka referencyjnego. Przesiewowe badanie USG jest obecnie oferowane wszystkim ciężarnym, jednakże należy poinformować pacjentkę, iż posiada ona prawo do odmowy jego wykonania, lecz dana odmowa musi być udokumentowana w formie pisemnej. Mimo wielu obaw co do szkodliwości badania ultrasonograficznego dla matki i płodu, badanie USG jest badaniem prenatalnym nieinwazyjnym, co oznacza, że jest bezpieczne dla obojga z nich [8, 9, 10, 11].

Badanie ultrasonograficzne powinno być wykonywane w każdym trymestrze ciąży, a w zależności od czasu jego wykonywania zmieniać się będą cele poddawane diagnostyce. Jako pierwsze wykonywane jest badanie ultrasonograficzne przed 10. tygodniem ciąży, które powinno być przeprowadzone sondą dopochwową [8].

Celem badania ultrasonograficznego przed 10. tygodniem ciąży jest:

- uwidocznienie i lokalizacja jaja płodowego – potwierdzenie ciąży wewnątrzmacicznej lub identyfikacja ciąży pozamacicznej lub o nieznannej lokalizacji,
- ocena wieku ciążowego na podstawie długości CRL (długość ciemieniowo-siedzeniowa),
- ocena liczby pęcherzyków ciążowych, zarodków, kosmówek i owodni w jamie macicy,
- ocena echostruktury trofoblastu pod kątem choroby trofoblastycznej,
- ocena czynności serca płodu (FHR – fetal heart rate),
- ocena pęcherzyka żółtkowego,
- ocena narządów płciowych ciężarnej (macicy wraz z szyjką) [8, 12].

Kolejnym badaniem ultrasonograficznym wykonywanym u ciężarnej jest USG między 11⁺⁰ a 13⁺⁶ tygodniem. Osoba prowadząca ciążę powinna poinformować pacjentkę o istotności przeprowadzenia badań prenatalnych. Taki obowiązek nakłada m.in. Art. 38. pkt 3. Kodeksu Etyki Lekarskiej, który stanowi: „Lekarz ma obowiązek zapoznać pacjentów z możliwościami współczesnej genetyki lekarskiej, a także diagnostyki i terapii przedurodzeniowej”. Celem badania ultrasonograficznego między 11⁺⁰ a 13⁺⁶ jest:

- szczegółowa ocena struktury jaja płodowego, która obejmuje: ocenę liczby pęcherzyków ciążowych oraz płodów znajdujących się w jamie macicy, osłuchiwanie czynności serca płodu, wykonanie pomiarów biometrycznych (pomiar długości ciemieniowo-siedzeniowej – CRL oraz wymiaru dwuciemieniowego główki płodu – BPD) oraz ocenę budowy anatomicznej płodu,
- ocena czasu trwania ciąży i terminu porodu, o ile nie został on rzetelnie określony na wcześniejszym etapie diagnostyki,
- ocena ryzyka wystąpienia najczęstszych aberracji chromosomowych tj. trisomia 13, 18 i 21 pary chromosomów. Ocena ryzyka oparta jest na wywiadzie z pacjentką, jej wieku oraz na ocenie markerów ultrasonograficznych i biochemicznych,
- obliczenie ryzyka wystąpienia stanu przedrzucawkowego (PE – pre-eclampsia) na podstawie: wywiadu, wartości średniego ciśnienia tętniczego, wartości indeksu pulsacji tętnic macicznych, stężenia łożyskowego czynnika wzrostu w surowicy krwi ciężarnej [13].

Kolejnymi badaniami przesiewowymi USG są badania ultrasonograficzne wykonywane między 18. a 22. tygodniem ciąży oraz pomiędzy 28. a 32. tygodniem ciąży. Celem pierwszego z badań jest szczegółowa ocena narządów płodu pod względem możliwości występowania wad wrodzonych (obejmuje ocenę budowy anatomicznej płodu), natomiast drugie badanie USG

ocenia przede wszystkim dobrostan płodu oraz jego wzrastania wewnątrzmacicznego. Ponadto celem tych badań jest:

- ocena łożyska, która obejmuje przede wszystkim określenie jego położenia,
- zbadanie szyjki macicy, macicy i przydatków oraz określenie ryzyka porodu przedwczesnego na podstawie długości szyjki macicy,
- ocena ilości płynu owodniowego,
- badanie płci płodu po uzyskaniu zgody rodziców,
- ocena przepływu krwi w tętnicy pępowinowej [8, 9, 12].

Do ostatnich ultrasonograficznych badań przesiewowych należy USG płodu po terminie porodu, czyli po ukończonych 280 dniach ciąży, ponieważ po tym czasie wzrasta ryzyko wewnątrzmacicznego obumarcia płodu. Zgodnie z obowiązującymi zaleceniami po terminie porodu każda pacjentka powinna mieć wykonane badanie ultrasonograficzne, którego nadrzędnym celem jest:

- ocena położenia, ustawienia i ułożenia płodu,
- ocena czynności serca płodu oraz częstości uderzeń serca na minutę,
- biometria oraz określenie przypuszczalnej masy płodu,
- ocena ilości płynu owodniowego,
- ocena położenia łożyska i jego relacji do ujścia wewnętrznego,
- w niektórych przypadkach badanie USG po terminie porodu poszerza się o wykonanie profilu biofizycznego płodu (BPP – biofizyczny profil płodu, inaczej test Manninga) i/lub o badanie ultrasonograficzne Dopplera tętnicy pępowinowej i tętnicy środkowej mózgu [8, 14].

Warto zwrócić uwagę na to, iż badanie USG po wyznaczonym terminie porodu wiąże się z największym ryzykiem błędnego pomiaru masy płodu, o czym warto poinformować pacjentkę. W przypadku gdy podczas badania stwierdzone zostanie położenie inne niż główkowe, hipotrofia/makrosomia płodu lub zbyt niska zawartość płynu owodniowego, należy jak najszybciej skierować pacjentkę do szpitala celem zaplanowania przebiegu porodu. Położna powinna również poinformować pacjentkę, że ta niezależnie od okresu ciąży, w którym wykonywane jest badanie ultrasonograficzne, powinna otrzymać od lekarza pisemny wynik badania z danymi, które umożliwiają zidentyfikowanie zarówno osoby badanej, jak i tej, która badanie wykonuje oraz podsumowanie z wyszczególnionymi elementami anatomii płodu poddanymi ocenie podczas badania. Pacjentka powinna być świadoma, że druk zdjęcia

z drukarki nie jest wynikiem badania USG, a zaledwie dokumentacją uzupełniającą, która może być częścią wyniku [8].

Diagnostyka biochemiczna – cel i zasady wykonywania. Kolejnym badaniem przesiewowym nieinwazyjnym jest diagnostyka biochemiczna, która obejmuje oznaczenia z surowicy krwi matki poziomu hormonów, enzymów oraz innych markerów, będących wyznacznikami prawidłowości rozwoju płodu. Badania biochemiczne przeprowadzane są na podstawie hipotezy, że w przypadku nieprawidłowego rozwoju płodu mogą wystąpić zmiany w poziomie określonych markerów w surowicy kobiety ciężarnej. Testy biochemiczne pozwalają na oszacowanie ryzyka pojawienia się u płodu m.in. trisomii 13, 18 i 21, monosomii X, triplodii i otwartych wad cewy nerwowej. Wyniki otrzymane z badań biochemicznych są przeliczane na wartości MoM, czyli wielokrotność mediany, która jako wartość względna, umożliwia porównanie otrzymanych stężeń badanych parametrów w różnych tygodniach ciąży. W I trymestrze ciąży najczęściej zalecanym testem biochemicznym jest test PAPP-A, który polega na ocenie między 11. a 13. tygodniem ciąży stężenia ciążowego białka A (PAPP-A) oraz wolnej jednostki β -hCG (hormon gonadotropiny kosmówkowej) [1, 15, 16, 17].

Białko PAPP-A, inaczej zwane ciążowym białkiem osoczym, odgrywa rolę w immunosupresji, stwarzając sytuację w której ustrój matki nie rozpoznaje trofoblastu jako ciała obcego. Białko PAPP-A zaczyna istotnie wzrastać już w 6. tygodniu ciąży i swoje wzrastające stężenie powinno utrzymać aż do końca ciąży, jeśli jednak utrzymywać się będzie jego stały poziom lub będzie się on obniżać, może to świadczyć to o niewydolności łożyska. Natomiast wolna podjednostka β -hCG stymuluje ciało żółte jajnika do produkcji progesteronu, który poprzez zmniejszanie napięcia mięśni gładkich zapobiega ewentualnemu porodowi przedwczesnemu. Podwyższony lub obniżony poziom wolnej podjednostki β -hCG w stosunku do wartości prawidłowych w surowicy ciężarnej w pierwszym trymestrze ciąży jest związany z występowaniem aberracji chromosomowych u płodu. Należy polecać test PAPP-A wszystkim kobietom w ciąży, niezależnie od ich wieku, ze względu na wczesny czas jego wykonywania oraz wysoką skuteczność wykrywania trisomii 13, 18 i 21 [7, 15].

Nieprawidłowe wyniki testu PAPP-A mogą wskazywać również na inne nieprawidłowości, między innymi na:

- zespół Noonan, SMA (rdzeniowy zanik mięśni), inne wrodzone miopatie,
- dysplazje kostne,
- anemię płodu, która może wystąpić m.in. na tle genetycznym lub infekcyjnym,
- zespół Beckwith-Wiedemana, zespół Smitha-Lemlego-Opitza,

- wady układu krążenia oraz klatki piersiowej i przepony [7].

W przypadku, gdy wynik badania biochemicznego będzie wskazywał, iż ryzyko wystąpienia trisomii chromosomu 13, 18, 21 jest wyższe niż uznawane za graniczne (tj. 1:250), niezbędne będzie rozważenie przez ciężarną wykonania diagnostyki inwazyjnej [1].

Kolejnym testem biochemicznym jest test potrójny, który zalecany jest w II trymestrze ciąży. W wyniku oceny stężenia wolnej podjednostki β -hCG, wieku kobiety ciężarnej, masy ciała, palenia tytoniu itp. obliczane jest ryzyko trisomii 18 i 21 oraz otwartej wady cewy nerwowej u płodu. Nieprawidłowe wyniki tego testu mogą również świadczyć o monosomii chromosomu X, triploidii oraz wadach powłok brzusznych płodu. Test potrójny nie jest jedynie zalecany dla pacjentek, które ukończyły 42. rok życia, gdyż u tych ciężarnych występuje wysokie prawdopodobieństwo, iż test wyjdzie fałszywie dodatni [7].

Oprócz wyżej wymienionych testów, które należą do najczęściej wykonywanych, kobieta ciężarna może również wykonać test podwójny, poczwórny i zintegrowany. Test podwójny, wykonywany w II trymestrze ciąży, ocenia w surowicy krwi ciężarnej jedną z izoform hCG oraz α -fetoproteinę bez wolnego estriolu. Położna powinna poinformować pacjentkę, że ma on jednak niższą czułość niż test potrójny [7].

Test poczwórny ocenia w surowicy ciężarnej stężenie jednej z izoform gonadotropiny kosmówkowej, α -fetoproteinę, wolny estriol E_3 oraz inhibitoru A. Test ten wykonywany jest w II trymestrze ciąży (najlepsze wyniki testu osiąga się w 16.-18. tyg. ciąży), a jego poziom wykrywalności jest wyższy niż testu potrójnego [7, 18].

Z kolei test zintegrowany, wykonywany między 11. a 13. Hbd oraz między 15. a 19. Hbd, polega na różnoczasowym pomiarze przezierności karkowej płodu, testu PAPP-A, testu poczwórnego lub potrójnego, a następnie na łącznym opracowaniu obu tych testów w odpowiednim programie. Jednakże test zintegrowany nie jest często wybierany ze względu na odwleczenie w czasie podjęcia decyzji o ewentualnej diagnostyce inwazyjnej, natomiast wykonywana jest jego zmodyfikowana wersja znana jako skryning kontyngentowy, który polega na wykonaniu testu PAPP-A z pomiarem NT (przezierność karkowa) i określeniu dwóch wartości odcięcia, które określają niskie, wysokie lub pośrednie ryzyko, wystąpienia wad genetycznych [7].

W ramach diagnostyki biochemicznej można również wykonać badania przesiewowe z wykorzystaniem wolnego pozakomórkowego DNA płodu (*cell-free fetal DNA*) obecnego w surowicy krwi matki. Ocena cfDNA umożliwia oszacowanie ryzyka wystąpienia u dziecka m.in. trisomii 13, 18 oraz 21 chromosomu z czułością 90-99%. Badanie wolnego pozakomórkowego DNA płodu zaleca się wykonywać po 10. tygodniu ciąży [19, 20, 21, 22].

Wśród wskazań do wykonania testu cffDNA wyróżnia się:

- wiek matki ≥ 35 roku życia,
- wyniki USG wskazujące na zwiększone ryzyko aneuploidii,
- dodatkowo wyniki testów przesiewowych w kierunku aneuploidii,
- wykrycie trisomii w prenatalnym teście przesiewowym z wykorzystaniem cffDNA w poprzedniej ciąży,
- występowanie u rodziców translokacji zrównoważonej wpływającej na zwiększenie ryzyka wystąpienia u dziecka trisomii chromosomu 13 lub 21 [19, 20, 21].

Jeżeli wynik, któregoś z nieinwazyjnych testów przesiewowych okazałby się niepomyślny lub wątpliwy, istnieje możliwość wykonania inwazyjnych badań prenatalnych, które wykluczą lub potwierdzą daną wadę bądź jednostkę chorobową. Należy natomiast pamiętać, iż wskazania do wykonania inwazyjnych badań prenatalnych powinny mieć charakter medyczny, a nie jedynie być wynikiem wysokiego natężenia niepokoju kobiety w ciąży, gdyż jak sama nazwa wskazuje – są inwazyjne, co oznacza, że stwarzają potencjalne ryzyko zaburzenia dobrostanu matki i płodu [15, 23].

Inwazyjne badania prenatalne. Badania inwazyjne są to zabiegi wykonywane pod kontrolą USG. Ich podstawową zaletą jest możliwość precyzyjnego (99,9% skuteczności) zdiagnozowania szerokiego spektrum zaburzeń w rozwoju płodu. Wśród inwazyjnych badań prenatalnych wyróżnia się:

- celocentezę,
- biopsję trofoblastu (kosmówki),
- amniopunkcję,
- kordocentezę,
- fetoskopię [1, 23].

Badania inwazyjne z dużym prawdopodobieństwem potwierdzają lub wykluczają wadę płodu, jednakże niosą one ze sobą również możliwość powikłań zarówno u matki, jak i u dziecka (wynoszące ok. 1%). Podczas pobierania materiału do badania może dojść do uszkodzenia łożyska, pępowiny lub nakłucia płodu, co może skutkować krwiakami w obrębie łożyska, jego przedwczesnym oddzieleniem lub uszkodzeniem narządów u płodu. Ponadto powikłaniem inwazyjnych badań prenatalnych może być zakażenie wewnątrzmaciczne [15, 23].

W związku z powyższym diagnostyka inwazyjna nie jest przeprowadzana rutynowo u wszystkich kobiet ciężarnych, lecz ze wskazań medycznych, do których należą:

- wiek matki powyżej 35. roku życia, natomiast ojca dziecka powyżej 55. roku życia,

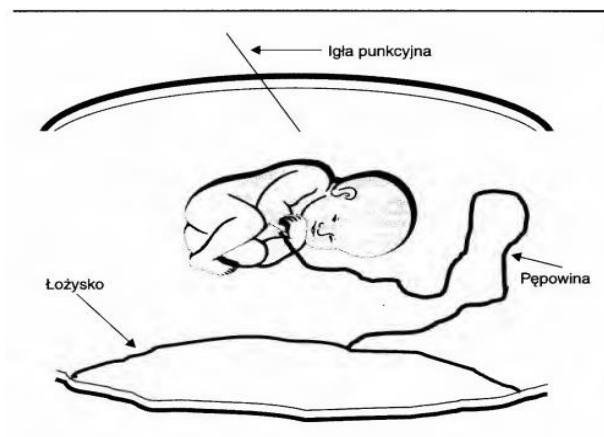
- translokacje chromosomowe lub kariotyp mozaikowy występujący u jednego lub obojga z rodziców,
- wystąpienie aberracji chromosomowych w poprzednich ciążach,
- nosicielstwo przez matkę choroby sprzężonej z chromosomem X,
- zwiększone ryzyko wystąpienia u płodu chorób metabolicznych,
- nieprawidłowy wynik nieinwazyjnych testów prenatalnych,
- stwierdzenie nieprawidłowości anatomicznych u płodu podczas wykonywania rutynowego badania USG [1].

Amniopunkcja – cel i zasady wykonywania. Jednym z inwazyjnych badań prenatalnych jest amniopunkcja, która w Polsce definiowana jest jako wkłucie igły (o kalibrze 20-22 Gauge i długości 12-15 cm) przez powłoki brzuszne matki i ścianę macicy, aż do jamy owodni. Obecnie zaleca się, aby amniopunkcję wykonywać w 15.⁺⁰ tygodniu ciąży, gdyż przeprowadzenie tego zabiegu na wcześniejszym etapie ciąży wiązałoby się z ryzykiem wystąpienia u płodu stopy końsko-szpotawej, poronieniem lub sączeniem płynu owodniowego. Podczas amniopunkcji z jamy owodni aspiruje się około 15 – 30 ml płynu owodniowego, z którego następnie dokonuje się próby hodowli komórek celem określenia kariotypu płodu. Należy zaznaczyć, że zabieg ten musi być zawsze wykonywany pod kontrolą USG, aby uniknąć nakłucia łożyska oraz naczyń krwionośnych (znajdujących się w jego obrębie) lub płodu (co mogłoby skutkować uszkodzeniem jego narządów). Oprócz diagnostyki prenatalnej wskazaniem do wykonania amniopunkcji jest: diagnostyka stanu dojrzałości płodu, diagnostyka konfliktu serologicznego na tle czynnika Rh, doowodniowe stosowanie leków, ostre wielowodzie, (w trakcie którego upuszcza się nadmiar płynu owodniowego), a w skrajnych przypadkach małowodzie (kiedy niedobór płynu owodniowego uzupełnia się jego sztucznym zamiennikiem). Ponadto amniopunkcja pozwala zdiagnozować aberracje strukturalne, zidentyfikować chromosomy markerowe oraz dokonać analizy kariotypów mozaikowych [1, 15, 17].

Wykonanie amniopunkcji wiąże się z wystąpieniem powikłań, do których należą między innymi:

- utrata ciąży,
- pęknięcie błon płodowych, które może skutkować sączeniem płynu owodniowego,
- uszkodzenie płodu igłą,
- zapalenie błon płodowych,

- niezwykle rzadko dochodzi do zakażenia wewnątrzmacicznego, sepsy lub zgonu matki [23].

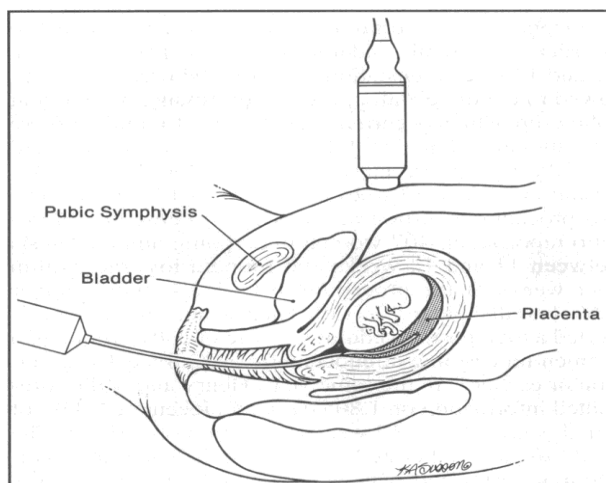


Ryc. 1. Schemat amniopunkcji [15].

Biopsja kosmówki – cel i zasady wykonywania. Inną techniką używaną do inwazyjnej diagnostyki prenatalnej jest biopsja kosmówki, którą należy przeprowadzić po 10.⁺⁰ tygodniu ciąży, gdyż wcześniejsze jej wykonanie może grozić m.in. zespołem hipoplazji ustno-szczękowo-kończynowej. Metoda ta polega na pobraniu pod stałą kontrolą ultrasonograficzną komórek trofoblastu z łożyska do hodowli genetycznej. Biopsję kosmówki można wykonać zarówno drogą przezbrzuszną, jak i przezszyjkową. Wskazania do wykonania biopsji kosmówki nie różnią się od wskazań do wykonania amniopunkcji. Warto zauważyć, że istnieje pewna przewaga biopsji nad amniopunkcją, a mianowicie z komórek kosmków dużo szybciej można otrzymać kulturę tkankową, aniżeli z komórek płynu owodniowego. Jednak pomimo wspomnianej zalety biopsji, wiąże się ona z nieco większą ilością powikłań, które oscylują na poziomie 1-2% [1, 15, 23].

Do najczęściej występujących powikłań biopsji kosmówki należą:

- utrata ciąży w wyniku samoistnego poronienia,
- krwawienie z dróg rodnych lub rzadziej sączenie się płynu owodniowego,
- zapalenie błon płodowych i zakażenie wewnątrzmaciczne, których ryzyko wystąpienia jest niskie [1, 15, 23].



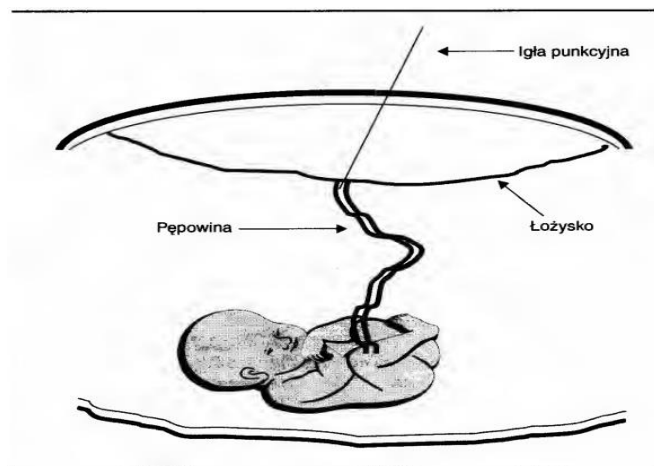
Ryc. 2. Schemat biopsji kosmówki [24].

Kordocenteza – cel i zasady wykonywania. Kordocenteza polega na przezbrzusznym nakłuciu sznura pępowinowego i pobraniu około 0,5 ml do 2 ml krwi z żyły pępowinowej. Badanie to należy wykonywać po 18. tygodniu ciąży z użyciem igły punkcyjnej pod kontrolą aparatu USG. Analiza materiału pobranego podczas kordocentezy pozwala na dokładną ocenę stopnia niedokrwistości oraz oznaczenie grupy krwi płodu, a następnie na potwierdzenie lub wykluczenie choroby hemolitycznej. Innymi wskazaniami do wykonania badania jest podejrzenie mozaicyzmu chromosomowego, diagnostyka zakażeń, diagnostyka agenezji nerek u dziecka czy zastosowanie terapii wewnątrzmacicznej [1, 15, 23].

Położna powinna poinformować pacjentkę o tym, że kordocenteza jak każde z wcześniej omówionych inwazyjnych badań prenatalnych, wiąże się z ryzykiem utraty ciąży, które oscyluje między 1 a 2% [1, 15, 23].

Do innych powikłań kordocentezy należą:

- krwawienie z miejsca wkłucia, które trwa powyżej minuty,
- krwiak w miejscu wkłucia,
- nieprawidłowości w zapisie KTG,
- infekcja wewnątrzmaciczna,
- przedwczesne oddzielenie łożyska,
- rozpoczęcie czynności skurczowej,
- tamponada lub zator naczyń pępowinowych,
- przedwczesne odpływanie płynu owodniowego,
- w najgorszym przypadku – wykrwawienie i zgon wewnątrzmaciczny płodu [1].



Ryc. 3. Schemat kordocentezy [15].

Istotnym aspektem wykonywania inwazyjnych badań prenatalnych są procedury, które należy wykonać przed bezpośrednim pobraniem próbki materiału diagnostycznego. Należą do nich:

- oznaczenie grupy krwi i czynnika Rh u kobiety ciężarnej przed zabiegiem, a po zabiegu profilaktyczne podanie immunoglobuliny anti-D u pacjentek Rh(D) ujemnych,
- określenie podczas badania ultrasonograficznego: liczby płodów, lokalizację łożyska, objętość płynu owodniowego oraz długość trwania ciąży,
- przestrzeganie podstawowych zasad aseptyki [1].

Podsumowanie. Diagnostyka prenatalna oferuje szerokie spektrum badań możliwych do przeprowadzenia na różnych etapach zaawansowania ciąży. Diagnostyka prenatalna jest niezwykle istotna, dlatego do obowiązków personelu medycznego należy poinformowanie rodziców o znaczeniu, możliwości wykonania, rodzajach i odpowiednim przygotowaniu do badań prenatalnych. Na podstawie analizy literatury przedmiotu i przytoczonych powyżej informacji można z łatwością dojść do wniosku, że przeprowadzanie przesiewowej diagnostyki prenatalnej czy też diagnostyki inwazyjnej, przynosi wiele korzyści, jednak kobieta powinna być zawsze poinformowana o ewentualnych konsekwencjach wykonania danego zabiegu oraz o tym, iż posiada ona prawo do odmowy od jego wykonania. Warto jednak podczas edukacji pacjentki na temat diagnostyki prenatalnej podkreślić, że badania w określonych przypadkach dają szansę na leczenie, poprawę stanu zdrowia i komfortu dalszego życia dziecka.

Piśmiennictwo

1. Cruz-Lemini M., Parra-Saavedra M., Borobio V. et al.: How to perform an amniocentesis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2014, 44(6), 727-31.
2. Wojtyłko-Gołowkin A., Bağlaj M., Wojtyłko A.: Diagnostyka prenatalna wad wrodzonych. *Puls Uczelni* 2014, 8(1), 26-29.

3. Practice Bulletin No. 162: Prenatal Diagnostic Testing for Genetic Disorders. *Obstetrics & Gynecology* 2016, 127(5), 108-122.
4. Beaglehole R., Bonita R., Kjellström T. (Tłumaczenie Szeszenia-Dąbrowska N.): *Podstawy Epidemiologii*. Instytut Medycyny Pracy Im. Prof. J. Nofera, Łódź 2002, 6, 114-115
5. Oficjalny serwis Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia w Polsce <https://pacjent.gov.pl/program-profilaktyczny/program-badan-prenatalnych> (dostęp z dn. 15.04.2023).
6. Najwyższa Izba Kontroli. Badania prenatalne w Polsce. Informacje o wynikach kontroli, Nr ewid. 21/2016/P/15/073/LKA, 2016 <https://www.nik.gov.pl/plik/id,10793,vp,13126.pdf> (dostęp 15.04.2023).
7. Stembalska A., Łaczmńska I., Dudarewicz L.: Nieinwazyjne badania prenatalne w diagnostyce aneuploidii chromosomów 13, 18 i 21–aspekty teoretyczne i praktyczne. *GINEKOL POL* 2011, 82, 126-132.
8. Borowski D., Pietryga M., Basta P. i wsp.: Rekomendacje Sekcji Ultrasonografii Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników w zakresie przesiewowej diagnostyki ultrasonograficznej w ciąży o przebiegu prawidłowym. *Ginekologia i Perinatologia Praktyczna* 2020, 5(2), 63-75.
9. Norton M.E., Jacobsson B., Geeta K. et al.: Cell-free DNA Analysis for Noninvasive Examination of Trisomy. *N Engl J Med* 2015, 372, 1589-1597.
10. Abramowicz J.: Benefits and risks of ultrasound in pregnancy. *Semin Perinatol* 2013, 37(5), 295–300.
11. Jacques S., Abramowicz M.D.: Benefits and risks of ultrasound in pregnancy. *Seminars in Perinatology* 2013, 37(5), 295-300.
12. Pietryga M., Toboła K.: Ultrasonograficzna diagnostyka prenatalna – możliwości technik 3D. *Ginekologia i Perinatologia Praktyczna* 2017, 2(4), 143 – 154.
13. Rolnik D.L., Wright D., Poon L.C. et al.: Aspirin versus Placebo in Pregnancies at High Risk for Preterm Preeclampsia. *N Engl J Med* 2017, 377(7), 613–622.
14. Lindqvist P.G., Pettersson K., Morén A. et al.: Routine ultrasound examination at 41 weeks of gestation and risk of post-term severe adverse fetal outcome: a retrospective evaluation of two units, within the same hospital, with different guidelines. *BJOG* 2014, 121(9), 1108–15.
15. Wielgoś M., Marianowski L.: Konflikt serologiczny. W: Bręborowicz G. (red.): *Położnictwo i ginekologia*. Tom 1. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012, 4(2), 103-111.
16. Zheng Y., Wan S., Dang Y. et al.: Non-invasive prenatal testing for detection of trisomy 13, 18, 21 and sex chromosome aneuploidies in 8594 cases. *Ginekologia Polska* 2019, 5, 270-273
17. Kähler C., Gembruch U., Heling K.S. et al.: DEGUM guidelines for amniocentesis and chorionic villus sampling. *Ultraschall Med* 2013, 34, 435–440.
18. Berghella V.: *Położnictwo według zasad EBM*. *Medycyna Praktyczna* 2019, 74.
19. Nicolaides KH, Syngelaki A, Ashoor G, et al.: Noninvasive prenatal testing for fetal trisomies in a routinely screened first-trimester population. *Am J Obstet Gynecol* 2012, 207(5):374.
20. Bianchi D.W., R Parker L., Wentworth J. et al.: DNA sequencing versus standard prenatal aneuploidy screening. *N Engl J Med* 2014, 27, 370(9):799-808.
21. Norton M.E., Jacobsson B., Geeta K. et al.: Cell-free DNA Analysis for Noninvasive Examination of Trisomy. *N Engl J Med* 2015, 372, 1589-1597.

22. Moczulska H., Borowiec M., Sieroszewski P.: Zastosowanie testu oceny wolnego DNA płodu w diagnostyce prenatalnej na podstawie rekomendacji Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego i Polskiego Towarzystwa Genetyki Człowieka — uwagi praktyczne. *Gin Perinat Prakt* 2016, 1(1), 10–12.
23. Ghi T., Sotiriadis A., Calda P. et al.: On behalf of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. ISUOG Practice Guidelines: invasive procedures for prenatal diagnosis in obstetrics. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2016, 48, 256–268.
24. Shulman L.P., Elias S.: Amniocentesis and chorionic villus sampling. *The Western Journal of Medicine* (1993), 159(3): 260-8.

MENOPAUA – ZMIANY ZACHODZĄCE W ORGANIZMIE KOBIETY I ICH WPLYW NA ŻYCIE CODZIENNE

ANNA BOGDAŃSKA, BARBARA BOGDAŃSKA, JUSTYNA KOPYCKA

Wstęp . Menopauza w życiu kobiety jest nieunikniona i wiąże się z utratą jej zdolności do prokreacji ([1]). Termin menopauza pochodzi od greckiego *men* (miesiąc) i *pausa* (przerwa). Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) menopauza to fizjologiczny stan organizmu, w którym następuje zahamowanie miesięcznych krwawień na skutek niewydolności, a w konsekwencji braku pęcherzyków jajnikowych. Menopauzę rozpoznaje się, jeśli przez 12 miesięcy nie ma krwawień miesięczkowych, których brak nie jest spowodowany chorobą. Stan ten, związany jest ze zmianą stężenia hormonów przysadki mózgowej i podwzgórza, które są odpowiedzialne za regularny cykl miesięczkowy. Modyfikacje poziomu hormonów płciowych są efektem zaburzenia gospodarki hormonalnej jajników [2]. Proces naturalnej menopauzy przebiega etapowo [3]:

- okres przedmenopauzalny – ma początek kilka lat przed ostatnim krwawieniem miesięcznym, zachodzi wtedy stopniowe wygaszenie aktywności hormonalnej jajników, co ma wpływ na postępujące zmniejszanie ilości pęcherzyków jajnikowych,
- okres okołomenopauzalny – obejmuje kilka lat przed i po menopauzie, rozpoczyna się między 35, a 40 rokiem życia kobiety,
- okres pomenopauzalny – w tym czasie organizm zmienia dotychczasową gospodarkę hormonalną, ulega zmniejszeniu produkcja estrogenów i rośnie poziom gonadotropin [4].

Wyróżnia się:

- menopauzę samoistną – naturalne wygaszenie działalności jajników,
- menopauzę przedwczesną – przedwczesne wygaszenie czynności jajników (może wystąpić przed 40 rokiem życia kobiety),
- menopauzę sztuczną – chirurgiczne wycięcie jajników, chemioterapia i radioterapia, wywołujące stłumienie działania jajników [5].

Przemiany hormonalne w okresie okołomenopauzalnym mogą rozpocząć się sześć lat przed ostatnim krwawieniem miesięcznym (6). Związane są one z hormonami osi podwzgórza – przysadka – jajnik oraz ich rolą w organizmie kobiety. Hormony FSH i folikulotropowy pobudzają rozwój i czynności pęcherzyków jajnikowych, a hormony LH i luteinizujący

stymulują owulację oraz rozwój ciała żółtego. Estrogeny i progestageny warunkują rozwój żeńskich narządów rozrodczych, regulują cykl płciowy i zachowania seksualne kobiety [7].

Pohamowanie czynności hormonalnych jajników może wystąpić pomiędzy 35 a 40 rokiem życia kobiety. W tym okresie jajniki są mniej wrażliwe na hormony przysadki, przez to zaburzony jest rozwój pęcherzyków jajnikowych co skutkuje cyklami bezowulacyjnymi. Zachodzą, też zmiany proporcji stężenia estrogenów i progesteronu. Zbliżającą się menopauzę zwiastują skąpsze krwawienia miesięczne, mogą pojawić się dłuższe przerwy, trwające nawet kilka miesięcy. Istotne jest to, że podczas przerw między miesiączkami może dojść do cykli owulacyjnych dlatego wskazana jest odpowiednio dobrana antykoncepcja [8].

Do najczęstszych objawów menopauzy należą: uderzenia gorąca, wahania nastrojów, pocenie się, przybieranie na wadze, zaburzenia snu, trudności z koncentracją, bezsenność, osteoporozę, bóle głowy, nadciśnienie, bóle mięśni i stawów [9].

W czasie menopauzy zaburzenia nastroju stanowią duże ryzyko wystąpienia depresji, zaburzeń emocjonalnych bądź lękowych. Towarzyszy temu nieprawidłowy sen, stresy, wysokie BMI, używki [10]. Podstawowymi symptomami zaburzeń emocjonalnych jest izolowanie się od życia społecznego i frustracja spowodowana starzeniem się i utratą płodności. Badania kohortowe wskazują trzy razy większe ryzyko wystąpienia depresji w okresie menopauzalnym niż w czasie wczesnej premenoauzy [5].

Wzrost masy ciała to istotny problem w czasie menopauzy, tkanka tłuszczowa gromadzi się w okolicy brzusznej, co skutkuje zaburzeniem poczucia własnej wartości i zniechęca do aktywności ruchowej [11]. Podwyższona masa ciała stanowi zagrożenie wystąpienia nowotworów, np. raka piersi, raka błony śluzowej macicy. Zapobieganie nadmiernej masie ciała powinno opierać się na odpowiednio dobranej diecie i aktywności fizycznej.

Obraz menopauzy postrzegany jest jako negatywna zmiana w życiu kobiety, która ma wpływ na życie psychiczne i fizyczne. Współczesna kobieta za wszelką cenę pragnie utrzymać młody wygląd i sprawność, mimo że fizjologicznego wieku nie można zatrzymać. Proces przekwitania jest nieakceptowany, wstydlivy i wypierany [12]. Zmiany wynikające z naturalnych procesów, takich jak starzenie się nie są akceptowane, dlatego kobiety pragną zatrzymać młodość i atrakcyjność [13].

Spojrzenie na menopauzę jest bardzo różne, klimakterium ma swoje plusy i minusy. Okres przekwitania jest jednoznaczny z ustaniem miesiączkowania, brakiem objawów fizycznych i psychicznych związanych z cyklem miesięcznym, kobiety uznają to za atut. Współczesna kobieta potrafi umiejętnie podchodzić do przemian zachodzących w organizmie z godnością przyjmować kolejne etapy w jej życiu [14].

Celem pracy była analiza zmian zachodzących w organizmie kobiety i ich wpływ na codzienne życie.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w 2022 roku w okresie od marca do maja wśród 103 kobiet dotkniętych problemem menopauzy. Charakter badania był dobrowolny i anonimowy. W przeprowadzonych badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety oraz Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Zygryda Juczyńskiego. Przygotowana ankieta składała się z sześciu pytań na temat danych socjodemograficznych. Pozostałe pytania dotyczyły informacji na temat czasu wystąpienia menopauzy oraz problemów w sferze psychicznej, fizycznej i społecznej jakie pojawiły się w okresie klimakterium.

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych zawiera 24 pytania dotyczące zachowań zdrowotnych i jednego twierdzenia opatrzonego mianem „inne”, przedstawia ogólne nasilenie zachowań związanych ze zdrowiem w czterech kategoriach: prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienie psychiczne i praktyki zdrowotne. W formularzu znajduje się pięć kategorii odpowiedzi: prawie nigdy, rzadko, od czasu do czasu, często, prawie zawsze, którym przypisano punkty odpowiednio od 1 do 5. Wskaźnik zachowań zdrowotnych zawiera się w granicach 24-120 punktów. Im dana wartość jest wyższa, tym wyższy jest poziom deklarowanych zachowań zdrowotnych. Uzyskane wyniki przeliczono na skalę stenową zaproponowaną przez autora narzędzia i interpretowano jako wyniki niskie (1-4 stena), przeciętne (5-6 stena), wysokie (7-10 stena).

Analiza statystyczna zawiera obliczenie statystyk opisowych, liczebności i procentów, oraz zastosowanie testów statystycznych. Wykorzystano następujące testy statystyczne: test U Manna – Whitneya, test Kruskala – Wallisa, test dokładny Fishera i współczynnik korelacji Pearsona. Test U Manna – Whitneya zastosowano do porównania dwóch grup, a test Kruskala – Wallisa do porównania więcej niż dwóch grup pod względem zmiennych ilościowych przedstawiających zachowania zdrowotne według kwestionariusza IZZ Juczyńskiego w badanej grupie. Test Kruskala – Wallisa zastosowano także do analizy wieku, w którym rozpoczął się okres menopauzy w zależności od poziomu zachowań zdrowotnych. Testy nieparametryczne zastosowano ze względu na brak rozkładu normalnego w porównywalnych grupach, co zbadano za pomocą testu W Shapiro – Wilka. Test dokładny Fishera wykorzystano z kolei do badania związku pomiędzy cechami badanej grupy, a zmienną jakościową prezentującą poziom zachowań zdrowotnych wśród respondentek. Współczynnik korelacji Pearsona zastosowano natomiast do zbadania związku pomiędzy zmiennymi ilościowymi: wiekiem, w którym rozpoczął się okres menopauzy oraz zachowaniami zdrowotnymi według

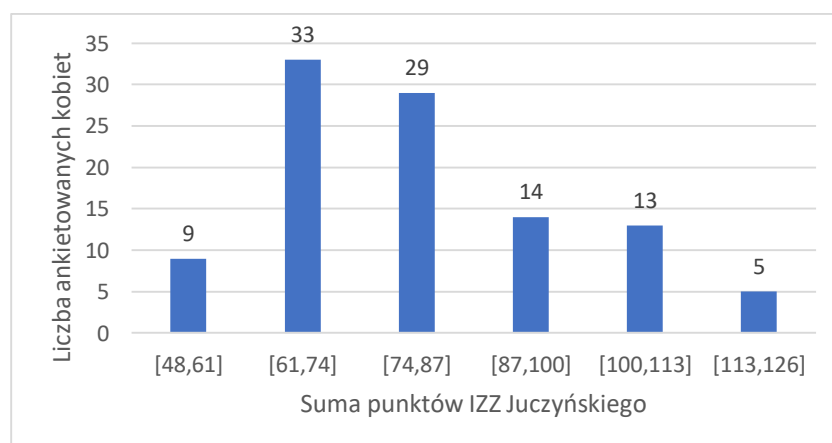
kwestionariusza IZZ Juczyńskiego. Istotność różnic i zależność stwierdzono przy wartościach $p \leq 0,05$. Analizę statystyczną wykonano w programach Statistica 13.3 i Microsoft Excel 365.

Wyniki. W badaniu wzięły udział 103 kobiety w okresie menopauzy, większość z nich mieszka w mieście ($n=65$; 63,11%). Menopauza rozpoczęła się u ankietowanych pomiędzy 39 a 59 rokiem życia, przeciętnie w wieku $50,21 \pm 3,16$ lat. Większość respondentek zadeklarowała wykształcenie wyższe ($n=66$; 64,08%), jedna czwarta średnie ($n=26$; 25,24%), a jedna dziesiąta zawodowe ($n=11$; 10,68%). W ankietowanej grupie przeważały mężatki, które stanowiły 68,93% wszystkich badanych. Zdecydowana większość respondentek posiadała dzieci ($n=84$; 81,55%). 58,25% ankietowanych kobiet było w wieku 50 – 55 lat, 20,39% w wieku 56 – 60 lat, 14,56% badanych miało więcej niż 60 lat, a 6,80% mniej niż 50 lat. Większość kobiet zadeklarowała, że jest aktywna zawodowo ($n=80$; 77,67%), natomiast wśród pozostałych 9,71% było na emeryturze, 7,77% na rencie, a 4,85% było bezrobotnych.

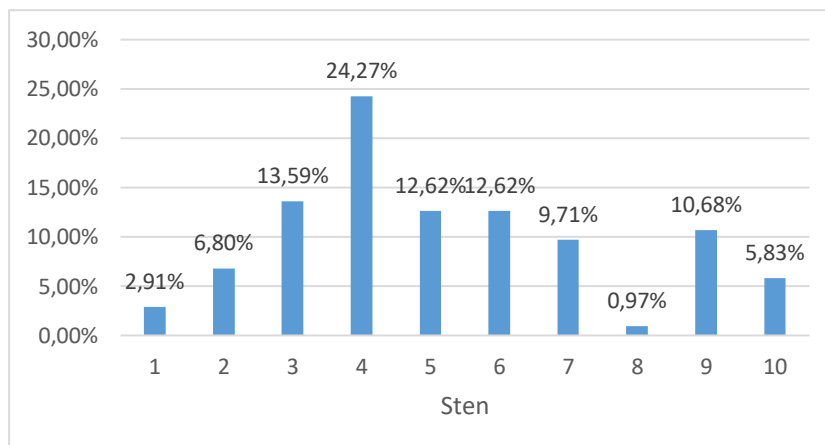
Ankietowane kobiety uzyskały w kwestionariuszu IZZ Juczyński od 48 do 120 punktów, przy średniej na poziomie $81,97 \pm 16,88$ pkt, a połowa respondentek uzyskała 79 i więcej punktów. Po przeliczeniu wyników na steny średni wynik wyniósł $5,23 \pm 2,37$ stena, a połowa badanych miała piąty sten lub więcej. Najczęściej respondentki uzyskiwały 73 punkty ($n=9$) lub czwarty sten ($n=25$). Istnieje wyraźna przewaga ocen niskich (1-4 sten), które wystąpiły u 47,57% badanych, nad wynikami wysokimi (7-10 sten), które miało 27,19% ankietowanych. Generalnie zachowania zdrowotne w badanej grupie kształtowały się na przeciętnym poziomie. Wyniki kwestionariusza IZZ Juczyńskiego przedstawia tabela 1 i ryciny 1 i 2.

Tabela 1. Ogólne zachowania zdrowotne wśród ankietowanych kobiet według kwestionariusza IZZ Juczyńskiego

IZZ Juczyńskiego	N	M	SD	Min	Max	Me	Mo
Suma punktów	103	81,97	16,88	48,0	120,0	79,0	73,0
Sten	103	5,23	2,37	1,0	10,0	5,0	4,0

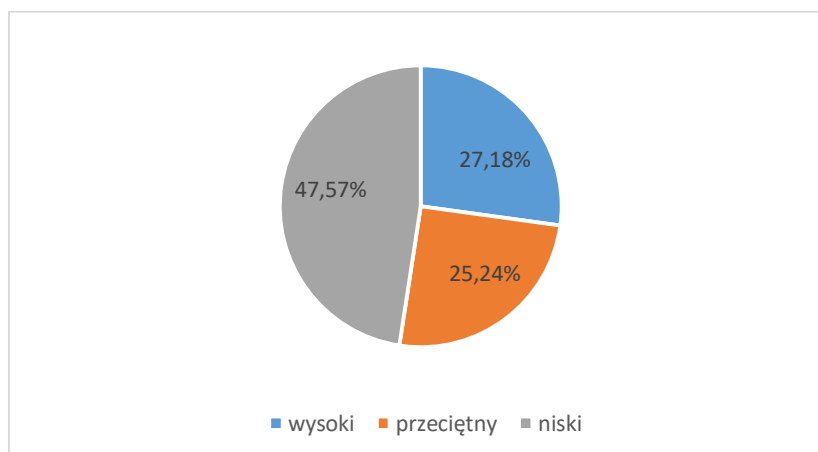


Rycina 1. Suma punktów w kwestionariuszu IZZ Juczyńskiego wśród ankietowanych kobiet



Rycina 2. Wynik stenowy w kwestionariuszu IZZ Juczyńskiego wśród ankietowanych kobiet

Rycina 3 ukazuje iż prawie połowa respondentek reprezentuje niski poziom zachowań zdrowotnych (n=49; 47,57%). Wśród ankietowanych niewielką przewagę prezentują osoby o wysokim poziomie zachowań zdrowotnych (n=28; 27,18%), a przeciętny poziom wykazuje 26 osób (25,24%).

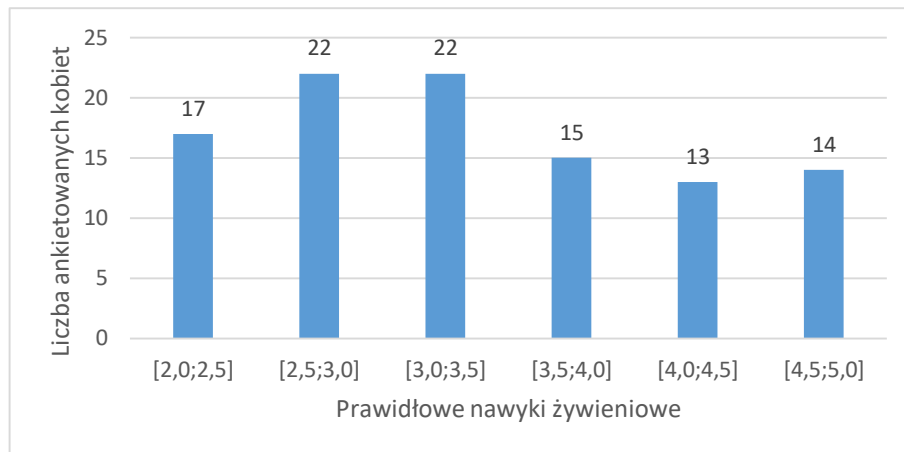


Rycina 3. Poziom zachowań zdrowotnych

Nawyki żywieniowe ankietowanych kobiet w okresie przekwitania kształtowały się od 2 do 5 punktów, średnio na poziomie $3,47 \pm 0,85$ punktów. Wynik 3,33 punktu lub więcej osiągnęła połowa respondentek, a pozostały wynik zawiera się w przedziałach 2,5 – 3,0 (n=22) oraz 3,0 – 3,5 (n=22). Ankietowane kobiety prezentowały przeciętny poziom prawidłowych nawyków żywieniowych.

Tabela 2. Prawidłowe nawyki żywieniowe wśród ankietowanych kobiet według kwestionariusza IZZ Juczyńskiego

IZZ Juczyńskiego	N	M	SD	Min	Max	Me
Prawidłowe nawyki żywieniowe	103	3,47	0,85	2,0	5,0	3,33

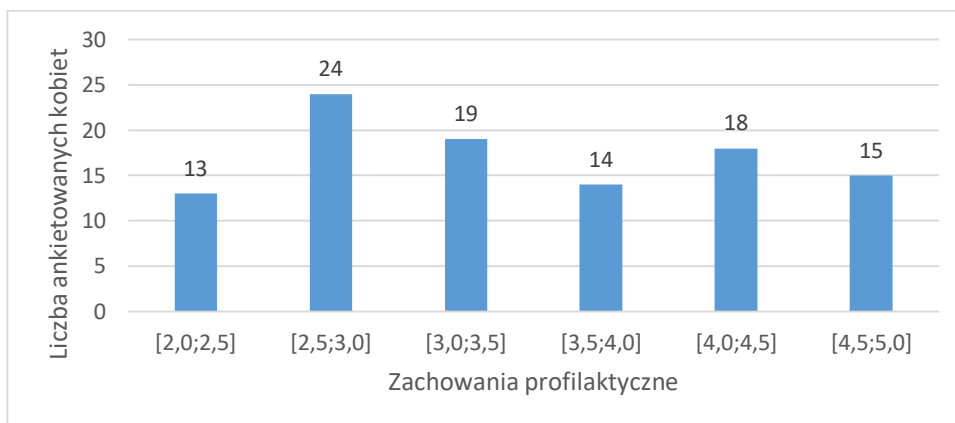


Rycina 4. Prawidłowe nawyki żywieniowe wśród ankietowanych kobiet według kwestionariusza IZZ Juczyńskiego

Zachowania profilaktyczne respondentek w okresie przekwitania osiągnęły wynik od 2,0 do 5,0 punktów, a średnio były na poziomie $3,56 \pm 0,83$ punktów. Połowa kobiet miała wynik 3,5 punktów lub więcej, a najwięcej rezultatów zamyka się w przedziale 2,5 – 3,0 ($n=24$). Zachowania profilaktyczne kształtowały się na średnim poziomie.

Tabela 3. Zachowania profilaktyczne wśród ankietowanych kobiet według kwestionariusza IZZ Juczyńskiego

IZZ Juczyńskiego	N	M	SD	Min	Max	Me
Zachowania profilaktyczne	103	3,56	0,83	2,0	5,0	3,50

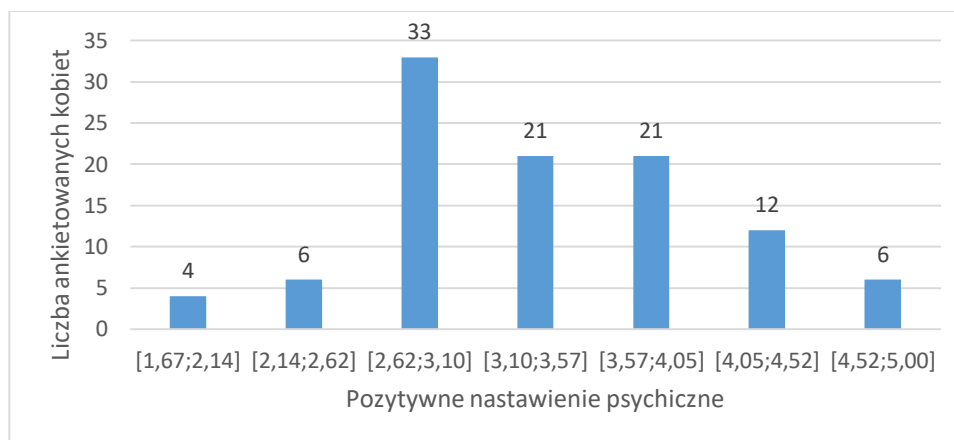


Rycina 5. Zachowania profilaktyczne wśród ankietowanych kobiet według kwestionariusza IZZ Juczyńskiego

Pozytywne nastawienie psychiczne kobiet w okresie przekwitania ukształtowało się na poziomie od 1,67 do 5,0 punktów, a średnie wyniki były na poziomie $3,37 \pm 0,73$ punktów. Połowa badanych osiągnęła wynik 3,33 punktów i więcej, a najwięcej rezultatów zamyka się w przedziale 2,62 – 3,10 ($n=33$). Podsumowując, kobiety prezentowały średni poziom pozytywnego nastawienia psychicznego.

Tabela 4. Pozytywne nastawienie psychiczne wśród ankietowanych kobiet według kwestionariusza IZZ Juczyńskiego

IZZ Juczyńskiego	N	M	SD	Min	Max	Me
Pozytywne nastawienie psychiczne	103	3,37	0,73	1,67	5,0	3,33

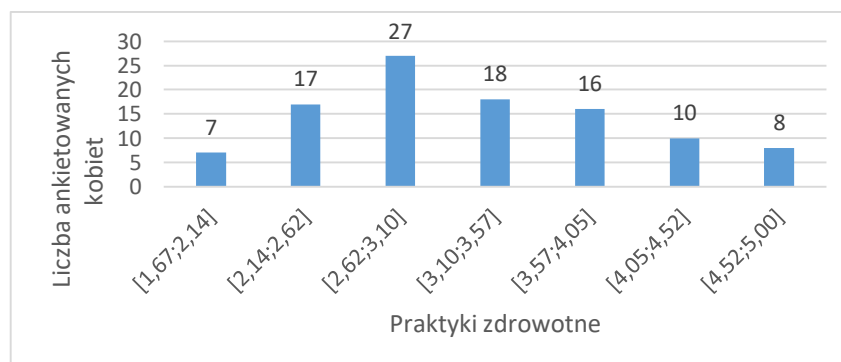


Rycina 6. Pozytywne nastawienie psychiczne wśród ankietowanych kobiet według kwestionariusza IZZ Juczyńskiego

Praktyki zdrowotne ankietowanych kobiet w okresie przekwitania były na poziomie od 1,67 do 5,0 punktów, średnio na poziomie $3,27 \pm 0,82$ punktów. Połowa z nich osiągnęła wynik 3,17 punktów, a najliczniejsze rezultaty były w przedziale 2,62 – 3,10 ($n=27$). Uogólniając, praktyki zdrowotne wśród ankietowanych kształtowały się na średnim poziomie.

Tabela 5. Praktyki zdrowotne wśród ankietowanych kobiet według kwestionariusza IZZ Juczyńskiego

IZZ Juczyńskiego	N	M	SD	Min	Max	Me
Praktyki zdrowotne	103	3,27	0,82	1,67	5,0	3,17



Rycina 7. Praktyki zdrowotne wśród ankietowanych kobiet według kwestionariusza IZZ Juczyńskiego

Wyniki badań własnych na podstawie autorskiego kwestionariusza ankiety badającej wpływ okresu menopauzy na życie kobiet przedstawiono w tabeli 6 i na rycinie 8, największy odsetek ankietowanych uznało, że czas menopauzy wpłynął lub zdecydowanie wpłynął na większą potrzebę samotności (46,61%) oraz na zmianę aktywności własnej (40,78%). Zmianę relacji

z mężem/partnerem zaobserwowało 19,42% respondentek, a 13,59% twierdzi, że wpływ menopauzy na tę relację był zdecydowany. Bardzo niewiele badanych (22,3%), zauważyło niewielkie zmiany w relacjach z dziećmi, a 22,3% dostrzega zmiany w stosunkach w pracy.

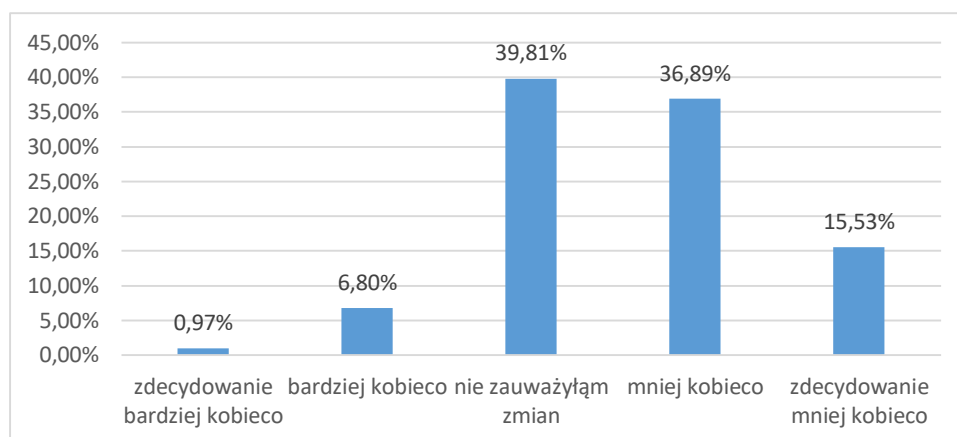
Tabela 6. Wpływ okresu menopauzy na życie ankietowanych kobiet

Rodzaj zmian w życiu społecznym	Zdecydowanie tak	tak	Ani tak, ani nie	nie	Zdecydowanie nie
w relacji z partnerem	14 (13,59%)	20 (19,42%)	26 (25,24%)	39 (37,86%)	4 (3,88%)
w relacji z dziećmi	4 (3,88%)	19 (18,45%)	29 (28,16%)	46 (44,66%)	5 (4,85%)
w relacjach w pracy	2 (1,94%)	21 (20,39%)	40 (38,83%)	37 (35,92%)	3 (2,91%)
z potrzeba samotności	6 (5,83%)	42 (40,78%)	24 (23,30%)	27 (26,21%)	4 (3,88%)
z aktywnością własną	9 (8,74%)	33 (32,04%)	25 (24,27%)	32 (31,07%)	4 (3,88%)

Ważnym problemem ankietowanych kobiet w okresie menopauzy jest nadwaga lub otyłość (n=46; 46,60%), suchość pochwy (n=45; 43,69%), choroby układu krążenia (n=40; 38,83%), nietrzymanie moczu (n=32; 31,07%) oraz nawracające infekcje miejsc intymnych (n=27; 26,21%). Bardzo rzadko w badanej grupie występował trądzik (n=1; 0,97%), suchość skóry (n=2; 1,94%), wypadanie włosów (n=4; 3,88%). U 8 (7,77%) respondentek nie wystąpiły żadne powikłania związane z okresem menopauzy.

Ankietowane kobiety stwierdziły, że dość często i bardzo często występują u nich takie objawy menopauzy jak: uderzenia gorąca (n= 70; 67,96%), uczucie zmęczenia/brak energii (n=66; 64,08%), nocne poty (n=66; 64,08%), nieregularne cykle miesięczkowe (n=61; 59,22%), trudności z zasypianiem (n=59; 57,28%), wahania nastroju (n=57; 55,34%) oraz ból głowy (n=55; 53,39%). Większość badanych przyznała, iż nie występują u nich trudności z oddychaniem (n= 68; 66,02%), utrata czucia w dłoniach/stopach (n=55; 53,40%), natomiast 49 (47,57%) kobiet nie zaobserwowała u siebie zawrotów głowy i omdleń.

Rycina 8 obrazuje postrzeganie własnego ciała w okresie menopauzy i odczucia z tym związane. Aż 38 (36,89%) respondentek czuje się mniej kobieco, a 16 (15,53%) czuje się zdecydowanie mniej kobieco. Natomiast 40 (39,81%) pań zadeklarowało, że nie zauważyło żadnej zmiany. Zdecydowanie mniej kobiet czuło się w okresie menopauzy bardziej kobieco (n=7; 6,80%) lub zdecydowanie bardziej kobieco (n=1; 0,97%).



Rycina 8. Postrzeganie własnego ciała w okresie menopauzy wśród ankietowanych kobiet

Test Kruskala-Wallisa wykazał istotne statystycznie różnice w praktykach zdrowotnych w zależności od wykształcenia ($p=0,002$). Zdecydowanie najwyższy poziom praktyk zdrowotnych wykazały kobiety, które zadeklarowały średnie wykształcenie. W tej grupie dostrzeżono nieco wyższe wyniki w zakresie zachowań profilaktycznych oraz pozytywnego nastawienia psychicznego oraz nieznacznie wyższy ogólny poziom zachowań zdrowotnych zarówno w skali punktowej jak i stenowej.

Tabela 7. Zachowania zdrowotne wśród ankietowanych kobiet według kwestionariusza IZZ Juczyńskiego w zależności od wykształcenia

IZZ Juczyńskiego	Wykształcenie			Test Kruskala-Wallisa	
	Średnie (n=80=26)	Zawodowe (n=11)	Wyższe (n=66)	H	p
Prawidłowe nawyki żywieniowe	3,08 (2,0; 5,0)	3,17 (2,0; 4,17)	3,50 (2,0; 5,0)	2,105	0,349
Zachowania profilaktyczne	4,08 (2,0; 5,0)	3,50 (2,50; 4,83)	3,33 (2,0; 5,0)	4,179	0,124
Pozytywne nastawienie psychiczne	3,67 (2,0; 4,83)	3,0 (2,67; 4,0)	3,17 (1,67; 5,0)	4,660	0,097
Praktyki zdrowotne	3,83 (2,0; 4,83)	3,0 (2,33; 4,50)	3,0 (1,67; 5,0)	12,152	0,002
Suma punktów	88,0 (48,0; 116,0)	79,0 (57,0; 104,0)	76,50 (48,0; 120,0)	4,739	0,094
Wynik stenowy	6,0 (1,0; 10,0)	5,0 (2,0; 8,0)	4,0 (1,0; 10,0)	4,228	0,121

Dyskusja. Menopauza jest naturalnym, fizjologicznym stanem w życiu kobiety. Powiązane jest to z problemami natury psychicznej i fizycznej i wpływa na pełnienie określonych ról społecznych.

W badaniach własnych wzięły udział 103 kobiety w okresie menopauzy. Przeciętny wiek respondentek to 50 lat, większość z nich posiadało wyższe wykształcenie, przewagę stanowiły mężatki aktywne zawodowo. Średni wiek rozpoczęcia menopauzy respondentek to 45 lat.

Analiza badań własnych wykazała, iż okres klimakterium wpłynął na zmianę relacji kobiet z partnerem oraz z dziećmi. Wykazano uciążliwy wpływ menopauzy na pojawiające się uderzenia gorąca, chroniczne zmęczenie, wahania nastroju oraz drażliwość. Makara-Studzińska i wsp. wykazali również, że drażliwość, wahania nastroju, wyczerpanie fizyczne i nastroje depresyjne to główne objawy psychofizyczne menopauzy [15]. Czarnecka-Iwańczuk i wsp. twierdzą, że najczęstszymi objawami klimakterium są bóle stawów i mięśni oraz niepokój i rozdrażnienie [16].

Praca własna ukazała niską samoocenę oraz obniżone poczucie własnej wartości kobiet w okresie przekwitania. Badania Learego i wsp. podkreślają, że na samoocenę badanych kobiet ma wpływ akceptacja społeczna i relacje interpersonalne [17)]. Zaś Twenge uważa, że na samoocenę ma wpływ wiek kobiet [18]. Z kolei Łaguna wykazała dużą zależność między objawami somatycznymi, a poziomem samooceny [19]. Kobiety, które odczuwały więcej objawów menopauzy cechowały się znacznie niższą samooceną. Badania Bielawskiej-Batorowicz wskazują na istniejący w Polsce negatywny stereotyp ukazujący kobiety w okresie menopauzy w bardzo negatywnym świetle [20].

Badania własne wykazały wysoki poziom zachowań profilaktycznych kobiet w okresie menopauzy. Ślusarska i wsp. w swoich badaniach ukazali, że aż połowa badanych kobiet stosowała się do zachowań profilaktycznych i regularnie wykonywała badania mammograficzne, samobadanie piersi i badanie cytologiczne [21].

Organizacja Narodów Zjednoczonych do spraw Wyżywienia i Rolnictwa (FAO) oraz Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) uznała, że kobiety w okresie menopauzy charakteryzują się przeciętnymi nawykami żywieniowymi co skutkuje wysoką masą ciała, nagromadzeniem tkanki tłuszczowej >30% całkowitej masy ciała i bardzo niską aktywnością fizyczną [22].

Praca własna ukazała, iż nastawienie psychiczne kobiet w okresie przekwitania jest obniżone. Czarnecka - Iwańczuk i wsp. wykazali, że w okresie menopauzy znaczny procent kobiet cierpi na depresję (16). Bromemberger również twierdzi, że objawy klimakterium to główny predyktor wystąpienia depresji [23].

Wnioski. Na podstawie analizy wyników można sformułować następujące wnioski:

1. Wiedza ankietowanych kobiet na temat zachowań zdrowotnych była zadawalająca co korzystnie wpływa na ich nawyki żywieniowe i zachowania profilaktyczne.
2. Zmiany zachodzące w organizmie kobiety w czasie klimakterium negatywnie wpływają na sferę społeczną, fizyczną i psychiczną co wymaga szeroko rozumianej edukacji w przychodniach POZ, specjalistycznych gabinetach lekarskich, dietetycznych i miejscach aktywności ruchowej.

3. Niski poziom akceptacji zmian zachodzących w organizmach badanych kobiet w okresie menopauzy wymaga kampanii społecznych promujących wiek dojrzały.

Piśmiennictwo

1. Kaczmarek M. Określenie wieku menopauzy naturalnej w populacji polskich kobiet. *Przegląd Menopauzalny*. 2007, (2), 77-82.
2. Stachoń AJ. Ocena odczuwania wybranych objawów w zależności od fazy klimakterium i charakteru menopauzy. *Przegląd Menopauzalny*. 2013;17(4).
3. Biela U.: Determinants of the age at natural menopause. *Przegl Lek* 2002;59(3):165-169 (in Polish).
4. Avis NE, Crawford SL, Greendale G, Bromberger JT, Everson-Rose SA, Gold EB, et al. Duration of menopausal vasomotor symptoms over the menopause transition. *JAMA Intern Med*. 2015;175(4) 531-539.
5. Kravitz HM, Schott LL, Joffe H, Cyranowski JM, Bromberger JT. Do anxiety symptoms predict major depressive disorder in midlife women? the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) Mental Health Study (MHS). *Psychol Med*. 2014;44(12) 2593-2602.
6. Harwati R, . W. HUBUNGAN PENGETAHUAN WANITA USIA 40-50 TAHUN TENTANG KLIMAKTERIUM DENGAN MOTIVASI DIRI DALAM MEMAHAMI MASALAH KLIMAKTERIUM. *Jurnal Kebidanan*. 2020;12(01) 1-9.
7. Solehati T, Jannah ZN, Setyorini D. GAMBARAN KEPUASAN KEBUTUHAN SEKSUAL WANITA DENGAN MASA KLIMAKTERIUM. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*. 2019;10(2) 283-290.
8. Santoro N, Epperson CN, Mathews SB. Menopausal Symptoms and Their Management., *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*. 2015; 44(3) 497-515.
9. Wahyuni BS, Ruswanti R. Pengetahuan tentang Menopause dengan Tingkat Kecemasan pada Wanita Premenopause di Rumah Sakit. *Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan Indonesia*. 2018;8(03) 472-478.
10. Fitriana Y. Fenomena Kecemasan Wanita Dalam Menghadapi Masa Klimakterium. *Jurnal Ilmu Kebidanan*. 2014;2(2) 63-71.
11. Bąk-Sosnowska M, Skrzypulec-Plinta V. Przyczyny nadmiernej masy ciała u kobiet w okresie menopauzalnym. Vol. 16, *Przegląd Menopauzalny*. 2012;(1) 31-35.
12. Minkin MJ. Menopause: Hormones, Lifestyle, and Optimizing Aging., *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. 2019;46(3) 501-514.
13. Pachocka LM. Analiza porównawcza stylu życia otyłych kobiet przed menopauza i w okresie perimenopauzy. *Rocz Państw Zakł Hig*. 2010;61(4) 389-393.
14. Kołodziejczyk M, Stacherzak-Pawlik J. Stężenie 25-hydroksywitaminy D w surowicy kobiet w wieku pre- i pomenopauzalnym. diagnostyka laboratoryjna *Journal of Laboratory Diagnostics Diagn Lab*. 2017;53(2) 85-90.
15. Makara-Studzińska MT, Kryś-Noszczyk KM, Jakiel G. Epidemiology of the symptoms of menopause - An intercontinental review., *Przegląd Menopauzalny*. 2014;13(3) 203-211.
16. Czarnecka-Iwańczuk M, Stanisławska-Kubiak M, Mojs E, Wilczak M, Samborski W. Objawy menopauzy a satysfakcja z życia i samoocena wśród kobiet. *Przegląd Menopauzalny*. 2012;16(6) 468-473.

17. Leary MR, Tambor ES, Terdal SK, Downs DL. Self-Esteem as an Interpersonal Monitor: The Sociometer Hypothesis. *J Pers Soc Psychol.* 1995;68(3) 518.
18. Twenge JM. Teaching Generation Me. *Teaching of Psychology.* 2013;40(1) 66-69.
19. Łaguna M, Lachowicz-Tabaczek K, Dzwonkowska I. Skala samooceny SES Morrisa Rosenberga – polska adaptacja metody. *Psychologia Społeczna.* 2007;2(4) 164-176.
20. Bielawska-Batorowicz E. Bio-Psycho-Social Approach to Reproductive Mental Health and Reproductive Decisions., *Behavioral Sciences.* 2023; 13(1) 75.
21. Ślusarska B, Nowicki GJ, Łachowska E, Piasecka H, Marciniak A. Wiedza kobiet na temat profilaktyki raka piersi w wybranych uwarunkowaniach socjo-demograficznych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu.* 2016;22(1) 59-65.
22. Mussardo G. Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases report of a joint WHO FAO expert consultation by World Health Organization. *Statistical Field Theor.* 2019;53(9).
23. Bromberger JT, Kravitz HM, Matthews K, Youk A, Brown C, Feng W. Predictors of first lifetime episodes of major depression in midlife women. *Psychol Med.* 2009;39(1) 55-64.

JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW 5 LAT PO ZAWALE MIĘŚNIA SERCOWEGO – DONIESIENIE WSTĘPNE

ANNA MICHALIK, BEATA KUBICA, KATARZYNA KROCZEK

Wstęp. Rewolucja przemysłowa i idący za nią postęp cywilizacyjny spowodowały rozwój wielu dziedzin życia, między innymi medycyny. Niestety, parafrazując III zasadę dynamiki Newtona, także i na tę akcję pojawiła się reakcja zwrócona przeciwnie. Stanowią ją choroby cywilizacyjne, do których zalicza się, m.in. nadciśnienie tętnicze, miażdżycę naczyń czy otyłość [1]. W rzeczywistości, w której cierpimy na deficyt czasu i przestrzeni, coraz większy wpływ na zdrowie i życie mają czynniki potęgujące rozwój tychże chorób: stres, niewłaściwa dieta, przemęczenie, nałogi. Wszystkie te czynniki, jak również same jednostki chorobowe - nadciśnienie tętnicze i miażdżycy - stanowią katalizatory dla chorób serca, spośród których szczególnie niebezpieczną stanowi zawał mięśnia sercowego [2].

Choroby układu krążenia i choroby nowotworowe stanowią w Polsce dominującą przyczynę zgonów, odpowiadając za 70% przypadków śmiertelnych [3]. Potwierdzenie tych danych stanowi raport powstały przy współpracy Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego z Uniwersytetami Medycznymi z Gdańska, Warszawy i Śląska z 2014 roku. Zgodnie z owym raportem choroby naczyń i serca stanowią niemal 50% wszystkich zgonów w Polsce. Szczególną uwagę autorzy zwracają na grupę aktywnych zawodowo (20-64 lata), w której liczba zgonów sięga 28%, a niepełnosprawność wynikająca z przebycia zawału serca prowadzi do znacznych strat społecznych i ekonomicznych [4]. Zawał mięśnia sercowego kwalifikuje pacjenta do grupy osób obciążonych wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym. W praktyce oznacza to zagrożenie wystąpienia incydentów tj. ponowny zawał serca i udar mózgu, a w konsekwencji - zgonu [5].

Według Światowej Organizacji zdrowia jakość życia jest subiektywną oceną, którą należy rozpatrywać w odniesieniu do pięciu kategorii: kultury, w jakiej żyje badana osoba; jej systemu wartości; zainteresowań, oczekiwań, stawianych sobie przez nią celów [6]. Definicja WHO nie wyszczególnia kontekstu związanego ze zdrowiem. Ten aspekt porusza definicja CDC. Opisana przezeń definicja, tzw. HRQOL (*Health-related quality of life*, jakość życia zależna od zdrowia) odnosi się do popularnej definicji zdrowia wg WHO, zgodnie z którą zdrowie to nie tylko brak choroby, ale pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny. Według CDC jakość życia zależną od zdrowia należy rozpatrywać w perspektywie czasu ze względu na możliwą dynamikę zmian, które mają wpływ na ocenę - zmian związanych z poszczególnymi komponentami szeroko pojętego zdrowia [7]. Okres pięciu lat jest wystarczająco długi, aby

w jego czasie jakość życia mogła zmienić się nie tylko ze względu na incydent, jakim jest zawał mięśnia sercowego, ale także - na konieczność wdrożenia zaleceń lekarskich w profilaktyce ponownego zawału. Zawał mięśnia sercowego może wymusić na pacjentach konieczność zmiany trybu pracy, zmianę hobby, podjęcie diety, porzucenie nałogu tytoniowego. Dla pacjentów wykazujących dotychczas zerową aktywność fizyczną może oznaczać konieczność podjęcia takiej, a dla dotychczas aktywnych w stopniu wysokim - konieczność modyfikacji bądź ograniczenia intensywnego wysiłku. Wskazane jest pozostawanie przez pacjentów pod opieką specjalistycznej poradni kardiologicznej, co może wiązać się z utrudnieniami. Przeciwdziałanie obniżeniu jakości życia polega na wyeliminowaniu czynników ryzyka zawału serca, a w przypadku przeżycia takiego zawału - na wdrożeniu takich działań zespołu terapeutycznego, żeby zminimalizować odczuwane przez pacjenta konsekwencje zawału, w czym pomoc może rehabilitacja kardiologiczna.

Cel pracy. Założeniem pracy było przeprowadzenie badania ankietowego wśród osób, które w okresie pięciu lat wstecz przeszły zawał mięśnia sercowego, a następnie analiza wyników i zbadanie zależności między okolicznościami związanymi z epizodem kardiologicznym a obecną jakością życia pacjentów. Ważnym aspektem pracy było określenie zależności między poczuciem jakości życia w okresie tuż po zawale mięśnia sercowego i w chwili przeprowadzania badania.

Materiał i metody badawcze. Materiał badawczy gromadzono w okresie od maja do października 2022 roku. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Pierwszą część kwestionariusza stanowiła metryczka, w której respondenci proszeni byli o podanie informacji dotyczących płci i wieku, miejsca zamieszkania, rodzaju wykonywanej pracy oraz posiadanego wykształcenia. Dalsza część ankiety zawierała: 5 pytań zamkniętych jednokrotnego wyboru, 3 pytania zamknięte wielokrotnego wyboru, dwa pytania otwarte oraz trzy pytania, które wymagały posłużenia się trzystopniową skalą zgodności. Badanie zostało przeprowadzone w placówkach ochrony zdrowia, którym w ramach specjalistycznej opieki kardiologicznej, podlegają pacjenci. Wszyscy respondenci udzielili dobrowolnej zgody na wzięcie udziału w badaniu. Zostali poinformowani o sposobie jej wypełnienia, celowości jej przeprowadzenia oraz zapewnieni o anonimowości zebranych danych. Rozdano 125 ankiet. Ze względu na nieprawidłowe wypełnienie pięciu kwestionariuszy, w badaniach wykorzystano dane przedstawione przez 120 respondentów. Grupę badawczą stanowili pacjenci Oddziału kardiologii Szpitala Wojewódzkiego w Bielsku-Białej (34 respondentów) oraz Poradni kardiologicznej przy Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze (86 respondentów). Ankiety w oddziale szpitalnym przeprowadzono przy udziale

pacjentów, którzy w okresie pięciu lat od obecnej hospitalizacji przeszli zawał mięśnia sercowego, a obecnie odbywają hospitalizację z innej przyczyny kardiologicznej. W badaniu udział wzięło 80 mężczyzn (66,7%) oraz 40 kobiet (33,3%). Ponad połowa badanych pacjentów przekroczyła 51. rok życia (75%). Większość respondentów jako miejsce zamieszkania wskazało miasto, przy czym w przypadku połowy badanych było to miasto średniej wielkości, zaledwie 20 osób (16,7%) mieszkało na wsi. Zdecydowana większość respondentów mieszkała z rodziną; samodzielne prowadzenie gospodarstwa domowego deklarowało 28 badanych (23,3%). Wyższe, niż podstawowe wykształcenie posiadała większość badanych - 112 osób (93,3%). Ponad 50% (68 respondentów) było aktywnych zawodowo (Tabela 1).

Tabela 1. Szczegółowa charakterystyka uczestników badania

Zmienna	N	n (%)
pleć	120	
kobieta		40 (33,3%)
mężczyzna		80 (66,7%)
wiek	120	
21-30		2 (1,7%)
31-40		6 (5,0%)
41-50		22 (18,3%)
51-60		44 (36,7%)
powyżej 60 lat		46 (38,3%)
miejsce zamieszkania	120	
wieś		20 (16,7%)
miasto do 100 tys. mieszkańców		8 (6,7%)
miasto 100-200 tys. mieszkańców		60 (50,0%)
miasto 200-300 tys. mieszkańców		22 (18,3%)
miasto powyżej 300 tys. mieszkańców		10 (8,3%)
rodzaj gospodarstwa domowego	120	
zamieszkuję sam(a)		28 (23,3%)
zamieszkuję z rodziną		92 (76,7%)
wykształcenie	120	
podstawowe		8 (6,7%)
zawodowe		34 (28,3%)
średnie		36 (30,0%)
wyższe		42 (35,0%)
aktywność zawodowa	120	
bezrobotna/y		2 (1,7%)
praca fizyczna		24 (20,0%)
praca umysłowa		44 (36,7%)
rencista z innego tytułu		16 (13,3%)
rencista z tytułu przebycia zawału serca		2 (1,7%)
emeryt		32 (26,7%)

Legenda: N - liczebność badanej grupy; n - procent wartości; % - procent odpowiedzi.

W celu przeprowadzenia analizy wykorzystano opisową analizę statystyczną w celu scharakteryzowania rozkładu zmiennych o charakterze ilościowym, analizę frekwencji, test χ^2 zgodności rozkładu, test χ^2 asocjacji oraz test dokładny Fishera, pozwalający na ocenę

zależności dwóch zmiennych o charakterze nominalnym dla grup o małych licznosciach. Za poziom istotności przyjęto $\alpha = 0,05$. Analizę przeprowadzono wykorzystując program Excel oraz pakiet statystyczny Jamovi.

Wyniki. Do najczęściej występujących chorób/uzależnień przed zawałem należały: uzależnienie od papierosów ($n = 68$; 56,7%), nadciśnienie tętnicze ($n = 54$; 45%), otyłość lub nadwaga ($n = 46$; 38,3%). Rzadziej uczestnicy badania cierpieli na miażdżycę ($n = 20$; 16,7%) lub cukrzycę ($n = 14$; 11,7%). Mniejsza część badanych wskazała na problemy z nadużywaniem alkoholu ($n = 8$; 6,7%), niewydolnością naczyń żylnych ($n = 6$; 7%), bezdechem sennym ($n = 2$; 1,7%) niedoczynnnością tarczycy ($n = 2$; 1,7%) oraz nowotworem płuc ($n = 2$; 1,7%). W przypadku 8,3% badanych przed zawałem nie odnotowano żadnego problemu zdrowotnego. Po przejściu zawału, respondenci najczęściej wskazywali na nadciśnienie tętnicze ($n = 62$; 51,7%), uzależnienie od papierosów ($n = 58$; 48,3%), otyłość lub nadwagę ($n = 44$; 36,7%), miażdżycę ($n = 22$; 18,3%), cukrzycę ($n = 16$; 13,3%), nadużywanie alkoholu ($n = 8$; 6,7%). Brak chorób współistniejących i nałogów zadeklarowało 12 osób, co stanowiło 10% badanych. W dalszej kolejności respondenci zostali poproszeni o podanie leków, które przyjmują na stałe. Do najczęściej wymienianych należały: Acard ($n = 40$; 33,3%), Polocard ($n = 30$; 25%) oraz Metocard ($n = 24$; 20%). Na odpowiedź "nie pamiętam" wskazało 26,7% respondentów. W dokładnie połowie przypadków uczestnicy badania nie wiedzieli jaki rodzaj zawału przeszli ($n = 60$; 50%). Pozostałe osoby uczestniczące w badaniu wskazały na STEMI ($n = 42$; 35%) oraz nSTEMI ($n = 18$; 15%).

W przypadku ponad połowy ankietowanych nie doszło do zatrzymania akcji serca podczas zawału ($n = 70$; 58,3%). Ponad ¼ badanych nie miała wiedzy na ten temat ($n = 32$; 26,7%). Pozostałe osoby ($n = 18$; 15%) zaznaczyły odpowiedź „tak”.

Większość badanych osób zaprzeczyła, że uczestniczyła w rehabilitacji kardiologicznej ($n = 82$; 68,3%). Tym samym uczestnictwo zadeklarowało 38 respondentów (31,7%), a więc niespełna co trzeci.

Respondenci zostali poproszeni o wskazanie dolegliwości, które obecnie towarzyszą im w sytuacjach stresowych bądź przy zwiększonym wysiłku fizycznym. Wśród najczęściej odczuwanych dolegliwości badani wymienili: duszność ($n = 82$; 68,3%), kołatanie serca ($n = 54$; 45%) oraz ból w klatce piersiowej ($n = 40$; 33,3%). 36,6% badanych skarżyło się na uczucie niepokoju lub strachu ($n = 44$). Na problem z szybkim męczeniem się wskazało 5% badanych ($n = 6$). Na brak jakichkolwiek dolegliwości wskazało 13,4% uczestników badania.

Kolejne pytanie miało na celu zbadanie, czy przebycie zawału serca wymusiło na respondentach konieczność zmiany pracy, a jeśli tak - to w jakim zakresie. Przebycie zawału

serca wymusiło zmianę miejsca bądź trybu pracy 12 osób (10%). Nie stanowi to jednak reguły, bowiem więcej ankietowanych - 74 osoby (61,7%) - pozostało w dotychczasowym miejscu pracy; natomiast 34 osoby (28,3%) w okresie do pięciu lat od przebycia MI przeszły na emeryturę.

Następną część kwestionariusza stanowił zestaw stwierdzeń wraz z trzystopniową skalą zgodności. Na każde z poniższych stwierdzeń respondenci mogli udzielić jednej odpowiedzi. Pierwsze dotyczyło ewentualnych trudności, z jakimi ankietowani mierzyli się w życiu codziennym po opuszczeniu oddziału szpitalnego.

W odniesieniu do podejmowania wysiłku fizycznego ponad 60% respondentów (n=74) określiła problemy jako „spore”. „Niewielkie” problemy odnotowało 44 ankietowanych (36,7%) a „żadnych” - tylko dwie osoby (1,7%). Ponad połowa badanych określiła ograniczenia związane z aktywnością umysłową i koncentracją jako „niewielkie” (64 osoby). Pozostali respondenci zaznaczyli odpowiedzi „żadne” (n = 42, 35%) oraz „spore” (n = 14, 11,7%).

Na „niewielkie” przeszkody w podejmowaniu życia towarzyskiego wskazało nieco ponad 50% ankietowanych (n = 64). Pozostali przeszkody określili jako „żadne” (n = 40, 33,3%) lub „spore” (n = 16, 13,3%).

Większość badanych doświadczyła niewielkich trudności z samoopieką (n = 70, 58,3%). Co czwarty ankietowany trudności określił jako „spore” (n = 30), pozostali jako „żadne” (n = 20; 16,7%).

Ograniczenia związane z pracą zawodową w stopniu niewielkim deklarowało 36,7% ankietowanych (44 osoby). „Żadne” oraz „spore” wybrała identyczna liczba respondentów - po 38.

Trudności z realizowaniem hobby niemal połowa respondentów określiła jako „niewielkie” (n = 56, 46,7%); „żadne” wybrały 34 osoby (28,3%), „spore” - co czwarty ankietowany (25%). Niemal co drugi ankietowany (n = 54, 45%) deklarował brak ograniczeń związanych z aktywnością seksualną. Tyle samo osób deklarowało niewielkie trudności, a 10% badanych (n = 12) określiło je jako „spore”.

Obecnie ponad połowa respondentów odnotowuje niewielkie problemy z aktywnością fizyczną (n = 66, 55%). Jako „spore” określa je 28,3% (n = 34); „żadnych” nie odnotowuje 16,7% (n = 20). „Niewielkie trudności” związane z aktywnością umysłową i koncentracją zaznaczyło 24 respondentów (20%). Pozostali nie napotykają żadnych trudności w tej dziedzinie.

Zdecydowana większość ankietowanych (n = 102; 85,0%) zaznaczyła odpowiedź „żadne” w pytaniu o problemy związane z życiem towarzyskim. Pozostali wskazali odpowiedź „niewielkie” (n = 16; 13,3%) bądź „spore” (n = 2; 1,7%).

Brak problemów z samoopieką deklarowało prawie 75% ankietowanych (n = 88). Odpowiedź „niewielkie” zaznaczyło 28 osób (23,3%) a „spore” - 4 osoby (3,3%).

W zapytaniu o ograniczenia związane z pracą zawodową „żadne” zaznaczyło $\frac{3}{4}$ ankietowanych (90 osób), „niewielkie” 24 osoby (20%), „spore” - sześciu respondentów (5%). Brak problemów z uprawianiem hobby zadeklarowało 76 ankietowanych (63,3%); wśród pozostałych 44 osoby określiły je jako niewielkie (36,7%), żadna nie wybrała odpowiedzi „spore”.

Żadnych ograniczeń związanych z aktywnością seksualną nie deklarowało 88 ankietowanych (73,3%); wśród pozostałych „niewielkie” wybrało 28 respondentów (23,3%), a „spore” - 4 osoby (3,3%).

Przedostatni etap kwestionariusza stanowiło rozbudowane pytanie z odpowiedzią w postaci trzystopniowej skali zgodności. Respondenci mieli za zadanie odpowiedzieć, czy zgadzają się z przedstawionymi stwierdzeniami. W przypadku ambiwalentnego stosunku respondenta do zapytania, bądź jego niechęci do udzielenia odpowiedzi, dopuszczono możliwość udzielenia odpowiedzi „nie mam zdania”.

Ze stwierdzeniem „jestem zadowolona/y z mojego życia na obecnym etapie” zgodziło się 50 osób (41,7%); nie miało zdania 36 osób (30,0%), nie zgodziły się 34 osoby (28,3%).

Ze stwierdzeniem „od momentu przebycia zawału żyje mi się trudniej” zgodziły się 62 osoby (51,7%), nie zgodziły się 32 (26,7%), pozostałych 26 osób (21,7%) nie miało zdania.

Na stwierdzenie „zawał życia w żaden sposób nie wpłynął na jakość mojego życia” przecząco odpowiedziało niemal 70% ankietowanych (n = 80), „nie mam zdania” wybrały 34 osoby (28,3%), „zgadzam się” - 6 osób (5,0%).

Z pogorszeniem się jakości życia po zawale zgodziło się ponad połowa ankietowanych (n=70), nie zgadzał się co piąty (n = 26); dwie osoby mniej nie miały zdania.

Ponad 60% ankietowanych (n = 76) obawiało się powtórnego zawału mięśnia sercowego; 12 respondentów nie odczuwało takiej obawy, a pozostali (n = 32, 26,7%) nie mieli zdania.

W odpowiedzi na stwierdzenie „rodzina i przyjaciele byli dla mnie wsparciem po zawale”, ponad połowa badanych (n = 68) odpowiedziała twierdząco. „Nie mam zdania” zaznaczyły 44 osoby (36,7%), a nie zgodziło się ośmiu ankietowanych (6,7%).

Na stwierdzenie „życie duchowe/religijne ułatwiło mi okres rekonwalescencji po zawale” niemal połowa ankietowanych nie udzieliła precyzyjnej odpowiedzi (n = 54; 45,0%); wśród pozostałych „zgadzam się” zaznaczyło 36 osób (30,0%), „nie zgadzam się” - co czwarty ankietowany (n = 30).

Ze stwierdzeniem „musiałam/musiałem zmienić sposób spędzania wolnego czasu po zawale” zgodziło się niemal 50% ankietowanych (n = 56), a zaprzeczyło 40% (n = 48). Pozostałych 13,3% nie miało zdania.

Na stwierdzenie „nie czerpię z życia takiej satysfakcji jak przed zawałem”, 36,7% ankietowanych nie miało zdania (n = 44). Zgodziło się 40 respondentów (33,3%), a zaprzeczyło 36 osób (30,0%).

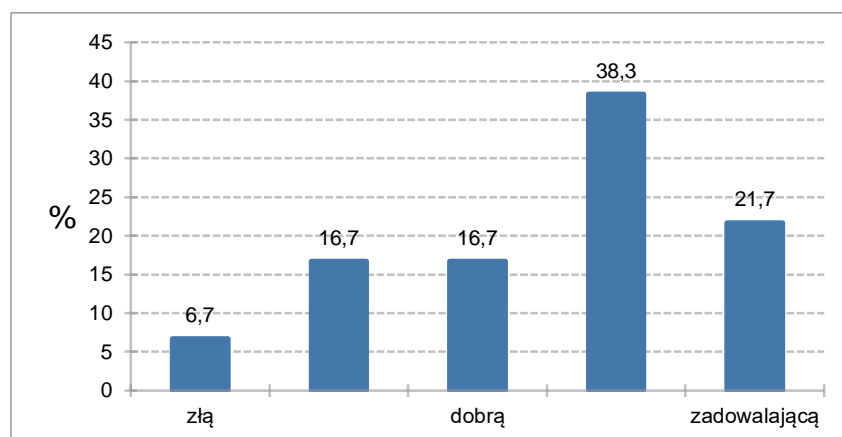
Ze stwierdzeniem „robię wszystko co zlecił lekarz prowadzący, aby uniknąć ryzyka ponownego zawału serca” zgodziło się przeszło 60% ankietowanych (n = 74). Zdania nie miał co piąty respondent (n = 24), natomiast 22 osoby (18,3%) zaprzeczyły.

Na stwierdzenie „odżywiam się zdrowiej niż przed zawałem” odpowiedź „nie mam zdania” zaznaczyło 54 respondentów (45,0%), „zgadzam się” - 38 (31,7%), „nie zgadzam się” - 28 (23,3%).

Do ograniczenia palenia papierosów przyznało się 16 osób (13,3%). Jednocześnie 44 osoby (36,7%) zaprzeczyły. Pozostali respondenci - dokładnie połowa - wybrali odpowiedź „nie mam zdania”.

Ze stwierdzeniem „stosowanie się do zalecanej diety i aktywności fizycznej oraz stosowanie leków jest dla mnie uciążliwe” zgodziło się ponad 40% ankietowanych (n = 50); nie zgodziło się 46 osób (38,3%), zdania nie miał co piąty ankietowany (n=24).

Na zakończenie badania respondenci zostali poproszeni o określenie jakości swojego życia w obecnej chwili. Do dyspozycji ankietowanych przedstawiono pięć ocen w kolejności malejącej: dobra/zadowolająca/umiarkowana/niezadowolająca/zła. Największa część uczestników badania (38,3%) oceniła aktualną jakość swojego życia jako umiarkowaną. Drugą, co do wielkości grupę stanowili ankietowani, którzy wybrali odpowiedź „jakość zadowolająca” (21,7%). Po dwadzieścia osób uznało jakość swojego życia za dobrą bądź niezadowolającą. Najniżej jakość życia oceniło 8 respondentów. Jeżeli oceny „dobra” oraz „zadowolająca” uznamy za pozytywne, w opozycji do nich przeciwstawiając „niezadowolającą” oraz „złą”, to pozytywnie jakość swojego życia oceniło 46 osób (38,4%), negatywnie niemal co czwarty respondent, tj. 28 osób (Wykres 1).



Legenda: % - odsetek badanych

Wykres 1. Subiektywna ocena jakości życia przez badanych

W następnej kolejności przeprowadzono analizę zależności pomiędzy subiektywną oceną jakości życia pacjentów, a deklarowanym przez nich wsparciem rodziny i przyjaciół w okresie rekonwalescencji. W grupie osób potwierdzających wsparcie bliskich w okresie rekonwalescencji nikt nie opisał jakości życia jako „złej”, jako „niezadawalającą” - tylko cztery osoby. Dokładny Test Fishera wskazał na istnienie zależności między deklarowaną jakością życia a wsparcia bliskich w okresie rekonwalescencji. Siła obserwowanego efektu okazała się umiarkowana (V Cramera = 0.42, 95% CI [0.25; 0.52]) (Tabela 2).

Tabela 2. Jakość życia pacjentów w zależności od wsparcia bliskich w okresie rekonwalescencji - wynik testu dokładnego Fishera

	<i>n</i>	<i>p</i>	Cramer's <i>V</i>	95% CI	
				Lower	Upper
Rodzina i przyjaciele byli dla mnie wsparciem po zawale	120	<0.001***	0.42	0.25	0.52

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Następnie sprawdzono wpływ życia duchowego na jakość życia respondentów. Żadna z osób, które wskazały na istotną rolę duchowości nie oceniła jakości życia w stopniu niższym niż „umiarkowana”. Wśród respondentów, którzy nie zgodzili się z tym stwierdzeniem, bądź uniknęli jednoznacznej odpowiedzi, zaznaczając „nie mam zdania” 8 (6,7%) określiło jakość życia jako „złą”, a 20 (16,7%) - jako „niezadawalającą”. Wynik testu χ^2 asocjacji wskazał na występowanie istotnej zależności między zmiennymi, a siła efektu okazała się umiarkowana (V Cramera = 0.31, 95% CI [0.11; 0.40]) (Tabela 3).

Tabela 3. Jakość życia pacjentów w zależności od wpływu duchowości w okresie rekonwalescencji - wynik testu χ^2 asocjacji

	n	χ^2	df	p	Cramer'sV	95% CI	
						Lower	Upper
Życie duchowe / religijne ułatwiło mi okres rekonwalescencji i po zawale	120	23.2**	8	0.003	0.31	0.11	0.40

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Dwie kolejne analizy związane były z badaniem dostosowania się respondentów do zaleceń lekarskich w celu leczenia skutków zawału mięśnia sercowego i prewencji ponownego incydentu. Porównano, jaki odsetek respondentów deklaruje dostosowanie się do zaleceń lekarskich, aby uniknąć ryzyka ponownego zawału serca przy jednoczesnym pozostawianiu przy nałogowej konsumpcji nikotyny bądź braku zmiany nawyków żywieniowych na zdrowsze. Liczebność grupy nałogowych palaczy i respondentów wolnych od nałogów była podobna - 62 i 58, z przewagą osób niepalących. Jednocześnie w grupie zdeklarowanych palaczy niemal co trzeci odpowiedział twierdząco na pytanie o dostosowanie się do wszystkich lekarskich zaleceń, aby uniknąć ponownego zawału mięśnia sercowego w przyszłości. Wynik testu χ^2 asocjacji wskazał na występowanie istotnej zależności między deklarowanym dostosowaniem się do zaleceń lekarskich a pozostawianiem nałogowym palaczem, a siła obserwowanego efektu okazała się umiarkowana (V Cramera = 0.41, 95% CI [0.22; 0.58]) (Tabela 4).

Tabela 4. Wdrażanie zaleceń lekarskich a nałóg nikotynowy - wynik testu χ^2 asocjacji.

	n	χ^2	df	p	Cramer'sV	95% CI	
						Lower	Upper
Choroby współistniejące i nałogi obecnie (palenie papierosów)	120	20.6***	2	<0.001	0.41	0.22	0.58

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Następnie sprawdzono zależność między deklarowanym wdrażaniem zaleceń lekarskich a zmianą nawyków żywieniowych na rzecz zdrowszej diety. Wśród osób, które deklarowały dostosowanie się do zaleceń lekarskich po zawale, aż 36 respondentów potwierdziło zmianę nawyków żywieniowych na zdrowsze (30% wszystkich ankietowanych). Wśród respondentów, którzy zaprzeczyli zmianie diety na zdrowszą, 10 osób mimo to twierdziło, iż stosuje się do

zaleceń lekarskich. Wynik testu χ^2 asocjacji wskazuje na występowanie istotnej zależności, a siła jej efektu okazała się duża (Tabela 5).

Tabela 5. Wdrażanie zaleceń lekarskich a zmiana nawyków żywieniowych - wynik testu χ^2 asocjacji

	<i>n</i>	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>	Cramer'sV	95% CI	
						Lower	Upper
Robię wszystko co zlecił lekarz prowadzący aby uniknąć ryzyka ponownego zawału serca	120	82.1***	4	<0.001	0.58	0.45	0.70

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

W następnej części analizy sprawdzono, czy płeć, wiek i miejsce zamieszkania wpływają na podejmowanie przez pacjentów rehabilitacji kardiologicznej. Spośród zaledwie 38 osób, które korzystały z rehabilitacji kardiologicznej (tj. 32% wszystkich badanych), większość zamieszkiwała duże miasta (powyżej 100 tys. osób). Biorąc pod uwagę całkowitą liczbę mężczyzn (80) i kobiet (40) biorących udział w badaniu, to kobiety (40% respondentek) częściej decydowały się na udział w rehabilitacji - wśród mężczyzn ten odsetek wyniósł 18,3%. Wynik testu dokładnego Fishera wskazał na występowanie istotnej zależności między zmiennymi, a siła obserwowanego efektu okazała się umiarkowana (V Cramera = 0.38, 95% CI [0.15; 0.53]).

Ostatnia część analityczna dotyczyła przyjmowania przez respondentów leków. Wśród ankietowanych, którzy jakość swojego życia ocenili najgorzej, zaledwie dwie osoby pamiętały nazwy przyjmowanych przez siebie leków. Pozostałych 6 osób (75% tej grupy) nie było świadomych, jakie stosuje leki. Wśród respondentów deklarujących „niezadowolającą” jakość życia odsetek ten także jest znaczący - 40%. Wśród badanych deklarujących „zadowolającą” i „dobrą” jakość życia prawie wszyscy stosują farmaceutyki w sposób świadomy - wśród „zadowolonych” są tylko 2 osoby (7,7% tej grupy), które nie pamiętają nazw przyjmowanych przez siebie leków; wśród „dobrych” nie ma ani jednej takiej osoby. Wynik testu dokładnego Fishera wskazał na występowanie istotnej zależności między oceną jakości życia a świadomym przyjmowaniem leków. Siła efektu okazała się umiarkowana (V Cramera = 0.35, 95% CI [0.16; 0.44]).

Dyskusja. Szygula - Jurkiewicz, Kowalska i Mościński [8] twierdzą, iż ocena jakości życia stanowi istotny element opieki nad pacjentami kardiologicznymi ze względu na występowanie wzajemnych zależności między funkcjonowaniem fizycznym, emocjonalnym i społecznym pacjentów a stopniem nasilenia dolegliwości ze strony układu sercowo-

naczyniowego. W niniejszej pracy zbadano, że w grupie liczącej 120 respondentów, którzy w okresie ostatnich pięciu lat przeszli zawał mięśnia sercowego, 38,4% ankietowanych jakoś swojego życia ocenia pozytywnie; 38,3% pacjentów określa się jako umiarkowanie zadowolonych z życia, natomiast 23,4% respondentów jakoś życia ocenia negatywnie.

Badanie miało na celu sprawdzenie, jakie czynniki odpowiedzialne są za taki rozkład odpowiedzi. Za pomocą formularza respondenci określali, z jakiego rodzaju ograniczeniami w funkcjonowaniu fizycznym, emocjonalnym i społecznym zetknęli się tuż po zawale mięśnia sercowego, oraz jak nasilenie tych ograniczeń oceniają dziś. Analiza danych jasno wskazuje, że pacjentom w największym stopniu doskwierało ograniczenie sprawności fizycznej - znaczne problemy w tym zakresie deklarowało ponad 60% badanych, a jedynie 1,7% nie odnotowało ograniczeń tego typu w ogóle. Ograniczenia mobilności i szybsza męczliwość powodowały również kłopoty z samoopieką – 83,7 % badanych deklarowało, że takowe wystąpiły, z czego niemal co trzeci określił ograniczenie w tym zakresie jako „spore”. We wczesnym okresie po zawale przebycie tego incydentu kardiologicznego miało najmniejszy wpływ na życie towarzyskie i aktywność seksualną respondentów, choć i w tych obszarach niektórzy ankietowani wskazywali na spore ograniczenia (odpowiednio 16 i 12 osób). Porównanie wyników na poszczególne zapytania wyraźnie wskazuje na złagodzenie ograniczeń w życiu codziennym pacjentów na przestrzeni czasu. W zauważalny sposób zmniejszyła się liczba respondentów cierpiących na znaczne ograniczenie sprawności fizycznej (z 74 na 34 osoby), jednocześnie zwiększając liczbę osób nie odczuwających żadnych ograniczeń z 2 do 20. O niemal 20% zwiększyła się liczebność grupy określającej obecnie ograniczenia w tym zakresie jako „niewielkie” w porównaniu z okresem tuż po opuszczeniu oddziału szpitalnego. W temacie samoopieki również zauważa się poprawę - spadek liczby respondentów deklarujących spore ograniczenia z 30 do 4, a przy tym wzrost liczby respondentów deklarujących brak ograniczeń - niemal 75% ankietowanych zgłosiło pełną sprawność w zakresie samoopieki w okresie do pięciu lat po przebyciu zawału mięśnia sercowego. Warto zauważyć, iż żaden z respondentów nie wskazał na występowanie sporych problemów z uprawianiem hobby w okresie pięciu lat od zawału, choć w bezpośrednim okresie poszpitalnym takich osób było 30, a więc co czwarty ankietowany. Co trzeci respondent nie odnotowuje obecnie żadnych problemów związanych z wykonywaniem pracy, co piąty występujące problemy określa jako niewielkie. Ponad połowa badanych deklarowała, że różnica w przebiegu życia przed zawałem i po jest widoczna na niekorzyść okresu po zawale. Kolejne dwa zapytania korespondowały ze sobą w sposób bezpośredni - 80 ankietowanych przyznało, że zawał mięśnia sercowego wpłynął w zauważalny sposób na ich życie; zaledwie

10 osób mniej przyznało, że jakość ich życia pogorszyła się po zawale. Ponad 60% ankietowanych boi się, że ponownie dojdzie do tego rodzaju incydentu kardiologicznego. Znaczny odsetek ankietowanych odczuwał pewnego rodzaju dyskomfort w sytuacjach stresowych lub podczas podejmowania wysiłku fizycznego. Są to objawy tożsame z charakterystycznymi dla bólu w trakcie zawału, a więc duszność (68,3%), kołatanie serca (45%) i ból w klatce piersiowej (33,3). Odczuwanie tego typu objawów z pewnością wywołuje niepokój, co w badaniu ankietowym wprost przyznaje co najmniej co piąty ankietowany - wśród proponowanych odpowiedzi znalazły się zarówno „niepokój” jak i „strach”.

Zdaniem Niedolaz, Hałas i Kaźmierczak-Dziuk [5] najistotniejszy czynnik wpływający na osiągnięcie korzystnych efektów prewencji wtórnej po zawale serca i na jakość życia stanowi świadomość pacjentów i zaangażowanie lekarzy. Badanie autorskie ujawnia dziedziny, w których uwidacznia się pewna nieświadomość pacjentów co do własnego stanu zdrowia. Należy zwrócić uwagę na fakt, że co czwarty ankietowany nie potrafi wskazać, jakiego rodzaju leki przyjmuje codziennie. Co drugi respondent nie potrafił odpowiedzieć na pytanie, jakiego rodzaju zawał serca przeszedł. Jednocześnie należy zaznaczyć, iż liczebność grupy odpowiadającej „nie wiem” rosła wprost proporcjonalnie do wieku respondentów. Istnieje zależność między pamięcią co do przyjmowanych przez siebie leków, a oceną jakości życia - wśród respondentów, którzy podali nazwy przyjmowanych przez siebie leków, największą popularnością wśród odpowiedzi na pytanie o jakość życia cieszą się „umiarkowana”, „dobra” i „zadowolająca” - zaledwie 14,6% ankietowanych ocenia jakość swojego życia gorzej. Analizując w ten sam sposób grupę respondentów, którzy nie pamiętają przyjmowanych przez siebie leków, zauważa się, iż przychylają się oni raczej do oceny „niepozytywnej” - umiarkowaną, niezadawalającą lub złą ocenę wybrało 92,2% ankietowanych. Każda z chorób współistniejących pociąga za sobą konieczność wprowadzenia zmian w dotychczasowym życiu pacjentów. Ma to odbicie w powinności regularnego przyjmowania leków, zmiany nawyków żywieniowych bądź aktywności fizycznej i pozostawania pod opieką specjalistycznej poradni bądź lekarza.

Badanie autorskie wykazało, iż najczęściej występującymi chorobami współistniejącymi - zarówno przed zawałem serca, jak i po nim - były choroby naczyń krwionośnych - nadciśnienie tętnicze i miażdżycy oraz cukrzyca i zawyżony wskaźnik BMI. Podobną obserwację w swoim badaniu poczynili Błaszczuk i wsp., [9] podkreślając jednocześnie znaczenie nadciśnienia tętniczego jako czynnika ryzyka wystąpienia zawału mięśnia sercowego. Nałogi, zwłaszcza nikotynowy, oraz nieprawidłowe nawyki żywieniowe stanowią istotny czynnik wpływający na jakość życia pacjentów po zawale [8]. Autorzy raportu Narodowego Instytutu Zdrowia

Publicznego zwracają uwagę na istotne znaczenie zmiany trybu życia pacjentów kardiologicznych celem prewencji wtórnego zawału serca [4]. Ich zdaniem w pierwszej kolejności należy skupić się na konieczności zaprzestania przez pacjentów palenia tytoniu oraz wyrobieniu nawyku regularnego pomiaru ciśnienia tętniczego krwi. Tymczasem wyniki autorskiego badania ankietowego pozwalają wywnioskować, że ponad połowa respondentów (56,7%) była nałogowymi konsumentami nikotyny w chwili przebycia zawału serca, a 48,3% pacjentów pozostało aktywnymi palaczami. Oznacza to, że zaledwie co siódma osoba zrezygnowała z nałogu, który predestynuje do chorób sercowo-naczyniowych. Biorąc pod uwagę różnicę czasu między badaniem na cele niniejszej pracy a badaniami Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego [4]- to jest osiem lat - brak wystąpienia tendencji wzrostowej w zakresie świadomości pacjentów kardiologicznych co do zagrożenia niesionego przez nałóg nikotynowy - bądź ignorowanie tego zagrożenia - stanowi istotny problem. Jeżeli nie uda się wpłynąć na postawę pacjentów poprzez edukowanie ich w tym zakresie, nie uda się osiągnąć poprawy jakości ich zdrowia, a co za tym idzie - życia.

Szyguła-Jurkiewicz i wsp. [8] sugerują zwiększyć aktywność fizyczną i wdrożyć poradnictwo w zakresie prawidłowej diety i kontroli masy ciała pacjentów. Autorskie badanie kwestionariuszowe potwierdza spostrzeżenia autorów raportu. Jak zbadano za pomocą ankiety, spośród osób, które deklarują dostosowanie się do wszelkich zaleceń lekarskich celem uniknięcia ponownego zawału mięśnia sercowego, dziesięciu respondentów stwierdziło, że nie odżywia się zdrowiej, niż przed zawałem. Spośród 50 respondentów, którzy deklarują wdrażanie wszelkich zaleceń lekarskich celem prewencji zawału mięśnia sercowego, 36 potwierdza zmianę nawyków żywieniowych na zdrowsze. Jednocześnie 10 osób deklaruje, że nie zmieniło nawyków dietetycznych na zdrowsze.

Łuczak i Posłuszna-Owczar [10] podkreślają znaczenie rehabilitacji kardiologicznej jako czynnika wpływającego na jakość życia. Ich badania wskazują na lepszą jakość życia pacjentów, którzy mieli dostęp do rehabilitacji i z niej skorzystali. Opublikowany w 2014 roku raport, oparty o Narodową Bazę Danych Zawałów Serca [4] przedstawia dane opisujące dostęp pacjentów do rehabilitacji kardiologicznej. Z publikacji wynika, iż rehabilitacji poddano 22% badanych. W porównaniu do tych wyników odnotowujemy więc zauważalny progres - udział w rehabilitacji w kwestionariuszu autorskim potwierdza 31,7% badanych. Bazując na wynikach autorskich można wnioskować, iż na rehabilitację kardiologiczną częściej decydują się kobiety (40% spośród respondentek) niż mężczyźni (27,5% badanych). Jednocześnie problemem pozostaje niska dostępność rehabilitacji kardiologicznej dla mieszkańców terenów wiejskich i miejscowości do 100 tys. mieszkańców [4]. Niespełna co trzeci ankietowany przyznaje, że

uczestniczył w rehabilitacji kardiologicznej, której nie podjęło pozostałych 68,3% badanych. Rehabilitację podjęło 16 kobiet i 22 mężczyzn. Biorąc pod uwagę, iż w badaniu ankietowym w ogóle udział wzięło 80 mężczyzn i 40 kobiet, to one - jeśli chodzi o płeć respondentów - częściej decydowały się na rehabilitację. W odniesieniu do wieku najliczniejszą grupę rehabilitowanych pacjentów stanowią badani z przedziału 51-60 lat, następnie młodszy o dekadę. Zaledwie co piąty respondent udzielający na to pytanie odpowiedzi twierdzącej zamieszkuje obszar liczący poniżej 100 tysięcy mieszkańców (miasto lub wieś).

Badanie pozwoliło wyłonić dwa istotne czynniki wpływające pozytywnie na jakość życia pacjentów po zawale mięśnia sercowego. Są nimi: wpływ życia duchowego oraz rodziny i przyjaciół. Między poczuciem wsparcia od rodziny i przyjaciół a jakością życia wystąpiła bardzo wyraźna zależność - respondenci oceniający jakość swojego życia najniżej zadeklarowali brak takiego wsparcia; jednocześnie aż 80% respondentów oceniających jakość życia w najwyższy możliwy sposób deklarowało wsparcie bliskich. Im wyższa ocena jakości życia, tym większy odsetek ankietowanych potwierdził wsparcie bliskich w istotnym dla niniejszej pracy okresie życia respondentów. Znajduje to odzwierciedlenie w popularnej maksymie, powtarzanej przez pacjentów i regularnie używanej we wszelkiego rodzaju kampaniach społecznych popularyzujących profilaktykę chorób – „masz dla kogo żyć”. Podobną tendencję, choć w znacznie mniejszej skali, daje się zaobserwować w oparciu o odpowiedzi udzielone na pytanie o wpływ życia duchowego na odczuwaną jakość życia. Utrudnieniem w badaniu wpływu życia duchowego (religijnego) na jakość życia pacjentów po zawale mięśnia sercowego była niechęć respondentów do udzielenia odpowiedzi bądź obojętny stosunek do tej kwestii. „Nie mam zdania” stanowiło najpopularniejszą odpowiedź wśród osób deklarujących jakość swojego życia jako złą lub niezadowalającą; jednocześnie w obu grupach żaden z uczestników badania nie udzielił na to pytanie odpowiedzi twierdzącej. Zauważalną zmianę odnotowuje się w przypadku kolejnych odpowiedzi - już „umiarkowana jakość życia” zawiera odpowiedzi twierdzące na pytanie o wpływ życia duchowego na okres rekonwalescencji. „Zgadza się” stanowi najpopularniejszą odpowiedź w grupach jakości zadowalającej i dobrej; w grupie „umiarkowanej” niemal co drugi respondent nie udzielił precyzyjnej odpowiedzi na to pytanie, jednakże „zgadzam się” stanowiło odpowiedź dwukrotnie popularniejszą od zaprzeczenia wpływu życia duchowego na jakość życia w ogóle. Nieświadomość co do stanu własnego zdrowia, niezrozumienie choroby i bagatelizowanie czynników pogłębiających jej objawy i skutki prowadzą w konsekwencji do obniżenia oceny jakości życia u pacjentów po zawale mięśnia sercowego. Istotne, aby jak najszybciej po przebyciu zawału pacjent zdał sobie sprawę ze zmian, jakie ten incydent wywołał w jego życiu

i umiejętnie się do nich dopasował. Uświadomienie go i edukowanie w pierwszej kolejności należy do personelu pielęgniarskiego, który sprawuje nad nim opiekę. Ważne, aby pacjent miał świadomość istnienia rehabilitacji kardiologicznej i płynących z niej kompleksowych korzyści. Rolą pielęgniarki jest uświadomienie go w tej kwestii, zachęcenie do podjęcia rehabilitacji i umożliwienie tego poprzez wskazanie odpowiednich ośrodków. Biorąc pod uwagę dominujący wpływ rodziny i przyjaciół pacjentów na ocenianie przez nich w sposób dodatni jakości życia, pielęgniarki powinny angażować bliskich pacjenta w jego proces terapeutyczny w możliwie wysokim stopniu.

Wnioski.

1. Zawał mięśnia sercowego może powodować spadek satysfakcji z życia; w perspektywie długoterminowej negatywna ocena jakości życia dotyczy co czwartego respondenta.
2. Do czynników wpływających dodatnio na jakość życia pacjentów po zawale mięśnia sercowego należą: ograniczenie bądź eliminacja objawów tożsamyh z odczuwanymi podczas zawału serca; stosowanie się do zaleceń lekarskich w zakresie przyjmowania leków, diety, ograniczenia nałogów; dbałość o życie duchowe; uczestnictwo w rehabilitacji kardiologicznej.
3. Najbardziej wyrazistym czynnikiem wpływającym na jakość życia pacjentów po zawale mięśnia sercowego pozostaje wsparcie rodziny i przyjaciół pacjenta w okresie rekonwalescencji.
4. Do zadań pielęgniarskich, mogących wpłynąć na poprawę jakości życia pacjentów po zawale mięśnia sercowego należą: włączenie rodziny pacjenta do szeroko rozumianego zespołu terapeutycznego; edukacja w zakresie prawidłowego stylu życia; uświadomienie konsekwencji nieprawidłowego stylu życia, korzyściach płynących z KRK i umożliwienie kontaktu z placówką prowadzącą tego typu rehabilitację.

Piśmiennictwo

1. Koberda P., Stodolska - Koberda U. Rozwój psychiki u osób dorosłych a etiologia chorób cywilizacyjnych. *Choroby Serca i Naczyń*. 2008; 12(6): 37- 44
2. Sawicka K., Grządka A., Łuczyk R. et. al. Świadomość czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca u osób po zawale mięśnia sercowego. *Journal of Education, Health and Sport* 2016; 6(12): 795 - 816
3. Cierniak-Piotrowska M., Marciniak G., Stańczak J. Statystyka zgonów i umieralności z powodu chorób układu krążenia [w:] Strzelecki Z., Szymborski J. *Zachorowalność i umieralność na choroby układu krążenia a sytuacja demograficzna Polski*. Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2015: 21
4. Występowanie, leczenie i prewencja wtórna zawałów serca w Polsce. *Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny*. Warszawa, Zabrze, Gdańsk 2014: 14-26

5. Niedolaz K., Hałas K., Kaźmierczak-Dziuk A. Postępowanie z chorym po zawale serca. *Pediatrics i Medycyna Rodzinna* 2011; 7 (3): 186-198
6. WHO. Tools and toolkits [online]. Dostępny w Internecie: <https://www.who.int/tools/whoqol> [dostęp: 06.10.2022]
7. Centers for Disease Control and Prevention. Dostępny w Internecie: <https://www.cdc.gov/hrqol/index.htm> [dostęp: 06.10.2022]
8. Szyguła - Jurkiewicz B., Kowalska M., Mościński M., Jakość życia jako element oceny stanu zdrowia i efektywności leczenia chorych ze schorzeniami układu sercowo - naczyniowego. *Folia Cardiologica Excerpta* 2011; 6 (1): 62-71
9. Błaszczak I., Uchmanowicz I., Jankowska - Polańska B., Lisiak M., Obiegło M. Jakość życia pacjentów po zawale mięśnia sercowego. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia*, Wrocław 2012; 1 (4): 76-80
10. Łuczak M., Posłuszna - Owcarz M. Rehabilitacja kardiologiczna czynnikiem poprawy jakości życia chorych po przebytych zawale mięśnia sercowego [w:] *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*, Wydawnictwo Państwowej Akademii Nauk Stosowanych we Włocławku, Włocławek 2016; 4 (1)

AKCEPTACJA CHOROBY U PACJENTÓW PODDAWANYCH CHEMIOTERAPII Z POWODU NOWOTWORU JELITA GRUBEGO

MAŁGORZATA FRAŚ, BEATA KUDŁACIK, JOANNA PALKI, KORNELIA SKOCZYŁAS,
KATARZYNA KROCZEK, BOGUSŁAWA RYŚ

Wstęp. Nowotwory złośliwe stanowią narastający problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny w Polsce. Rak jelita grubego (okrężnicy) w Polsce plasuje się w grupie nowotworów na 3. miejscu w przypadku mężczyzn i 4. w przypadku kobiet (według danych z 2020r.). Zachorowalność na ten nowotwór powoli ale systematycznie wzrasta. W 2020 roku raka okrężnicy rozpoznano u 9344 osób, w tym 4978 mężczyzn i 4366 kobiet. Pod względem śmiertelności rak jelita grubego zajmuje wśród wszystkich nowotworów 2. pozycję u mężczyzn oraz 3. u kobiet. W 2020 roku odnotowano 7950 zgonów z tego powodu (mężczyźni - 4415; kobiety - 3535) [1].

Przystosowanie do choroby nowotworowej przejawia się w umiejętności radzenia sobie z chorobą, jej następstwami oraz ze zmianami jakości życia. W leczeniu choroby nowotworowej bardzo istotną rolę pełni psychoonkologia ułatwiająca akceptację trudnej sytuacji związanej z chorobą [2,3].

Proces akceptacji choroby przebiega w wymiarach emocjonalnym oraz poznawczo-behawioralnym. [3,4,5]. Do czynników, które mogą przyczynić się do szybszego, a także łatwiejszego przystosowania do choroby nowotworowej zalicza się rozwijanie zasobów osobistych, optymistyczne nastawienie do życia, przyjęcie postawy tolerancji wobec negatywnych skutków choroby i leczenia oraz umiejętność mobilizowania się w sytuacjach trudnych [6].

Cel pracy Celem pracy była ocena akceptacji choroby u pacjentów poddawanych chemioterapii z powodu nowotworu jelita grubego.

Materiały i metody Badania przeprowadzono w okresie od stycznia 2020 do marca 2020 roku w grupie pacjentów leczonych chemioterapią z powodu nowotworów jelita grubego Oddziału Onkologicznego i Hematoonkologicznego. Przed przystąpieniem do badań uzyskano pisemne zgody Dyrekcji Placówki oraz zgodę na wykorzystanie Skali Akceptacji Choroby (AIS) Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

Badaniem objęto 95 pacjentów z nowotworem jelita grubego leczonych metodą chemioterapii w warunkach szpitalnych, którzy wyrazili zgodę na udział w badaniach. Do pomiaru akceptacji choroby zastosowano kwestionariusz Skali Akceptacji Choroby (AIS) oraz autorski kwestionariusz ankiety, który posłużył do zebrania informacji na temat zmiennych socjo-

demograficznych oraz przebiegu leczenia. Walidowana skala AIS zawierała osiem stwierdzeń opisujących trudności i ograniczenia spowodowane chorobą do których pacjent odnosił się opisując swój aktualny stan w skali pięciostopniowej. Zdecydowana zgoda (ocena 1) oznaczała złe przystosowanie do choroby, natomiast zdecydowany brak zgody (ocena 5) oznaczał akceptację choroby. Suma uzyskanych przez badane osoby punktów stanowiła ogólną miarę stopnia akceptacji swojej choroby. Ankietowani mogli uzyskać wynik w przedziale 8–40 punktów, przy czym im niższy wynik, tym niższa akceptacja choroby. Uzyskanie ogólnego wyniku w przedziale 8-18 pkt oznaczał brak akceptacji choroby, 19-29 pkt. średnią akceptację a wyniki powyżej 30 pkt wysoki poziom akceptacji choroby.

Badania przeprowadzano indywidualnie i każdy respondent przed przystąpieniem do badania został poinformowany o ich celu, poufności i anonimowości, a także o tym, że uzyskane wyniki zostaną wykorzystane wyłącznie do celów naukowych.

Wyniki. W badaniach wzięło udział 95 pacjentów. Mężczyźni stanowili 52,6% (n=50) badanej grupy natomiast kobiety 47,4% (n=45). W badanej grupie dominowały osoby w wieku 60-69 lat 33,7% (n=32). Większość ankietowanych mieszkała na wsi 51,6% (n=49), zdecydowana większość z rodziną 87,4%. Ponad połowę respondentów stanowiły osoby z wykształceniem zawodowym i średnim 62,1% (n=59). Tabela I.

Tabela I. Charakterystyka badanej grupy i akceptacja choroby

Zmienna	n	%	AIS		p	
			M	SD		
Płeć	kobieta	45	47,4	20,4	5,6	0,0090*
	mężczyzna	50	52,6	23,4	5,6	
Miejsce zamieszkania	miasto	46	48,4	22,7	5,9	0,3636*
	wieś	49	51,6	21,3	5,7	
Stan cywilny	panna/kawaler	9	9,5	21,1	5,0	0,6370***
	mężatka/żonaty	56	58,9	22,6	5,8	
	wdowa/wdowiec	12	12,6	21,3	5,7	
	rozwidziona/rozwidziony	8	8,4	19,8	6,4	
Sytuacja mieszkaniowa	związek nieformalny	10	10,5	22,2	6,7	0,7949*
	mieszka samotnie	12	12,6	21,4	5,8	
Wykształcenie	mieszka z rodziną	83	87,4	22,1	5,8	0,0519 **
	podstawowe	21	22,1	23,1	5,3	
Aktywność zawodowa	zawodowe	30	31,6	23,5	6,3	
	średnie	29	30,5	19,6	6,2	
	wyższe	15	15,8	22,2	2,9	
Sytuacja finansowa	osoba czynna zawodowo	20	21,5	23,5	6,59	0,18**
	emeryt/emerytka	46	48,4	22,5	5,85	
	rencista/rencistka	28	29,5	20,3	5,23	
Sytuacja finansowa	bardzo dobra	8	8,4	23,0	5,1	0,54**
	dobra	37	39,0	21,1	6,1	

	przeciętna	35	36,8	22,8	5,9
	zła	15	15,8	21,6	5,3

Legenda: n - liczebność grupy, % - procent, AIS – Skala Akceptacji Choroby, M - średnia, SD – odchylenie standardowe, p – poziom istotności, *Test U Manna-Whitney'a, **WspółczynnikTau Kendalla, ***Test Kruskala-Wallis

Zdecydowana większość respondentów leczyła się z powodu nowotworu jelita grubego około pięciu lat 87,4% (n=83). Wszyscy ankietowani udzielili twierdzącej odpowiedzi na pytanie dotyczące niekorzystnego wpływu chemioterapii na wygląd zewnętrzny a wśród objawów wymieniano najczęściej utratę włosów i spadek masy ciała (55,8%; n=53 vs 42,1%; n=40). Najniższy stopień akceptacji choroby w tej grupie wykazały osoby, u których wystąpiła utrata włosów (M=21,2), a najwyższy osoby u których wystąpiła utrata wagi (M=23,6).

Objawy uboczne związane ze stosowaniem chemioterapii wymieniane przez badanych to: nudności, wymioty, biegunki, zaparcia, zaburzenia snu, brak apetytu, duszności, ból, wzdęcia, zapalenie błony śluzowej jamy ustnej oraz ogólne osłabienie. Do najczęściej występujących objawów związanych ze stosowaniem chemioterapii badani zaliczali: nudności 95,8% (n=91), zaburzenia snu 83,2% (n=79) oraz brak apetytu 70,5% (n=67). Analiza statystyczna wykazała, że na obniżenie poziomu akceptacji choroby istotnie wpływały takie objawy jak: wymioty (p=0,0047), ból (p=0,0000) oraz zapalenie błony śluzowej jamy ustnej (p=0,0041) Tabela II.

Tabela II. Okoliczności towarzyszące akceptacji choroby

Zmienna		AIS		p
		M	SD	
Długość leczenia	mniej niż 5 lat	22,3	5,8	p=0,0239*
	powyżej 5 lat	16,0	3,6	
Zmiany w wyglądzie zewnętrznym	utrata wagi	23,6	5,9	0,0541*
	utrata włosów	21,2	6,1	0,1263*
	problemy skórne	22,7	6,2	0,5886*
Objawy uboczne związane ze stosowaniem chemioterapii	nudności	21,8	5,9	0,1298**
	wymioty	23,3	5,1	0,0047**
	biegunka	21,6	6,6	0,4544**
	zaparcia	22,1	5,1	0,8421**
	zaburzenia snu	21,8	5,8	0,6468**
	brak apetytu	21,7	6,4	0,3500**
	duszności	21,2	4,9	0,6260**
	ból	19,2	4,9	0,0000**
	wzdęcia	22,5	4,2	0,5014**
	osłabienie	22,7	6,1	0,5254**
zmiany w jamie ustnej	15,7	4,2	0,0041**	

Legenda: n - liczebność grupy, % - procent, AIS – Skala Akceptacji Choroby, M - średnia, SD – odchylenie standardowe, p – poziom istotności, *Test U Manna-Whitney'a, **WspółczynnikTau Kendalla, ***Test Kruskala-Wallis

Analiza wyników badań za pomocą skali AIS wykazała, że poziom akceptacji choroby

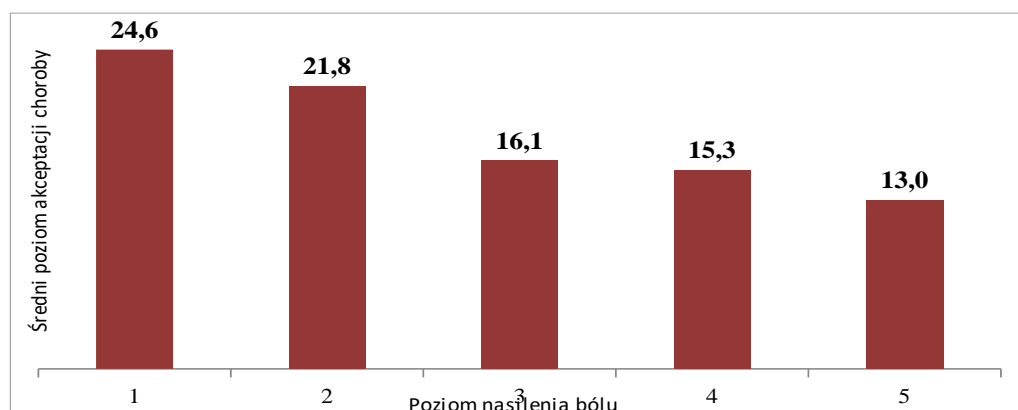
nowotworowej u wszystkich ankietowanych pacjentów poddawanych chemioterapii utrzymywał się na średnim poziomie 62,1% (n=59). Średnia poziomu akceptacji choroby w grupie mężczyzn wynosiła M=24, a w grupie kobiet M=21. Analiza statystyczna potwierdziła, że kobiety istotnie częściej wykazywały niższy poziom akceptacji choroby niż mężczyźni (p=0,0090) Tabela I i III.

Tabela III. Akceptacja choroby (AIS) według płci.

Poziom akceptacji choroby określony za pomocą AIS	Kobiety		Mężczyźni	
	n	%	n	%
poziom niski	17	37,8	8	16,0
poziom średni	25	55,5	34	68,0
poziom wysoki	3	6,7	8	16,0

Legenda: AIS – Skala Akceptacji Choroby, n- liczebność grupy, %- procent

Poziom akceptacji choroby u pacjentów z nowotworem jelita grubego, chorujących dłużej niż 5 lat był istotnie statystycznie niższy niż u pacjentów chorujących krócej (p=0,0239) Tabela II. Badani oceniali swoje dolegliwości bólowe według skali NRS od 0 do 10, poziom bólu określany przez wszystkich ankietowanych znajdował się w przedziale od 1-5. Poziom akceptacji choroby u osób, które wartość dolegliwości bólowych oceniały na 1, wynosił 24,6 pkt, natomiast poziom akceptacji choroby badanych oceniających swoje dolegliwości bólowe na poziomie 5, wynosił 13 pkt. (Rycina 1).



Rycina 1. Poziom nasilenia dolegliwości bólowych a akceptacja choroby

Analiza statystyczna wyników badań potwierdziła, że pacjenci odczuwający większe dolegliwości bólowe istotnie statystycznie częściej wykazywali niższy poziom akceptacji choroby niż pacjenci, u których odnotowano niższy poziom bólu (p<0,0001) (Tabela II).

Podobny poziom akceptacji choroby nowotworowej w badanej grupie wykazywały zarówno osoby mieszkające z rodziną jak i osoby mieszkające bez rodziny (M=22,1 vs M=21,4).

Natomiast najwyższy poziom akceptacji uzyskali badani będący w związkach małżeńskich $M=22,6$ (Tabela I i II).

Analiza badań wykazała natomiast, że wykształcenie ankietowanych ($p=0,0519$), ich sytuacja mieszkaniowa ($p=0,7949$), aktywność zawodowa ($p=0,18$) oraz sytuacja finansowa ($p=0,54$), stan cywilny ($p=0,6370$) i miejsce zamieszkania ($p=0,3636$) jak również zmiany w wyglądzie zewnętrznym pacjentów związane ze stosowaniem chemioterapii ($p>0,05$) nie miały istotnego statystycznie wpływu na poziom akceptacji raka jelita grubego Tabela I i II.

Dyskusja. Postawa pacjenta leczonego chemioterapią dotycząca akceptacji choroby nowotworowej jest zależna od wielu czynników takich jak osobowość chorego, jego akceptacja i odczuwane wsparcie od osób najbliższych oraz umiejętność radzenia sobie z problemami zdrowotnymi. Zaakceptowanie choroby stwarza poczucie bezpieczeństwa, ma wpływ na wzrost zaufania pacjenta do personelu medycznego oraz do metody leczenia. Pacjent wtedy chętniej bierze aktywny udział w terapii, wykazuje optymistyczne i pełne nadziei podejście do życia.

W badaniach własnych średni poziom akceptacji choroby (skala AIS) u wszystkich badanych pacjentów, poddawanych chemioterapii z powodu nowotworu jelita grubego, utrzymywał się na średnim poziomie $M=20,4$ u kobiet oraz $M=23,4$ u mężczyzn. Podobne wyniki przedstawiły też w swoim doniesieniu Ruszkiewicz i Kreft gdzie $M=22,5$ w całej badanej grupie. W badaniach Kapeli i wsp. średni poziom akceptacji choroby w badanej grupie chorych na raka jelita grubego, również znajdował się na średnim poziomie choć bliżej górnej granicy przedziału $M=28,4$ u 63,7% [3, 7].

Badania własne wykazały jednak, że poziom akceptacji choroby był istotnie statystycznie wyższy w grupie mężczyzn ($p=0,0090$). Inaczej niż w badaniach Wardas [8], gdzie wykazano niską akceptację choroby u 52,5% mężczyzn z rozpoznaniem raka jelita grubego. Podobne wyniki jak Wardas uzyskała też Kaleta-Pilarska wykazując niską akceptację choroby u ponad 50 % badanych mężczyzn z rozpoznaniem raka jelita grubego [9].

Liczne badania na poziom akceptacji choroby wpływają różnorodne czynniki, zarówno fizyczne, psychiczne jak i społeczne [3, 7, 10-14].

Zielińska-Więczkowska i Betlakowski potwierdzają, że chemioterapia wpływa negatywnie na stan emocjonalny pacjentów głównie ze względu na efekty niepożądane, wśród których pacjenci najczęściej wymieniali zmęczenie, trudności ze snem, ból i nudności [15].

W badaniach własnych również wykazano, że najczęściej występującymi objawami były wymioty ($p=0,0047$), ból ($p=0,0000$) oraz zapalenia błony śluzowej jamy ustnej ($p=0,0041$). Ponadto pacjenci odczuwający większe dolegliwości bólowe, w skali NRS, istotnie częściej wykazywali niższy poziom akceptacji choroby niż pacjenci, u których odnotowano niższy

poziom bólu ($p < 0,0001$).

W badaniu własnym podobnie jak w doniesieniach Kołpy i wsp. oraz Kalety-Pilarskiej nie stwierdzono statystycznie istotnej zależności pomiędzy akceptacją choroby a poziomem wykształcenia i warunkami mieszkaniowymi badanych [9,16].

Podobnie Łuczyk i wsp. badający akceptację choroby w grupie kobiet leczonych z powodu nowotworu piersi dowiedli, że poziom akceptacji choroby nie był u nich zależny od wieku, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego. Natomiast zmienną istotnie różnicującą poziom akceptacji choroby w badaniach Łuczyk i wsp. było wykształcenie - gorzej z chorobą radziły sobie kobiety z wykształceniem średnim [17].

Niekorzystny wpływ na stan emocjonalny pacjenta i akceptację choroby mają rokowania, wiek oraz relacje rodzinne. Choroba nowotworowa ma także wpływ na społeczne funkcjonowanie pacjenta, a także na jego sferę fizyczną [7,10].

Pomimo tego, że w badaniach własnych zaobserwowano podobny poziom akceptacji choroby u osób mieszkających samodzielnie jak i z rodziną to nie trudno zgodzić się z Ruszkiewicz i Kreft, które zwracają uwagę na dwa możliwe źródła zwiększenia poziomu akceptacji choroby. Po pierwsze przystępny i rzetelny sposób przekazywania wiedzy pacjentowi na temat leczenia nie wzbudzający zbędnych negatywnych emocji a po drugie obecność ważnych i bliskich choremu osób niwelująca poczucie osamotnienia oraz izolacji [3].

W celu osiągnięcia wysokiego poziomu akceptacji choroby istotna jest współpraca instytucji medycznych, rodziny, przyjaciół, ale również indywidualne podejście osoby chorej, jej nastawienie styl życia i warunki psychospołeczne i fizyczne. Dzięki wszechstronnej opiece, akceptacja choroby nowotworowej z pewnością osiągnie znacznie większy poziom [18].

Ponadto istotne wydaje się holistyczne podejście do podejmowanych działań diagnostyczno – terapeutycznych i współpraca specjalistów w celu zagwarantowania pacjentowi profesjonalnej opieki. Określanie poziomu akceptacji chorób może mieć istotne znaczenie w ustalaniu determinantów kształtujących zachowania pacjentów podczas leczenia oraz proponowaniu sposobów monitorowania stanu zdrowia w przebiegu raka jelita grubego i doskonalenia zaleceń profilaktycznych [9].

Wnioski.

1. Akceptacja choroby w badanej grupie utrzymywała się na średnim poziomie.
2. Działania uboczne chemioterapii odczuwane przez pacjentów obniżały poziom akceptacji choroby. Wsparcie rodziny i personelu medycznego może podnieść poziom akceptacji choroby wśród pacjentów.

Piśmiennictwo

1. Wojciechowska U, Barańska K, Michałek I. i wsp. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2020 roku. Krajowy Rejestr Nowotworów, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2022. [dostęp w dniu 20.05.2023r. https://onkologia.org.pl/sites/default/files/publications/2023-01/nowodwory_2020.pdf].
2. Rogala D, Mazur A, Maślińska M. i wsp. Przystosowanie do choroby nowotworowej u pacjentek z rakiem szyjki macicy. *Pielęgniarstwo Polskie*. 2016; 60(2): 70–174.
3. Ruszkiewicz M, Kreft K. Korelaty akceptacji choroby w grupie pacjentów onkologicznych. *Psychologia* 2017, 21 (2): 37-44.
4. Pasek M, Dębska G. Interdyscyplinarna opieka nad pacjentem z chorobą nowotworową. Wydawnictwo Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne Sp. z o.o. – Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2011, s.23-27.
5. Smoleń E, Jarema M, Hombek K. Akceptacja i przystosowanie do choroby u pacjentów leczonych onkologicznie, *Problemy Pielęgniarstwa* 2018; 26 (1): 37–43.
6. Skiba M, Duda S, Nowak D. Zachowania zdrowotne a poczucie własnej skuteczności i kontrola emocji u pacjentów z chorobami nowotworowymi, *Hygeia Public Health* 2018, 53(4): 363-370.
7. Kapela I, Bąk E, Sylwia A. i wsp. Ocena poziomu akceptacji choroby i satysfakcji z życia u chorych na raka jelita grubego leczonych chemioterapią, *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2017, 26(1): 53–61.
8. Wardas M. Relationship between the degree of illness acceptance and depression, anxiety in women with breast cancer and men with colorectal cancer. *Palliat. Med. Pract.* 2020; 14(3): 141-148.
9. Kaleta-Pilarska A. Akceptacja choroby u pacjentów z rakiem jelita grubego. *Ann. Acad. Med. Siles.* 2022; 76: 47-52.
10. Cohn M, Fredrickson B, Brown S, Mikels J, Conway A. Happinessunpaced: Positive emotions increase life satisfaction by building resilience. *Emotion* 2009;9:364-8
11. Szwat B, Słupski W, Krzyżanowski D. Sposoby radzenia sobie z chorobą nowotworową, a poczucie depresji i nasilenie bólu u chorych objętych opieką paliatywną. *Piel. Zdr.Publ.*2011, I, 1: s.35-41.
12. Ogińska-Bulik N. Potraumatyczny rozwój w chorobie nowotworowej- rola prężności. *Polskie Forum Psychologiczne* 2010; 15(2): 125-139
13. Osmańska M, Borkowska A, Makarewicz R. Ocena jakości życia, nasilenia cech lęku i depresji u pacjentów ze złośliwym zarodkowym nowotworem jądra w trakcie chemioterapii i po zakończonym leczeniu onkologicznym. *Psychiatria Polska* 2010, 54(4): 543–556 .
14. Araszkievicz A, Bartkowiak W, Starzec W. Zaburzenia lękowe w chorobie nowotworowej. *Psychiatr. Prakt. Ogólnolek.* 2004; 4 (4): 157–166
15. Zielińska-Więczkowska H, Betlakowski J. Jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową poddanych chemioterapii. *Współcz Onkol.* 2010;14(3): 276–228.
16. Kołpa M, Wywrot-Kozłowska B, Jurkiewicz B. i wsp. Czynniki determinujące akceptację i przystosowanie do choroby nowotworowej. *Pielęg. Chir. Angiol.* 2015; 3: 165-169.
17. Łuczyk M, Pietraszek A, Łuczyk R. i wsp. Akceptacja choroby w grupie kobiet leczonych chirurgicznie z powodu nowotworu piersi. *Journal of Education, Health and Sport*, 2015; 5(9):569-576.
18. Smoleń E, Jarema M, Hombek K. Akceptacja i przystosowanie do choroby u pacjentów leczonych onkologicznie, *Problemy Pielęgniarstwa* 2018; 26 (1): 37–43.

ROLA PIELEŃNIARKI W OPIECE OKOŁOOPERACYJNEJ NAD PACJENTEM Z KAMICĄ PĘCHERZYKA ŻÓLCIOWEGO-STUDIUM PRZYPADKU

PAULINA WIESZCZEK, PATRYCJA CZYŻ

Wstęp. Kamica pęcherzyka żółciowego to choroba w której w pęcherzyku żółciowym dochodzi do powstawania kryształków, które następnie łączą się tworząc złoگی. Przyczyną ich powstawania jest nadmiar cholesterolu lub wapnia w żółci spowodowane dużym wydzielaniem cholesterolu lub za małą ilość kwasów żółciowych. Złoگی przybierają wielkość nawet do 2-3 cm. Jeżeli chodzi o skład złoگوی wyróżniamy cholesterolowe, barwnikowe i mieszane [1]. Jest to częsta choroba dotyczy ona nawet 10-15% całego społeczeństwa. W Polsce w większości bo aż w 80% spotykamy się z kamieniami o charakterze cholesterolowym lub mieszanym. W Azji i Afryce przeważają kamienie barwnikowe składające się głównie z bilirubinianu wapnia [2]. Do czynników wpływających na ryzyko wystąpienia kamicy pęcherzyka żółciowego zaliczamy płeć, kobiety chorują 4-krotnie częściej niż mężczyźni. Kolejnym czynnikiem jest wiek, co prawda kamica pęcherzyka żółciowego może wystąpić w każdym wieku jednak najwięcej zachorowań występuje po 50 roku życia. Złe nawyki żywieniowe takie jak dieta obfita w cholesterol, ubogoresztkowa, głodzenie się. Czynnikiem ryzyka są też nasze predyspozycje genetyczne, otyłość, szybka utrata masy ciała, ciąża, cukrzyca, mukowiscydoza, przewlekła hemoliza, bakteryjne lub pasożytnicze przewlekłe zapalenie dróg żółciowych, marskość wątroby. Poprzez przyjmowanie niektórych leków takich jak np. tabletki antykoncepcyjne, somatostatyna, ceftriakson możemy również zwiększyć ryzyko wystąpienia kamicy pęcherzyka żółciowego [3]. Kamicę pęcherzyka żółciowego możemy podzielić na dwie grupy objawową i bezobjawową. Tylko 10-30% pacjentów zalicza się do grupy objawowej kamicy pęcherzyka żółciowego u reszty przez wiele lat nie występują żadne objawy, a o chorobie dowiadują się przypadkiem w trakcie badań diagnostycznych pod innym kątem. Najbardziej charakterystycznym objawem kamicy pęcherzyka żółciowego jest tzw. kolka żółciowa. Jest to ból zlokalizowany pod prawym łukiem żebrowym często promieniującym do łopatki czy pleców. Pojawia się zazwyczaj po tłustych i obfitych posiłkach. Może być o różnym nasileniu i trwać od 1 do 3 godzin. Napady te mogą się powtarzać się co jakiś czas. Spowodowany jest zablokowaniem przed złoگی wypływu żółci z pęcherzyka żółciowego i wzrostem ciśnienia wewnątrz niego [4]. Przez procesy zapalne w przebiegu kamicy pęcherzyka żółciowego mogą pojawić się objawy dyspepsji - po przyjęciu posiłku pełność w górnej części brzucha, odbijanie, nudności [5]. W badaniu palpacyjnym, gdy u pacjenta nie występują jeszcze dolegliwości bólowe, po naciśnięciu ręką okolic pęcherzyka

żółciowego przy wydechu następuje nagły ból, hamujący głęboki wdech, objaw ten nazywany jest objawem Murphy'ego. Do powikłania kamicy pęcherzyka żółciowego zaliczamy ostre i przewlekłe zapalenie pęcherzyka żółciowego, wodniaki i ropniaki pęcherzyka żółciowego, perforacja pęcherzyka z zapaleniem otrzewnej, zespół Mirizziego, żółtaczkę zaporową oraz ostre zapalenie trzustki [2]. Upośledzony odpływ żółci z pęcherzyka żółciowego spowodowany zaklinowaniem złożeń powoduje wzrost ciśnienia wewnątrz pęcherzyka, drażniące działanie żółci powoduje stan zapalny dodatkowo nasilany przez poruszające się złoże. Powiększający się pęcherzyk blokuje przepływ krwi i chłonki co prowadzi do niedokrwienia jego ścianek i martwicy [6]. Zazwyczaj objawia się bólem jak przy kolce żółciowej lecz trwa dłużej (6-12h), mogą występować nudności wymioty i podwyższona temperatura. W badaniach fizykalnych wyczuwalny jest charakterystyczny opór w prawym nadbrzuszu [4]. Złoże blokuje ujście żółci z pęcherzyka żółciowego powodują nawracające kolki żółciowe i powodują stan zapalny o różnym nasileniu. Poza kolkami objawia się również uczuciem ciężkości w dołku podsercowym, wzdęciami i nietolerancją tłustych pokarmów [4].

Materiał i metoda badawcza. W metodzie indywidualnego przypadku informacje na temat stanu bio-psycho-społecznego pacjentki zostały pozyskane przy wykorzystaniu takich technik jak: wywiad pielęgniarski, analiza dokumentacji, obserwacja, pomiar i badanie fizykalne. Zastosowany został wywiad indywidualny skategoryzowany z użyciem narzędzia w postaci kwestionariusza wywiadu. Pytania dotyczyły m.in. trybu przyjęcia, warunków socjalno-bytowych, ocenę stanu poszczególnych układów, chorób współistniejących, przyjmowanych leków, rodzaju stosowanej diety. Przeanalizowano całą dokumentację medyczną pacjentki tj. wynik badania USG jamy brzusznej, badań laboratoryjnych oraz kart z wcześniejszych pobytów w szpitalu. Kolejną techniką wykorzystaną była obserwacja. Korzystano z narzędzia wzroku i karty obserwacji pacjenta. Obserwacja przeprowadzana była podczas wykonywania procedur medycznych i w trakcie zbierania wywiadu. Pomiarów parametrów dokonano za pomocą przyrządów medycznych takich jak: ciśnieniomierz, termometr, pulsoksymetr oraz skala: natężenia bólu NRS, wydolności samoobsługowej Barthel, ryzyka wystąpienia odleżyn Norton, poziomu przytomności Glasgow, monitorowania wkłucia obwodowego Baxter. Wyniki zostały porównane z obowiązującymi normami. Badanie fizykalne chorej przeprowadzono za pomocą takich metod jak: oglądanie i obmacywanie (palpacja). Materiały zostały zebrane za wcześniejszą zgodą pacjentki w trakcie praktyk zawodowych na Oddziale Chirurgii Ogólnej Szpitala Powiatowego w Głogowie w terminie 31.01-04.02.

Cel. Celem pracy było zaprezentowanie profesjonalnej opieki pielęgniarskiej nad pacjentką z kamicią pęcherzyka żółciowego w oparciu o studium przypadku

Opis przypadku. Całościowa ocena stanu bio-psycho-społecznego:

Oddział: Chirurgia Ogólna; data przyjęcia: 10.02.2022; rozpoznanie lekarskie: kamica pęcherzyka żółciowego; tryb przyjęcia: planowy; schorzenia towarzyszące: cukrzyca; przebyte choroby i operacje: brak; leki stale przyjmowane: Formetic 500mg 2xdz.; zgłaszane dolegliwości - dyskomfort w nadbrzuszu, częste odbijania i zgaga bo obfitych posiłkach; ból o charakterze kolki, umiejscowiony w nadbrzuszu; ocena natężenia bólu wg skali NRS 8 pkt.; kategoria opieki pielęgniarskiej w dniu przyjęcia: I.

Układ krążenia: wartość RR 97/99 mmHg; tętno: 105 u/min; rytm: regularny; napięcie: prawidłowe; sinica: brak; obrzęki: brak; temperatura: 38,6; saturacja: 98 %.

Układ oddechowy: oddech: 14 o/min; sposób oddychania: samodzielny; kaszel: brak; zaleganie wydzieliny w drogach oddechowych: brak; duszność: brak.

Układ pokarmowy i stan odżywiania: ciężar ciała: 100 kg wzrost 158 cm BMI: 40,1 WHR 0.94; łaknienie: zmniejszone; pragnienie prawidłowe; dieta: brak zbilansowanej diety, pacjentka spożywa dużo produktów wysokoenergetycznych i przetworzonych; sposób odżywiania: doustnie; nudności: występują; wymioty: występują - treścią pokarmową i żółciową; dolegliwości dyspeptyczne: odbijania i zgaga; częstość oddawania stolca: 4x w tygodniu; konsystencja: normalna; zaparcia: brak; biegunka: brak.

Układ moczowo – płciowy: diureza dobową: prawidłowa; sposób wydalania moczu: fizjologiczny; nietrzymanie moczu: brak; menstruacja: brak.

Układ mięśniowo-szkieletowy: postawa ciała: prawidłowa; sprawność kończyn górnych: pełna; sprawność kończyn dolnych: pełna; zakres ruchów w stawach: pełny; ocena sprawności pacjenta: samodzielny; punktacja wg skali Barthel 100 punktów.

Układ nerwowy: orientacja: niezaburzona; świadomość: pełna; punktacja wg skali Glasgow: 15 punktów; chód: prawidłowy; mowa: prawidłowa, logiczna; sprawność umysłowa: myślenie: prawidłowe; pamięć: prawidłowa; uwaga: prawidłowa; sen: prawidłowy.

Skóra i błony śluzowe: jama ustna: bez zmian; zabarwienie: prawidłowe; zmiany skórne: brak; rany: brak; ryzyko powstania odleżyn wg skali Norton: 20 punktów; odleżyny: brak.

Stan emocjonalny: nastrój: wyrównany; reakcja pacjenta na chorobę: lęk o swój stan zdrowia; stosunek pacjenta do personelu: współpraca; nałogi: brak.

Zmysły: widzenie: prawidłowe; słyszenie: prawidłowe; zaburzenia równowagi: brak; alergie: brak.

Sytuacja rodzinno społeczna: Pacjentka E.K lat 63. Zamieszkująca wraz z mężem, synem i jego żoną oraz 2 wnukami w domu jednorodzinnym na wsi. Warunki mieszkaniowe bardzo dobre. Z zawodu szwaczka przemysłowa, lecz przez całe życie nie pracowała zawodowo tylko zajmuje się rodzinnym gospodarstwem rolnym. Pacjentka ma bardzo dobre relacje z całą rodziną i otrzymuje od niej duże wsparcie. Rodzina ma pełną wydolność opiekuńczą.

Sprawozdanie o stanie pacjentki.

Dzień 1: Pacjentka została przyjęta na oddział w trybie nagłym. W stanie średnim z podejrzeniem kamicy pęcherzyka żółciowego. Pacjentka zorientowana auto- i allopsychicznie. Temperatura ciała 38,6°C. Ciśnienie 130/80 tętno 105 u/min, oddech przyśpieszony 19/min. Pacjentka wymiotuje i zgłasza dolegliwości bólowe w całym nadbrzuszu oceniając je jako 8 w skali NRS. Zastosowano zimne okłady, podano leki na obniżenie temperatury ciała, przeciwbólowe i przeciwwymiotne zgodnie z kartą zleceń lekarskich. W związku z podjętymi działaniami nudności ustały, temperatura ciała 37,0°C, dolegliwości bólowe zmniejszone do 3 w skali NRS. Glikemia 130 mg/dl. Pobrano krew do badań laboratoryjnych. Przeprowadzono badanie USG. Pacjentka została zakwalifikowana do zabiegu operacyjnego w dniu jutrzejszym. Chora obawia się o swoje zdrowie, boi się zabiegu operacyjnego.

Dzień 2: Pacjentka przygotowana fizycznie i psychicznie do zabiegu operacyjnego. Temperatura ciała 36,7°C. Dolegliwości bólowe ocenione na 3 w skali NRS. O godzinie 10.00 pacjentka została przewieziona na blok operacyjny. Operacja została przeprowadzona metodą laparoskopową w znieczuleniu ogólnym. Z rany pooperacyjnej wyprowadzono dren i zastosowano drenaż ssący typu Redon. Opatrunek na ranie suchy, treść w zbiorniku krwista ok. 10 ml. Ciśnienie 129/84 mmHg. Pacjentka po zabiegu oddała mocz. Chora zgłasza dolegliwości bólowe w okolicy rany operacyjnej, określane jako 6. Po podaniu leków przeciwbólowych ból zmniejszył się do 2 w skali NRS. Glikemia 115 mg/dl. Wkłucie obwodowe bez cech zapalnych, 0 w skali Baxter. Podano leki analgetyczne i płyny infuzyjne zgodnie z kartą zleceń lekarskich. Pacjentka apatyczna, smutna z powodu braku kontaktu z najbliższymi.

Dzień 3: Pacjentka w pierwszej dobie po zabiegu. Opatrunek na ranie pooperacyjnej suchy. Dren z łoży pooperacyjnej został usunięty przez lekarza prowadzącego. Pacjentka nie zgłasza żadnych dolegliwości. Parametry życiowe: ciśnienie 130/85 mmHg, tętno 95/min i glikemia 150 mg/dl. Przeprowadzono edukację pacjentki na temat postępowania z raną pooperacyjną w warunkach domowych oraz stylu życia po zabiegu cholecystektomi. Pacjentka została

wypisana do domu w stanie ogólnym dobrym. Wyznaczono datę zgłoszenia się na ściągnięciu szwów i wizytę kontrolną.

Proces pielęgnowania. Pacjentka przed zabiegiem operacyjnym.

Diagnoza pielęgnarska I: Ból pod prawym łukiem żebrowym spowodowany wystąpieniem kolki żółciowej.

Cel: Zminimalizowanie bólu.

Interwencje pielęgnarskie:

- wyjaśnienie przyczyny występującego bólu,
- kontrola nasilenia bólu z użyciem skali NRS przed podaniem leków anelgetycznych i około 30 min po ich podaniu,
- podanie leków przeciwbólowych i rozkurczowych na zlecenie lekarza,
- podjęcie działań podnoszących próg bólu pacjenta (pomoc w przyjęciu wygodnej pozycji zmniejszającej napięcie mięśniowe, zapewnienie ciszy, spokoju i warunków do wypoczynku).

Ocena: Dolegliwości bólowe zostały zmniejszone z 8 do 5 w skali NRS.

Diagnoza pielęgnarska II: Lęk i niepokój pacjentki spowodowany postawieniem diagnozy lekarskiej i planowanym zabiegiem operacyjnym.

Cel: Niwelowanie lęku i niepokoju pacjentki

Interwencje pielęgnarskie:

- informowanie pacjentki o wszystkich planowanych i wykonywanych czynnościach w ramach przygotowania fizycznego do zabiegu operacyjnego, dokładna toaleta ciała, pępka, golenie miejsca operowanego.
- określenie oczekiwań w stosunku do pacjentki w zakresie współpracy w okresie okołoperacyjnym zgodnie z przyjętymi procedurami,
- umożliwienie kontaktu z lekarzem, anestezjologiem w celu zapoznania pacjentki z planem leczenia,
- zapewnienie pacjentki o stałej obserwacji jej stanu zdrowia przed grono specjalistów,
- wyjaśnienie wszelkich wątpliwości,
- okazanie chorej życzliwości, zrozumienia i wsparcia,
- nawiązanie pozytywnej relacji z pacjentką,
- zapewnienie telefonicznego kontaktu z rodziną,
- w razie konieczności podanie leków uspokajających na zlecenie lekarza.

Ocena: Lęk i niepokój pacjentki został zmniejszony.

Diagnoza pielęgnarska III: Gorączka spowodowana stanem zapalnym pęcherzyka żółciowego .

Cel: Obniżenie temperatury ciała pacjentki.

Interwencje pielęgnarskie:

- podanie leków przeciwgorączkowych na zlecenie lekarza,
- zastosowanie zimnych okładów,
- nawilżanie błon śluzowych jamy ustnej i warg,
- obserwacja reakcji organizmu na zastosowane leczenie, kontrola temperatury ciała co godzinę i odnotowywanie wyników w karcie,
- zmiana bielizny pościelowej i osobistej w razie potrzeby.

Ocena: Temperatura spadła do 37°C.

Diagnoza pielęgnarska IV: Ryzyko zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej spowodowane wymiotami.

Cel: Zapobieganie wystąpieniu zaburzeń wodno-elektrolitowych i złagodzenie wymiotów.

Interwencje pielęgnarskie:

- ułożenie pacjentki w pozycji półwysokiej lub wysokiej w celu zminimalizowania ryzyka zakrztuszenia,
- prowadzenie karty bilansu płynów,
- obserwacja pacjentki w kierunku objawów zaburzeń wodno-elektrolitowych,
- ocena stopnia odwodnienia pacjentki,
- pobranie krwi do badań laboratoryjnych,
- podanie na zlecenie lekarza dożylnych roztworów 0,9% NaCl lub płynów wieloelektrolitowych,
- obserwacja wymiocin - częstość występowania, kolor, konsystencja.

Ocena: Zaburzenia wodno-elektrolitowe nie wystąpiły. Wymioty ustały.

Pacjentka po zabiegu operacyjnym.

Diagnoza pielęgnarska V: Ból rany pooperacyjnej spowodowany traumatyzacją tkanek

Cel: Zmniejszenie dolegliwości bólowych.

Interwencje pielęgnarskie:

- czynności pielęgnacyjne przy pacjencie wykonywane synchronicznie i ostrożnie,
- pomoc w przyjęciu przez pacjenta pozycji zmniejszającej napięcie rany pooperacyjnej,
- kontrola nasilenia bólu według skali NRS,
- zapewnienie ciszy i spokoju do snu i odpoczynku,
- podanie leków przeciwbólowych na zlecenie lekarza.

Ocena: Dolegliwości bólowe zmniejszone z 6 do 2 w skali NRS.

Diagnoza pielęgnarska VI: Ryzyko infekcji rany pooperacyjnej spowodowane założonym drenem Redona.

Cel: Niwelowanie ryzyka zakażenia rany pooperacyjnej.

Interwencje pielęgnarskie:

- zapewnienie odpowiedniej higieny osobistej i otoczenia,
- obserwacja rany pod kątem objawów zakażenia: zaczerwienienie, obrzęk, ból, podwyższona temperatura,
- obserwacja ilości i zabarwieniu treści znajdującej się w drenie,
- poinformowanie pacjenta na temat celu zastosowania drenażu i konieczności zwrócenia uwagi aby ich nie zagiąć czy przypadkowo usunąć,
- stosowanie zasad aseptyki i antyseptyki przy zmianie opatrunku,
- zapewnienie drożności drenów,
- asystowanie przy usuwaniu i płukaniu drenów.

Ocena: Miejsce okolica rany bez oznak zakażenia.

Diagnoza pielęgnarska VII: Ryzyko wystąpienia hipo- i hiperglikemii spowodowanej cukrzycą.

Cel: Utrzymanie poziomu glikemii w normie.

Interwencje pielęgnarskie:

- zapewnienie konsultacji z anestezjologiem,
- wyjaśnienie konieczności zastosowania diety ścisłej,
- pomiar poziomu cukru we krwi 2 razy dziennie, odnotowywanie w karcie cukrzycowej,
- obserwacja pacjentki pod kątem wystąpienia objawów hiperglikemii,
- podawanie GIK na zlecenie anestezjologa.

Ocena: Glikemia w okresie okołoperacyjnym wynosi 115 mg

Diagnoza pielęgnarska VII: Ryzyko wystąpienia powikłań oddechowych i zakrzepowozatorowych spowodowanych zabiegiem operacyjnym.

Cel: Zminimalizowanie ryzyka wystąpienia powikłań pooperacyjnych.

- nauka wykonywania ćwiczeń oddechowych,
- edukacja pacjenta na temat wykonywania ćwiczeń przeciwzakrzepowych,
- wytłumaczenie konieczności dokonywania tych ćwiczeń po zabiegu operacyjnym,
- motywacja pacjentki do wykonywania ćwiczeń oddechowych i przeciw zakrzepowozatorowych.

Ocena: Powikłania nie wystąpiły.

Diagnoza pielęgniarstwa IX: Ryzyko zakażenia spowodowane założonym wkłuciem obwodowym

Cel: Niwelowanie ryzyka infekcji wkłucia obwodowego

Interwencje pielęgniarstwa:

- przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki podczas kaniulacji żyły, podawania leków i płynów,
- monitorowanie i ocena przebiegu powikłań związanych z kaniulacją z zastosowaniem skali Baxter, odnotowywanie w dokumentacji,
- utrzymanie czystości w okolicy miejsca wkłucia, zmiana opatrunku co 24 godziny lub częściej w razie zabrudzenia, zamoczenia,
- unikanie niepotrzebnych manipulacji kaniuli,

Ocena: Brak oznak infekcji miejsca wkłucia obwodowego. 0 w skali Baxter.

Diagnoza pielęgniarstwa X: Deficyt samoopieki spowodowany wyprowadzonymi drenami z rany pooperacyjnej

Cel: Zaspokojenie potrzeb biologicznych pacjentki

Interwencje pielęgniarstwa:

- określenie zakresu deficytu samoopieki,
- mobilizacja do szybkiego uruchamiania,
- pomoc pacjentce w wykonaniu toalety ciała,
- pomoc w przemieszczaniu się do toalety, asekuracja.

Ocena: Potrzeby biologiczne pacjentki zostały zaspokojone

Diagnoza pielęgniarstwa XI: Deficyt wiedzy pacjentki na temat postępowania z raną operacyjną w warunkach domowych i zaleceń dietetycznych po zabiegu cholecystektomii.

Cel: Edukacja pacjentki na temat postępowania z raną pooperacyjną i zapoznanie z zaleceniami.

Interwencje pielęgniarstwa:

- rozpoznanie deficytu wiedzy pacjentki,
- nauka prawidłowego postępowania z raną pooperacyjną,
- zademonstrowanie sposobu zmiany opatrunku,
- poinformowanie o konieczności zmiany diety na niskotłuszczową i lekkostrawną, potrawy powinny być przygotowywane na parze, gotowane lub duszone,
- przekazanie pacjentowi listy rzeczy zabronionych do spożycia we wczesnym okresie pooperacyjnym jak mocna kawa, tłuste mięso, ostre przyprawy, alkohol napoje gazowane,

- zalecenie spożywania częściej posiłków w mniejszych porcjach by zapobiec zastoju żółci w drogach żółciowych,
- poinformowanie o konieczności przyjmowania leków przepisanych przez lekarza.

Ocena: Pacjentka została wyedukowana na temat postępowania z raną i zaleceń po zabiegu.

Diagnoza pielęgniarska XII: Otyłość pacjentki spowodowana złymi nawykami żywieniowymi, dietą wysokoenergetyczną i brakiem aktywności fizycznej objawiająca się zwiększeniem wartości BMI.

Cel: Obniżenie masy ciała pacjentki. Edukacja pacjentki na temat prawidłowego odżywiania i aktywności fizycznej.

Interwencje pielęgniarskie:

- wyjaśnienie pacjentce konieczności zmiany nawyków żywieniowych,
- poinformowanie o korzyściach związanych ze zmianą stylu życia,
- poznanie preferencji żywieniowych pacjentki,
- kontrola masy ciała,
- motywowanie pacjentki do zmiany stylu życia,
- zaproponowanie aktywności fizycznej dostosowanej do stanu zdrowia pacjentki,
- edukacja pacjentki i jej rodziny w zakresie zasad zdrowego odżywiania,
- ukształtowanie u pacjenta odpowiedzialności za własne zdrowie,
- współpraca z dietetykiem.

Ocena: Pacjentka wyedukowana na temat prawidłowego odżywiania i aktywności fizycznej. Wyraziła chęć zmiany stylu życia.

Diagnoza pielęgniarska XIII: Obniżony nastrój pacjentki z powodu braku kontaktu z rodziną spowodowanego zakazem odwiedzin na oddziale w związku z pandemią COVID19.

Cel: Poprawienie nastroju pacjentki.

Interwencje pielęgniarskie:

- wytłumaczenie pacjentce ryzyka jakie niesie za sobą zakażenie,
- zachęcenie pacjentki do telefonicznego kontaktowania się z rodziną,
- zapewnienie miłej atmosfery poprzez rozmowę i wsparcie.

Ocena: Nastrój pacjentki się poprawił.

Dyskusja. Podsumowując zaprezentowany proces pielęgnowania wiodącym problemem pielęgniarskim było zmniejszenie dolegliwości bólowych pacjentki zarówno tych przed zabiegiem operacyjnym spowodowanych kolką żółciową, jak i tym spowodowanym zabiegiem operacyjnym. W opiece nad pacjentem zostały uwzględnione elementy protokołu ERAS, których zastosowanie przyczynia się do zmniejszenia ilości powikłań pooperacyjnych

oraz skraca długość hospitalizacji pacjenta [7,8]. Podczas opieki nad pacjentką uwzględniono takie elementy jak: przedoperacyjną edukację pacjentki, skrócenie czasu przedoperacyjnego głodzenia, brak premedykacji, zastosowana została metoda laparoskopowa zamiast klasycznej, wczesne uruchamianie pacjenta. W literaturze do najczęstszych objawów kamicy pęcherzyka żółciowego zalicza się kolkę żółciową, która objawia się bólem w środkowym nadbrzuszu lub w prawym górnym kwadrancie brzucha, często promieniującym w okolice lub pod łopatkę. Dodatkowo występują nudności, wymioty, gorączka i ogólne osłabienie [9]. Sytuacja pacjentki wpisuje się w tę charakterystykę, gdyż zgłosiła się do lekarza z napadowym bólem w nadbrzuszu, gorączką i wymiotami. Metodą diagnostyczną z wyboru w diagnostyce obrazowej kamicy pęcherzyka żółciowego jest ultrasonografia, która wykrywa złoگی o średnicy min. 2 mm z czułością i swoistością diagnostyczną wynoszącą około 90% [10]. Opisywanej pacjentce wykonano USG, w którym pęcherzyk opisywany jest jako cienkościenny, zawierający dwa złoگی o średnicach ok. 15 i 8 mm; zachowana jest drożność dróg żółciowych. Po przeprowadzeniu kolejnych badań m.in. biochemicznych potwierdzono u pacjentki kamice pęcherzyka żółciowego i została ona zakwalifikowana do leczenia operacyjnego. Jak wskazuje literatura obecność choroby współistniejącej jaką jest cukrzyca, wiąże się z większym ryzykiem powikłań takich jak: zmiany zakrzepowo-zatorowe, śpiączka hipoglikemiczna lub hiperglikemiczna, trudne w gojeniu rany lub infekcje [11]. W przedstawionym przypadku szczególną uwagę przykładano do kontroli poziomu glikemii, jak i kontroli rany pooperacyjnej i ogólnego stanu pacjentki.

Otyłość jest chorobą która nie ustępuje sama, a wymaga od pacjenta dużych zmian dotychczasowych nawyków, pomocy specjalistów i motywacji. Nieleczona prowadzi do wielu chorób takich jak: cukrzyca, nadciśnienie tętnicze czy też kamica pęcherzyka żółciowego i wielu innych. Przyczyną jest zły styl życia, mała aktywność fizyczna, dieta wysokoenergetyczna i duża ilość produktów przetworzonych. Konieczna jest edukacja pacjenta, zapewnienie mu kontaktu ze specjalistami [12,13]. U opisywanej pacjentki najprawdopodobniej to właśnie nieprawidłowe odżywianie i doprowadzenie do otyłości, było jedną z przyczyn pogorszenia jej stanu zdrowia. Celem zapobiegnięcia dalszym powikłaniom otyłości wyjaśniono pacjentce konieczność ograniczenia masy ciała, zaproponowano zmianę nawyków żywieniowych i wprowadzenie do codziennego życia aktywności fizycznej.

Ważną kwestią w opiece okołoperacyjnej pacjenta jest jego szybka rehabilitacja w celu zminimalizowania ryzyka powikłań oddechowych i zakrzepowo-zatorowych [14]. Tak jak i w opisywanym w pracy przypadku skupiono się na nauce ćwiczeń oddechowych i mobilizujących krążenie obwodowe. Rozpoczęto wczesną rehabilitację, zachęcano pacjentkę

do ich systematycznego wykonywania dzięki czemu nie wystąpiły żadne powikłania. Tak jak przedstawiono w badaniach Cebulskiej, Kaźlak i Kazimierczak na temat oceny wiedzy pacjentów na temat postępowania okołoperacyjnego, rozpoznanie potrzeb edukacyjnych pozwala na lepsze przygotowanie pacjenta do samodzielnej opieki i pielęgnacji po zabiegu [15]. W przedstawionym przypadku skupiono dużą uwagę na rozpoznaniu deficytów oraz edukację i naukę. Dzięki temu pacjentka posiadała wszystkie niezbędne informacje i umiejętności, gotowa była do podjęcia samodzielnej opieki i pielęgnacji.

Z badań na temat doświadczanego przez pacjenta bólu po cholecystektomii przedstawionych przed Gawarkiewicz P. i Ślusarz R. wynika, że najwięcej pacjentów odczuwa dolegliwości bólowe przez pierwsze dwie godziny po zabiegu operacyjnym co stanowiło 55% badanych ludzi. Blisko 30% badanych pacjentów odczuwało ból pooperacyjny przez 2-4 godziny po zabiegu, następnie 8,3% przed 4-6 godzin i 8,3% 6-8 godzin [16]. Pacjentka E.K nie wpisuje się w statystyczną większość, jak w przedstawionym badaniu, gdyż ból pooperacyjny był odczuwalny u pacjentki przez ponad 6 godzin.

Cholecystektomia metodą laparoskopową, choć w mniejszym stopniu niż metoda klasyczna, również jest obarczona powikłaniami takimi jak: wycieki żółci, krwawienia, infekcje rany pooperacyjnej, miejsca wkłucia obwodowego, uszkodzenie jelit lub innych narządów, itp. [17,18]. Mimo możliwości wielu powikłań w przypadku opisywanej pacjentki nie wystąpiły żadne. Cały zabieg operacyjny przebiegł bez komplikacji, rana goiła się prawidłowo bez oznak infekcji.

Doniesienia naukowe mówią o co raz częstszej implementacji elementów protokołu ERAS w codziennej praktyce pielęgniarstwa. Wprowadzenie programu chirurgicznego ERAS może być okazją dla pielęgniarstwa do odgrywania bardziej wpływowej roli na ścieżce chirurgicznej, bezpośrednio wpływając na wyniki swoich pacjentów [19]. Z przeglądu literatury wynika, że wdrożenie ścieżki klinicznej przyczynia się do zwiększonego powrotu do zdrowia po zabiegu chirurgicznym (ERAS). Może przyspieszyć powrót do zdrowia i skrócić długość pobytu dzięki zastosowaniu programu multimodalnego, który obejmuje wytyczne dotyczące optymalnego łagodzenia bólu, redukcji stresu, wczesnego odżywiania i wczesnej mobilizacji [20]. W opisanym przypadku można doszukać się zastosowania wybranych elementów programu ERAS, które również w przypadku opisywanej pacjentki pozwoliły na szybszą rekonwalescencję i bardziej komfortowy przebieg okresu okołoperacyjnego.

Wnioski.

1. Kamica pęcherzyka żółciowego jest powszechnie występującym schorzeniem na oddziałach chirurgicznych, dlatego poszerzanie wiedzy przez pielęgniarki ma wpływ na jakość opieki.
2. Zasadniczym problemem pielęgnacyjnym pacjentki był ból spowodowany traumatyzacją tkanek po zabiegu operacyjnym. Dzięki wielu zastosowanym interwencjom udało się osiągnąć cel w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych.
3. W czasie opieki nad pacjentką zdiagnozowano deficyt wiedzy pacjentki na temat zaleceń dietetycznych po zabiegu cholecystektomii, jak i zdrowego stylu życia. Dzięki zastosowaniu działań edukacyjnych w oparciu o system wspierająco uczący, udało się zrealizować przedstawione w planie opieki cele
4. Opieka okołoperacyjna nad pacjentem z kamicią pęcherzyka żółciowego bazująca na holistycznym podejściu i zastosowaniu elementów protokołu ERAS, pozwoliła skrócić czas hospitalizacji i nie dopuściła do wystąpienia powikłań.
5. Podsumowując pracę zauważam szerszą możliwość działań edukacyjnych dla pielęgniarek przy opiece nad pacjentami z kamicią pęcherzyka żółciowego. Należałoby skupić się na edukacji dietetycznej po zabiegu cholecystektomii poprzez wprowadzenie programów edukacyjnych dla każdego pacjenta zgłaszającego się do szpitala z tą jednostką chorobową.

Piśmiennictwo

1. Mucha K. Foroniewicz B.: Choroby wewnętrzne- podręcznik dla studentów pielęgniarstwa i położnictwa. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa, 2009, str. 318-321.
2. Kokot F. Choroby wewnętrzne. Podręcznik akademicki. Tom 1-2. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa, 2004, str.439-442.
3. Nowakowska-Duława E. Choroby dróg żółciowych [w:] Duława J. Vademecum medycyny wewnętrznej. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2015. str.1225-1233.
4. Konturek S. J.: Gastroenterologia i hepatologia kliniczna. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa, 2006.
5. Noszczyk W.(red): Chirurgia. Podręcznik dla studentów. Tom 1 i 2. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2005, str.824-825.
6. Kulig J., Nowak W. (red.): Ostry brzuch. Podręcznik dla lekarzy i studentów. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, 2006.
7. Horosz B. Nawrocka K. Malec-Milewska M. Okołoperacyjne postępowanie anestezyjologiczne w świetle wytycznych protokołu ERAS Anestezjologia Intensywnej Terapii 2016, tom 48, nr 1 :51-57.
8. Jamioł-Milc D. M. Protokół kompleksowej opieki okołoperacyjnej dla poprawy wyników leczenia (ERAS) w chirurgii rekonstrukcyjnej piersi. Chirurgia plastyczna i oparzenia 2019; 7(4):191-195.

- <https://evereth.pl/protokol-kompleksowej-opieki-okolooperacyjnej-dla-poprawy-wynikow-leczenia-eras-w-chirurgii-rekonstrukcyjnej-piersi/> [dostęp 09.05.2022]
9. Chochowska M. Wytrązek M. Marcinkowski J. Związek zaburzeń w układzie mięśniowo-powięziowym oraz objawów sugerujących kamicę pęcherzyka żółciowego- studium przypadku. *Medycyna Ogólna Nauk O Zdrowiu* 2012, Tom 18 nr 4: 261-267.
 10. Hartleb M. Kamica pęcherzyka żółciowego – możliwości terapeutyczne. *Medycyna po Dyplomie*, 2021;07. <https://podyplomie.pl/medycyna/36410,kamica-pecherzykazolciowego-mozliwosci-terapeutyczne> [dostęp 14.05.2022]
 11. Wadek J. Zasady przygotowania dorosłego pacjenta z cukrzycą do planowych operacji koloproktologicznych 2018: *Nowa Medycyna* 3/2018, s: 150-163
 12. Bieńkowski P. Szulc A. Paszkowski T. i. in. Leczenie nadwagi i otyłości. Kto, kiedy i jak? Interdyscyplinarne stanowisko zespołu ekspertów. *Nutrition, Obesity & Metabolic Surgery* 2018; 5,1 :1-10.
 13. Wasiluk A. Saczuk J. Szyszka P. i. in Nadwaga i otyłość w populacji 60-letnich i starszych mieszkańców Białej Podlaskiej 2015.
 14. Kwaśniewska A. Kamusińska Rola pielęgniarki w rehabilitacji pacjentów po zabiegach na jamie brzusznej *Studia Medyczne* 2012, 25(1) :73-80.
 15. Cebulska V. Koźlak V. Kaźmierska Ocena poziomu wiedzy pacjentów z kamicą pęcherzyka żółciowego w zakresie postępowania okołoooperacyjnego. *Pielęgniarstwo chirurgiczne i angiologiczne* 2021; 1:31-38
 16. Gawarkiewicz P. Ślusarz R. Wybrane aspekty doświadczania bólu przed pacjentów po zabiegu cholecystektomi. 2017.
 17. Fletcher E. Seabold E. Herzing K. i.in Laparoscopic cholecystectomy in the Acute Care Surgery model: risk factors for complications, 2019.
 18. Afthal N. H. Vollmer C. Complications of laparoscopic cholecystectomy 2021
 19. Mendes DIA, Ferrito CRAC, Gonçalves MIR. Nursing Interventions in the Enhanced Recovery After Surgery: Scoping Review. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(suppl 6):2824-2832. English, Portuguese. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0436. PMID: 30540062. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30540062/> [dostęp 14.05.2022]
 20. Brown D, Khaja A. Nursing Perspectives on Enhanced Recovery After Surgery. *Surg Clin North Am.* 2018 Dec;98(6):1211-1221. doi: 10.1016/j.suc.2018.07.008. Epub 2018 Aug 24. PMID: 30390853. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30390853/> [dostęp 14.05.2022].

ZATRUCIE LEKAMI ZNIECZULENIA MIEJSCOWEGO - STUDIUM PRZYPADKU

JOLANTA SUŁEK, MAGDALENA URYGA

Wstęp. Leki znieczulenia miejscowego czasowo przerywają przewodnictwo nerwowe poprzez blokowanie kanałów sodowych, uniemożliwiają propagację potencjałów czynnościowych wzdłuż aksonów komórek nerwowych. Są wysoce rozpuszczalne w tłuszczach (w postaci niejonizowanej), a ich wchłanianie z miejsca podania można ograniczyć poprzez dodanie do nich adrenaliny. Są szeroko stosowane w celu znieczulenia do małych zabiegów chirurgicznych, zabiegów stomatologicznych i innych procedur medycznych. Przy podawaniu leku miejscowo znieczulającego ważne jest, by nie podać ich przypadkowo do naczynia, co może skutkować wystąpieniem ogólnoustrojowej toksyczności (ang. *Local Anesthetics Systemic Toxicity*, LAST) oddziałującej na cały organizm poprzez zaburzenie gradientu jonów wewnątrz- i zewnątrzkomórkowych. LAST klinicznie charakteryzuje się: zawrotami i bólem głowy, zaburzeniami widzenia, metalicznym smakiem w ustach, drętwieniem w jamie ustnej, drgawkami, hipoksją, bradykardią i kwasicą. Początkowo może wystąpić pobudzenie układu krążenia: arytmie, tachykardia, hipertensja. W EKG może wystąpić wydłużenie odcinka PR i poszerzenie zespołów QRS [1]. Jednocześnie dane z literatury wskazują, że do zatrzymania krążenia dochodzi w przypadku tego zatrucia bardzo rzadko [2].

Po stwierdzeniu zatrzymania krążenia w przebiegu LAST należy jak najszybciej wdrożyć zaawansowane zabiegi resuscytacyjne połączone z wysokiej jakości uciśnięciami klatki piersiowej według standardowego protokołu Europejskiej Rady Resuscytacji 2021, a następnie jako leczenie z wyboru podać preparat Intralipid według schematu dawkowania. Jest to jedyne specyficzne leczenie LAST. Dożylna emulsja lipidowa (ILE) została pierwszy raz opracowana w 1955 r., a wprowadzona do użycia klinicznego w 1961 r., w USA. Oprócz podstawowego zastosowania do żywienia pozajelitowego, ILE mogą zostać użyte w leczeniu ostrych zatruc wysoko lipofilnymi ksenobiotykami. Jest to użycie pozarejestacyjne, jednak dobrze udokumentowane w danych literaturowych oraz obecne w wytycznych Europejskiej Rady Resuscytacji z 2021 r. Pod względem fizykochemicznym ILE są to rozproszone w wodzie oleje: sojowy, kokosowy, rybny lub oliwa z oliwek, które tworzą emulsję o/w o odpowiedniej wielkości kropelek fazy rozproszonej. Krople te mają przypominać budowę endogenne chylomikrony. Oprócz żywienia pozajelitowego ILE są używane również jako nośnik lipofilnych leków, np. propofolu. W Polsce dostępnych jest wiele preparatów przeznaczonych

do żywienia pozajelitowego będących emulsją lipidową, ale w zatruciach najczęściej rekomendowany jest 20% roztwór ILE – ILE zawierająca 20% olej sojowy oraz oczyszczone fosfolipidy jaja (1,5%), stanowiące emulgator emulsji. Do kwasów tłuszczowych zawartych w preparacie zawartych w 20% ILE należą: kwas linolowy (44–62%), oleinowy (19–30%), palmitynowy (7–14%), linolenowy (4–11%) i stearynowy (1,4–5,5%) [3].

Wskazówki dla personelu stosującego blokady z użyciem leków znieczulenia miejscowego:

- Należy stosować najmniejszą skuteczną dawkę środka miejscowo znieczulającego.
- Zidentyfikuj pacjentów zagrożonych LAST.
- Rozważyć użycie markera farmakologicznego (np. epinefryny) w celu identyfikacji wstrzyknięcia donaczyniowego.
- Zaaspirować strzykawkę przed każdym wstrzyknięciem, obserwowanie obecności krwi w strzykawce lub drenie.
- Wstrzykiwać stopniowo, obserwując oznaki i pytając o objawy toksyczności pomiędzy każdym wstrzyknięciem.
- Bądź świadomy addytywnego charakteru miejscowych środków znieczulających.
- Odpowiednio wyreguluj/ Rozważ omówienie dawki środka znieczulającego miejscowo w ramach procedury, w przerwie przed zabiegiem lub przed operacją.
- W miarę możliwości korzystaj ze wskazówek ultrasonograficznych, aby zredukować ryzyko LAST.
- Należy monitorować pacjenta w trakcie i po zakończeniu wstrzyknięcia.
- Obserwuj co najmniej 30-45 min po bloku.
- Często komunikuj się z pacjentem, aby zapytać o objawy toksyczności.
- Rozważ LAST u każdego pacjenta ze zmianami stanu neurologicznego lub sercowo-naczyniowego po znieczuleniu regionalnym lub znieczulenie miejscowe z:
 - małymi dawkami u wrażliwych pacjentów
 - nietypowo podawanymi dawkami (np. podskórnym, podśluzówkowym)
 - dawki podawane przez chirurga lub klinicystę bez doświadczenia w znieczuleniu
 - niedawna deflacja opaski uciskowej [4,5].

Opis przypadku. Pacjent E.P. przyjęty do szpitala dn. 09.09.2021 z rozpoznaniem: uszkodzenie ścięgna mięśnia nadgrzebieniowego, podgrzebieniowego, podłopatkowego, zwichnięcie przednie ścięgna mięśnia dwugłowego ramienia, stenoza podbarkowa. Z dokumentacji medycznej wynika, że chory był leczony operacyjnie trzy lata wcześniej

z powodu zaćmy oraz przewlekle leczy się z powodu trądziku różowatego. Z powodu tego schorzenia przyjmuje witaminę .PP oraz Metronidazol w postaci maści. Innych schorzeń, ani zaburzeń funkcjonowania pacjent nie podawał. Po konsultacji ortopedycznej i anesteziologicznej został zakwalifikowany do planowego zabiegu: artroskopii stawu barkowego prawego, rekonstrukcji ścięgna mięśnia nadgrzebieniowego i podgrzebieniowego, na kotwicy, rekonstrukcji ścięgna mięśnia podłopatkowego na kotwicy, tenotomii ścięgna mięśnia dwugłowego ramienia oraz akromioplastyki w znieczuleniu regionalnym i ogólnym. Po przyjęciu na blok operacyjny pacjent był monitorowany - wyniki parametrów życiowych utrzymywały się w granicach normy. Podjęto próbę wykonania blokady splotu barkowego z dostępu Winniego z użyciem mieszanki leków: 2% Lignocaina, 0,5% Bupivacaina i 0,2 mg Adrenaliny – w objętości 40 ml. Do oceny położenia igły zastosowano stymulator nerwów. W trakcie podaży leków zaobserwowano przyspieszenie akcji serca do 130 uderzeń/ minutę, wystąpiła utrata świadomości, epizod drgawek. Przerwano podaż leku, usunięto igłę. Podano leki nasenne (Propofol) i zaintubowano pacjenta. Jednocześnie wdrożono podaż preparatu Intralipid drogą dożylną. Po podaniu preparatu w standardowej, zalecanej dawce parametry hemodynamiczne pacjenta ustabilizowały się. Zabieg operacyjny został przeprowadzony bez dalszych powikłań i zakłóceń. Po zabiegu chory został ekstubowany i - ze względu na powikłanie spowodowane toksycznym działaniem leków znieczulenia miejscowego - przyjęty do oddziału Intensywnej Terapii celem prowadzenia wzmożonego nadzoru pooperacyjnego. W trakcie pobytu pacjenta w oddziale nie zaobserwowano niekorzystnych objawów, które mogłyby być następstwem zatrucia LAST. Wyniki pomiarów i parametrów przedstawiono w tabelach. Okres pooperacyjny przebiegł bez powikłań. Chory został wypisany do domu w trzeciej dobie po zabiegu operacyjnym, w stanie zdrowia dobrym, z zaleceniami dotyczącymi rehabilitacji i dalszych kontrolnych wizyt w poradni ortopedycznej i rehabilitacyjnej.

Tab. 1. Zmienione wyniki badań laboratoryjnych w dniu zabiegu i pierwszej dobie pooperacyjnej

Data	Parametr	Wynik	Norma
10.09 2021	Met Hb %	1,80	0,0-1,50
	FO ₂ Hb%	96,60	90-95
	pO ₂	139	83-108
11.09.2021	Fibrynogen	6,29	2,0-4,0
	INR	1,39	0,8-1,2
	Granulocyty%	90	42-80
	Granulocyty	9,4	1,4-7,0
	WBC	10,4	3,8-9,8
	pO ₂	59,50	83-108
	SO ₂	93,30	94-98

Tab. 2. Parametry życiowe w dniu zabiegu.

Parametr	Wynik
Glikemia	106 mg%
Temperatura ciała	36,9 °C
Ciśnienie tętnicze	140/80-90/60mm Hg
Tętno	76-65'/min
Sp O ₂	96-100%
Ilość oddanego moczu	100 ml/ dobę
Bilans płynów	+1500 ml

Dyskusja. Względna rzadkość ogólnoustrojowej toksyczności znieczulenia miejscowego (LAST) nie wyklucza ostatecznego opisu tej jednostki klinicznej. Badanie LAST za pomocą narzędzi medycyny opartej na dowodach, takich jak kontrolowane badania kliniczne nie są ani wykonalne, ani etyczne. Dlatego wiedza na temat LAST, w tym czynniki ryzyka, prezentujące cechy, diagnostykę i metody postępowania leczenia pochodzą głównie z doświadczeń na zwierzętach, studium przypadku, rejestrów klinicznych oraz szeroko zakrojonych badań obserwacyjnych i epidemiologicznych. Amerykańskie Towarzystwo Znieczulenia Regionalnego i czasopismo Pain Medicine opublikowało swoje najnowsze porady dotyczące praktyki LAST w 2010 r. Zgłoszone zdarzenia toksyczności ogólnoustrojowej środka miejscowo znieczulającego między marcem 2010 r. a marcem 2014 r. podkreśliły utrzymujące się obawy dotyczące LAST, w tym prawie 10% śmiertelność w opublikowanych opisach przypadków. Ponieważ praktyka medyczna ewoluuje, spodziewano się, że opisy przypadków LAST opublikowane od kwietnia 2014 dostarczą dalszych informacji na temat prezentacji, diagnozy i postępowania w LAST. Rejestry kliniczne zapewniają dane o zachorowalności i informacje istotne dla LAST, które nie zostały uzyskane z opisów przypadków. Istotne jest zidentyfikowanie potencjalnego ryzyka, czynników, zarówno wspólnych, jak i rzadko prezentowanych w przypadkach wystąpienia objawów zatrucia, oraz aktualizacja dotycząca korzystania z ILE. Publikacja opisów przypadków i przypadków nierecenzowanych przedłożona do rejestrów potwierdza, że LAST nadal występuje. Przybliżona częstość LAST po regionalnym znieczuleniu obwodowym wynosi 3 na 10 000. Około połowa przypadków objawia się drgawkami. Niemowlęta wydają się być zagrożone nawet przy stosowaniu bezpiecznych dawek środków miejscowo znieczulających; jednak zmniejszenie dawki wydaje się być skuteczną strategią zapobiegawczą podczas wykonywania penis- bloków. Jednak faktyczne wykorzystanie ILE (w mniej niż 50% zgłoszonych

przypadków) nie jest dostatecznie rozpowszechnione. Świadomość specyficznych czynników ryzyka dla LAST, takich jak młody wiek i liczne choroby współistniejące oraz ciągle edukowanie pracowników ochrony zdrowia na temat ILE mają kluczowe znaczenie dla zapewnienia, że LAST pozostanie zdarzeniem rzadkim i możliwym do wyeliminowania niekorzystnych następstw jego wystąpienia. W opisanym przypadku procedura postępowania w przypadku wystąpienia LAST jest wdrożona i personel jest skutecznie edukowany pod kątem wczesnego wykrycia, rozpoznania i wdrożenia działań terapeutycznych. Efektem było szybkie przywrócenie prawidłowych funkcji organizmu, przeprowadzenie zaplanowanej do końca procedury operacyjnej i wypisanie pacjenta do domu po zabiegu w planowym terminie, bez żadnych niekorzystnych następstw[6].

Czynniki ryzyka rozwoju LAST można podzielić na te, które są związane z wstrzykiwanym lekiem, pacjentem, lub techniką. Czynnikiem ryzyka są: wiek (niemowlęta, małe dzieci) [7], kobiety w ciąży [8] oraz starsi pacjenci ze względu na wielochorobowość, obniżoną masę mięśniową, zmiany degeneracyjne wynikające z wieku, obniżony poziom białek, spowolniony metabolizm i wydłużoną farmakodynamikę leków. Jako dodatkowe czynniki ryzyka w starszym wieku wymienia się towarzyszące schorzenia, choroby układu krążenia, nerek i wątroby. W opisanym przypadku mamy do czynienia ze szczupłym, wysportowanym pacjentem (masa ciała 72 kg) bez obciążających schorzeń towarzyszących. Niewątpliwie miało to korzystny wpływ na końcowy efekt zdarzenia [9, 10].

Zalecenia wskazują redukcje dawki leku znieczulenia miejscowego oraz użycie aparatu USG do zlokalizowania miejsca podania leku. W opisanym przypadku zastosowano dość dużą dawkę leku, co - mimo zastosowania adrenaliny, która miała spowalniać wchłanianie - mogło przyczynić się do wystąpienia objawów zatrucia. Drugim elementem postępowania, który mógł mieć znaczenie wydaje się być użycie jedynie stymulatora nerwów do lokalizacji miejsca podania leku.

W okresie pooperacyjnym u opisywanego pacjenta wystąpiły zmiany w badaniach, których nie obserwowano w okresie przed operacją (wyniki badań były prawidłowe). Po zabiegu operacyjnym zaobserwowano niewielkie zmiany, które nie miały znaczenia klinicznego. Być może były one następstwem zastosowania emulsji tłuszczowych. Nie prowadzono dalszych badań laboratoryjnych pod kątem ewolucji zmian, ponieważ pacjent został wypisany do domu, a podczas kolejnych wizyt nie deklarował żadnych objawów pogorszenia stanu zdrowia. Emulsja lipidowa rzadko powoduje działania niepożądane [11].

Autorzy [11] opisują niekorzystne następstwa zastosowania emulsji tłuszczowych. Zgłaszano reakcje alergiczne, hiperlipidemię, immunomodulację, nadkrzepliwość i zakrzepicę żyłą

związaną z dożylnym podaniem lipidów. Większość skutków ubocznych zgłaszanych dla lipidów pochodziła z doniesień o długotrwałym żywieniu pozajelitowym i nie ma zastosowania w leczeniu LAST. Jednakże działania niepożądane, takie jak zapalenie trzustki, ARDS, ingerencja w badania laboratoryjne, nerkozastępcza terapia, oraz pozaustrojowe natlenianie membranowe (ECMO) zostały zgłoszone. Pochodzą one głównie z literatury toksykologicznej, kiedy lipidy stosowano w leczeniu przedawkowania leków innych niż LZM, ale należy mieć świadomość, że efekty te pomogłyby wystąpić jako problemy w opiece pooperacyjnej nad pacjentami, którzy otrzymali dożylnie lipidy. W opisanym przypadku wystąpił wzrost liczby leukocytów, metylowanej hemoglobiny, poziomu fibrynogenu oraz wskaźnika INR. Tak jak wspomniano wcześniej wyniki te nie miały wpływu na stan kliniczny pacjenta podczas hospitalizacji. Obserwowano także spadek poziomu oddawanego moczu lecz nie ma wyników w kolejnych dobach, więc należy domniemywać, że sytuacja uległa normalizacji.

Wyniki. Przeprowadzona analiza przebiegu zdarzenia potwierdziła celowość podejmowanych działań (zgodnie z zaleceniami Wytycznych Resuscytacji 2021). Szybkie wykrycie i przeprowadzenie działań przyczynia się do zminimalizowania możliwości wystąpienia negatywnych konsekwencji zdrowotnych i pozwala na przywrócenie prawidłowego funkcjonowania organizmu.

Nie wystąpił niekorzystny efekt zdarzenia obserwowalny w wynikach monitorowania przyrządowego i bezprzyrządowego w okresie pooperacyjnym, ani w pomiarach parametrów życiowych. Kontakt z chorym w odstępie kilku tygodni po zabiegu operacyjnym (podczas wizyty kontrolnej w gabinecie ortopedycznym) potwierdził dobrą kondycję pacjenta i brak jakichkolwiek utrwalonych, niekorzystnych następstw zdarzenia.

Wnioski. Wczesne wykrycie objawów zatrucia lekami znieczulenia miejscowego i natychmiastowe podjęcie interwencji terapeutycznych zgodne z aktualnymi zaleceniami Europejskiej Rady Resuscytacji pozwala na wyeliminowanie możliwości rozwoju niekorzystnych następstw zdarzenia.

Piśmiennictwo

1. Gitman, M, Barrington M.J, Local anesthetic systemic toxicity: a review of recent case reports and registries.. Regional anesthesia & pain medicine, 2018; 43 (2): 124-130
2. Liu, Spencer S., et al. Cardiac arrest and seizures caused by local anesthetic systemic toxicity after peripheral nerve blocks. Reg Anesth Pain Med. 2016;41: 5-21.
3. Mazuchowski M, Zastosowanie emulsji tłuszczowych do leczenia zatruc oraz ocena ich bezpieczeństwa w świetle wytycznych Europejskiej Rady Resuscytacji 2021. NA 472; 77, (8) DOI:10.32383/farmpol /142621

4. Wolfe, Rachel C, Spillars A, Local anesthetic systemic toxicity: Reviewing updates from the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine Practice advisory. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2018; 33;(6): 1000-1005.
5. Liu, H, et al. Complications and liability related to regional and neuraxial anesthesia. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology* 2019;33.(4): 487-497
6. Wadlund D.L, Local Anesthetic Systemic Toxicity. *AORN Journal*. 2017; 106 (5): 367-377. Doi:10.1016/j.aorn.2017.08.015
7. Sujana D, Tobias J. D, Update on local anesthetic toxicity, prevention and treatment during regional anesthesia in infants and children. *The Journal of Pediatric Pharmacology and Therapeutics* 2021;26.(5): 445-454.
8. Lin, Dun-Chi J, et al. Two for one: a case report of intravenous lipid emulsion to treat local anesthetic systemic toxicity in term pregnancy. *A & A case reports* 2017;8.(9):235
9. El-Boghdadly K, Pawa A, Chin K, Local anesthetic systemic toxicity: current perspectives. *Local and regional anesthesia*, 2018; 11: 35-44. doi:10.2147/lra.s154512
10. Waldinger R, Weinberg G, Gitman N, Local anesthetic toxicity in the geriatric population. *Drugs & Aging*. Springer Nature Switzerland AG 2019. doi:10.1007/s40266-019-00718-0
11. Sivasenthil A, Contino V Kolli S, Local Anesthetic Systemic Toxicity (LAST)—a Review and Update. *Current Anesthesiology Reports* 2020; 10: 218-226

ISTOTA PIELĘGNOWANIA PACJENTA Z PORAŻENIEM CZTEROKOŃCZYNOWYM Z USZKODZENIEM RDZENIA KRĘGOWEGO PO WYPADKU KOMUNIKACYJNYM

EMILIA ZIELIŃSKA, MARIUSZ SUTRYK

Wstęp. Uraz rdzenia kręgowego (SCI) jest bardzo poważnym schorzeniem, które często prowadzi do trwałej niepełnosprawności. Dzieje się to wtedy, gdy naruszone zostają aksony nerwów przebiegających przez rdzeń kręgowy, co daje konsekwencje w postaci utraty funkcji czuciowych, motorycznych lub autonomicznych, poniżej poziomu uszkodzenia rdzenia. Bardzo często jest to uraz nieodwracalny [1]. Urazy te powodują kalectwo, prowadzą do bardzo dużego upośledzenia funkcji przez całe życie, narażając tym samym na poważne powikłania, śmiertelność oraz większą zachorowalność. Ogromnym wyzwaniem dla człowieka po urazie rdzenia kręgowego jest funkcjonowanie w życiu codziennym. Konieczność korzystania z wózka inwalidzkiego, niemożność poruszania się, uzależnienie od osób trzecich znacząco obniża jakość życia. Każdego roku na całym świecie urazu rdzenia kręgowego doznaje od 250 000 do 500 000 pacjentów. W Stanach Zjednoczonych około 282 000 osób żyje z SCI a każdego roku odnotowywanych jest 17 000 nowych przypadków. Zdecydowaną większość stanowią mężczyźni a przedział wiekowy o najwyższym ryzyku to 16 - 30 lat [2]. Najwięcej uszkodzeń rdzenia kręgowego z częstotliwością od 2,3 do 77 przypadków na milion populacji, odnotowuje się w Ameryce Północnej. Natomiast w Europie od 14,4 osób do 57,8 osób na milion populacji [3]. Na podstawie dostępnych danych w Polsce, liczba zgłaszanych przypadków osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego mieści się w przedziale od 14,4 do 20 osób na milion populacji.

Najczęstszą przyczyną urazów rdzenia kręgowego w większości krajów świata są wypadki komunikacyjne. Dotyczy to zarówno kolizji samochodowych, potrącenia pieszych jak i wypadków motocyklowych. Drugą przyczyną URK są upadki z wysokości. Są to między innymi skoki do wody, próby samobójcze, upadki z drzew, rusztowań i dachów. W Polsce stanowią ponad 50% wszystkich urazów rdzenia kręgowego z czego 11.5% są to skoki do wody [4]. W Stanach Zjednoczonych 38% nowych przypadków URK stanowią kolizje pojazdów mechanicznych, 30% to upadki, 9% to kontuzje sportowe a 5% stanowią przyczyny medyczne i chirurgiczne [5]. Urazom rdzenia kręgowego bardzo często towarzyszą urazy kręgosłupa. Mogą być to złamania niestabilne, przemieszczenia odłamków kostnych lub przemieszczenie kręgów. Niezwykle rzadkim zjawiskiem jest uraz rdzenia kręgowego bez uszkodzenia kręgosłupa [6]. Czynnikiem który decyduje w znacznym stopniu o deficytach neurologicznych

po urazie, jest poziom uszkodzenia. Im wyżej rdzeń został uszkodzony, tym większa jest rozległość dysfunkcji neurologicznej [7]. Całkowite przerwanie rdzenia kręgowego wykazuje utratę funkcji motorycznych po obu stronach ciała, w tym czucia bólu, temperatury, wibracji i dotyku poniżej poziomu urazu.

Zespół centralnego uszkodzenia rdzenia kręgowego jest najczęściej występującym urazem odcinka szyjnego kręgosłupa. Jest to częściowe uszkodzenie rdzenia kręgowego wynikające z przeprostu szyi i dotyczy środka rdzenia. Kończyny górne są bardziej osłabione od kończyn dolnych. Wynika to z tego, że aksony zaopatrujące kończyny górne znajdują się bliżej środka rdzenia kręgowego, natomiast aksony unerwiające kończyny dolne, znajdują się bliżej obwodu. Może pojawić się również utrata czucia bólu i temperatury.

Zespół tętnicy rdzeniowej przedniej spowodowany jest niedrożnością tętnicy rdzeniowej przedniej, co skutkuje zaburzeniami ukrwienia w jej obszarze. Najczęstszą przyczyną są choroby małych naczyń, ucisk tętnicy przez wypuklinę jądra miazdzystego, zator tętnicy czy ucisk tętnicy przez tętniaka rozwarstwiającego aorty. Zaburzenie to powoduje obustronne uszkodzenie dróg korowo-rdzeniowych i dróg rdzeniowo-wzgórzowych. Objawy są zależne od poziomu uszkodzenia i obejmują utratę czucia bólu i temperatury, zaburzenia czynności zwieraczy, obustronne porażenie lub osłabienie kończyn. Odczucia dotyku, propriocepcji i wibracji pozostają nienaruszone, ponieważ kolumny grzbietowe są bez uszkodzeń. Zespół tętnicy rdzeniowej tylnej bardzo rzadko występuje w wyniku urazu. Częściej spowodowany jest zakażeniami, toksynami lub przyczynami metabolicznymi. W tym przypadku drogi korowo-rdzeniowe pozostają nienaruszone, funkcje motoryczne, czucie temperatury i bólu pozostają zachowane. Zniesione jest czucie dotyku, propriocepcji i wibracji, wynikające z uszkodzenia kolumn grzbietowych [8]. Zespół Browna-Sequarda charakteryzuje boczne uszkodzenie połowy rdzenia kręgowego. Uraz powoduje przecięcie dróg grzbietowych i korowo-rdzeniowych, co skutkuje utratą funkcji motorycznych, czucia wibracji, czucia dotyku, bólu i temperatury poniżej poziomu urazu [9].

Głównymi konsekwencjami po URK jest niedowład lub porażenie. Objawia się utratą kontroli nad czynnością mięśni. Kolejnymi poważnymi konsekwencjami, są ubytki lub utrata czucia. Dotyczy to czucia powierzchownego (ból, dotyk, temperatura, ucisk) oraz głębokiego które odpowiada m.in. za świadomość położenia części ciała względem siebie. Około 60% pacjentów po URK odczuwa ból rdzeniowy, który opisywany jest jako parzący, ściskający lub kłujący. Często pojawia się przeczulica, jest to stan, kiedy łagodne bodźce np. dotyk, wywołują ból. Bardzo poważnym zagrożeniem jest porażenie przepony i ograniczenie ruchomości klatki piersiowej. Wpływa to bardzo niekorzystnie na wydolność oddechową chorych. Objawia się

osłabieniem lub zniesieniem odruchu kaszlu, co powoduje zaleganie wydzieliny w drogach oddechowych. Konsekwencją jest ryzyko infekcji i powikłań ze strony układu oddechowego. Zaburzenia funkcji seksualnych odnotowuje się wśród obu płci. Przyczyną może być wzmożone napięcie mięśniowe a u mężczyzn problem stanowi uszkodzenie ośrodków nerwowych, które odpowiadają za erekcję. Zaburzenia czynności zwieraczy są problemem rzutującym na aktywność seksualną u chorych [10,11,12].

Objawy uszkodzenia rdzenia kręgowego mogą mieć charakter przejściowy i zależne są od okresu uszkodzenia, który dzieli się na:

1. Okres ostry (szok rdzenia) – czas trwania to zazwyczaj 3-6 tygodni. W tym okresie zostają zniesione lub ograniczone wszystkie funkcje poniżej poziomu uszkodzenia (zniesienie czucia, porażenie ruchowe, zaburzona czynność zwieraczy).
2. Okres regeneracji i kompensacji – czas trwania to 3 miesiące po ustąpieniu fazy ostrej. Stopniowo powracają funkcje poniżej poziomu uszkodzenia a w przypadku całkowitego przerwania RK, porażenie wiotkie zastępuje porażenie spastyczne.
3. Okres stabilizacji – czas trwania to 2 -3 lata. W tym czasie chorzy doskonają odzyskane funkcje lub utrwalają się zmiany nieodwracalne.
4. Okres przewlekły (adaptacji) – to okres w którym dochodzi do fizycznej i psychicznej adaptacji do zaistniałego stanu [13].

Diagnostyka urazu rdzenia kręgowego w pierwszej kolejności polega na badaniu neurologicznym, które ma za zadanie określić poziom uszkodzenia a także stwierdzić czy jest ono częściowe czy całkowite [14].

Niezbędnymi narzędziami do dokładnej oceny stopnia uszkodzeń jest obrazowanie. Wraz z postępem technologii, zwykle radionogramy z uwagi na niską czułość zastąpiono Tomografią komputerową (TK). Jest to jedna z podstawowych metod radiologicznych i tym samym najczęściej stosowana jako badanie obrazowe. Badanie to pozwala uwidocznąć kości, tkanki miękkie jak i nowotwory, zwapnienia, torbiele itp. Szczególne zastosowanie znajduje w rozpoznawaniu uszkodzeń narządów wewnętrznych, diagnostyce chorób ośrodkowego układu nerwowego, rozpoznawaniu nowotworów a także diagnostyce narządów jamy brzusznej oraz przestrzeni zaotrzewnowej [15]. TK ma jednak dużo słabszą wrażliwość od badania rezonansem magnetycznym (MRI). Z uwagi na jeszcze dokładniejsze możliwości badania, MRI jest skuteczniejsze w ocenie uszkodzenia samego rdzenia kręgowego. Wczesna diagnostyka uszkodzeń rdzenia kręgowego widocznych w badaniu MRI pozwala zobaczyć takie zmiany jak: obrzęk i ucisk rdzenia kręgowego, stłuczenie, przecięcie i krwotoki [16]. Bardzo istotną rolę w procesie leczenia chorych po urazie rdzenia kręgowego odgrywa personel

ratownictwa medycznego i ratownicy medyczni. Odpowiednie unieruchomienie na miejscu wypadku może zapobiec pogorszeniu istniejących już urazów. Głównym zadaniem jest utrzymanie prawidłowych funkcji życiowych i jak najszybszy i bezpieczny transport do ośrodka specjalistycznego. Pomimo dostępnych metod leczenia URK, nie istnieje taka, która byłaby skuteczna i doprowadziła do wyleczenia. Wczesne postępowanie po urazie obejmuje zabieg chirurgiczny, który jest przeprowadzany w przypadku ucisku na rdzeń kręgowy struktur kostnych i więzadłowych kręgosłupa. Leczenie ma na celu zminimalizowanie wtórnych uszkodzeń po urazie rdzenia kręgowego. Zastosowanie terapii hemodynamicznej zapobiega niedokrwieniu uszkodzonych tkanek, poprzez utrzymanie właściwego ciśnienia tętniczego krwi. Terapia farmakologiczna wczesna to podanie metyloprednizolonu, który jest najskuteczniejszy w działaniu ograniczającym stan zapalny. Leczenie farmakologiczne stosowane jest również w późniejszych następstwach uszkodzenia rdzenia takich jak spastyczność, przewlekły ból czy dysrefleksja autonomiczna [17].

Rokowania pacjentów z URK są niestety złe. W dużej mierze zależy to od poziomu uszkodzenia a jak wiadomo im wyżej powstał uraz, tym większy jest poziom niepełnosprawności i większe ryzyko powikłań. Pacjenci po URK są bardziej narażeni na zwiększoną śmiertelność już w pierwszym roku po urazie. Jakość i długość życia pacjentów po URK jest zależna od dobrze skoordynowanej opieki specjalistycznej [18]. Pacjent po urazie powinien znaleźć się pod opieką pielęgniarską, psychiatryczną, fizjoterapeutyczną, specjalistów od leczenia bólu a także pracowników socjalnych, którzy mogą koordynować usługi dla osób niepełnosprawnych i zwroty kosztów [19].

Cel pracy. Celem mojej pracy jest ukazanie problemów, zakresu oraz rodzaju opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z porażeniem czterokończynowym z uszkodzeniem rdzenia kręgowego po wypadku komunikacyjnym.

Opis przypadku. Pacjent Ł.K lat 27 zamieszkały na wsi, niedaleko Lubartowa. Z zawodu operator maszyn, obecnie przebywa na rencie. Sytuacja materialna jak i warunki mieszkaniowe dobre. Mieszka w domu jednorodzinnym z matką i starszą siostrą. Pacjent dwa lata temu miał wypadek samochodowy w wyniku którego doszło do zderzenia z drzewem. Doznał uszkodzeń kręgosłupa oraz rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym na poziomie C5 – C6. W wyniku urazu doszło do porażenia kończyn dolnych, niedowładu kończyn górnych oraz porażenia zwieracza pęcherza moczowego. Bezpośrednio po urazie chory był leczony operacyjnie gdzie zastosowano stabilizację przy użyciu płytki tytanowej. Po długotrwałej hospitalizacji w szpitalu oraz leczeniu w oddziale rehabilitacji, został wypisany do domu. Obecnie w skali ASIA– C - niecałkowite uszkodzenie: zachowany ruch poniżej poziomu

uszkodzenia. Więcej niż połowa kluczowych mięśni posiada siłę do 3 stopni w skali Lovetta. Pacjent potrafi wykonywać podstawowe czynności samodzielnie takie jak np. poranna toaleta. W ciągu dnia dużo przebywa na wózku inwalidzkim. Jest pod stałą opieką lekarską i rehabilitacyjną. Chorym w domu opiekuje się matka, gdyż ojciec opuścił rodzinę kilka lat temu. Pacjent przytomny, logiczny, wydolny krążeniowo i oddechowo, kontakt słowny zachowany. Uczulenia i nałogi neguje. Z wywiadu wynika, iż pacjent w dzieciństwie chorował na ospę wietrzną. Chory skarży się na ból kręgosłupa. Jest rozdrażniony a także odczuwa lęk myśląc o swojej przyszłości.

Pacjent w pierwszym dniu badania kontaktowy, logiczny. Nastrój mocno obniżony. Z wywiadu przeprowadzonego z matką wynika, że od trzech dni odmawia siedzenia na wózku inwalidzkim i bardzo niechętnie z nią rozmawia.

Diagnoza: Obniżony nastrój związany z brakiem samodzielności.

Cel opieki: Poprawa nastroju w ciągu trzech wizyt.

Interwencje:

- nawiązanie dobrego kontaktu terapeutycznego poprzez szczerą rozmowę;
- zachęcanie pacjenta do stosowania technik relaksacyjnych;
- zachęcanie pacjenta do korzystania z pomocy psychologicznej;
- uświadomienie pacjentowi o możliwościach prowadzenia życia towarzyskiego;
- zachęcanie pacjenta do stałego kontaktu ze znajomymi;
- zachęcanie pacjenta do udziału w życiu rodzinnym i możliwości podejmowania decyzji.

Ocena podjętych działań: nastrój pacjenta uległ poprawie.

Pacjent w drugim dniu badania, przytomny, logiczny. Wykazuje dużą chęć współpracy, ponieważ zauważył poprawę swojego stanu po poprzednich działaniach. Uskarża się na ból lewej kończyny górnej. Z wywiadu wynika, że nie stosuje regularnie zaleconej przez lekarza farmakoterapii. Ból ręki powoduje, że nie może spać w nocy. Podczas wizyty zaobserwowano zmianę zabarwienia moczu oraz podwyższoną temperaturę ciała.

Diagnoza: Pałący, piekący ból lewej kończyny górnej spowodowany porażeniem nerwów.

Cel opieki: Zmniejszenie dolegliwości bólowych w ciągu jednego dnia.

Interwencje:

- ocena natężenia bólu za pomocą skali VAS (6 punktów);
- zastosowanie farmakoterapii zgodnie ze zleceniem lekarskim;
- wyjaśnienie pacjentowi jakie są przyczyny bólu;

- obserwacja zachowań pacjenta, które wskazują na obecność dolegliwości bólowych tj. grymas na twarzy, zdenerwowanie, niepokój;
- poinformowanie pacjenta o konieczności przyjmowania leków przeciwbólowych zgodnie ze zleceniem lekarskim;
- zachęcanie pacjenta do znalezienia dogodnej pozycji ułożeniowej, która pozwoli złagodzić dolegliwości bólowe;
- edukacja pacjenta na temat wpływu fizykoterapii w leczeniu bólu.

Ocena podjętych działań: dolegliwości bólowe zmniejszyły się (3 punkty wg. Skali VAS).

Pacjent w trzecim dniu badania kontaktowy, logiczny. Zgłasza uczucie duszności, ponieważ nie może efektywnie odkrztusić wydzieliny. Opiekun zauważył też duże ochłodzenie kończyn dolnych. W trzecim dniu badania przeprowadzono test wiedzy dla opiekuna pacjenta, w celu weryfikacji wiedzy na temat powikłań wynikających z niepełnosprawności.

Diagnoza: Zaburzenia perfuzji obwodowej spowodowane długotrwałym unieruchomieniem

Cel opieki: Poprawa krążenia w kończynach dolnych w ciągu trzech wizyt.

Interwencje:

- ocena ocieplenia i zabarwienia skóry;
- obserwacja zmian na skórze;
- zbadanie tętna;
- ćwiczenia bierne kończyn dolnych dostosowane do tolerancji na niedokrwienie;
- obserwacja pacjenta pod kątem wystąpienia bólu niedokrwiennego;
- unikanie wychłodzenia kończyn dolnych;
- dobór odpowiednich bawełnianych, bezuciskowych skarpet;
- systematyczne nawilżanie i natłuszczenie skóry;
- udział w farmakoterapii na zlecenie lekarza;
- obserwacja kończyn dolnych pod kątem wystąpienia obrzęków;

Ocena podjętych działań: Po zastosowanych interwencjach kończyny dolne uległy ociepleniu.

Podjęte działania wymagają kontynuacji.

Diagnoza: Zaleganie wydzieliny w drogach oddechowych spowodowane nieefektywnym kaszlem.

Cel opieki: Ewakuacja zalegającej wydzieliny w ciągu trzech wizyt.

Interwencje:

- monitorowanie częstości i głębokości oddechów;

- regularna kontrola tętna i poziomu saturacji;
- udział w farmakoterapii w celu rozrzedzenia zalegającej wydzieliny na zlecenie lekarza;
- ułożenie pacjenta w pozycji ułatwiającej oddychanie;
- zachęcanie pacjenta do efektywnego kaszlu w celu szybszej ewakuacji wydzieliny;
- zachęcanie pacjenta do regularnego wykonywania ćwiczeń oddechowych;
- oklepanie pacjenta w celu ułatwienia ewakuacji wydzieliny;
- edukacja pacjenta i opiekuna na temat prawidłowej częstości oddechów, tętna i prawidłowym poziomie saturacji.

Ocena podjętych działań: Pacjent efektywnie odkrztusił część zalegającej wydzieliny, problem wymaga kontynuacji działań.

Dyskusja. Badania ukazują, że podstawowymi problemami pielęgnacyjnymi u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego jest konieczność pomocy w codziennym funkcjonowaniu. Urazy rdzenia kręgowego prowadzą do zaburzeń oddawania moczu i stolca, częstych infekcji dróg moczowych oraz powstawaniu odleżyn. Poczucie niskiej wartości, zależność od innych, niepełnosprawność mocno naruszają równowagę emocjonalną, dlatego priorytetem jest pomoc pacjentowi w zaakceptowaniu niepełnosprawności i dążeniu do jak najlepszej sprawności psychicznej, fizycznej i społecznej [20].

Celem pracy było stworzenie indywidualnego planu opieki pielęgniarzkiej nad pacjentem z urazem rdzenia kręgowego po wypadku komunikacyjnym. Funkcje pielęgniarzki wykorzystano do opracowania interwencji pielęgniarzskich z dużym naciskiem na edukację pacjenta jak i opiekuna. Opieka nad osobą niepełnosprawną jest bardzo dużym wyzwaniem dla rodziny chorego, dlatego bardzo ważnym elementem jest edukacja opiekunów i zapoznanie z problemami, które mogą wystąpić. Porażenie czterokończynowe prowadzi do niepełnosprawności i całkowitego uzależnienia od osób trzecich do końca życia, dlatego bardzo ważna jest od samego początku pielęgnacja i rehabilitacja. Czynności te mają za zadanie zapobiegać powikłaniom, które wynikają z unieruchomienia [21]. Główne zadania pielęgnacyjne obejmują: profilaktykę przeciwodleżynową, pielęgnację układu oddechowego, pielęgnację układu moczowego, odżywianie i psychoterapię. Edukacja rodziny na temat profilaktyki przeciwodleżynowej powinna być skupiona na uświadomieniu, jakie są przyczyny powstawania odleżyn i jak im zapobiegać. Bardzo ważnym elementem jest oklepywanie klatki piersiowej, jeżeli nie ma ku temu przeciwwskazań. Edukacja rodziny na temat profilaktyki przeciwodleżynowej powinna być skupiona na uświadomieniu, jakie są przyczyny powstawania odleżyn i jak im zapobiegać. Działania jakie powinien wykonywać opiekun aby

zapobiec powstaniu odleżyn to: zapewnienie choremu odpowiedniego łóżka medycznego, zastosowanie materaca przeciwoodleżynowego, częsta zmiana pozycji ciała (co 2-3godz.), prawidłowa higiena i pielęgnacja skóry, stosowanie odpowiednich udogodnień (kliny, wałki), delikatny masaż miejsc narażonych na powstawanie odleżyn.

Edukacja rodziny w zakresie profilaktyki zakażeń układu moczowego jest bardzo istotnym elementem. Zawsze należy obserwować ilość, zabarwienie i zapach wydalanego moczu. W przypadku posiadanego cewnika należy pamiętać o regularnym przemywaniu ujścia cewki moczowej, opróżnianiu worka na mocz i jego wymianie oraz regularnej wymianie cewnika. Istotnym elementem jest odpowiednie nawadnianie chorego. Odżywianie pacjenta leżącego jest bardzo istotne. Z uwagi na zmniejszone potrzeby energetyczne powinno być dobierane indywidualnie. Dieta powinna być odpowiednio zbilansowana, ze zmniejszoną kalorycznością, zawierać odpowiednią ilość błonnika i białka a także musi pokrywać zapotrzebowanie na wszystkie potrzebne składniki odżywcze takie jak: białko, witaminy, składniki mineralne. Ogromną rolę odgrywa tu rodzina, która da choremu poczucie bezpieczeństwa i pomoże znaleźć sens dalszego życia, pomimo ograniczeń. Chory powinien jak najszybciej pogodzić się ze swoją niepełnosprawnością, uzależnieniem od innych i utratą prywatności. Opieka psychologa ma na celu przynieść spokój, bezpieczeństwo i poprawę jakości życia. Kluczem jest akceptacja chorego przez najbliższą rodzinę i poczucie, że jest potrzebny i nie jest przeszkodą.

Wnioski.

1. Pacjent z uszkodzeniem rdzenia kręgowego po wypadku komunikacyjnym z występującym porażeniem kończyn górnych, zwieraczem pęcherza moczowego oraz niedowładem kończyn dolnych. Objawy jakie występowały to zaparcia, ból lewej kończyny górnej, przykurcze, infekcja pęcherza moczowego, bezsenność, obniżony nastrój.
2. Opieka pielęgniarska dotyczyła także sfery psychicznej, gdyż pacjent niepełnosprawny odczuwa wiele negatywnych emocji takich jak złość, strach czy przygnębienie.
3. Z uwagi na pobyt pacjenta w domu podczas badania oraz ograniczenia czasowe w badaniu, funkcja diagnostyczna pielęgniarki opierała się na monitorowaniu podstawowych parametrów życiowych.
5. W odniesieniu do funkcji opiekuńczej, opieka pielęgniarska polegała na rozpoznaniu potrzeb pacjenta oraz trudności, jakie spotyka w codziennym funkcjonowaniu. Pacjent z uszkodzeniem rdzenia kręgowego potrzebuje pomocy w większości czynności dnia codziennego jak ubieranie się, kąpiel czy zmiana pozycji ciała.

6. Głównym zadaniem prewencyjnym w opiece nad pacjentem było przedstawienie korzyści, które wynikną z zadbania o własne zdrowie poprzez systematyczną aktywność fizyczną, dostosowaną do możliwości pacjenta i zdrową dietę.
7. Specjalistyczna opieka pielęgniarska w odniesieniu do funkcji rehabilitacyjnej u pacjenta niepełnosprawnego jest bardzo istotnym elementem. Polegała na systematycznej pracy nad wszelkimi deficytami ruchowymi u pacjenta a także miała na celu niedopuszczenie do powikłań związanych z długotrwałym unieruchomieniem.
8. Działania pielęgniarskie w promowaniu zdrowia polegały na przedstawieniu korzyści wynikających ze zdrowego odżywiania się w celu zachowania zdrowia.
9. Zadania pielęgniarki w profilaktyce u pacjenta z urazem rdzenia kręgowego oparte były na profilaktyce przeciwzakrzepowej i przeciwodleżynowej. Podejmowano również działania zapobiegające infekcjom.
10. Deficyt wiedzy pacjenta na temat urazu rdzenia kręgowego jest niewielki. Pacjent sam stara się podnosić poziom swojej wiedzy na temat choroby.
11. Opiekun jest dobrze wyedukowany na temat choroby syna. Po przeprowadzonym teście wiedzy, matka dobrze odpowiedziała na wszystkie pytania dotyczące działań profilaktycznych a także umie rozpoznać niepokojące objawy, które mogą wystąpić u osób długotrwale unieruchomionych.

Piśmiennictwo

1. Krause J.S., Carter R.E. Risk of mortality after spinal cord injury: relationship with social support, education, and income. *Spinal Cord* 2009;47:592–596
2. Radek A., Radek M., Urazy kręgosłupa i nerwów obwodowych, [w]: *Neurologia*. pod red: Stępień A. Medical Tribune Polska. Warszawa 2014: 452-455
3. Lesińska – Sawicka M. (red.): *Metoda Case Study w Pielęgniarstwie. Wprowadzenie do zagadnienia*. Borgis Wydawnictwo Medyczne. Warszawa 2009
4. Lenartowicz H., Kózka M.: Gromadzenie materiału badawczego. [w:] *Metodologia badań w pielęgniarstwie*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2010: 97-116
5. Eckert MJ, Martin MJ. Trauma: Spinal Cord Injury. *Surg Clin North Am*. 2017 Oct;97(5):1031-1045.
6. Spinal Cord Injury (SCI) 2016 Facts and Figures at a Glance. *J Spinal Cord Med*. 2016 Jul;39(4):493-4
7. Singh A., Tetreault L., Kalsi-Ryan S., Nouri A. i wsp. Global prevalence and incidence of traumatic spinal cord injury. *Clin Epidemiol* 2014;23(6):309-331
8. Kiwerski J. Epidemiologia urazów rdzenia kręgowego [w]: *Prewencja i rehabilitacja* 2005;3(9):3-6
9. Spinal Cord Injury (SCI) 2016 Facts and Figures at a Glance. *J Spinal Cord Med*. 2016 Jul;39(4):493-4.
10. Ptaszyńska-Sarosiek I., Niemcunowicz-Janica A., Janica J. Urazy kręgosłupa z uszkodzeniem rdzenia kręgowego – poglądy reprezentowane przez neurologów. *Arch Med Sąd Krym* 2007;57:294-297

11. Jarmundowicz W. Urazowe uszkodzenie kręgosłupa, rdzenia kręgowego i ogona końskiego, [w]: Neurotraumatologia: podręcznik dla studentów medycyny i lekarzy. Urazy kręgosłupa, rdzenia kręgowego i nerwów obwodowych. Pod red: Berny W., Jarmundowicz W., Rutowski R. Neurotraumatologia. Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. Wrocław 2009:7-26
12. Waters RL, Adkins RH, Yakura JS. Definition of complete spinal cord injury. Paraplegia. 1991 Nov;29(9):573-81
13. Kirshblum SC, Biering-Sorensen F, Betz R, Burns S, Donovan W, Graves DE, Johansen M, Jones L, Mulcahey MJ, Rodriguez GM, Schmidt-Read M, Steeves JD, Tansey K, Waring W. International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury: cases with classification challenges. J Spinal Cord Med. 2014 Mar;37(2):120-7.
14. Alizadeh, A., Dyck, S. M., & Karimi-Abdolrezaee, S. (2019). Traumatic Spinal Cord Injury: An Overview of Pathophysiology, Models and Acute Injury Mechanisms. *Frontiers in neurology*, 10, 282. <https://doi.org/10.3389/fneur.2019.00282>
15. McDonald JW, Becker D, Huettner J. Spinal Cord Injury. In *Handbook of Stem Cells*. Vol. 2. Elsevier Inc. 2013. p. 723-738 doi: 10.1016/B978-0-12-385942-6.00062-7
16. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2012). Spinal cord injury: Hope through research. Retrieved May 22, 2012, from <https://www.ninds.nih.gov/Disorders/Patient-Caregiver-Education/Hope-Through-Research/Spinal-Cord-Injury-Hope-Through-Research>
17. <https://fizjobaza.pl/fizjoterapia-w-uszkodzeniach-rdzenia-kregowego> (dostęp 20.07.2022r)
18. <https://forumneurologiczne.pl/artykul/ocena-neurologiczna-chorych-i-postepowanie-po-urazie-rdzenia-kregowego/14108> (dostęp 20.07.2022r)
19. Diagnostyka obrazowa. Podstawy teoretyczne i metodyka badań. Red. Pruszyński, B.. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie, 2013, 566 s. ISBN 978-83-200-4174-3 str.417-420
20. Liu, Q et al. "Early MRI finding in adult spinal cord injury without radiologic abnormalities does not correlate with the neurological outcome: a retrospective study." *Spinal cord* vol. 53,10 (2015): 750-3. doi:10.1038/sc.2015.45
21. Białowolska K., Znieczulenie podpajęczynówkowe do cięcia cesarskiego – poszukiwanie idealnej dawki leku miejscowo znieczulającego, *Anestezjologia i Ratownictwo* 2021; 15: 130-135. doi:10.53139/AIR.20211514.

ZADANIA PIELEŃNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM Z CHOROBA PARKINSONA

IWONA WIELGOSZ, IZABELA PRZYBYŁO, ANETA KOŚCIOŁEK, IWONA ADAMSKA-KUŹMICKA

Wstęp. Choroba Parkinsona jest przewlekłą i postępującą chorobą neurologiczną, która dotyka miliony osób na całym świecie. Po raz pierwszy opisany przez dr Jamesa Parkinsona w 1817 roku, stan ten stał się poważnym wyzwaniem medycznym dla pacjentów, ich rodzin i społeczności medycznej, cierpi na nią około 0,15-0,3% ludzi na świecie. W Polsce dotyczy ona 60-70 tys mieszkańców [1].

Dokładna przyczyna choroby Parkinsona nie została jeszcze wyjaśniona, ale uważa się, że rolę odgrywają zarówno czynniki genetyczne, jak i środowiskowe. Chociaż większość przypadków uważa się za sporadyczne, zidentyfikowano kilka genów, które przyczyniają się do rodzinnych postaci choroby. Mutacje w genach, takich jak α -synukleina (SNCA), parkina (PARK2) i bogata w leucynę kinaza powtórzeń 2 (LRRK2) są zaangażowane w patogenezę choroby Parkinsona. Ponadto czynniki środowiskowe, w tym ekspozycja na pestycydy, herbicydy i metale ciężkie, są związane ze zwiększonym ryzykiem rozwoju choroby. (moje 10) Podczas występowania choroby obserwuje się zmiany zwyrodnieniowe komórek nerwowych w istocie czarnej i obecność tzw. ciał Lewy'ego [2].

Choroba Parkinsona charakteryzuje się szeregiem objawów motorycznych i niemotorycznych, które znacząco wpływają na codzienne życie pacjenta. Główne objawy motoryczne obejmują drżenie, spowolnienie ruchowe (spowolnienie ruchu), sztywność i niestabilność postawy. Objawy te często zaczynają się jednostronnie i rozwijają się, obejmując obie strony ciała w miarę postępu choroby. Objawy niemotoryczne mogą pojawić się na wczesnym lub późniejszym etapie choroby, dodatkowo zwiększając obciążenie doświadczane przez osoby z chorobą Parkinsona. Od jednej czwartej do 60% pacjentów doświadcza zamrożenia ruchów zwykle po kilku latach od początku wystąpienia objawów [3].

Zanim pojawią się objawy motoryczne i zostanie postawiona diagnoza, u pacjentów mogą występować różne objawy przedruchowe. Mogą one rozpocząć się już na 10 lub więcej lat przed rozpoznaniem i zalicza się do nich: brak zaangażowania i zainteresowania emocjonalnego (apatia), nadmierna senność w ciągu dnia, problemy ze snem i zaparcia, dolegliwości związane z pamięcią, utratę węchu i smaku, zaburzenia nastroju, nadmierne pocenie się, zmęczenie i ból. [3] Zaparcia, zachowania senne (zaburzenia snu w fazie REM),

częste koszmary senne, senność w ciągu dnia, depresja i uczucie pełności po posiłku były często zgłaszane ponad 10 lat przed wystąpieniem objawów ruchowych [4].

Deformacje postawy są częstym powikłaniem choroby Parkinsona. Deformacje te obejmują nieprawidłowo zgiętą postawę ciała ze zgięciem wychodzącym z odcinka piersiowego lub lędźwiowego kręgosłupa (kamptokormia), zgięcie głowy i szyi do przodu (antecollis) oraz skoliozę [3].

Obecnie nie ma dostępnego leczenia, które wyleczyłoby chorych lub zatrzymało postęp choroby. Leczenie lekami dopaminergicznymi ma charakter objawowy i ma na celu wyrównanie zaburzeń ruchowych. Lewodopa, prolek dopaminy, jest standardową i najczęstszą terapią początkową pacjentów. Terapia chirurgiczna, zwykle z głęboką stymulacją elektryczną mózgu, jest dostępna wyłącznie dla wybranego odsetka pacjentów, głównie wtedy, gdy leczenie farmakologiczne nie przynosi oczekiwanych rezultatów terapeutycznych [3].

Choroba Parkinsona wywiera głęboki wpływ na jednostki, ich rodziny i społeczeństwo jako całość. Fizyczne objawy choroby często skutkują ograniczeniami funkcjonalnymi, zmniejszoną mobilnością i trudnościami w wykonywaniu codziennych czynności. Zaburzenia funkcji poznawczych i objawy psychiatryczne mogą zakłócać funkcjonowanie poznawcze, samopoczucie emocjonalne i relacje międzyludzkie. Opiekunowie również ponoszą znaczny ciężar, zapewniając pacjentom wsparcie i pomoc w miarę postępu choroby. Ekonomiczne implikacje choroby Parkinsona, w tym koszty leczenia, opieka długoterminowa i utrata produktywności, dodatkowo podkreślają jej wpływ na społeczeństwo, zwłaszcza na najbliższe otoczenie jednostki cierpiącej na tą chorobę. [5]

Badania nad chorobą Parkinsona wciąż pogłębiają naszą wiedzę na temat tej choroby i wspierają rozwój nowych podejść terapeutycznych. Badania genetycznych czynników ryzyka, agregacji białek, dysfunkcji mitochondriów i zapalenia nerwów rzucają światło na mechanizmy choroby i potencjalne cele interwencji.

Rozpoznanie choroby Parkinsona opiera się przede wszystkim na ustalonych klinicznych kryteriach diagnostycznych. Najczęściej stosowanymi kryteriami są te opracowane przez Bank Mózgów Brytyjskiego Towarzystwa Choroby Parkinsona oraz kryteria diagnostyczne Międzynarodowego Towarzystwa Chorób Parkinsona i Zaburzeń Ruchowych (MDS) [6]. Kryteria te uwzględniają obecność i charakter objawów motorycznych, ich progresję w czasie oraz brak nietypowych cech, które sugerują alternatywne rozpoznanie.

Podczas gdy ocena kliniczna stanowi podstawę diagnozy, badania pomocnicze mogą pomóc w potwierdzeniu obecności choroby Parkinsona i wykluczeniu innych potencjalnych przyczyn. Badania te nie mają charakteru diagnostycznego w izolacji, ale dostarczają dodatkowych

informacji wspierających ocenę kliniczną. Typowe badania pomocnicze obejmują techniki neuroobrazowania, takie jak obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego (MRI) i skany transportera dopaminy (DaT), które mogą pomóc w ocenie struktury i funkcji mózgu oraz wykluczyć inne zaburzenia parkinsonowskie [7].

Cechą charakterystyczną choroby Parkinsona jest pozytywna odpowiedź na leki dopaminergiczne, zwłaszcza lewodopę. Ta odpowiedź jest często uważana za dodatkową cechę diagnostyczną podczas oceny pacjentów. Znacząca poprawa objawów ruchowych, zwłaszcza spowolnienia ruchowego i sztywności, po próbie lewodopy dodatkowo wspiera diagnozę choroby Parkinsona. Rozpoznanie choroby Parkinsona najlepiej osiągnąć poprzez multidyscyplinarne podejście z udziałem neurologów, specjalistów od zaburzeń ruchowych i innych pracowników służby zdrowia. [8] Współpraca specjalistów zapewnia kompleksową ocenę, trafną diagnozę i spersonalizowany plan leczenia dla każdego pacjenta. Ponadto zaangażowanie neuropsychologów, logopedów i terapeutów zajęciowych pomaga ocenić i zarządzać niemotorycznymi aspektami choroby Parkinsona, przyczyniając się do holistycznej opieki nad pacjentem.

Cel pracy. Celem pracy jest przedstawienie zadań pielęgniarskich w opiece nad pacjentem z chorobą Parkinsona.

Prezentacja przypadku. Badanie zrealizowano na Oddziale Neurologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie.

Przedmiot badań jest upodmiotowiony i jest to kobieta w wieku 72 lat. Została przyjęta w trybie nagłym z powodu znacznego pogorszenia stanu neurologicznego w przebiegu choroby Parkinsona. Chora hospitalizowana z podobnego powodu w roku 2019. W czasie hospitalizacji przytomna i wydolna krążeniowo-oddechowo. W prowadzonej obserwacji widoczne dyskinezy w obrębie twarzy. Leżąca, niepionizowana, obecnie bez występowania odleżyn. Komunikowanie się z pacjentką jest utrudnione ze względu na wzmożone napięcie mięśni żuchwy, dyzartrię i dysfonię. Z dokumentacji medycznej wynika, że pacjenta cierpi również na osteoporozę oraz miażdżycę kończyn dolnych.

Dane empiryczne dotyczące poszczególnych układów anatomicznych ciała:

Układ krążenia:

- tętno: 70 ud./minutę - prawidłowe.
- ciśnienie tętnicze: 105/62 mmHg - prawidłowe.
- obrzęki: nie występują.
- omdlenia: nie występują.

Układ oddechowy:

- Częstość oddechów na minutę: 12.
- Duszność: nie występuje.
- Drożność dróg oddechowych: prawidłowa.
- Kaszel: brak.

Układ pokarmowy:

- Stan uzębienia: proteza.
- Stan śluzówek: prawidłowy.
- Stan języka: prawidłowy.
- Pragnienie: obniżone.
- Łaknienie: obniżone.
- Połykanie: zaburzone.
- Wydalanie: zaburzone, występują zaparcia.
- BMI = 19,15 - prawidłowe.
- Dieta: papkowata. Została oceniona funkcjonalną skalą sposobu odżywiania na poziomie 4.

Tabela 6 Funkcjonalna skala sposobu odżywiania.

Poziom	Opis
1	Odżywianie tylko przez sondę, nic doustnie
2	Odżywianie w większości przez sondę, nieznaczne ilości pokarmów przyjmowane doustnie
3	odżywianie w większości doustnie, dokarmianie przez sondę
4	tylko odżywianie doustne, sonda usunięta, ograniczenia konsystencji pokarmów
5	tylko odżywianie doustne, sonda usunięta, minimalne ograniczenia konsystencji pokarmów

Źródło: <http://polykanie.pl/index.php/dla-lekarzy-i-logopedow/funkcjonalne-skale-nasilenia-dysfagii?showall=1&limitstart=> [dostęp: 24.05.2023].

- Dolegliwości dyspeptyczne: zaprzecza.

Układ moczowo-płciowy:

- Diureza: zaburzona - skąpomocz.
- Cewnikowanie: zacewnikowana ze względu na nietrzymanie moczu i potrzebę kontroli diurezy.
- Cykl miesięczkowy: po menopauzie.

Układ kostno-stawowo-mięśniowy:

- Mobilność: zaburzona, wynik 10 pkt w skali Barthel świadczy o stanie ciężkim i zwiększonym zapotrzebowaniu opieki.
- Napięcie mięśniowe: zwiększone. Przy wykonywaniu ruchów biernych kończyn dolnych opór jest wyczuwalny cały czas (objaw rury ołowianej), a przy ruchach biernych kończyn górnych pojawia się skokami (objaw koła zębatego).

Układ nerwowy:

- Stan świadomości: prawidłowy. Pacjentka zorientowana co do własnej osoby, czasu i miejsca, w którym się znajduje.
- Objawy neurologiczne: objaw babińskiego nieobecny, czucie powierzchowne i głębokie prawidłowe, objawy oponowe ujemne.
- Ból: zaprzecza.

Stan psychiczny:

- Komunikacja: zaburzona. Kontakt werbalny utrudniony ze względu na obecność u pacjentki. dyzartrii i dysfonii. Kobieta rozumie co się do niej mówi i może zrozumiale wypowiadać pojedyncze słowa. Chora jest chętna do rozmowy.
- Nastroj: wyrównany.
- Pamięć: pacjentka twierdzi, że nie ma problemów z pamięcią, aczkolwiek ciężko jest to ocenić ze względu na trudności w komunikacji.
- Zachowanie: adekwatne do sytuacji; chora współpracuje i wyraża zgodę na uczestniczenie w badaniu przez studentów kierunków medycznych.
- Sen: prawidłowy.
- Nałogi: nie dotyczy.

Funkcjonowanie zmysłów:

- Wzrok: trudny do oceny ze względu na utrudniony kontakt werbalny, pacjentka zaprzecza problemy ze wzrokiem.
- Słuch: prawidłowy.

Skóra:

- Temperatura: 36,6⁰C w normie, miejsce pomiaru: czoło.
- Cechy odwodnienia: nie występują.
- Zmiany skórne: nie występują.
- Odleżyny: nie występują. W skali NORTON pacjentka otrzymała 11 pkt, co świadczy, że ryzyko zagrożenia odleżyną istnieje.
- Stan higieniczny: zadowalający.

Sytuacja rodzinno-społeczna:

- Warunki mieszkaniowe: dobre.
- Sytuacja materialne: dobra.
- Osoby opiekujące się pacjentem: opiekunka, rodzina.

Przedstawienie diagnoz pielęgniarских. Na podstawie danych zebranych za pomocą obserwacji, dokonania odpowiednich pomiarów, wywiadu oraz z analizy dokumentacji pielęgniarской jak i medycznej, sformułowano następujące diagnozy pielęgniarские:

Diagnoza pielęgniarская nr 1: Ryzyko powikłań spowodowanych unieruchomieniem (odleżyny, zapalenie płuc, zakrzepica żył, przykurcze i zaniki mięśni szkieletowych).

Cel: Zminimalizowanie ryzyka rozwoju powikłań unieruchomienia w czasie hospitalizacji.

Działania pielęgniarские:

- ocena ryzyka rozwoju odleżyn wg skali NORTON,
- stosowanie zmian pozycji ułożeniowych co 2 godziny,
- użycie materaca zmiennociśnieniowego,
- dokładne osuszanie skóry podczas wykonywania czynności higienicznych,
- stosowanie udogodnień pozwalających zminimalizować ucisk w miejscach narażonych na powstawanie zmian,
- stosowanie natłuszczania skóry,
- zapewnienie w sali chorej temperatury około 20 °C,
- stosowanie bielizny pościelowej wykonanej z materiałów naturalnych,
- zapewnienie odpowiedniej podaży białka w diecie,
- stosowanie ćwiczeń biernych,
- prowadzenie indywidualnej dokumentacji chorej, uwzględniającej działania profilaktyczne oraz terapeutyczne.

Diagnoza pielęgniarская nr 2: Ryzyko zakrztuszenia się spowodowane zaburzeniami połykania.

Cel: zminimalizowanie ryzyka wystąpienia zakrztuszenia podczas spożywania posiłków,

Działania pielęgniarские:

- przyjmowanie pozycji siedzącej przed oraz po posiłku,
- karmienie chorej w pozycji półwysokiej,
- niepośpieszanie pacjentki w przyjmowaniu pokarmu, okazywanie cierpliwości,
- stosowanie diety półpłynnej,
- stała kontrola pacjenta podczas posiłku,
- w przypadku zaniku odruchu połykania założenie sondy oraz stosowanie karmienia przez sondę żołądkową.

Diagnoza pielęgniarska nr 3: Ryzyko niedożywienia i odwodnienia spowodowane niemożnością samodzielnego spożywania posiłków oraz zaburzeniami połykania.

Cel: zminimalizowanie ryzyka wystąpienia niedożywienia podczas pobytu na oddziale.

Działania pielęgniarskie:

- ocena ryzyka wystąpienia niedożywienia oraz stanu metabolicznego,
- kontrola masy ciała,
- kontrola stanu nawodnienia chorej,
- stosowanie stałych pór przyjmowania pokarmów,
- stosowanie diety bogatej w białko oraz odpowiednie składniki odżywcze,
- prowadzenie bilansu wodnego,
- założenie sondy doustnej w celu karmienia chorej,
- spożywanie posiłków lekkostrawnych.

Diagnoza pielęgniarska nr 4: Ryzyko infekcji dróg moczowych z powodu założonego Cewnika Foley'a.

Cel: zminimalizowanie ryzyka wystąpienia infekcji dróg moczowych podczas hospitalizacji.

Działania pielęgniarskie:

- założenie cewnika Foley'a z zachowaniem aseptyki oraz antyseptyki,
- zabezpieczenie cewnika przed przesuwaniem się i podrażnieniem skóry,
- zapewnienie chorej odpowiedniej podaży płynów,
- codzienna kontrola cewnika,
- stosowanie środków myjąco-odkażających podczas pielęgnacji cewnika,
- systematyczne badanie ogólne moczu,
- prowadzenie bilansu wodnego,
- w przypadku wystąpienia objawów infekcji - pobranie moczu na badanie bakteriologiczne, wymiana cewnika oraz wprowadzenie antybiotykoterapii według zlecenia lekarskiego.

Diagnoza pielęgniarska nr 5: Deficyt samoopieki i samopielęgnacji z powodu choroby Parkinsona.

Cel: pomoc chorej w utrzymaniu czystości ciała podczas pobytu na oddziale.

Działania pielęgniarskie:

- ocena wydolności samoobsługowej chorej według skali Barthel,
- pomoc w zmianie odzieży,
- pomoc w wykonywaniu czynności higienicznych,
- pomoc w utrzymaniu czystości w najbliższym otoczeniu pacjenta,

- zapewnienie intymności podczas wykonywania czynności higienicznych,
- zaplanowanie kąpieli o stałej porze dnia,
- kontrola stanu skóry oraz błon śluzowych podczas wykonywania czynności higienicznych,
- pomoc w codziennej pielęgnacji jamy ustnej chorej,
- zachowanie zasad intymności przy czynnościach pielęgnacyjnych.

Diagnoza pielęgniarska nr 6: Utrudnione komunikowanie się z powodu dyzartrii i dysfonii.

Cel: nawiązanie kontaktu z pacjentką oraz umożliwienie wyrażania potrzeb przez chorą.

Działania pielęgniarskie:

- ocena funkcji poznawczej chorej,
- opracowanie z pacjentką indywidualnego sposobu porozumiewania się,
- mówienie do pacjenta powoli i wyraźnie, w razie potrzeby powtarzanie pytań,
- używanie odpowiednich narzędzi pomocniczych (np. biała kartka papieru i czarny mazak),
- zapewnienie spokoju podczas komunikacji z chorą,
- umożliwienie kontaktu chorej z rodziną,
- niwelowanie czynników stresowych,
- zachęcanie chorej do komunikacji z otoczeniem ,
- zapewnienie chorej odpowiedniego odpoczynku w nocy.

Diagnoza pielęgniarska nr 7: Dyskomfort spowodowany zaparciami.

Cel: zniwelowanie występowania zaparć.

Działania pielęgniarskie:

- badanie fizykalne brzucha w kierunku występowania objawów chorób wątroby, pęcherzyka żółciowego, wyrostka robaczkowego czy otrzewnowych,
- zastosowanie diety bogatoresztkowej,
- zapewnienie chorej odpowiedniej podaży płynów,
- kontrola oddawania stolca,
- stosowanie masażu brzucha w celu pobudzenia perystaltyki jelit,
- częsta zmiana pozycji ułożenia chorej i zastosowanie ćwiczeń biernych,
- stosowanie doustnych środków przeczyszczających zgodnie ze zleceniem lekarskim,
- zastosowanie zabiegów dorektalnych zgodnie z zaleceniem lekarskim,
- zalecanie próby oddawania stolca o stałych porach.

Dyskusja. Opieka nad pacjentem z chorobą Parkinsona powinna być interdyscyplinarna i opierać się na współpracy całego zespołu terapeutycznego, który powinien ustalić realistyczne

cele, środki i terminy wyników. Opieka pielęgniarstwa powinna koncentrować się nie tylko na poprawie jakości i samodzielności pacjenta, ale także na ocenie i wsparciu opiekuna [9]. Często osoby zajmujące się bliskimi, których dotyka to schorzenie są zmuszone do zmiany dotychczas prowadzonego stylu życia oraz skupienia się nad zaplanowaniem najlepszych warunków dla chorego. Jest to znaczne utrudnienie w prowadzeniu dotychczasowych ról społecznych oraz może mieć znaczący wpływ na ich sposób postrzegania sytuacji. Szczególnie ważne jest zapewnienie opiekunom osób dotkniętych tą chorobą zrozumienia oraz zaoferowanie pomocy specjalistycznej, zarówno dla chorych, jak również ich samych. Niekiedy podczas zmian prowadzenia życia dochodzi do zmian samooceny opiekunów oraz umiejętności społecznych. Warte rozważenia jest skorzystanie z pomocy psychoterapeuty, który pozwoli na lepsze zrozumienie zachodzących zmian oraz pozwoli się lepiej przygotować na kolejne etapy opieki nad chorymi. Wsparcie emocjonalne jest również niezwykle ważne dla osób, które otrzymały diagnozę choroby Parkinsona. Dla wielu osób choroba oznacza zależność od innych oraz spadek swojej samooceny. Warto ustalić z zespołem interdyscyplinarnym długoterminowego planu opieki, obejmującego działania wobec całej rodziny chorego. Wiadomo również, że choroba Parkinsona jest nieuleczalna, co może być kolejnym czynnikiem stresogennym zarówno dla pacjentów, jak również osób opiekujących się nimi. Często pojawia się również myśl o śmierci. Często zauważa się występowanie zaprzeczenia występowania choroby, zwłaszcza na jej początkowym etapie. Z biegiem czasu może się to przerodzić w zachowania depresyjne oraz znaczne obniżenie odporności psychicznej osób dotkniętych chorobą. Warto pamiętać, że schorzenie to nie dotyczy tylko i wyłącznie chorego, ale również jego otoczenie, wobec czego wcześniej wspomniane wsparcie emocjonalne ma znaczący wpływ na funkcjonowanie społeczeństwa, gdzie występuje choroba Parkinsona. Podczas kolejnych etapów choroby dochodzi do stopniowego zaniku podstawowych czynności życiowych chorego, co ma znaczący wpływ na jest stan bio-psycho-społeczny.

Langmore i in. stwierdzili, że dysfagia może być kluczowym czynnikiem usposabiającym do zapalenia płuc [10]. Zaburzenie tej czynności niekiedy ma wpływ na znaczne osłabienie organizmu chorego, łącznie ze znacznym spadkiem odporności oraz utratą sił. Konsekwencjami tego mogą być niedobory odporności oraz długotrwałe unieruchomienie, które znacznie podnoszą ryzyko wystąpienia zapalenia płuc. Dlatego również autorzy przeglądu literatury i badań na temat terapii dysfagii w chorobie Parkinsona omówili skuteczność fizjoterapii narządu żucia, zmianę typu diety i zastosowanie skal dysfagii w celu poprawy połykania. Doszli do wniosku, że aby ocenić prawdziwą, kliniczną przydatność tychże technik, należy dokonać więcej badań dotyczących dysfagii z większą grupą pacjentów

z chorobą Parkinsona [11]. Spojrzenie na ten problem w większym gronie pozwala na zebranie większej ilości występowania powikłań choroby oraz lepszym opracowaniu planu opieki, który jest kluczowy w czasie choroby. Pacjenci z chorobą Parkinsona często doświadczają objawów żołądkowo-jelitowych. Szczególnie zaparcie, które są spowodowane spowolnieniem ruchomości przewodu pokarmowego i występują u 70-80% chorych [12]. Często mogą one wynikać z niedostatecznej podaży płynów w diecie, ograniczenia ruchowego oraz nieodpowiednio dobranej diety. Czynniki te mają znaczący wpływ na występowanie spowolnienia pasażu jelit i w konsekwencji do zalegania treści pokarmowej, objawiającej się występowaniem często bolesnych zaparć. Dobór i przestrzeganie odpowiedniej diety jest istotny i łagodzi przebieg objawów choroby Parkinsona [13]. Chorzy stosujący odpowiedni rodzaj diety o wiele rzadziej zgłaszają występowanie powyższych dolegliwości układu pokarmowego i w konsekwencji ich poziom samopoczucia fizycznego jest wyższy, co przekłada się nie tylko na jakość ich życia, ale również pozwala ich opiekunom na ograniczenie występowania problemów natury emocjonalnej.

Wnioski.

1. Opieka pielęgniarska nad pacjentem z chorobą Parkinsona powinna być zindywidualizowana do potrzeb chorego, gdzie pielęgniarka pełni funkcje: diagnostyczno-leczniczą, rehabilitacyjną, pielęgnacyjno-opiekuńczą i edukacyjną.
2. Stan bio-psycho-społeczny osoby z chorobą Parkinsona jest zależny od stopniowo ujawniających się objawów choroby. Osoby w zaawansowanym stadium choroby często wykazują znaczne obniżenie stanu bio-psycho-społecznego
3. Główne problemy pielęgnacyjne, które można wyodrębnić u pacjenta to: ryzyko powikłań związanych z unieruchomieniem, ryzyko zakrztuszenia się, ryzyko niedożywienia i odwodnienia, ryzyko infekcji dróg moczowych, deficyt samoopieki i samopielęgnacji, utrudnione komunikowanie się, dyskomfort spowodowany zaparciami.
4. Opieką powinni zostać objęci również opiekunowie chorych na Parkinsona z powodu stresu związanego ze zmianami wynikającymi z występowania choroby.
5. W opiece nad chorymi powinno się stosować odpowiednią dietę w celu uniknięcia występowania objawów ze strony układu pokarmowego.

Piśmiennictwo

1. Szluz B.: O doświadczaniu choroby Parkinsona. Socjologiczne spojrzenie na chorego. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J, Paedagogia-Psychologia*. 2020; 33(1):209–218.

2. Simon D.K., Tanner C.M., Brundin P.: Parkinson Disease Epidemiology, Pathology, Genetics, and Pathophysiology. *Clin Geriatr Med.* 2020;36(1):1-12.
3. Sveinbjornsdottir S.: The clinical symptoms of Parkinson's disease. *J Neurochem.* 2016;139 Suppl 1:318-324.
4. Pont-Sunyer C., Hotter A., Gaig C., et al.: The onset of nonmotor symptoms in Parkinson's disease (the ONSET PD study). *Mov Disord.* 2015;30(2):229-237.
5. Pringsheim, T., Jette, N., Frolkis, A., & Steeves, T. D. L.: The prevalence of Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. *Movement Disorders*, 2014;29(13):1583-1590.
6. Mahlkecht, P., Seppi, K., Poewe W.: The concept of prodromal Parkinson's disease. *Journal of Parkinson's Disease.* 2017;7(2):303-309.
7. Rektorova, I., et al. Consensus clinical diagnostic criteria for dementia with Lewy bodies (DLB): Report of the consortium on DLB international workshop. *Journal of Alzheimer's Disease.* 2020; 77(3), 1091-1112.
8. Poewe, W. i in.: Parkinson disease. *Nature Reviews Disease Primers.* 2017(3):17013.
9. Ng J.S.C.: Palliative care for Parkinson's disease. *Ann Palliat Med.* 2018;7(3):296-303.
10. Langmore S. i in.: Prognozy zachłystowego zapalenia płuc: Jak ważna jest dysfagia? *Dysfagia.* 1998;13:69–81.
11. López-Liria R, Parra-Egeda J, Vega-Ramírez FA, et al. Treatment of Dysphagia in Parkinson's Disease: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(11):4104.
12. Jost W.H., Eckardt V.F.: Constipation in idiopathic Parkinson's disease. *Scand J Gastroenterol.* 2003;38(7):681-686.
13. Knight E. i in.: The Role of Diet and Dietary Patterns in Parkinson's Disease. *Nutrients.* 2022;14(21):4472.

SPECYFIKA OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD PACJENTEM Z CHOROBA AFEKTYWNA DWUBIEGUNOWA – STUDIUM PRZYPADKU

KAROLINA BASZYŃSKA, ELŻBIETA GARWACKA-CZACHOR

Wprowadzenie. Choroba afektywna dwubiegunowa (ChAD) nazywana niegdyś psychozą maniakalno-depresyjną charakteryzuje się okresowym występowaniem przeciwnych biegunowo objawów jakimi są stany przygnębienia oraz pobudzenia. W zależności od przyjętej definicji ChAD może dotyczyć około 1-5% całego społeczeństwa [1]. Jest chorobą o epizodycznym, lecz przewlekłym przebiegu, cechuje się tendencją do progresji i dużą nawrotowością (sięgającą blisko 100%). Zaczyna się dość wcześnie – pierwszy epizod występuje około 30 roku życia (szczyt zapadalności przypada między 18 a 22 rokiem życia). Rokowanie w ChAD przy odpowiednim leczeniu uznawane jest ogólnie za pomyślne, zależy ono od: przebiegu choroby, wieku, w którym ujawniła się pierwsza faza, długości oraz jakości remisji, a także efektów postępowania profilaktycznego. Czynniki, które wskazują na złe rokowanie to: wczesne ujawnienie się choroby, pierwsza faza w postaci manii, brak remisji po pierwszej fazie lub niepełne remisje między nawrotami, złe przystosowanie społeczne w okresie przedchorobowym, nadużywanie alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, brak dobrej reakcji na leki normotymiczne oraz płeć męska [2]. Wśród chorych na chorobę afektywną dwubiegunową bardzo częste jest występowanie zachowań samobójczych, a same samobójstwa stanowią główną przyczynę śmiertelności – popełnia je około 15% chorych. W związku z występującymi trudnościami w diagnozowaniu, często zdarza się, że pacjenci są niepoprawnie zdiagnozowani i w konsekwencji nieodpowiednio leczeni, co przekłada się na przewlekłość, nasilenie, przebieg oraz lekooporność choroby [1, 3, 4, 5]. Pielęgniarka opiekująca się pacjentami z zaburzeniami psychicznymi – poza specjalistycznym przygotowaniem oraz ustawicznym podnoszeniem swoich kwalifikacji - musi umieć budzić zaufanie, budować bezpieczeństwo, akceptować i empatycznie rozumieć chorego [6]. Od pielęgniarki wymaga się empatii, taktu, cierpliwości oraz zrozumienia dla bezradności pacjenta, która go ogarnia. Jest to nie tylko serdeczna postawa wobec pacjenta, ale działanie minimalizujące ryzyko samobójstwa - zatem postępowanie ratujące życie [7]. Istotnym czynnikiem medycyny zorientowanej na pacjenta (przez wiele lat pomijanym) jest skuteczna komunikacja, zarówno pomiędzy personelem medycznym, jak i w relacji personel – pacjent [8].

Cel badania. Celem badania było przedstawienie problemów pielęgnacyjnych w opiece nad pacjentem z chorobą afektywną dwubiegunową.

Materiał i metody badawcze. Materiały wykorzystane w pracy zostały pozyskane w grudniu 2021 roku od pacjenta hospitalizowanego w Oddziale Psychiatrii Sądowej. W pracy zastosowano metodę indywidualnego przypadku oraz techniki zbierania informacji: wywiad, analizę dokumentów, obserwację, pomiar. W technice wywiadu użyto kwestionariusza wywiadu, korzystano także z techniki wywiadu indywidualnego nieskategoryzowanego. Zebrane informacje dokumentowano w indywidualnej dokumentacji procesu pielęgnowania [9,10]. Zastosowano także technikę obserwacji (bezpośredniej, kontrolowanej, jawnej, bezprzrządowej), którą systematycznie powtarzano. W sposób ciągły, podczas hospitalizacji pacjenta, stosowano również rodzaj obserwacji kontrolowanej i niekontrolowanej, jawnej i ukrytej. Do ilościowego opisu stanu zdrowia pacjenta i szczegółowych jego wyznaczników zastosowano technikę pomiaru wykorzystując narzędzia: ciśnieniomierz, glukometr, skalę numeryczną oceny bólu NRS (ang. *Numerical Rating Scale*), wagę, taśmę pomiaru wysokości (wzrostomierz), wskaźnik masy ciała BMI (ang. *Body Mass Index*). W analizie dokumentacji wykorzystano narzędzia: historię choroby pacjenta, kartę informacyjną z Izby Przyjęć, opinie sądowo-psychiatryczne, postanowienia sądowe, opinie psychologiczne, księgi raportów pielęgniarских, wyniki badań diagnostycznych.

W opiece nad pacjentem zastosowano model Hildegard Paplau, jego założenia są mocno humanistyczne [11, 12]. Model ten opiera się na czterech powiązanych ze sobą i następujących po sobie fazach relacji pielęgniarka - pacjent: faza orientacji, faza identyfikacji, faza eksploatacji, faza rozwiązywania. Wynikiem ostatniej fazy powinno być rozwiązanie problemów zdrowotnych podopiecznego i uzyskanie gotowości do samodzielnego, niezależnego funkcjonowania. Podczas każdego etapu relacji terapeutycznej pielęgniarka przyjmuje różne role wobec pacjenta towarzysząc mu podczas procesu zdrowienia. Są to role: obcego, źródła informacji, nauczyciela, doradcy, przywódcy (lidera), zastępcy, eksperta (konsultanta) [13].

Opis przypadku. Opis przypadku przygotowano na potrzeby pracy licencjackiej [14]. Badaniem objęto 46-letniego mężczyznę przebywającego na internacji od dnia 18 czerwca 2020 r., umieszczonego w Oddziale Psychiatrii Sądowej o podstawowym stopniu zabezpieczenia. Pacjent oskarżony o zagrożenie synowi nożem, naruszenie jego nietykalności cielesnej oraz niestosowanie się do wcześniejszych postanowień sądu w kontekście przymusu leczenia. Przebywa w szpitalu w związku z rozpoznaniem zaburzenia afektywnego dwubiegunowego z objawami psychotycznymi oraz zaburzeniami osobowości i zachowania, co demonstruje drażliwością, skłonnością do działań i zachowań impulsywnych oraz obniżeniem kontroli emocji i głębokim obniżeniem krytycyzmu. Pacjent leczony psychiatrycznie od ponad 20 lat, kilkunastokrotnie hospitalizowany, obecnie podczas jego

drugiej internacji. Mężczyzna jest dwukrotnym rozwodnikiem, ojcem trójki dzieci. Pierwszy raz ożenił się mając 21 lat, z tego małżeństwa ma dwójkę dzieci – 24-letniego syna oraz 19-letnią córkę. Małżeństwo trwało około 20 lat, ale jak chory twierdzi „było martwe od 10 lat”. Drugie małżeństwo, które zawarł z kobietą poznaną w szpitalu psychiatrycznym po czterech miesiącach znajomości trwało niecałe pół roku. Pobrali się kiedy kobieta była już w ciąży, rozstali się dwa dni po ślubie - „Potrzebowała tylko ślubu i mojego nazwiska”. Mężczyzna raz twierdzi, że dziecko z tego małżeństwa (3-letnią dziewczynkę) widział tylko jednokrotnie przez kilka minut, innym razem utrzymuje, że bierze czynny udział w wychowaniu dziecka. Pacjent był wychowywany w rodzinie pełnej, najstarszy z czterech braci. Obecnie podaje, iż warunki w domu były trudne, a rodzice nadużywali alkoholu. Wcześniej podawał, że dzieciństwo wspomina dobrze i czuł się szczęśliwy. Obydwoje rodzice chorego żyją, są małżeństwem. Ojciec - emeryt, po przebytym udarze, matka – rencistka, przewlekle choruje (pacjent nie jest zorientowany na co). Chory nie potrafił też określić wieku rodziców. Przed umieszczeniem na internacji mieszkał „z mamą albo na wynajmie”. Wcześniej utrzymywał, że przed zatrzymaniem był osobą bezdomną, mieszkał w altanie na działce lub w piwnicy, w wieżowcu u rodziców, zbierał rzeczy w śmietniku, karmili go sąsiedzi. Najmłodszy brat zmarł w wyniku nieszczęśliwego wypadku kilka tygodni temu, drugi brat przebywa w więzieniu, trzeci mieszka za granicą. Chory wspomina też, że „Rodzice, jak dowiedzieli się o mojej drugiej córce to chcieli mnie zabić. Żona i syn przychodzili i mówili mi, że wynajmą ludzi, żeby połamali mi ręce i nogi. Byłem cały pocięty – to chyba tato mnie tak pociął. Mama chciała mnie otruć”. Obecnie uważa, że „Rodzina chciała dla mnie dobrze, chcieli żebym brał leki i wrócił do domu. Chyba dużo sobie wyobraziłem”. Mężczyzna utrzymywał również, że nauczył się języka ukraińskiego w dwa dni. Wyjechał do innego miasta, bo wydawało mu się, że ma swoją firmę z ciężarówkami i posiada komis samochodowy. Kolejnym razem wyjechał do innego miasta, ponieważ był przekonany, że jest zarządcą budynków. Obecnie wypowiada się na ten temat: „Wtedy byłem o tym przekonany, teraz wiem, że to była głupota”. Edukację zaczął o czasie. Uczył się „średnio”, w szkole podstawowej powtarzał IV i VII klasę, wagarował. Podaje, że sprawiał problemy wychowawcze, a rodzice w związku z jego zachowaniem często byli wzywani do szkoły. Nie przebywał w zakładach poprawczych, ani ośrodkach szkolno-wychowawczych. Po ukończeniu szkoły podstawowej nie kontynuował nauki. Przez komisję wojskową został uznany za niezdolnego do służby w czasie pokoju. Chory twierdzi, że nie wie dlaczego, podaje, że „wpisali mi otyłość”. W wieku 18 lat podjął pierwszą pracę. Podejmował się pracy w warsztatach samochodowych, w kopalni i hucie, jako kierowca, operator wózka widłowego – w sumie posiada udokumentowane ponad 20 lat pracy. Twierdzi: „nigdy nie

byłem zwalniany i zawsze sam się zwalniałem, żeby szukać lepszej pracy”. Od ponad 5 lat otrzymuje świadczenia rentowe przyznane z przyczyn psychiatrycznych pomniejszane o alimenty. Pacjent twierdzi: „mam głowę do biznesów”, utrzymuje też: „kiedyś chciałem otworzyć firmę, ale pomysł nie doszedł do skutku”. Zaprzecza przeszłości chorobowej i hospitalizacjom w dzieciństwie. Od 14 lat jest leczony z powodu nadciśnienia tętniczego i od 8 lat z powodu cukrzycy typu 2. Alkohol, jak podaje „piję sporadycznie, nie mam z tym problemu”. Twierdzi, że pierwszy kontakt z narkotykami miał około 4 lata temu – „zapaliłem marihuanę za namową kolegów”. Stosował ją „raz albo dwa razy w tygodniu, żeby poczuć się spokojnie i zapomnieć o problemach”. Przeczy stosowaniu innych substancji psychoaktywnych oraz występowaniu w przeszłości objawów psychotycznych w związku z paleniem marihuany. Z dokumentacji medycznej wiadomo, że wcześniej występowały okresy podczas których palił marihuanę codziennie, potwierdzał też stosowanie amfetaminy i metamfetaminy. Pacjent w rozmowie podkreśla: „Chodziłem na leczenie. Sam chciałem rzucić i rzuciłem”. Początek leczenia psychiatrycznego opisuje: „Wtedy żona była w ciąży z pierwszym dzieckiem, a ja kończyłem budować mieszkanie. Wszystko było na mojej głowie, wszystko robiłem sam, przerosło mnie to”. Z tego okresu mocno pamięta swoją chytrość i lęki. Żona zabrała go do lekarza „obiecując, że nikt się nie dowie, a potem okazało się, że wszyscy wiedzieli”. Podaje, że był kilkunastokrotnie hospitalizowany w różnych szpitalach psychiatrycznych. „Nie dawałem sobie rady, byłem smutny, cały czas płakałem, tęskniłem za swoim wcześniejszym życiem. Sam zgłaszałem się do szpitala”. Pytany o próby samobójcze podaje, że miał ich około osiemnastu (wieszał się na klamce, podcinał sobie gardło, kładł się na torowisku, brał dużą ilość leków) i stwierdza, że to nie były próby samobójcze tylko szukanie pomocy, chciał się dostać do szpitala. Chory utrzymuje: „jak się rozwodziłem to zgłaszałem się na leczenie, bo nie miałem gdzie mieszkać”. Podaje, że występowały u niego także stany maniakalne, które wykorzystywał do rozwoju pasji – remontowanie motorów. Twierdzi, że „nigdy nie byłem drażliwy i impulsywny” oraz, że „rozpoznaję swoje stany, wiem kiedy jestem na górze, a kiedy na dole”. Deklaruje, iż leki zawsze zażywał regularnie. Z dokumentacji medycznej wynika, że chory często wypisywał się na własne żądanie, a po wypisach rezygnował z zaleconego leczenia. Po raz pierwszy przed sądem stawał w wieku 18-19 lat, „uderzyłem wtedy kolegę, dostałem wyrok w zawieszeniu”. Kolejny raz - w 2016 roku, gdy „kolega poznany w szpitalu psychiatrycznym oskarżył mnie o pobicie i groźby”. Orzeczono wówczas wobec chorego przymusowe leczenie w trybie ambulatoryjnym. Pytany o przyczyny obecnej internacji podaje: „To syn mnie pobił, ale to ja się leczę psychiatrycznie. Byłem wypity, dlatego tu trafiłem. Miałem z synem sprzeczkę o pierwszą żonę. Żona wyjeżdża z córką, nie ustala tego ze mną. Córka jest moim

oczkiem w głowie, a widuję ją tylko jak jest gdzieś na podwórku. Nie groziłem synowi nożem. Nóż wypadł mi z kieszeni i oddałem go koledze. Nawet nie uderzyłem syna. To ja jestem pokrzywdzony, nie syn”. Pacjent twierdzi, że obecnie ma bardzo dobry kontakt z synem, często rozmawiają przez telefon, „teraz syn mnie zastępuje w rodzinie”. Przy przyjęciu mężczyzna był w dobrym kontakcie, dostosowany. Przeczył myślom samobójczym. Podczas pobytu w oddziale pacjent szybko zaadaptował się do jego warunków. Na ogół nawiązywał poprawne relacje z otoczeniem, jednak okresowo bywał pobudzony i konfliktowy. Nie ujawniał objawów wytwórczych. Obserwowano u chorego stany wzmożonego i obniżonego nastroju oraz napędu psychomotorycznego, które wymagały korekty leczenia farmakologicznego. Nie przejawiał zachowań agresywnych ani tendencji ucieczkowych. W zajęciach terapeutycznych uczestniczył z różnym zaangażowaniem i nieregularnie. W okresie wiosennym zachowanie chorego uległo zmianie – inni pacjenci oddziału skarżyli się, że mężczyzna wymusza na nich kupno dla niego różnych artykułów spożywczych. Handlował również w oddziale papierosami, co tłumaczył słowami: „pomagałem innym, którzy sami sobie nie zrobią papierosów” oraz tym, że „musiałem mieć zajęcie”. Chory zawiązał intymną relację z pacjentką oddziału. „Słuchałem jej, zaufałem, chciałem z nią być. Kupiłem jej pierścionek zaręczynowy, ale już z nią zerwałem”. Mężczyzna spożywał także alkohol w oddziale. Pod jego łóżkiem znaleziono worek i sznurek do przemywania alkoholu spoza oddziału. Chory zaprzeczył ich wykorzystaniu, wskazując jako właściciela przedmiotów swoją „oddziałową partnerkę”. Pacjent nie uważa się za uzależnionego od alkoholu czy narkotyków, ale mówi: „mama mówiła mi, że jestem narkomanem, a to boli”. Pacjent uczestniczył w terapii uzależnień. Ukończył terapię podstawową i rozpoczął udział w programie zaawansowanej terapii, która z uwagi na wypisy z oddziału została przerwana. Kontynuacja terapii odbywała się w formie rozmów indywidualnych. „W oddziale chodziłem na terapię alkoholowo-narkotykową, ale dlatego, że sam chciałem”. Chory zgadza się ze stawianym mu rozpoznaniem choroby afektywnej dwubiegunowej. Opisuje swój stan: „Albo jestem w dołku i mam próby samobójcze, albo mam wiele pomysłów do zrealizowania, ale nic nie potrafię. Jak przestaję brać leki to zaczynam dużo pracować, staję się bardziej pobudzony i nie śpię”. O obecnym samopoczuciu mówi: „Czuję się dobrze. Mam lepszy kontakt z rodziną. Często rozmawiam z mamą i synem przez telefon, wysyłają mi paczki”. Pacjent chciałby wrócić do domu (do mamy). Twierdzi, że mama szuka mu mieszkania na wynajem a on musi znaleźć pracę. Siebie w roli pracownika ocenia pozytywnie. Mówi, że stara się wykonywać swoje obowiązki dobrze, niezależnie czy pełni wysokie funkcje, czy sprząta. Pacjent ze świadomością niezaburzoną, zorientowany auto- i allopsychicznie. Orientacja w otoczeniu społecznym, znajomość norm i reguł współżycia

społecznego prawidłowa. Uwaga, koncentracja, przerzutność – zmienne, w zależności od stanu psychicznego. Zasób słów oraz poziom ich rozumienia dostosowany do wykształcenia i środowiska. Kontakt słowny z pacjentem rzeczowy, spontaniczny, łatwy do nawiązania. Zmienny w zakresie odpowiedzi. Mężczyzna stara się jak najlepiej zaprezentować. Zdolność spostrzegania związków przyczynowo-skutkowych zachowana. Pacjent nie wypowiada urojeń, potwierdza ich obecność w przeszłości. Nastrój i napęd psychomotoryczny w granicach normy, afekt żywy, bez cech niedostosowania oraz skłonności do drażliwości i impulsywności. Bagatelizuje przyczyny internacji. Bezkrytyczny wobec swojego postępowania, choroby i uzależnienia. Chory nie wiąże swoich niepowodzeń i trudności z własnymi stanami emocjonalnymi i cechami osobowości. Obniżona zdolność regulacji emocji, adekwatnego dostosowania zachowania. Pacjent przyjmuje postawę obronną, wybielającą. Zdradza cechy osobowości nieprawidłowej. W terapii uzależnień pacjent uczestniczył w sposób bierny, nie wypowiadał się na forum. W kontakcie indywidualnym z psychoterapeutą deklaruje chęć utrzymania abstynencji, akceptację swojego uzależnienia od substancji psychoaktywnych oraz świadomość działania psychologicznych mechanizmów uzależnienia i ich konsekwencji. Podczas hospitalizacji nie stosował się do regulaminu oddziału, łamał abstynencję. Wskazana jest kontynuacja terapii uzależnień. Obecnie choroba afektywna dwubiegunowa u pacjenta jest w stanie remisji, nie obserwuje się u niego stanów maniakalnych ani depresyjnych. Zauważalne jest jednak ogólne pogorszenie funkcjonowania chorego uwarunkowane nieprawidłowościami w sferze osobowościowej. Pacjent przejawia zachowania manipulacyjne celem osiągnięcia własnych korzyści, ma mocno zaznaczone skłonności do przenoszenia odpowiedzialności na otoczenie, wykazuje niski poziom empatii. Łamie regulamin poprzez spożywanie alkoholu oraz handel towarami na terenie oddziału. Mężczyzna nie nabył krytycyzmu, co do przyczyn internacji i uzależnienia. Jego wgląd, co do konieczności dalszego leczenia i zachowania abstynencji ma charakter jedynie deklaracyjny. Z zebranej dokumentacji medycznej wynika, iż chory w przeszłości wielokrotnie przerywał leczenie ambulatoryjnie i nie stosował się do zalecanego leczenia. Nadal zachodzi wysokie prawdopodobieństwo, że mężczyzna w przyszłości popełni czyn o podobnym charakterze, z powodu którego jest internowany. Poza chorobą podstawową pacjent leczony jest również na nadciśnienie tętnicze oraz cukrzycę. Pomiar wartości ciśnienia tętniczego (RR) oraz glikemii na czczo są podwyższone. RR 130/90 mmHg - 174/103 mmHg, glikemia waha się między 108 mg%, a 168 mg% (średnia 135 mg%). Pacjent przy wzroście 180 cm waży 113 kg – BMI = 34,88. Mężczyzna skarży się na bóle kręgosłupa, często w godzinach wieczornych oraz nocnych. Dolegliwości zaburzają jego odpoczynek i sen, śpi z przerwami, a podczas wybudzeń przebywa w palarni.

Proces pielęgnowania.

Problem pielęgnacyjny 1. Ryzyko popełnienia samobójstwa.

Cele opieki :

- Zapobieganie występowaniu myśli samobójczych i zachowań autoagresywnych.
- Dążenie do tego, aby pacjent zgłaszał personelowi medycznemu myśli i tendencje samobójcze w celu uzyskania pomocy.
- Edukowanie pacjenta w zakresie możliwości uzyskania pomocy profesjonalnej i nieprofesjonalnej po wyjściu ze szpitala.
- Zminimalizowanie ryzyka popełnienia samobójstwa.

Interwencje pielęgniarские :

- Zapewnienie spokojnego i bezpiecznego otoczenia oraz podjęcie innych działań zapewniających bezpieczeństwo pacjentowi (ograniczenie dostępu do niebezpiecznych przedmiotów, umieszczenie pacjenta w sali zapewniającej stałą obserwację, ograniczenie liczby i natężenia bodźców).
- Obserwacja pacjenta w kierunku występowania myśli i/lub tendencji samobójczych (również w nocy).
- Pozostanie z pacjentem, gdy nasilają się objawy dotyczące myśli i/lub tendencji samobójczych czy lęku.
- Stosowanie zachowań terapeutycznych podczas indywidualnego kontaktu z pacjentem (zachowanie opanowania i spokoju wobec chorego, mówienie łagodnym tonem, nieprzyjmowanie postawy oceniającej, szanowanie godności i prawa pacjenta).

Wynik: Myśli oraz tendencje samobójcze podczas hospitalizacji nie wystąpiły.

Problem pielęgnacyjny 2. Ryzyko wystąpienia zaburzeń myślenia (przyspieszony tok myślenia, gonitwa myśli, zaburzenia treści myślenia – urojenia wielkościowe, prześladowcze, itd.).

Cele opieki:

- Pomoc pacjentowi w rozpoznaniu i zgłaszaniu personelowi lęku oraz zaburzeń myślenia (np. urojenia, myśli samobójcze).
- Pomoc pacjentowi w przywróceniu prawidłowej oceny rzeczywistości.
- Pomoc i wspieranie chorego w wykonywaniu czynności życia codziennego odpowiadających jego możliwościom.

Interwencje pielęgniarские:

- Obserwowanie zachowań pacjenta, które mogłyby wskazywać na zaburzenia myślenia.

- Zapewnienie bezpiecznego środowiska z małą liczbą i niskim natężeniem bodźców.
- Zachęcanie pacjenta do opisu przeżyć (w tym negatywnych myśli i urojeń).
- Akceptowanie wypowiedzi pacjenta.
- Uczenie pacjenta rozpoznawania objawów wskazujących na zaburzenia myślenia oraz poinformowanie go o konieczności zgłoszenia występujących objawów personelowi medycznemu.
- Uczenie pacjenta sposobów radzenia sobie z doświadczeniem nieracjonalnych i negatywnych myśli.
- Towarzyszenie pacjentowi w sytuacji doświadczania lęku.

Wynik: Pacjent potrafi zidentyfikować zaburzenia myślenia, które wystąpiły u niego w przeszłości. Podczas hospitalizacji nie wystąpiły zaburzenia myślenia.

Problem pielęgnacyjny 3. Zaburzenia snu w postaci trudności w zasypianiu oraz wybudzanie się w nocy utrudniające funkcjonowanie.

Cele opieki:

- Zapewnienie odpowiedniej liczby godzin snu chorego oraz poprawy jego jakości.

Interwencje pielęgniarские:

- Monitorowanie przebiegu snu (czas snu, przebudzenia w nocy, drzemki w dzień).
- Poinformowanie pacjenta o zasadach higieny snu i zachęcanie do ich przestrzegania.
- Uświadamianie chorego na czym polega u niego zaburzenie snu.
- Zadbanie o spokój (eliminacja hałasu i światła).
- Zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu w sali (temperatura: 18 - 20 st. C, wilgotność: 50 - 60%).
- Poinformowanie pacjenta o konieczności unikania na kilka godzin przed snem ciężkostrawnych posiłków oraz większej ilości płynów, zwłaszcza z zawartością kofeiny, a co najmniej godzinę przed snem – unikanie palenia papierosów.
- Stosowanie przed snem metod wpływających wyciszająco i relaksująco (spokojna muzyka, picie ciepłych napojów, np. ziołowych herbat, mleka, czytanie książek, ćwiczenia relaksacyjne).
- Stosowanie farmakoterapii na zlecenie lekarza.

Wynik: Chory nie zgłasza zmęczenia, śpi lepiej, jednak zdarzają się jeszcze noce, w których nie może zasnąć, odczuwa pobudzenie.

Problem pielęgnacyjny 4. Możliwość wystąpienia zachowań agresywnych wobec otoczenia.

Cele opieki:

- Pomoc pacjentowi w nabyciu umiejętności rozpoznawania objawów (np. lęk, złość, gniew, pobudzenie) oraz zgłaszanie ich personelowi.
- Uzyskanie przez pacjenta opanowywania pobudzenia i kontrolowania zachowań.
- Dążenie do zmniejszenia ryzyka występowania zachowań agresywnych u pacjenta.
- Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentowi i otoczeniu.

Interwencje pielęgniarskie:

- Nielekceważenie możliwości wystąpienia zachowania agresywnego u pacjenta z rozpoznany z zespołem maniackim.
- Zapewnienie spokojnego i bezpiecznego otoczenia pacjentowi oraz podjęcie działań zapewniających bezpieczeństwo personelu oraz innych pacjentów (umieszczenie pacjenta w sali pozwalającej na stałą obserwację, ograniczenie dostępu do niebezpiecznych przedmiotów, eliminacja drażniących bodźców).
- Częsta, całodobowa obserwacja pacjenta.
- Ocena zachowania pacjenta, które może sugerować narastanie napięcia emocjonalnego i ocena ryzyka ataku agresji.
- Ocena własnych emocji i unikanie reagowania agresją na agresję przejawianą przez pacjenta.
- Zachowanie dystansu wobec obraźliwych słów wypowiedzianych przez chorego.
- Aktywne słuchanie wypowiedzianych treści i poszukiwanie źródeł przeżywanych emocji.
- Ocena krytycyzmu pacjenta w przypadku wypowiedzianych treści o charakterze urojeniowym.
- Pozostanie z pacjentem, gdy nasilają się objawy pobudzenia czy niepokoju, ale unikanie przebywania w zamkniętym pomieszczeniu oraz zachowanie dystansu psychicznego i fizycznego.
- Stosowanie zachowań terapeutycznych ukierunkowanych na zapobieganie rozwojowi zachowań agresywnych podczas kontaktu z pacjentem (zachowanie spokoju i opanowania, okazanie szacunku choremu, unikanie zbyt długiego kontaktu wzrokowego z chorym, zwracanie się w sposób formalny do pacjenta).
- W przypadku wystąpienia zachowań prowokacyjnych pacjenta - zachowanie dystansu psychicznego i fizycznego, odpowiadanie rzeczowo, dążenie do uzyskania współpracy z pacjentem, wyrażanie troski o pacjenta, zdeklarowanie chęci działania na rzecz uzyskania przez niego samokontroli i zapewnienia bezpieczeństwa jemu oraz innym

obecnym osobom, staranie się spełnienia oczekiwań pacjenta, jeśli są możliwe do spełnienia.

- Zachęcanie pacjenta do opisu przeżyć i zwerbalizowania własnych odczuć, co sprzyja redukcji napięcia, doświadczeniu ulgi i zmniejszeniu ryzyka zachowań agresywnych.
- Podawanie leków przeciwpsychotycznych oraz uspokajających zgodnie z zaleceniem lekarza, monitorowanie ich efektu terapeutycznego oraz występowanie objawów ubocznych.
- Ocena konieczności zastosowania środków przymusu bezpośredniego, gdy wcześniejsze interwencje nie przyczyniły się do zmniejszenia zachowań agresywnych oraz poinformowanie pacjenta, że zostanie zastosowany wobec niego przymus bezpośredni.

Wynik: Podczas hospitalizacji pacjent nie wykazywał zachowań agresywnych, nie nastąpiła konieczność zastosowania środków przymusu bezpośredniego.

Problem pielęgnacyjny 5. Zaburzenia relacji społecznych w postaci nadmiernych kontaktów społecznych oraz nieefektywnego uczestnictwa w relacjach interpersonalnych (zachowania manipulacyjne).

Cele opieki:

- Pomoc pacjentowi w uzyskaniu zdolności do krytycznej oceny własnych zachowań w relacjach z innymi.
- Wspieranie pacjenta w odzyskaniu zdolności do zachowań akceptowanych społecznie w relacjach interpersonalnych (przed wypisaniem ze szpitala).

Interwencje pielęgniarские:

- Rozpoznanie przyczyny zachowań manipulacyjnych pacjenta w relacjach z innymi (najczęściej zachowania manipulujące wynikają z poczucia zagrożenia, niepewności, zaburzeń poczucia wpływu i kontroli).
- Określenie granic zachowań manipulacyjnych.
- Udzielanie pozytywnych wzmocnień dla zachowań akceptowanych społecznie.

Wynik: Chory podczas hospitalizacji wykazuje zachowania manipulacyjne wobec innych pacjentów w celu uzyskania własnych korzyści.

Problem pielęgnacyjny 6. Ryzyko braku współpracy z zespołem terapeutycznym w procesie leczenia (zwłaszcza w terapii uzależnień).

Cele opieki:

- Zapobieganie niechęci chorego do współpracy z zespołem terapeutycznym.

- Podjęcie przez chorego współpracy w leczeniu oraz przyjęcie odpowiedzialności za własne zdrowie.

Interwencje pielęgniarskie:

- Spójne zachowania wszystkich członków zespołu terapeutycznego.
- Nawiązanie życzliwych relacji z chorym, okazanie mu szacunku i wsparcia.
- Pozyskanie zaufania chorego przez otwartość i celowość zachowań, stwarzanie klimatu ciepła i bliskości.
- Cierpliwość w kontakcie z chorym i okazanie zrozumienia dla doświadczanych przez pacjenta trudności wynikających z hospitalizacji przy jednoczesnym zachowaniu stanowczości.
- Niedeprecjonowanie wiedzy pacjenta o chorobie, lecz wykorzystanie jej do modyfikowania przekazu w trakcie kontaktu terapeutycznego.
- Przekazywanie choremu krótkich, rzeczowych i precyzyjnych informacji mających na celu wyjaśnienie konieczności leczenia.
- Odnoszenie się do konkretnych zachowań pacjenta przy wskazaniu na ich chorobowy aspekt.
- Pozyskanie do współpracy w celu wykorzystania pełnego potencjału wsparcia dla chorego.
- Przekonywanie chorego, że zażywanie leków w obecności pielęgniarek jest koniecznością, a jednocześnie wyrazem troski o jego zdrowie.
- Kontrola zażywania leków i uwrażliwienie na zachowania chorego, które mogłyby świadczyć o niestosowaniu się do leczenia i podejmowaniu prób manipulacji w stosunku do zespołu terapeutycznego.
- Zachęcanie i motywowanie do udziału w terapii zajęciowej.
- Udział w psychoedukacji pacjenta.
- Poznanie oczekiwań pacjenta wobec leczenia.
- Edukacja pacjenta w zakresie uzależnienia (sposoby i fazy leczenia, konsekwencje choroby).
- Informowanie o funkcjonowaniu grup wsparcia.

Wynik: Pacjent wykazuje chęć współpracy z zespołem terapeutycznym, stosuje się do zaleceń (leczenia choroby afektywnej dwubiegunowej). W terapii uzależnień bierze udział nieregularnie i w sposób bierny, łamie regulamin oddziału i abstynencję.

Problem pielęgnacyjny 7. Przeżywanie i przejawianie negatywnych emocji.

Cele opieki:

- Odreagowanie negatywnych emocji przez pacjenta.

Interwencje pielęgniarskie:

- Niebagatelizowanie otrzymywanych od pacjenta i otoczenia sygnałów dotyczących zmian nastroju i emocji chorego.
- Rozpoznanie źródeł negatywnych emocji.
- Tworzenie atmosfery bezpieczeństwa i poczucia stabilizacji na oddziale.
- Wrażliwość na zmiany w nastroju i emocjach pacjenta.
- Zapewnienie pacjenta o gotowości do wysłuchania go.
- Zachęcenie pacjenta do ujawniania przeżywanych emocji.
- Ustalenie z pacjentem najbardziej oczekiwanej przez niego formy pomocy w przypadku nieradzenia sobie z trudnymi emocjami.
- Umożliwienie pacjentowi przebywania w miejscu, w którym czuje się bezpiecznie podczas nasilenia się negatywnych emocji.
- Umożliwienie rozmowy z lekarzem lub psychologiem.
- Proponowanie udziału w zajęciach ułatwiających ekspresję emocji.
- Odnotowywanie w dokumentacji zmian w nastrojach i emocjach chorego.
- Udział w farmakoterapii.

Wynik: Pacjent nie przejawia negatywnych emocji.

Problem pielęgnacyjny 8. Ryzyko podejmowania decyzji poważnie komplikujących sytuację życiową (społeczną, rodzinną, zawodową).

Cele opieki:

- Podejmowanie przez chorego racjonalnych decyzji.
- Zapobieganie negatywnym skutkom złych decyzji lub ograniczenie ich liczby.

Interwencje pielęgniarskie:

- Stworzenie choremu możliwości sprzyjających podejmowaniu racjonalnych decyzji poprzez:
 - ocenę wglądu pacjenta we własną sytuację życiową,
 - utrzymanie relacji terapeutycznej z pacjentem,
 - zaproponowanie udziału w treningach umiejętności społecznych,
 - wskazanie choremu pomocy w rozwiązywaniu trudnych sytuacji społecznych rodzinnych i zawodowych,
 - wstrzymanie wolnych wyjść i przepustek w przypadku braku krytycyzmu,

- zwracanie choremu uwagi, że niektóre z jego zachowań mogą powodować obawę oraz być uciążliwe dla innych osób,
- dyskretna obserwacja wyrażania seksualności przez pacjenta,
- taktowna lecz stanowcza interwencja w przypadku bezkrytycznych i nieakceptowanych społecznie zachowań seksualnych,
- pozyskanie rodziny do współpracy i wyjaśnienie, że zachowania prezentowane przez ich najbliższego są wynikiem choroby,
- w razie potrzeby wskazanie rodzinie osób pomocnych w ewentualnym podjęciu działań prawnych mających na celu częściowe lub całkowite ubezwłasnowolnienie chorego.

Wynik: Chory ma niski wgląd we własną sytuację życiową, nawiązuje intymne relacje z pacjentką oddziału.

Problem pielęgnacyjny 9. Brak poczucia wsparcia spowodowany niezrozumieniem choroby przez rodzinę oraz pogorszeniem kontaktów emocjonalnych z członkami rodziny.

Cele opieki:

- Zapewnienie wsparcia choremu.
- Edukacja rodziny na temat istoty choroby afektywnej dwubiegunowej.

Interwencje pielęgniarские:

- Nawiązanie kontaktu emocjonalnego z pacjentem.
- Okazanie empatii, wsparcia, zrozumienia.
- Uważne słuchanie chorego, zachęcanie do werbalizacji uczuć.
- Bycie z chorym.
- Udzielanie informacji na temat choroby.
- Przeprowadzenie rozmowy z rodziną o istocie choroby i możliwości wspierania chorego.
- Pochwalanie prób chorego w odbudowaniu relacji z rodziną.

Wyniki: Chory odbudował relacje z mamą i synem, są w stałym kontakcie, rozmawiają często przez telefon. Pacjent otrzymuje paczki od rodziny. Poczucie wsparcia przez rodzinę motywuje chorego do terapii.

Dyskusja. Choroba afektywna dwubiegunowa jest schorzeniem o epizodycznym i przewlekłym charakterze przebiegu [1]. Charakterystyczna dla tej jednostki chorobowej jest tendencja do intensyfikacji objawów i duża, niemal pewna nawrotowość [2]. Pierwszy epizod występuje około 30 roku życia [3]. Czynniki, które według literatury naukowej wskazują na

gorsze rokowanie to m.in. płeć męska, wczesne ujawnienie się choroby, złe przystosowanie społeczne w okresie przedchorobowym, nadużywanie alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych [2]. Autorka zauważa, iż pacjent będący podmiotem zainteresowań wpisuje się w powyższy opis – jest mężczyzną, pierwsze objawy choroby zostały zauważone przed 30. rokiem życia pacjenta, w okresie przed wystąpieniem choroby wykazywał nieprzystosowanie społeczne poprzez problemy z nauką oraz liczne trudności wychowawcze, chory nie stronił również od alkoholu oraz substancji psychoaktywnych.

Jednym z biegunów choroby będącej tematem pracy jest mania, dla której charakterystyczne jest pobudzenie psychoruchowe, podwyższony nastrój, występowanie drażliwości i gniewności. Literatura podaje, iż chory w manii nieadekwatnie pozytywnie odbiera rzeczywistość, posiada poczucie wybitności i szczególnych talentów. Zwraca się uwagę, iż chorzy będący w epizodzie manii potrafią działać w sposób produktywny i efektywny, jednak stan ten najczęściej prowadzi do podejmowania ryzykownych decyzji życiowych, co w następstwie prowadzi do problemów natury prawnej, finansowej, rodzinnej, nadużywania środków psychoaktywnych czy alkoholu [1, 3]. Autorka stwierdza typowość uzyskanych wyników. Opisujący pacjent wykazywał w przebiegu choroby okresy pobudzenia czynności psychicznych oraz zwiększonej motywacji do działania, większej wydolności motorycznej przy jednoczesnym braku poczucia zmęczenia i potrzeby snu. Przypisywał sobie wyjątkowe zdolności, takie jak nauczenie się języka obcego w dwa dni. Wstępowały u niego również okresy nadużywania substancji psychoaktywnych. Chory wykazuje skłonność do konfliktów z otoczeniem, dopuszczał się w przeszłości czynów zabronionych, bywał osobą bezdomną. Bardzo szybko nawiązuje relacje intymne z kobietami będącymi pacjentkami oddziałów psychiatrycznych, w których przebywa. Na tej podstawie wyłoniono diagnozę ryzyka, która dotyczy podejmowania przez chorego decyzji poważnie komplikujących sytuację życiową, a która jest spowodowana chorobą psychiczną. Stworzono pacjentowi możliwość podejmowania racjonalnych decyzji m.in. poprzez ocenę wglądu pacjenta we własną sytuację życiową, zachęcanie do udziału w treningach umiejętności społecznych, zwracanie choremu uwagi na zachowania mogące powodować implikacje życiowe, wywołujące obawę oraz mogące być uciążliwe dla innych osób. Drugim problemem wynikającym z wymienionych powyżej zachowań pacjenta są zaburzenia relacji społecznych w postaci nadmiernych kontaktów społecznych oraz nieefektywnego uczestnictwa w relacjach interpersonalnych. Starano się pomóc pacjentowi w uzyskaniu zdolności do krytycznej oceny własnych zachowań w relacjach z innymi, określano granice zachowań manipulacyjnych i udzielano pochwał dla zachowań akceptowalnych społecznie. Chory ma jednak niski wgląd we własną sytuację

życiową, wciąż przejawia zachowania manipulacyjne celem osiągnięcia własnych korzyści, przyjmuje postawę obronną, przerzuca odpowiedzialność na otoczenie.

Literatura przedmiotu wskazuje na bardzo częste występowanie zachowań samobójczych wśród chorych na chorobę afektywną dwubiegunową [15]. Autorka ponownie może wskazać na typowość uzyskanych wyników - chory objęty studium przypadku podejmował się kilkunastokrotnie prób samobójczych. W związku z tym jednym z problemów pielęgnacyjnych było ryzyko podjęcia kolejnej próby samobójczej. Wdrożono odpowiednie interwencje pielęgniarские osiągając cel z zadowalającym wynikiem - myśli oraz tendencje samobójcze podczas hospitalizacji nie wystąpiły.

Według literatury uzależnienia od alkoholu lub innych substancji często towarzyszą chorobie afektywnej dwubiegunowej, a osoby z podwójną diagnozą (występowanie zaburzenia psychicznego z współtowarzyszącym zaburzeniem związanym z zażywaniem substancji psychoaktywnych) stanowią nawet połowę chorych psychicznie [16, 17]. Autorka w swojej pracy potwierdza doniesienia z piśmiennictwa. Z dokumentacji pacjenta będącego studium przypadku wynika, iż niejednokrotnie posiadał problemy związane z nadużywaniem alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych, wielokrotnie uczestniczył w terapii uzależnień.

Jednym z problemów prezentowanego w niniejszej pracy pacjenta są zaburzenia snu w postaci trudności w zasypianiu oraz wybudzanie się w nocy, które utrudnia funkcjonowanie, co według literatury jest typowe dla choroby afektywnej dwubiegunowej [15]. Podjęto działania pielęgniarские mające na celu zapewnienie odpowiedniej liczby godzin snu chorego oraz poprawy jego jakości. Chory nie zgłasza zmęczenia, śpi lepiej, jednak zdarzają się jeszcze noce, w których nie może zasnąć i odczuwa pobudzenie. Problem wymaga dalszej obserwacji.

Dostępna literatura podkreśla ważność rodziny w przebiegu choroby i procesie zdrowienia chorego, szczególnie w przypadku zaburzeń psychicznych [18]. Po pierwsze – odgrywa ona kluczową rolę we wczesnym rozpoznaniu objawów nawrotu zaburzeń, po drugie - członkowie rodziny tworzą sieć wielostronnego wsparcia pomagając sobie wzajemnie w trudnych sytuacjach [19, 20]. Autorka zauważa, iż dla opisywanego w niniejszej pracy pacjenta odbudowanie relacji z rodziną odgrywa znamienne rolę w procesie zdrowienia. Poczucie wsparcia przez rodzinę motywuje chorego do terapii.

Zgodnie z tym, co podaje literatura akceptacja przez pacjenta choroby i sposobu leczenia poprawia w znacznym stopniu współpracę w procesie terapeutycznym oraz stosowanie się do zaleceń [19]. Jednym z problemów pielęgnacyjnych postawionych przez autorkę było ryzyko braku współpracy z zespołem terapeutycznym w procesie leczenia. Współpraca opisywanego w niniejszej pracy mężczyzny z zespołem terapeutycznym jest zróżnicowana. Opisywany

podmiot zgadza się ze stawianym mu rozpoznaniem oraz wykazuje akceptację swojego uzależnienia od substancji psychoaktywnych, deklarując przy tym chęć utrzymania abstynencji. Pacjent wykazuje chęć współpracy z zespołem terapeutycznym i stosuje się do zaleceń leczenia choroby afektywnej dwubiegunowej, jednak w terapii uzależnień udział pacjenta jest nieregularny i bierny, pacjent łamie regulamin oddziału i abstynencję. Pomimo pozyskania zaufania chorego i nawiązania życzliwej relacji z chorym oraz utrzymania spójnego zachowania wszystkich członków zespołu terapeutycznego wynik działań nie jest zadowalający. Należałoby położyć większy nacisk na zachęcenie i motywowanie do udziału w terapii zajęciowej (uzależnień) i pozyskanie współpracy w celu wykorzystania pełnego potencjału pacjenta.

Opiekując się pacjentem z chorobą afektywną dwubiegunową wskazane jest podejście holistyczne, obejmujące podopiecznego opieką dotyczącą każdej sfery życia [11, 13]. Podczas procesu terapeutycznego chorego z ChAD główne działania nastawione powinny być na niwelowanie występujących objawów określonej fazy choroby oraz zapobieganie zmianie fazy. Z kolei celem terapii podtrzymującej będzie profilaktyka nawrotów przy równoczesnej jak najlepszej tolerancji stosowanego leczenia [19].

Wnioski.

1. Opieka nad pacjentem z chorobą afektywną dwubiegunową wymaga zindywidualizowanego podejścia dostosowanego do stanu zdrowia i potrzeb pacjenta. Najwłaściwszym w tym przypadku modelem pielęgnowania – ze względu na zasadniczą treść roli pielęgniarstwa – jest model Hildegard Paplau.
2. Problemy pacjentów z chorobą afektywną dwubiegunową mogą występować w różnych konfiguracjach i o różnym stopniu nasilenia. Celem opieki pielęgniarstwa jest łagodzenie i eliminacja występujących objawów danej fazy choroby oraz przeciwdziałanie zmianie fazy. Celem terapii podtrzymującej jest zapobieganie nawrotom choroby.
3. Na każdym etapie procesu terapeutycznego u chorych z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi wskazane jest prowadzenie psychoterapii oraz psychoedukacji.
4. Najbardziej uciążliwe dla opisywanego pacjenta problemy pielęgnacyjne dotyczyły sfery społecznej. Postępowanie w rozwiązywaniu problemów tej natury jest wieloetapowe – od zapewnienia poczucia bezpieczeństwa, przez nabycie umiejętności radzenia sobie z trudnościami, budowanie poczucia pewności siebie w dokonywanych wyborach, odzyskanie poczucia kontroli nad sytuacją i ostatecznie uzyskanie gotowości

do samodzielnego funkcjonowania. U pacjenta problemy te wymagają prowadzenia dalszych obserwacji i długotrwałych działań.

5. Zasadniczą rolę w pomocy osobom chorym psychicznie odgrywa komunikacja terapeutyczna. Pielęgniarki pracujące w oddziałach leczenia psychiatrycznego, ze względu na wysoką wrażliwość i specyficzne potrzeby tych pacjentów, muszą wykazywać znajomość oraz umiejętność posługiwania się technikami komunikowania, a także powinny posiadać szczególnie rozwinięte predyspozycje w pracy z chorymi psychicznie.
6. Obecność, zrozumienie i wsparcie rodziny odgrywa kluczową rolę w procesie zdrowienia chorego z zaburzeniami afektywnymi. U pacjenta objętego studium przypadku poprawne relacje z rodziną działały motywująco do udziału w terapii.

Piśmiennictwo

1. Rybakowski J. Lit – niezwykle lek w psychiatrii. Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2019.
2. Anczewska M. Przypadek 13. Choroba afektywna dwubiegunowa (sole litu) [w:] Jarema M. Analiza przypadków klinicznych w psychiatrii. PZWL Wydawnictwo Lekarskie. Warszawa 2019; s. 171-183
3. Gałęcki P., Szulc A. Psychiatria. Edra Urban & Parnter. Wrocław 2018
4. Pawlaczyk M., Suwalska J., Giemza-Urbaowicz W. i in. Współistnienie chorób somatycznych i choroby afektywnej dwubiegunowej – problemy diagnostyczne i terapeutyczne u pacjentki w wieku podeszłym. Geriatria 2018; 12: 172-175
5. Gorostowicz A., Siwek M. Trudności w diagnostyce choroby afektywnej dwubiegunowej. Psychiatria i Psychologia Kliniczna 2018; 18: 61-73
6. Wilczek-Rużycka E. (red.) Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego. PZWL, Wydawnictwo Lekarskie. Warszawa 2019
7. Wilczek-Rużycka E. (red.) Komunikowanie się z chorym psychicznie. PZWL Wydawnictwo Lekarskie. Warszawa 2019
8. Wieczorek A., Fusńska-Korpik A., Cichocki Ł. Program edukacyjny „Kontakt w leczeniu” – opis, cele, podstawy teoretyczne. Psychiatria i Psychologia Kliniczna 2021; 21(2): 134-140
9. Lesińska-Sawicka M. (red.) Case study w pielęgniarstwie. Wydawnictwo Medyczne Borgis, Warszawa 2009
10. Lenartowicz H., Kózka M. Metodologia badań w pielęgniarstwie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010
11. Kózka M., Płaszewska-Żniwko L. Modele opieki pielęgniarstwiej nad chorym dorosłym. Podręcznik dla studentów medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2010
12. Zarzycka D., Gaworka-Krzemińska A. Teorie, badania i praktyka oparta na dowodach naukowych w pielęgniarstwie [w:] Zarzycka D., Ślusarska B. Podstawy Pielęgniarstwa. Tom 1. Założenia koncepcyjno-empiryczne opieki pielęgniarstwiej. PZWL Wydawnictwo Lekarskie. Warszawa 2017; s. 159-171

13. Zarzycka D., Płaszewska-Żywko L. Wybrane teorie pielęgniarstwa. [w:] Zarzycka D., Ślusarska B., Podstawy Pielęgniarstwa. Tom 1. Założenia koncepcyjno-empiryczne opieki pielęgniarstwa. PZWL Wydawnictwo Lekarskie. Warszawa 2017; s. 206-252
14. Baszyńska K.: Specyfika opieki pielęgniarstwa nad pacjentem z chorobą afektywną dwubiegunową – studium przypadku. Niepublikowana praca dyplomowa licencjacka. Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Głogowie, Głogów 2022
15. Górna K., Jaracz K., Rybakowski J. Pielęgniarstwo psychiatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych. PZWL Wydawnictwo Lekarskie. Warszawa 2012
16. Błachut M., Ścisło P., Jarzab M. i in. Wpływ podwójnej diagnozy u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii i zaburzeń afektywnych hospitalizowanych psychiatrycznie na przebieg choroby i wyniki leczenia- doniesienia wstępne. Psychiatria Polska 2019; 53(6): 1237-1250
17. Casher M., Joshua B. Pacjent na oddziale psychiatrycznym. Wskazówki praktyczne. PZWL Wydawnictwo Lekarskie. Warszawa 2013
18. Integracja usług na rzecz rodziny – zagadnienia teorii i praktyki. Przeperski J. i in. Instytut Wymiaru Sprawiedliwości. Warszawa 2018; <https://iws.gov.pl> [dostęp: 21.01.2022]
19. Wilczyńska K., Waszkiewicz N., Korch A. Strategie leczenia różnych etapów choroby afektywnej dwubiegunowej. Psychiatria po dyplomie 2018; 05 (październik): 40-46
20. Angenendt J., Stieglitz R-D. Psychoedukacja, poradniki dla pacjentów, podręczniki samopomocy. [w:] Freyberger J. H., Schneider W., Stieglitz R-D. Kompendium psychiatrii, psychoterapii, medycyny psychosomatycznej. PZWL Wydawnictwo Lekarskie. Warszawa 2014; s. 333 – 341

ŚWIADOMOŚĆ ZDROWOTNA SPOŁECZEŃSTWA I ZNACZENIE ZDROWIA W ASPEKCIE EPIGENETYKI

ANNA KRAKOWIAK-BURDZY, ANNA FAŁARA

Wstęp. Przedmiotem rozważań medycyny, socjologii i psychologii jest zdrowie. Współczesne rozumienia choroby i zdrowia wynika zarówno z jedności psychiki oraz ciała [1]. Zdaniem Smyczyńskiej zdrowie zależne jest od współdziałania ze sobą czynników środowiskowych jak i genetycznych. W momencie poczęcia człowiek otrzymuje zestaw genów zarówno od matki jak i ojca. Zdarzają się sytuacje w których oboje z rodziców posiadają geny doprowadzające do wystąpienia choroby. Spotkanie tych genów powoduje u dziecka chorobę przez tzw. dziedziczenie recesywne [2]. Światowa Organizacja Zdrowie (WHO) definiuje zdrowie jako stan pełnego, dobrego samopoczucia psychicznego, społecznego i fizycznego, a nie jedynie brak choroby czy ułomności (niedomagania), [3]. Świadomość zdrowotna oznacza nie tylko troskę o zdrowie społeczeństwa, przyjmowanie ról społecznych, ale również otrzymywanie pożądanego wsparcia czy wsparcie społeczne [4-6]. Kulik i wsp. twierdzą, że również otoczenie i różne potrzeby społeczeństwa mają znaczący wpływ na zdrowie, a zasoby środowiska i człowieka determinują ten proces [7]. Ważny jest zarówno aspekt subiektywny jak i wielowymiarowy zdrowia. Styl życia odgrywa istotną rolę w ochronie zdrowia i procesie kształtowania. Może przybierać zarówno różne formy zachowań doprowadzających do szkód zdrowotnych lub służących przywracaniu lub utrzymaniu zdrowia [8]. Gętek i wsp. uważają, że mechanizmy powstawania motywów zdrowotnych wskazują na występowanie zależności między zdrowiem, a jego wartościowaniem. W związku z tymi założeniami stworzony poprawnie system wartości będzie decydował o proaktywnym stylu życia czy wpływających na wzmocnienie zdrowia [9-11]. W konsekwencji dojrzałość systemu wartości potęguje u człowieka zdrowie pozytywne. Wielu badaczy potwierdza to założenie w wynikach swoich badań [12-14].

Cel pracy. Celem pracy było przedstawienie jaka jest świadomość zdrowotna społeczeństwa i znaczenia epigenetyki w kontekście zdrowotnym.

Rozwinięcie. Zdrowie i choroba w świetle literatury. Istniejące modele zdrowia i choroby definiują w różny sposób te pojęcia, wskazują ich wyznaczniki i determinanty [15-16]. Według Borys-Jon i wsp. model holistyczno-funkcjonalny definiuje zdrowie jako dynamiczny proces równowagi, a choroba powstaje na skutek utracenia przez organizm integralności oraz równowagi bio-psycho-społecznej. W modelu biomedycznym choroba jest przedmiotem zainteresowań, a zdrowie stanowi tło tego stanu. W tym modelu lekarz jest

najbardziej aktywną osobą w chorobie, a człowiek dzieli się na „psychę” i „somę” wg kartezyjskiej myśli. Zdrowie w tym wymiarze oznacza brak choroby, czyli niewystępowanie jakichkolwiek zakłóceń w biologicznych funkcjach organizmu [17-18]. Cianciara uważa, że zdrowie jest uwarunkowane czynnikami, zarówno makro i mikrospołecznymi. Za pomocą sektora państwa jak również działań danych jednostek możliwa jest jego poprawa i utrzymanie na odpowiednim poziomie [19]. Hipokrates twierdził, że choroba powstaje wskutek czynników naturalnych a nie poprzez różne magiczne praktyki czy gniew bogów. Szczegółowa analiza odżywiania, przyzwyczajień pacjenta, warunków życia przyczynia się do zastosowania odpowiedniej terapii oraz lepszego zrozumienia choroby [20]. Choroba zaburza prawidłowe funkcjonowanie tkanek i narządów. Powstaje wskutek oddziaływania na organizm czynnika chorobotwórczego. Jest stanem patologicznym doprowadzającym do występowania cierpienia psychicznego czy też fizycznego. Doprowadza to do obniżenia zdolności w zakresie wykonywania określonych ról społecznych i zadań [21] W podejściu holistycznym rozwój choroby i jej pojawienie się oraz stopień i tempo w procesie zdrowienia jest wieloczynnikowe oraz zależy od czynników środowiskowych, emocjonalnych i biologicznych [22-24]. Choroba to stan uniemożliwiający prawidłowe funkcjonowanie jednostki w społeczeństwie [24]. Dotyka nie tylko człowieka, ale również jego człowieczeństwa. Nie należy rozpatrywać jej tylko w kontekście zaburzeń funkcji narządów [25]. Chorobę można rozważać w aspekcie:

- 1) psychologicznym- związanym z dyskomfortem psychicznym, poczuciem bezpieczeństwa czy złym samopoczuciem,
- 2) biomedycznym- dotyczy możliwości ustalenia w chorobie patologicznych zmian,
- 3) społecznym- w tym wymiarze choroba jest postrzegana jako obszar w którym dochodzi do konfliktu społecznego, rola społeczna pacjenta, dewiacja.

Czas trwania choroby jest bardzo różny i niejednokrotnie może trwać do końca życia. Człowiek zaczyna zadawać sobie pytanie: jaki jest sens tego cierpienia? Skoro choroba jest związana z bólem to: jaki jest jej sens? Czy można z nią skutecznie walczyć? [26]. W trakcie choroby pojawia się nie tylko ból fizyczny, cierpienie psychiczne, ale również doświadczanie trudności w codziennym funkcjonowaniu i wykonywaniu różnych czynności np. poprzez całkowite „przykucie do łóżka” [27].

Zachowania zdrowotne społeczeństwa Budowanie prawidłowej postawy zdrowotnej jest procesem długotrwałym i żmudnym. Człowiek nie tylko w trakcie nauki nabywa odpowiednią wiedzę i zachowania, ale także podczas pełnienia ról społecznych i zawodowych. [28-30]. Dopełnieniem dbałości w zakresie zdrowia jest samokontrola, uczestniczenie w badaniach profilaktycznych i podejmowanie różnorodnych działań zdrowotnych. Wg danych

WHO wpływ na nasze zdrowie ma wiele czynników takich jak środowisko, czynniki genetyczne, relacje interpersonalne oraz warunki ekonomiczne [31]. Według Juczyńskiego prozdrowotny styl życia związany jest z szeregiem postaw i szereg wartości jakie prezentowane są przez ludzi wskutek reakcji na warunki społeczno - ekonomiczno- kulturowe. Jednocześnie pewne zachowania tworząc określone wzorce zachowań ludzkich odgrywają niebagatelną rolę w potęgowaniu zdrowia. Wskutek występujących zmian zachodzącego postępu technologicznego i w ludzkiej świadomości dochodzi do różnorodnych przemian we współczesnej medycynie. Przyczyną występowania chorób będących zagrożeniem dla naszego zdrowia oraz życia (m.in. chorób nowotworowych czy serca) jest często prowadzony styl życia [32]. Styl życia określa zaś warunki bytowe jednostki związane z jej funkcjonowaniem, sposobem życia oraz wzorcami behawioralnymi [33]. Zachowania zdrowotne mają znaczący wpływ na zdrowie, są wyznacznikiem postawy człowieka wobec zdrowia jak również określają jego styl życia [34]. Ważną rolę pełni świadomość zachowań zdrowotnych ze względu na możliwość ich kształtowania zarówno w aspekcie anty i prozdrowotnym [35]. Czasem zachowania grup społecznych oraz jednostek określane jako behawioralne czynniki stanu zdrowia związane z ryzykownymi działaniami dla utrzymania prawidłowego stanu zdrowia lub prowadzenia prozdrowotnego stylu życia. Obserwuje się również działania podejmowane okazjonalnie w mało kontrolowany sposób dla zachowania zdrowia [36]. Zdaniem Steptoe i wsp. istnieją różnorodne klasy dotyczące zachowań służących zdrowiu. Dotyczą przede wszystkim zachowań zapobiegawczych (częste i regularne wizyty u lekarza), właściwych praktyk zdrowotnych (odpowiednia aktywność fizyczna), nie sięgania po używki, odpowiednich nawyków żywieniowych (spożywanie warzyw i owoców), bezpieczeństwa komunikacyjnego [37] Według Wojnarowskiej istnieją trzy grupy czynników kształtujących zachowania zdrowotne. Są to m.in. czynniki:

- wzmacniające, związane są z normami społeczno-obyczajowymi, dezaprobatą zachowań lub uznaniem jakie są przedstawiane przez środowiska koleżeńskie, medyczne, szkolne, rodzinne, jak również warunkami w jakich żyje jednostka,
- predysponujące – wynikające z wartości, postawy, zasobów wiadomości, poglądów,
- umożliwiające –wpływające na zdolność do wykonywania czynności istotnych dla utrzymania zdrowia, możliwości korzystania z ustalonych świadczeń medycznych, jakość wykonywanych świadczeń, itp.[38]

Niezdrowy tryb życia człowieka przyczynia się do utraty zdrowia i występowania wielu chorób m.in. marskości wątroby, zmian w naczyniach, kardiomiopatii. Innymi czynnikami przyczyniającymi się do pogorszenia stanu zdrowia są: stres, brak odpoczynku, mała aktywność

fizyczna, alkoholizm, narkomania, zbyt duża ilość spożywanego pokarmu nieadekwatna do zapotrzebowania organizmu, brak jakiegokolwiek kontaktu z naturą, wypadki drogowe, zmiany ekologiczne, narkomania, zanieczyszczenie atmosfery [39]. Zdaniem Kurowskiej i wsp. umiejętność kontrolowania wewnętrznie swojego stanu zdrowia przyczynia się do większej świadomości zagrożeń, angażowania się w proces rehabilitacji i leczenia, a także podejmowania aktywności fizycznej [40].

Jednym ze sposobów radzenia sobie ze stresem może być podejmowanie zachowań szkodliwych dla zdrowia. Często osoby nie potrafiące radzić sobie w trudnych sytuacjach sięgają po substancję psychoaktywne [41]. Osoby z umiejscowieniem zewnętrznym kontroli zdrowia nie wierzą w posiadane umiejętności, są skłonne do przeżywania bardziej występujących zagrożeń, nie posiadają również umiejętności ponoszenia odpowiedzialności za zdrowie [42]. Wyniki uzyskane przez Ogińską-Bulik wykazały, że osoby przejawiające nieprawidłowe zachowania zdrowotne (nadużywające alkoholu, zażywające narkotyki, palące papierosy) mają większą skłonność do powstrzymywania do wyrażania negatywnych emocji, unikania ludzi, a także charakteryzują się znacznie wyższym nasileniem emocji negatywnych w porównaniu do osób w mniejszym stopniu inicjujących takie zachowania [41].

Mechanizmy epigenetyczne i epigenetyka. Epigenetyka jako jedna z dyscyplin naukowych bada mechanizmy dziedziczenia pozagenowego, a w szczególności wpływ czynników środowiskowych, które w przyszłości mogą predysponować do pojawiania się różnych chorób. Zdaniem brytyjskiego biologa Waddingtona dochodzi wówczas do zmian w mechanizmach pamięci metabolicznej oraz do indukowania zmian epigenetycznych [43]. Według Rorbach-Dolata i wsp. w latach 50 XX wieku zostały opublikowane dane w zakresie epigenetyki i powstawania mechanizmów epigenetycznych na każdym etapie [44]. Zdaniem Gruber i wsp. nad zagadnieniami epigenetyki i mechanizmów epigenetycznych skupia się coraz większa ilość badaczy. Najwięcej badań udokumentowanych w tym zakresie dotyczy chorób nowotworowych, neurodegeneracyjnych i psychicznych [45-47]. Probst i wsp. twierdzi, że czynniki wewnątrzkomórkowe i środowiskowe (aktywność fizyczna, odżywianie) doprowadzają do zmian w ekspresji genów [48]. Badacze wyróżnili mechanizmy potranslacyjnej modyfikacji histonów i metylacji DNA [49-50]. Herceg wskazują, że istnienie kodu histonowego ma związek z regulacją różnych procesów komórkowych. Zachodzące zmiany w budowie chromatyny doprowadzają do różnic w poziomach ekspresji genu [51]. Dużą rolę w strukturze chromatyny i jej rozmieszczeniu mają procesy metylacji, acetylacji, wiązania z cząsteczkami SUMO (small ubiquitin-like modifier), fosforylacji, ubikwitynacji, [52]. Urdinguio i wsp. twierdzą, że histony są białkową podstawą w strukturze chromatyny.

Chromatyna z kolei zawiera łańcuch DNA i złożona jest ze struktury nukleosomów. Nukleosomy są przyłączone do histon łącznie H1 i związane są ze sobą za pomocą łańcuchów DNA. Nukleosomowe końce histonów rdzeniowych są podstawą struktury nukleosomu i wchodzi w reakcję z białkami [53-54]. Zdaniem Tammen i wsp. acetylowanie i metylacja odpowiadają za zwiększanie dostępu do czynników transkrypcyjnych i rozluźnienie struktury chromatyny. Natomiast demetylowanie i deacetylowanie za zagęszczanie chromatyny (odwrotny proces) i wyciszenie ekspresji genów. W związku z regulacją mechanizmów epigenetycznych zachodzą zmiany ekspresji genów w zakresie mRNA i białek [55]. W zakresie różnicowania komórek, tkanek, czasu ich dojrzewania dochodzi do występowania różnych rozbieżności podczas zachodzących procesów. Aktywność związana z produktami białkowymi genów i ich ekspresja ma wpływ na ukształtowanie indywidualnego fenotypu. Procesy epigenetyczne są uwarunkowane wieloczynnikowo [56]. Według Sferruzzi -Perri i wsp. do mechanizmów pośredniczących w etiologii tych zmian zalicza się: czynniki środowiskowe, genetyczne i procesy epigenetyczne. Z drugiej strony regulacja epigenetyczna reguluje międzyosobnicze różnice w populacji [56]. Metylowanie DNA (drugi mechanizm epigenetyczny) powiązane jest z kowalencyjnymi wiązaniami reszt metyloowych do związku chemicznego - cytozyny. Zdaniem Grześkowiak i wsp. to jeden z bardzo trwałych mechanizmów epigenetycznych [57]. Badania przeprowadzone przez Sigalotti i wsp. wykazały, że zachodzące zmiany doprowadzają do zmniejszenia dostępności czynników transkrypcyjnych do tzw. kwasu deoksyrybonukleinowego (DNA). W konsekwencji powodują to wyciszenie funkcji i mniejszą ekspresję genów [58].

W toku prowadzonych badań naukowych wykazano, że plastyczność synaptyczna ma związek ze znaczną różnicą w poziomie białka zewnątrzkomórkowego (reliny). W badaniach poddano analizie pośmiertną tkankę mózgową pacjentów ze schizofrenią i chorobą afektywną dwubiegunową. Uzyskane wyniki wykazały, niższy poziom ekspresji genów mają pacjenci ze schizofrenią. Najprawdopodobniej jest to wynikiem efektu hipermetylacji do której zachodzi w promotorze genu kodującego relinę. Zaobserwowano, że u pacjentów ze schizofrenią i chorobą afektywną dwubiegunową występuje większa aktywność tego enzymu. Gravson i wsp. w swoich badaniach potwierdzają jednoczesne kodowanie enzymu niszczącego katecholaminy i hipometylowanie promotora w przypadku genu COMT [59]. Z kolei badania w zakresie modyfikacji epigenetycznej nie potwierdzają zależności pomiędzy przebiegającymi procesami epigenetycznymi, a obecnością mutacji zachodzącymi w patogenezie otyłości, chorób sercowo-naczyniowych czy cukrzycy [60-61]. Sposób odżywiania człowieka wpływa na regulację ekspresji genów. Udowodniono, że w przyszłości u dziecka może dojść do

pojawiania się chorób metabolicznych wskutek pokarmu spożywanego przez rodziców [62-63]. Podczas ciąży płód chroniony jest przez zwiększoną ilość glikokortykosteroidów wskutek dehydrogenazy 11beta-HSD1 (11-hydrosteroidowej). Ta grupa hormonów przekształcana jest do nieaktywnej formy [64]. Z powodu nieprawidłowego odżywiania w trakcie ciąży może dojść do obniżonej tolerancji na glukozę, zaburzeń metabolicznych czy otyłości u nowonarodzonych dzieci [62]. Według Renthall i wsp. na długotrwały stres mają wpływ zmiany występujące w obrębie epigenomu. Podczas ciąży doprowadza to do zmian w łożysku (hipermetylacja genu 11beta-HSD1) i podwzgórzu płodu (hipometylacja) [64]. Metylacja DNA (w tej sytuacji jest transporterem cynku) może doprowadzić również do cukrzycy wskutek występujących zaburzeń w wydzielaniu insuliny [65]. W badaniach Seman i wsp. wykazali związek pomiędzy zwiększoną metylacją DNA promotora genu SLC30A8, a częstością zapadania na cukrzycę [66]. Robison i wsp. twierdzą, że do występowania uzależnień od chemicznych substancji przyczyniają się zmiany w ekspresji genów w ośrodku [67]. Zakłócenia w procesach epigenetycznych często mogą genetycznie zniekształcać procesy epigenetyczne i prowadzić do złośliwych zmian w komórkach [68]. Zdaniem Yang i wsp. postępujący proces nowotworowy jest powodem zmian w epigenotypie komórki, a co za tym idzie hipermetylacji wysp CpG, niestabilności chromosomalnej, hipometylacji [68]. Do indukcji apoptozy i pobudzenia w genach supresorowych nowotworów może dochodzić w wyniku upośledzenia aktywności SIRT1, a do wzrostu guzów litych wskutek wysokiego poziomu SIRT1 [69].

Zdaniem Jones i wsp. zwiększona zachorowalność na raka sutka, jajnika, sutka pęcherzykowego tarczycy może mieć znaczny związek z locus (DIRAS3) genu supresorowego ARHI w hipermetylacji DNA [70].

Ciągłe prowadzenie badań w zakresie poznawania czynników które odpowiadają za mechanizmy epigenetyczne jest konieczne. Dzięki temu możliwe jest zastosowanie efektywniejszych metod leczniczo-diagnostycznych.

Wnioski. Zachowania zdrowotne są istotnym elementem w trakcie życiowej aktywności człowieka. Odpowiednia wiedza w zakresie prawidłowych zachowań zdrowotnych jest pomocna w zapewnieniu lepszego zdrowia wśród społeczeństwa, a poznanie mechanizmów epigenetycznych ma znaczenie w dogłębnej diagnostyce i leczeniu chorób.

Piśmiennictwo

1. Leksowska A, Jaworska I, Gorczyca P. Choroba somatyczna jako wyzwanie adaptacyjne dla człowieka. *Via Medica* 2011; 6(4): 244–248.

2. Smyczyńska J. Okres prekonceptyjny i ciąża jako czas troski o zdrowie prokreacyjne potomstwa – znaczenie mechanizmów epigenetycznych. *Kwartalnik Naukowy Fides Et Ratio* 2020; 3(43): 223-237.
3. Definicja zdrowia. <http://www.izp.wroclaw.pl> (dostęp 12.02.2023).
4. WHO. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187704281300757X> (dostęp 16.02.2023).
5. Binkowska-Bury M, Kruk W, Szymańska J, Marć M i wsp. Psychosocial factors and health-related behavior among students from South-East Poland. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 2010; 17(1): 107-113;
6. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. *Osobowość. Stres a zdrowie*. Centrum Doradztwa i Informacji Diffin, Warszawa 2008.
7. Kulik TB, Latański M. *Zdrowie publiczne*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002.
8. Heszen I, Sęk H. *Behawioralne uwarunkowania zdrowia i choroby*. W: Heszen I, Sęk H (red.). Warszawa: Wydawnictwo PWN; 2012. 90-104.
9. Gętek M, Czech N, Całyniuk B i wsp. Świadomość zdrowotna społeczeństwa a dbałość o zdrowie. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*. 2011; 1(26): 14-20.
10. Lando-King EA, Siving RE, McMorris BJ et al. Associations between social emotional intelligence and adolescent girls' sexual risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*. 2010; 46 (2):7.
11. Zysmarska M, Bernard D. Zachowania prozdrowotne nauczycieli w województwie Wielkopolskim część I. *Problemy Higieny i Epidemiologii*. 2006; 87.
12. Malik M, Zarzycka D, Hżeczka J i wsp. Wartość zdrowia jako czynnik motywacyjny do działań prozdrowotnych. *Zdrowie Publiczne*. 2009; 119(1): 33-39.
13. Rivers S, Brackett MA, Omori M et al. Emotion skills as a protective factor for risky behaviors among college students. *Journal of College Student Development*. 2013; 54(2): 172-183.
14. Gętek M, Czech N, Całyniuk B i wsp. Świadomość zdrowotna społeczeństwa a dbałość o zdrowie. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*. 2011; 1(26): 14-20.
15. Jon-Borys M. *Koncepcja zdrowia i choroby u dorastających*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2002.
16. Bishop GD. *Psychologia zdrowia*. Astrum, Wrocław; 2000.
17. Jon-Borys M. *Koncepcja zdrowia i choroby u dorastających*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2002; Bishop GD. *Psychologia zdrowia*. Astrum, Wrocław; 2000;
18. Czarnecka M, Cierpiałowska L. Naukowe a subiektywne koncepcje zdrowia i choroby wśród studentów i ich determinanty. *Nowiny Lekarskie* 2007; 76(2): 161-168.
19. Cianciara D. Związki zdrowia z dobrobytem i polityką prozdrowotną. *Przegląd Epidemiologiczny* 2008; 62.: 821-828.
20. Katolo AJ. *Koncepcje zdrowia i choroby w starożytnej kulturze klasycznej i w ujęciu biblijnym*. Istituto Filosofico - Teologico Pontificia Facoltà Teologicadell' Italia Meridionale Rende Ateneum – Szkoła Wyższa. *Studia Gdańskie*, Gdańsk 2009; 24: 1-15.
21. Sygit M. *Zdrowie publiczne*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska S.A; 2010. 557.
22. Leksowska A, Jaworska I, Gorczyca P. Choroba somatyczna jako wyzwanie adaptacyjne dla człowieka. *Via Medica* 2011; 6(4): 244–248.

23. Heszen I. Kliniczna psychologia zdrowia. W: Sęk H.S (red.). Psychologia kliniczna. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 2005; 2: 222–243;
24. Domaradzki J. O definicjach zdrowia i choroby. *Folia Medica Lodziensia* 2013; 40(1):5-29.
25. Kluz M. Odkrywanie sensu choroby i cierpienia w kontekście nowych wyzwań. Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań 2014.
26. Chrześcijańskie rozumienie choroby oraz sakrament chorych w ujęciu kodeksu prawa kanonicznego; https://www.unipo.sk/public/media/files/docs/gtf_theologos/svk/theologos_01_2008_web.pdf#page=32 (dostęp 06.02.2023).
27. Kluz M. Odkrywanie sensu choroby i cierpienia w kontekście nowych wyzwań. Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań 2014.
28. Janowski M, Rasińska R. Wybrane zachowania zdrowotne pracowników ochrony zdrowia. *Piel Pol* 2015; 2(56): 164-169;
29. Cianciara D. Społeczny wymiar żywienia – zadania dla promocji zdrowia w Polsce. *Hygeia Public Health* 2011; 46(1): 21-24;
30. Zarzeczna- Baran M, Wojdak- Haasa E. Wiedza studentów akademii medycznej w Gdańsku o niektórych elementach stylu życia. *Probl Hig Epidemiol* 2007; 88(1): 55-59.
31. WHO. The determinants of health; <https://www.who.int/hia/evidence/doh/en/index3.html> (dostęp 21.03.2023)
32. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa 2012;12.
33. Kulik TB. Koncepcja zdrowia w medycynie. W: Kulik TB, Latański M (red.). *Zdrowie Publiczne*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2002. 75-76.
34. Monge MA. Zdrowie, ból i choroba. W: Monge M.A (red.). *Etyka w medycynie* 2012; 183-188.
35. Sheeran P, Gollwitzer PM, Bargh JA. Nonconscious processes and health. *Health Psychol* 2013, 32(5): 460-473.
36. Puchalski K. Psychospołeczne problemy zdrowia i choroby. W: Opolski J (red.). *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*. Warszawa. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Warszawa 2011; 1: 161-172.
37. Steptoe A, Gardner B, Wardle J. The role of behaviour in health. In: French D, Kaptein A, Vedhara K, et al (eds). *Oxford: Health Psychol. Blackwell*; 2010: 12-32.
38. Woynarowska B.: *Edukacja zdrowotna*. Warszawa:Wyd. Naukowe PWN; 2007.
39. Monge MA. Zdrowie, ból i choroba. W: Monge M.A (red.). *Etyka w medycynie* 2012; 183-188.
40. Kurowska K, Krakowiecka K. Zachowania zdrowotne a umiejscowienie kontroli zdrowia u osób po przebytych udarach mózgu. *Geriatrics* 2014; 8: 13-21.
41. Ogińska – Bulik N.: *Osobowość typu D. Teoria i badania*, Wydawnictwo WSH-E, Łódź, 2009.].
42. Lunner Kolstrup C, Kallioniemi M, Lundqvist P et al. International perspectives on psychosocial working conditions, mental health, and stress of dairy farm operators. *J Agromedicine* 2013; 18(3): 244-255.
43. Chitakar E, Sherzay N. Epigenetics: effect of environmental factors on human genome. *Int. J. Pharm. Pharm. Sci.* 2016; 8: 1–6.

44. Rorbach-Dolata A, Kubis A, Piwowar A. Modyfikacje epigenetyczne – ważny mechanizm w zaburzeniach cukrzycy. *Postępy Hig Med Dosw* 2017; 71: 960-974.
45. Gruber B. Epigenetyka a etiologia chorób neurodegeneracyjnych. *Postępy Hig Med Dośw* 2011; 65: 542-551.
46. Poczęta M, Nowak E, Bieg D i wsp. Modyfikacje epigenetyczne a ekspresja genów w nowotworzeniu. *Ann Acad Med Siles* 2018; 72: 80–89.
47. Kulczycka A, Bednarek I, Dzierżewicz Z. Modyfikacje epigenetyczne jako potencjalne cele terapii antynowotworowych. *Ann Acad Med Siles. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach* 2013; 67(3): 201–208.
48. Probst AV, Dunleavy E, Almouzni G. Epigenetic inheritance during the cell cycle. *Nat Rev Mol Cell Biol* 2009; 10(3): 192–206.
49. Brasacchio D, Okabe J, Tikellis C et al. Hyperglycemia induces a dynamic cooperativity of histone methylase and demethylase enzymes associated with gene-activating epigenetic marks that coexist on the lysine tail. *Diabetes* 2009; 58: 1229-1236.
50. DeFronzo RA. Banting Lecture. From the triumvirate to the ominous octet: a new paradigm for the treatment of type 2 diabetes mellitus. *Diabetes* 2009; 58(4): 773-795.
51. Herceg Z. Epigenetic information in chromatin and cancer. *Eur J Cancer* 2009; 45(1): 442–444.
52. Jansson T, Powell TL. Role of the placenta in fetal programming: underlying mechanisms and potential intervention approaches. *Clin Sci* 2007; 113: 1–13.
53. Urdinguio RG, Sanchez-Mut JV, Esteller M. Epigenetic mechanisms in neurological diseases: genes, syndromes, and therapies. *Lancet Neurol* 2009; 8: 1056–1072.
54. Mehler MF. Epigenetic principles and mechanisms underlying nervous system functions in health and disease. *Progress Neurobiol* 2008; 86: 305–341.
55. Tammen SA, Friso S, Choi SW. Epigenetics: the link between nature and nurture. *Mol Aspects Med* 2013; 34: 753–764.
56. Sferruzzi-Perri AN, Camm EJ. The programming power of the placenta. *Front Physiol* 2016; 14: 33; Marsit CJ. Placental Epigenetics in Children’s Environmental Health. *Semin Reprod Med* 2016; 34: 36–41.
57. Grześkowiak E, Jelińska A, Zając M. Postęp w ocenie jakości substancji i produktów leczniczych. W: Paluszczak J, Baer-Dubowska W (red.). *Epigenom i nowotwory: nowy cel terapeutyczny i możliwości diagnostyczne*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2010.
58. Sigalotti L, Covre A, Fratta E. i wsp. Epigenetics of human cutaneous melanoma: setting the stage for new therapeutic strategies. *J Transl Med* 2010; 8: 56.
59. Grayson DR, Jia X, Chen Y et al. Reelin promoter hypermethylation in schizophrenia. *Proc Natl Acad Sci* 2005; 102: 9341–9346.
60. Kulczycka A, Bednarek I, Dzierżewicz Z. Modyfikacje epigenetyczne jako potencjalne cele terapii antynowotworowych. *Ann Acad Med Siles. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach* 2013; 67(3): 201–208.

61. Pokrywka M, Kieć-Wilk B, Polus A i wsp. Metylacja DNA a otyłość prosta. *Postepy Hig Med Dosw* 2014; 68: 1383-1391.
62. Hardy TM, Tollefsbol TO. Epigenetic diet: Impact on the epigenome and cancer. *Epigenomics* 2011; 3: 503–518.
63. Elliott MA, Copperman NM, Jacobson MS. Pediatric obesity prevention and management. *Mi-nerva Pediatr* 2004; 56: 265-276; Durke A. Żywnienie kobiet w ciąży. *Położn Nauk Prakt* 2008; 2: 33-34.
64. Renthall W, Nestler EJ. Epigenetic mechanisms in drug addiction. *Trends Mol. Med.* 2008; 14: 341–350.
65. Salem SD, Saif-Ali R, Ismail IS et al. Contribution of SLC30A8 variants to the risk of type 2 diabetes in a multi-ethnic population: a case control study. *BMC Endocr Disord* 2014; 14: 2.
66. Seman NA, Mohamud WN, Östenson CG et al. Increased DNA methylation of the SLC30A8 gene promoter is associated with type 2 diabetes in a Malay population. *Clin Epigenetics* 2015; 7: 30.
67. Robison AJ, Nestler EJ. Transcriptional and epigenetic mechanisms of addiction. *Nat Rev Neurosci* 2011; 12: 623–637.
68. Yang Y, Ren M, Song C et al. LINC00461, a long non-coding RNA, is important for the proliferation and migration of glioma cells. *Oncotarget* 2017; 8: 84123–84139.
69. Kalle AM, Mallika A, Badiger J et al. Inhibition of SIRT1 by a small molecule induces apoptosis in breast cancer cells. *Biochem. Biophys. Res. Commun.* 2010; 401: 13–19.
70. Jones PA, Issa JPI, Baylin S. Targeting the cancer epigenome for therapy. *Nat Rev Genet.* 2016; 17: 630–641.

OCENA BIO-PSYCHO-SPOŁECZNEGO FUNKCJONOWANIA CHORYCH Z ZESPOŁEM BEZDECHU ŚRÓDSENNEGO

ANETA HAŁAT, BEATA BABIARCZYK


Wstęp. Patologia oddychania, którą określamy jako zespół bezdechu śródsenego (ZBS) lub zespół bezdechu występującego w czasie snu, cechuje się pojawiającymi się i nawracającymi, epizodycznymi bezdechami lub spłyceniami oddechów, spowodowanymi zmniejszonym przepływem powietrza w górnych drogach oddechowych, przy zachowanej, a nawet zwiększonej pracy mięśni oddechowych. Odnotowuje się je od kilku do nawet kilkunastu razy w określonej jednostce czasu (1 godzina snu). Najczęściej współtowarzyszą mu chrapanie oraz desaturacje, które powodują liczne wzbudzenia, możliwe do zarejestrowania w EEG. U około 85% wszystkich pacjentów cierpiących na ZBS stwierdza się jego obturacyjną postać (OBS) [1,2].

Diagnoza choroby i ocena stopnia nasilenia jej ciężkości wymaga określenia liczby bezdechów i epizodów hipowentylacji w trakcie jednej godziny snu. Diagnoza wyrażana jest przy użyciu indeksów AHI lub RDI. W przypadku łagodnej postaci choroby AHI kształtuje się na poziomie 5–15. Jego umiarkowane nasilenie odpowiada AHI 16–30, a jeśli wskaźnik ten wzrośnie > 30, to mamy do czynienia z ciężkim ZBS [2,3]. W przypadku użycia indeksu RDI, bezdech senny rozpoznawany jest przy RDI wyższym bądź równym 5 bezdechom w ciągu godziny (wśród osób, u których pojawiły się objawy choroby) albo RDI wyższym lub równym 15 bezdechom na godzinę u pacjentów, u których objawy nie wystąpiły [4-6].

Dane epidemiologiczne określające rozpowszechnienie ZBS na świecie charakteryzują się dość dużą rozbieżnością, co jest związane w dużej mierze z kryteriami, których używa się w diagnozowaniu choroby. Ogólnie szacuje się, że choroba ta występuje u 9-38% populacji, ale można także zauważyć, że z roku na rok częstość diagnozowania ZBS zdecydowanie wzrasta. Przyczyn tego stanu upatruje się między innymi w globalnym nasileniu głównego czynnika ryzyka tej choroby, którym jest otyłość [7]. Dane epidemiologiczne dotyczące częstości diagnozowania ZBS w poszczególnych województwach w Polsce, w latach 2010-2019 wskazują, iż chorobę tą diagnozuje się średnio u 390-1328/100 000 mieszkańców Polski, przy czym najwięcej chorych jest w województwie kujawsko-pomorskim, świętokrzyskim i mazowieckim, a najmniej - w województwie lubuskim i opolskim [8].

Objawy kliniczne towarzyszące ZBS dzielimy na objawy nocne oraz na objawy dzienne (kiedy chory jest aktywny). Zostały one przedstawione na Tab. I.

Tabela I. Podział objawów nocnych i dziennych ZBS

Objawy nocne		Objawy dzienne
Chrapanie - bardzo głośne i nieregularne		Zmęczenie w środku dnia
Występowanie bezdechów, zauważalne przez osoby trzecie,		Niepokój
Przerywany sen		Rozdrażnienie
Bardzo częste wybudzanie,		Zaburzenia koncentracji
Uczucie duszności w trakcie snu,		Kłopoty z zapamiętywaniem
Lęk przed zaśnięciem		Zmniejszenie napędu życiowego
Zmniejszona potencja		Pogorszenie funkcji intelektualnych
Nykturia		Zaburzenia depresyjne
Suchość jamy ustnej i śluzówek		Poranne bóle głowy

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [3]

Istnieją liczne badania, które potwierdzają, że zaburzenia indukowane przez ZBS, a wiążące się z zaburzeniem utlenowania krwi i niedotlenieniem organizmu chorego, przyczyniają się do szeregu chorób układu krążenia, takich jak nadciśnienie tętnicze, przerost mięśnia sercowego, choroby wieńcowej oraz udar mózgu [9-12]. Przerywany na skutek bezdechów sen skutkuje obniżoną jakością życia, problemami z koncentracją, sennością w ciągu dnia oraz trudnością w codziennym funkcjonowaniu [1,4,13,14].

Cel pracy. Głównym celem niniejszego badania była ocena jakości codziennego funkcjonowania pacjentów chorujących na zespół bezdechu sennego bądź będących w trakcie diagnostyki tego schorzenia. W szczególności oceniono funkcjonowanie badanych w sferze biologicznej, psychologicznej oraz społecznej.

Materiał i metody. Charakterystyka grupy badanej. Badanie zostało przeprowadzone w okresie od lipca do października 2020 roku. Objęto nim pacjentów przebywających na oddziale pulmonologii i niewydolności oddechowej oraz osoby zgłaszające się do diagnostyki ZBS do pracowni badań czynnościowych w jednym ze szpitali na terenie Podbeskidzia. Badanie miało charakter anonimowy, a udział w nim był dobrowolny, o czym potencjalni jego uczestnicy zostali poinformowani przed wyrażeniem zgody na udział w nim. Podczas okresu badawczego przygotowano i rozdano pacjentom chętnym do udziału w badaniu 80 ankiet, z czego 74 było poprawnie wypełnionych, a 6 zostało odrzuconych ze względu na braki danych lub nieprawidłowe uzupełnienie. Wśród przebadanych osób większość stanowili mężczyźni (63,5%). Średnia wieku badanych wynosiła $56,9 \pm 10,2$ lat (21-77 lat). Ponad połowa ankietowanych pracowała zawodowo (59,5%). Zdecydowaną większość badanych stanowiły

osoby pozostające w związku (70,3%). Wykształcenie jakie posiadały osoby z grupy badanej to: zawodowe (33,8%), średnie (32,4%), wyższe (20,3%), podstawowe (10,8%) oraz brak wykształcenia (2,7%). Prawie połowa badanych deklarowała zamieszkiwanie wsi (47,3%), a pozostali wskazywali na zamieszkiwanie małego (31,1%) bądź dużego miasta (21,6%). Około połowa uczestników badania określała swoją sytuację materialną na dobrym poziomie (52,7%); jako przeciętną określało ją 27% ankietowanych, a trudność z jej oceną miało 13,5% z nich. Natomiast zaledwie 5,4% osób z grupy ankietowanej określało swoją sytuację materialną jako bardzo dobrą. Zdecydowana większość osób z grupy badanej deklarowała, iż mieszka z rodziną (70,3%). Biorąc pod uwagę BMI badanych, średni wynik tego wskaźnika to $31,8 \pm 5,8 \text{ kg/m}^2$ (20,5 - 48,4 kg/m^2). Według niego, co około trzeciego badanego cechowała otyłość I stopnia (35,1%) lub nadwaga (29,7%). Otyłość II stopnia stwierdzono u co około piątej osoby ankietowanej (18,9%), natomiast otyłość III stopnia, wg wskaźnika BMI, miało 8,1% uczestników. Prawidłową masę ciała stwierdzono u zaledwie 6,8% osób badanych, a niedożywienie - u jednej osoby (1,8%).

Metody i narzędzia badawcze. Badanie zostało przeprowadzone za pomocą metody sondażu diagnostycznego, natomiast jako technikę wykorzystano ankietę. Narzędziem badawczym w niniejszej pracy był kwestionariusz ankiety własnego autorstwa oraz skala senności Epworth. W ankiecie własnej, oprócz metryczki zawarto pytania, które dotyczyły diagnostyki oraz formy leczenia ZBS, a także przebytych wcześniej zabiegów laryngologicznych, stosunku badanych do palenia papierosów (czy aktualnie pali, jeśli tak, to ilość papierosów dziennie oraz opinia badanego na temat wpływu palenia papierosów na bezdech senny), dolegliwości fizycznych występujących w ciągu ostatniego miesiąca, samopoczucia psychicznego ankietowanych oraz postrzegania choroby w aspekcie życia społecznego. Aby ocenić stopień zaburzenia snu badanych posłużono się skalą senności Epworth. Interpretując wyniki tej skali, suma punktów 0-10 oznacza wynik normalny, 11-14 pkt. to łagodna senność dzienna, 15-18 pkt. to średnia senność dzienna, a wynik powyżej 18 pkt. oznacza ciężką senność [6].

Analiza statystyczna. Wszystkie otrzymane wyniki zostały zakodowane w arkuszu kalkulacyjnym Excel 2016, pakietu MS Office. Obliczenia statystyczne zostały przeprowadzone przy użyciu pakietu statystycznego R-4.0.4. Zmienne mierzone na skali ilościowej zostały opisane z użyciem średniej arytmetycznej oraz odchylenia standardowego, a zmienne jakościowe przedstawiono za pomocą licznosci oraz odsetka. Istotność różnic pomiędzy dwoma grupami zbadano testem istotności różnic tj. testem U Manna-Whitney'a. Do badania zależności między dwoma zmiennymi o charakterze ilościowym użyto współczynnik korelacji rang Spearmana oraz współczynnik tau Kendalla. Do badania zależności o charakterze

jakościowym zastosowano test chi-kwadrat z poprawką Yates'a, test chi-kwadrat oraz dokładny test Fishera. We wszystkich obliczeniach poziom istotności przyjęto $\alpha=0,05$.

Wyniki. Charakterystyka funkcjonowania chorych na bezdech senny w sferze biologicznej. Większość osób biorących udział w badaniu nie miała jeszcze zdiagnozowanego zespołu bezdechu sennego (66,2%), natomiast co około trzeci ankietowany miał już zdiagnozowane to schorzenie (33,8%).

W trakcie szczegółowej analizy statystycznej okazało się, że badani z już potwierdzonym rozpoznaniem ZBS mają statystycznie istotnie wyższy poziom BMI, niż badani, którzy nie mają zdiagnozowanej tej choroby ($p=0,027$).

Inne dane socjo-demograficzne badanych, ani też fakt posiadania chorób przewlekłych nie różnicowały istotnie statystycznie tych dwóch grup ($p>0,05$). Zdecydowana większość badanych z ZBS była leczona aparatem CPAP (75,0%). 16,7% ankietowanych miało przeprowadzony zabieg laryngologiczny (korektę przegrody nosowej, mukotomię małżowiny nosowej, zabieg w zakresie zatok szczękowych, usuwanie polipów z nosa, wycięcie migdałków, plastykę podniebienia lub repozycję kości nosowej), a 8,3% stosowało aparat nazębny.

Ponad połowa badanych posiadała choroby towarzyszące o charakterze przewlekłym (52,7%). Wśród tych najczęściej występujących podawano nadciśnienie (66,7%), cukrzycę (35,9%), astmę (25,6%), arytmie serca (10,3%) i niedoczynność tarczycy (10,3%).

Analiza faktu palenia papierosów lub preparatów tytoniowych przez badanych wykazała, że zdecydowana większość badanych nie pali (46% - nigdy nie paliło; 37,8% - obecnie nie, ale kiedyś paliło). Natomiast 16,2% ankietowanych odpowiedziało, że obecnie pali; statystycznie istotnie częściej byli to badani, którzy pracowali w okresie badawczym zawodowo ($p=0,001$). Osoby badane, które zanegowały obecny fakt palenia papierosów, ale przyznały, że kiedyś paliły ($n=28$) poproszono o odpowiedź na pytanie: „Czy rzucił/-a Pan/-i palenie w związku ze swoją chorobą?”. Analizując udzielone odpowiedzi stwierdzono, że ponad połowa ankietowanych nie rzuciła palenia w związku ze zdiagnozowanym ZBS (53,8%). 42,8% badanych przyznało, że zrezygnowali z palenia papierosów w związku ze zdiagnozowaniem choroby, a 1 osoba badana (3,6%) nie pamiętała powodu rzucenia palenia papierosów. Połowa osób, które potwierdziły, że obecnie palą papierosy (50%) wypalała od 10-20 sztuk dziennie. Natomiast po 16,6% badanych przyznało, że pali okazjonalnie, wypala do 9 sztuk papierosów dziennie lub powyżej 20 sztuk. Ankietowanych zapytano także czy ich zdaniem palenie tytoniu ma wpływ na bezdech. Prawie połowa badanych potwierdziła taką zależność („Zdecydowanie tak” – 8,1%; „Raczej tak” – 40,5%). Co około trzeci badany twierdził, że palenie tytoniu nie

wpływa na to schorzenie (31,1%), a co około piątemu trudno było jednoznacznie odpowiedzieć na to pytanie (20%).

Analiza statystyczna potwierdziła ujemną zależność, o słabym natężeniu, ale istotną statystycznie, między opinią badanych na temat wpływu palenia tytoniu na bezdech, a ich sytuacją materialną ($\tau\text{-K}=-0,18$; $p=0,023$). Im lepsza była samoocena sytuacji materialnej wśród osób badanych, tym rzadziej twierdzili oni, że palenie papierosów ma wpływ na występowanie bezdechu.

Próba określenia dolegliwości występujących u badanych w ciągu ostatniego miesiąca wykazała, że zdecydowana większość z nich wskazała „nadmierne zmęczenie”, jako dolegliwość, która najczęściej występowała u nich w ciągu ostatniego miesiąca (77,0%). Większość badanych uskarżała się także na budzenie się w nocy, częściej niż dwa razy (58,1%). Po 54,1% ankietowanych deklarowało także, że pojawiły się u nich: brak energii, uczucie suchości w jamie ustnej i w gardle po przebudzeniu. Prawie połowa badanych wskazała, że nadmiernie poci się w nocy (48,6%), a 43,2% z nich uskarżała się na trudność w ponownym zaśnięciu po przebudzeniu w nocy. Około $\frac{1}{3}$ badanych wskazała na nagłe, nocne przebudzenia z uczuciem duszenia się (35,1%), a podobny odsetek deklarował wystąpienie bólu głowy po przebudzeniu (31,1%). Co około piąty badany wskazał także na problemy z potencją/pociąganiem seksualnym (21,6%). Wykazano występowanie istotnej statystycznie zależności pomiędzy dolegliwościami, które występowały u badanych w ciągu ostatniego miesiąca, a ich wykształceniem; ponad dwukrotnie większy odsetek badanych z brakiem wykształcenia oraz wykształceniem podstawowym i zawodowym, niż wykształceniem średnim/wyższym zgłaszał występowanie dolegliwości w postaci nagłego nocnego przebudzenia, z uczuciem duszenia się ($\chi^2=6,44$; $p=0,011$). Analiza statystyczna potwierdziła także, że statystycznie istotnie większy odsetek badanych, u których występowała patologiczna senność dzienna, zgłaszał, że budzi się w nocy częściej niż dwa razy ($\chi^2=4,10$; $p=0,043$).

Analiza nasilenia u badanych senności dziennej wg skali Epworth wykazała, że ponad połowa z nich uzyskała wynik oznaczający brak senności patologicznej (56,8%). U co około czwartej osoby ankietowanej stwierdzono łagodną senność dzienną (24,2%), a u co piątej – patologiczną senność dzienną (9,5% - średnio nasiloną senność; 9,5% - ciężka senność). Średni wynik nasilenia senności wg skali Epworth wynosił $10,1 \pm 5,3$ pkt. (1-24 pkt.).

Charakterystyka funkcjonowania chorych na bezdech senny w sferze psychologicznej.

Samoocena kondycji psychicznej badanych wykazała, że prawie połowa z nich oceniała swoją kondycję psychiczną jako dobrą (45,9%). 39,2% badanych określała swoją kondycję psychiczną jako „średnią”, a co około dziesiąta osoba badana twierdziła, iż jej kondycja

psychiczna znajduje się na bardzo dobrym poziomie (9,5%). Zaledwie cztery osoby (5,4%) oceniały ją jako „złą”, a nikt z badanych nie wybrał odpowiedzi „bardzo zła”.

Za pomocą testu U Manna-Whitney’a, zbadano czy istnieje zależność pomiędzy samooceną kondycji psychicznej badanych, a ich danymi socjo-demograficznymi. Jedynie w przypadku zmiennej „Płeć” wykazano istotny statystycznie wpływ na uzyskane wyniki ($p=0,037$). Okazało się, że swoją kondycję psychiczną lepiej oceniali badani mężczyźni, niż kobiety. Badanych poproszono aby w skali trzystopniowej od „Zawsze” do „Nigdy” określili występowanie u nich w ciągu ostatniego miesiąca konkretnych sześciu stanów emocjonalnych (Tabela II).

Tabela II. Charakterystyka badanych pod względem samopoczucia psychicznego w ciągu ostatniego miesiąca

Pytanie ankiety: Jak wyglądało Pana/-i samopoczucie psychiczne w ciągu ostatniego miesiąca?	Zawsze		Często		Nigdy	
	n	%	n	%	n	%
Czułem/-am się smutny i przygnębiony/-a	30	40,5	41	55,4	3	4,1
Czułem/-am się rozdrażniony/-a	25	33,8	45	60,8	4	5,4
Łatwo się denerwuję	16	21,6	48	64,9	10	13,5
Czuję lęk i obawy	36	48,6	31	41,9	7	9,5
Czuję się sfrustrowany	31	41,9	37	50,0	6	8,1
Czuję, że nie jestem w stanie poradzić sobie z codziennymi problemami	37	50,0	32	43,2	5	6,8
Inne	0	-	73	98,6	1	1,4

n: liczebność w grupie

Inne: Brak motywacji do jakiegokolwiek działania

Analiza statystyczna wykazała, iż płeć wpływa na niektóre odpowiedzi; badane kobiety istotnie częściej niż mężczyźni biorący udział w badaniu czuły się na przykład w ciągu ostatniego miesiąca rozdrażnione ($p=0,011$). Zdecydowanie częściej także deklarowały, że w ciągu ostatniego miesiąca odczuwały lęk i obawy ($p=0,014$) i czuły się sfrustrowane ($p=0,014$). Kobiety zdecydowanie także częściej twierdziły „Czuję, że nie jestem w stanie poradzić sobie z codziennymi problemami” ($p=0,047$).

Dokonano także porównania zależności pomiędzy określeniami opisującymi samopoczucie psychiczne badanych w ciągu ostatniego miesiąca, a faktem zdiagnozowania OBS oraz stosowaniem aparatu CPAP. Analiza danych wykazała, że badani ze zdiagnozowanym OBS istotnie rzadziej, niż badani wśród których nie zdiagnozowano jeszcze choroby czuli, że nie są w stanie sobie poradzić z codziennymi problemami ($p=0,021$). Podobnie istotnie rzadziej twierdzili tak badani, u których zastosowano leczenie aparatem CPAP, w stosunku do ankietowanych, u których nie zastosowano takiego leczenia ($p=0,021$). Podobnego porównania oceny samopoczucia psychicznego badanych w ciągu ostatniego miesiąca dokonano dla wyników uzyskanych w skali Epworth (Tabela III).

Tabela III. Analiza korelacji pomiędzy określeniem samopoczucia psychicznego w ciągu ostatniego miesiąca, a nasileniem u badanych senności dziennej

Pytanie ankiety: Jak wyglądało Pana/-i samopoczucie psychiczne w ciągu ostatniego miesiąca?	Wynik Skali Epworth	
	τ -K	p
Czułem/-am się smutny i przygnębiony/-a	0,17	0,031
Czułem/-am się rozdrażniony/-a	0,07	0,386
Łatwo się denerwuję	0,09	0,241
Czuję lęk i obawy	0,09	0,259
Czuję się sfrustrowany	-0,01	0,995
Czuję, że nie jestem w stanie poradzić sobie z codziennymi problemami	0,17	0,035

p-poziom istotności statystycznej

Charakterystyka funkcjonowania chorych na bezdech senny w sferze społecznej. Analizę badanych w aspekcie funkcjonowania społecznego badanych przedstawiono w Tabeli IV.

Tabela IV. Charakterystyka grupy badanej pod względem funkcjonowania w wybranych aspektach życia społecznego

Pytanie ankiety: Proszę określić czy choroba przeszkadza Panu/ i w poniżej wymienionych aspektach życia społecznego?	Tak		Nie		Trudno powiedzieć	
	n	%	n	%	n	%
Spotkania ze znajomymi, wizyty przyjaciół, krewnych	15	20,3	41	55,4	18	24,3
Praca zawodowa	20	27,0	30	40,5	24	32,4
Życie seksualne	19	25,7	27	36,5	28	37,8
Relacje z partnerem (bądź znalezienie partnera)	11	14,9	41	55,4	22	29,7
Podróże	21	28,4	45	60,8	8	10,8
Hobby, uprawianie sportu	27	36,5	34	45,9	13	17,6
Brak ochoty na aktywne życie społeczne	2	2,7	72	97,3	0	-
Choroba nie wpływa na moje życie społeczne	8	10,8	32	43,2	34	46,0

N: liczba badanych; n: liczebność w grupie

Analiza wykazała istotną statystycznie zależność pomiędzy aktywnością zawodową ankietowanych oraz ich stanem cywilnym, a określeniem czy choroba przeszkadza im w życiu zawodowym. Istotnie więcej badanych aktywnych zawodowo potwierdziło, że choroba im w tej pracy przeszkadza, a z kolei osoby nieaktywne zawodowo częściej zaznaczały odpowiedź „Trudno powiedzieć” ($\chi^2=8,66$; $p=0,013$). Natomiast w przypadku stanu cywilnego badanych, istotnie więcej osób będących w związku zanegowało negatywny wpływ choroby na życie zawodowe, a z kolei osoby samotne częściej miały problem z odpowiedzią na to pytanie ($\chi^2=7,11$; $p=0,029$).

Na podstawie analizy zależności między nasileniem senności dziennej wg skali Epworth, a funkcjonowaniem badanych w wybranych aspektach życia społecznego potwierdzono, że osoby z brakiem dziennej senności patologicznej statystycznie istotnie częściej zaznaczały, że choroba nie przeszkadza im podczas spotkań ze znajomymi, wizytami przyjaciół lub krewnych ($p=0,032$).

Na podstawie wyników badania własnego potwierdzono również, że istnieje statystycznie wysoce istotna zależność pomiędzy stosowaniem leczenia za pomocą aparatu CPAP, a potwierdzaniem przez badanych, że choroba przeszkadza im w życiu seksualnym ($p < 0,0001$). Okazało się, iż zdecydowanie mniej osób stosujących CPAP, w stosunku do tych, nie stosujących tej metody leczenia potwierdziło, że choroba przeszkadza im w prowadzeniu satysfakcjonującego życia seksualnego.

Dyskusja. Zespół chorobowy jakim jest bezdech senny, może przyczyniać się do dysfunkcji w różnych aspektach życia ludzi nim dotkniętych. Dlatego też diagnostyka i leczenie nie powinny opierać się wyłącznie na pomocy chorym w sferze fizycznej, ale również powinno się skupić na aspekcie psychologicznym i socjologicznym tej choroby. Licznie występujące bezdechy senne wpływają na gospodarkę całego organizmu człowieka, często powodując zaburzenia ogólnoustrojowe oraz uszkadzając funkcjonowanie różnych narządów, co w konsekwencji przyczynia się do występowania chorób przewlekłych.

Wyniki badania własnego wykazały, że wśród uczestników najliczniejszą grupę stanowili pacjenci chorujący oprócz ZBS, również na nadciśnienie tętnicze (66,7%), cukrzycę (35,9%) oraz astmę (25,6%). Częściowo zbieżne obserwacje poczyniono w pracy Knap i wsp. [15]. Autorzy tego badania potwierdzili, że nadciśnienie tętnicze jest chorobą towarzyszącą, rozpoznaną u większości grupy badanej (70,3%). Następnymi z kolei schorzeniami rozpoznawanymi u uczestników tego badania były: zaburzenie gospodarki lipidami (28,2%), cukrzyca (22,8%), otyłość (22,8%) oraz choroba niedokrwienna serca (22,8%).

Mimo stałego postępu medycyny i pojawiania się różnorodnych opcji leczenia ZBS, podstawową metodą leczenia, właściwie od momentu jej wprowadzenia w 1981 r., pozostaje wciąż CPAP. Znane są potencjalne korzyści stosowania tej metody, potwierdzone szeregiem metaanaliz dokonanych przez autorów w literaturze, które obejmują m.in. zmniejszenie ciężkości ZBS, zwłaszcza w aspekcie senności dziennej i jakości życia związanej ze snem, zmniejszenie ciśnienia tętniczego, a tym samym zredukowanie ryzyka wieńcowego. Metaanalizy nie potwierdziły jednak bezpośredniego wpływu stosowania CPAP na nastrój pacjenta, na poprawę jego funkcji poznawczych, czy też na ogólną jakość życia pacjentów z ZBS [16].

W badaniu własnym nie przeprowadzono wprawdzie całościowej oceny jakości życia badanych, ale zawarto w nim pojedyncze elementy składające się na jakość życia w wymiarze bio-psycho-społecznym. W niniejszym badaniu potwierdzono, iż osoby stosujące metodę CPAP twierdziły zdecydowanie rzadziej, od tych – nie leczonych tą metodą, że choroba ogranicza ich w czasie wykonywania czynności codziennych. Podobnie rzadziej twierdzili oni, że nie są w stanie poradzić sobie z codziennymi problemami oraz, że choroba przeszkadza im

w prowadzeniu satysfakcjonującego życia seksualnego. Czyli ocenili oni pozytywnie wybrane aspekty mogące wpływać na ich jakość życia.

Jednym z najbardziej uciążliwych, a w wielu sytuacjach także niebezpiecznych objawów związanych z ZBS, jest patologiczna senność dzienna. Wyniki badania własnego potwierdzają, iż u prawie połowy badanych senność taka występowała, w tym u co około dziesiątego badanego była to nawet ciężka, patologiczna senność dzienna. Występowanie senności patologicznej wiązało się istotnie z poczuciem deklarowanym przez badanych, że choroba ogranicza ich w wykonywaniu czynności dnia codziennego oraz, że często trudno jest im zapamiętać rzeczy związane z czynnościami codziennymi. W aspekcie korelacji pomiędzy sennością patologiczną, a funkcjonowaniem badanych pod względem fizycznym, w badaniu własnym potwierdzono, że senność dzienna jest bardziej nasilona u badanych, którzy potwierdzali wybudzanie się w nocy częściej, niż dwa razy. Nie potwierdzono natomiast istotnego związku senności z innymi dolegliwościami, pojawiającymi się u ankietowanych w ciągu ostatniego miesiąca. W badaniu Dybich i wsp. [17] autorzy potwierdzili natomiast, że u pacjentów ze zdiagnozowanym ZBS, u których skala senności wykazała nadmierną senność dzienną, zmęczenie i brak sił w ciągu dnia występowały znacznie częściej, niż u reszty ankietowanych.

Przeprowadzone badanie własne udowodniło, że wśród osób cierpiących na bezdech senny w ciągu ostatniego miesiąca przed badaniem występowały różnorakie objawy, ale największy odsetek badanych wskazał na astenię oraz brak energii. Te dwa objawy były też wymieniane przez badanych jako te, według nich „najbardziej uciążliwe”. W badaniu jakościowym autorstwa Waldman i wsp. [18], w którym udział wzięły 42 osoby (część z nich dopiero rozpoczynała diagnostykę, a niektórzy byli już leczeni urządzeniem CPAP lub aparatami wewnętrznymi) autorzy zaprezentowali częściowo zbieżne wyniki. Zdecydowanej większości badanych na potrzeby tej pracy wymieniały właśnie brak energii i inne objawy wskazujące na nadmierne zmęczenie (np. „zmuszam się, żeby jakoś przeleciał dzień”, „nie czuję się wypoczęty”, „mam nagłe napady totalnego zmęczenia”) jako te, najbardziej uciążliwe we objawy choroby. Prawie wszyscy badani na potrzeby cytowanej pracy twierdzili, że objawy ZBS mają wpływ na ich funkcjonowanie w życiu codziennym, w różnych domenach. Chrapanie, częste wybudzenia nocne oraz rozdrażnienie w ciągu dnia przyczyniają się do słabszego funkcjonowania w życiu codziennym. Objawy te mogą też znacząco wpłynąć na życie seksualne pacjentów. Wyniki badania własnego potwierdzają, iż jedynie u co około piątego badanego w ciągu ostatniego miesiąca występowały objawy związane z obniżoną potencją czy też ogólnie, z gorszym życiem seksualnym. Przy czym osoby stosujące aparat

CPAP, w stosunku do osób nie stosujących tej metody leczenia rzadziej potwierdzały, że choroba przeszkadza im w prowadzeniu satysfakcjonującego życia seksualnego. Częściowo zbieżne obserwacje zostały odnotowane w pracy Pascual i wsp. [19], której celem było uzyskanie informacji dotyczących częstości występowania zaburzeń erekcji u nowo zdiagnozowanych pacjentów z OBS i ocena wpływu używania aparatu CPAP na zaburzenia erekcji. Autorzy tej pracy potwierdzili, że odsetek badanych, u których występowały zaburzenia erekcji wynosił 51%, ale u pacjentów leczonych przez 3 miesiące aparatem CPAP wykazano, że sprawność seksualna i satysfakcja seksualna znacząco się zwiększyły. Z kolei Husnu i wsp. [20], w swoim badaniu nie wykazali zależności pomiędzy OBS, a występowaniem zaburzeń erekcji. Jednak udowodnili oni, że po 3 miesiącach stosowania aparatu CPAP, satysfakcja z życia seksualnego w grupie badanej znacznie wzrosła, w porównaniu do osób nie stosujących tej formy leczenia.

Palenie tytoniu wywołuje obrzęk, podrażnienie oraz przewlekły stan zapalny w obrębie górnych dróg oddechowych, a czynniki te znacznie sprzyjają wystąpieniu ZBS. Przeprowadzone badanie własne ukazało, że spośród osób ze zdiagnozowanym ZBS aż 16,2% nadal pali papierosy, co więcej - co około trzeci ankietowany twierdził, że palenie nie ma związku z tą chorobą. W badaniu Bielickiego i wsp. [21] przeprowadzono retrospektywną analizę, oceniając wpływ palenia tytoniu na parametry nasilenia OBS. Autorzy badania potwierdzili, że osoby z grupy badanej, które paliły papierosy miały znacznie wyższy wskaźnik AHI, niższą średnią saturację podczas snu oraz deklarowały znacznie wyższą senność w ciągu dnia. Na tej podstawie konkludują oni, że palenie jest związane z nasileniem OBS.

Bezdech senny ma znaczący wpływ na funkcjonowanie organizmu. Przyczynia się on do wystąpienia objawów fizycznych, ale również emocjonalnych. Waldman i wsp. [18] wykazali, że chorzy z OBS zmagają się z podenerwowaniem, lękiem, rozdrażnieniem, frustracją, mają niską samoocenę i w wielu sytuacjach czują się zakłopotani lub winni ze względu na objawy choroby. Analiza wyników badania własnego wykazała, że większość badanych zmagająca się z podobnymi objawami, choć - poproszeni o ogólną ocenę swojej kondycji psychicznej, uznali oni, że jest ona dobra lub nawet bardzo dobra. Okazało się także, że zdecydowanie lepiej oceniali swoją kondycję psychiczną mężczyźni, niż kobiety. Badając stopień zgodności badanych z różnymi stwierdzeniami określającymi ich kondycję psychiczną okazało się, że kobiety bywały częściej rozdrażnione oraz sfrustrowane, a także bardziej odczuwały lęk i obawy. Znacznie więcej kobiet, niż mężczyzn twierdziło także: „Czuję, że nie jestem w stanie poradzić sobie z codziennymi problemami”. W badaniu Isidoro i wsp. [22], 227 osób zostało poddanych analizie przed pierwszą wizytą diagnostyczną oraz po postawieniu diagnozy ZBS.

Wyniki tego badania potwierdziły, że po otrzymaniu diagnozy osoby z grupy badanej znacznie rzadziej odczuwały lęk, stres i obawy. Autorzy potwierdzili także, że lepsze ogólne wyniki w badanych domenach uzyskiwali mężczyźni. Kobiety zdecydowanie częściej wykazywały objawy depresji, zarówno przed otrzymaniem diagnozy, jak i po. Wyniki te częściowo są zbieżne z wynikami badania własnego, choć nie potwierdzono w nim istotnego statystycznie wpływu faktu bycia zdiagnozowanym w kierunku ZBS na analizowane domeny. Podobnie Rezaeitalab i wsp. [23] w swojej pracy nie potwierdzili istotnego związku dotyczącego wpływu zdiagnozowania ZBS, na stan emocjonalny badanych. Dodatkowo nie wykazali oni także korelacji pomiędzy wystąpieniem objawów wskazujących na depresję, a płcią. Choć sami autorzy sugerują, iż mogło to wynikać z nieprawidłowego rozkładu mężczyzn (85,5%) i kobiet (13,5%) w populacji docelowej. W badaniu Daniłosio i wsp. [24], dokonano porównania pomiędzy wynikami badanych, uzyskanymi w Skali Depresji Becka, a ich stopniem ciężkości choroby, wyrażonym za pośrednictwem indeksu AHI. Analiza wykazała nieco odmienne, w stosunku do badania własnego, wyniki w zakresie analizy stanu psychicznego badanych. Choć okazało się, że im wyższy był indeks AHI u badanych, tym większy osiągalni oni wynik w Skali Depresji Becka, a także, że zdecydowanie gorzej w Skali Depresji Becka wypadają mężczyźni, niż kobiety, u których częściej pojawiają się epizody depresyjne o łagodnym i umiarkowanym nasileniu.

Na jakość życia chorego składa się również komponenta społeczna, określająca m. in. jego funkcjonowanie w środowisku czy też możliwość pełnienia ról społecznych. Przeprowadzone badanie własne wykazało, że prawie połowa pacjentów z OBS jednoznacznie potwierdziła negatywny wpływ choroby na różne aspekty funkcjonowania społecznego. Prawie wszystkie osoby badane były zgodne, że mają ochotę na aktywne życie społeczne, ale już realizacja zamierzeń, w kwestii np. podróżowania, spotkań ze znajomymi, wizyt towarzyskich, uprawiania sportu lub hobby czy też aktywności zawodowej jest problematyczna dla co około trzeciego badanego. Podobne wyniki zaprezentowano w badaniu Waldman i wsp. [18], w którym ankietowani jednoznacznie uznali, że choroba ma negatywny wpływ na wykonywanie przez nich pracy zawodowej. Badani wskazali na przykład, że trudnością jest dla nich zwalczenie senności czy też pozostanie skoncentrowanym na wykonywanej pracy. Problemem jest dla nich także to, że często w pracy odczuwają oni potrzebę zrobienia sobie drzemki, co znacznie obniża efektywność wykonywanych czynności, stwarza napięcia w kontaktach z przełożonymi i współpracownikami, a także może skutkować niebezpieczeństwem popełnienia błędu lub wypadku w pracy. Zdecydowana większość osób z grupy badanej w cytowanej pracy odpowiedziała także, że choroba utrudnia im relacje

społeczne. Badani wskazali, że nadmierna senność w ciągu dnia skutkuje powstaniem problemów rodzinnych, ponad połowa badanych twierdziła, że z powodu nadmiernej senności nie uczestniczą w spotkaniach towarzyskich.

Podsumowując, bezdech senny skutkuje obniżeniem poziomu funkcjonowania w aspektach biologicznym, psychologicznym oraz społecznym. Objawy choroby przyczyniają się do zaburzenia równowagi organizmu zarówno w wymiarze fizycznym, jak i emocjonalnym. A to z kolei powoduje często wycofywanie się z życia społecznego oraz skutkuje pojawieniem się problemów w życiu rodzinnym oraz zawodowym.

Wnioski.

1. Typowe czynniki ryzyka zachorowania na ZBS, występujące w grupie badanej to otyłość oraz palenie tytoniu. Wydaje się, że część badanych nie ma świadomości ich wpływu na rozwój i pogłębianie się choroby. Nadmierna senność dzienna, astenia i brak energii znacząco wpływają na biologiczną sferę funkcjonowania człowieka. Trzeba mieć na uwadze, iż w konsekwencji mogą one przyczynić się do rozwoju u chorych poważnych powikłań, takich jak: zaburzenia metaboliczne, choroby układu krążenia lub zaburzenia psychiczne.
2. Podstawowy objaw choroby, czyli nadmierna senność dzienna powoduje, że osoby chore na ZBS nie są w stanie poradzić sobie z codziennymi problemami, odczuwając często smutek i przygnębienie. Zwłaszcza kobiety znacznie gorzej oceniają swoją kondycję psychiczną, częściej odczuwając lęk, obawy i rozdrażnienie. W diagnostyce ZBS powinno się więc uwzględnić także możliwość wystąpienia zaburzeń w sferze psychologicznej, tak aby można było szybko wdrożyć odpowiednie postępowanie terapeutyczne.
3. Osoby chorujące na bezdech senny chcą aktywnie uczestniczyć w życiu społecznym, jednak uciążliwe objawy utrudniają im często podróżowanie, realizację pasji, a także uprawianie sportu. Choć potwierdzono, że u części osób z ZBS choroba negatywnie wpływa na funkcjonowanie w życiu społecznym, to badani wskazali także, że używanie aparatu CPAP poprawia ich funkcjonowanie w życiu codziennym i pełnienie ról społecznych. Wydaje się więc, że niezmiernie ważny jest wybór odpowiedniej formy leczenia, która pozytywnie wpłynęłaby na jakość życia chorych.

Piśmiennictwo

1. Batura-Gabryel H. (red.) Kompendium Pulmonologiczne. Wyd.1. Wyd. Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Poznań 2013.

2. Siedlecka J., Rybacki M., Pływaczewski R., Czajkowska-Malinowska M., Radliński J., Kania A. i wsp. Postępowanie lekarskie w obturacyjnym bezdechu sennym u osób kierujących pojazdami – zalecenia Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy, Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc, Instytutu Medycyny pracy w Łodzi i Polskiego Towarzystwa Badań nad Snem. *Med. Pr.* 2020;71(2):233-243.
3. Cofta Sz. Zespół bezdechu śródsennego. [w:] H. Batura-Gabryel (red.) *Kompendium Pulmonologiczne*. Wyd. 1. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego. Poznań 2013: s. 315-324.
4. Kanarek J., Wolf J., Narkiewicz K. Jak rozpoznać i leczyć bezdech senny. *Chor. Serca Naczyń* 2014;11(3):121-127.
5. Grabowska H., Grabowski W., Flis A., Gaworska-Krzemińska A. Pielęgowanie chorego z obturacyjnym bezdechem sennym z wykorzystaniem międzynarodowej terminologii ICPN. *Probl. Pielęg.* 2016;24(2):142-147.
6. Domaradzki D., Stryjewski PJ., Konieczńska M., Lelakowski J. Obturacyjny bezdech senny - diagnostyka i postępowanie terapeutyczne. *Folia Cardiol.* 2016;11(3):253-259.
7. Lyons MM., Bhatt NY., Pack AI., Magalang UJ. Global burden of sleep-disordered breathing and implications. *Respirol.* 2020;25:690-702.
8. Kuczyński W., Kudrycka A., Małolepsza A., Karwowska U., Białasiewicz P., Białas A. The epidemiology of obstructive sleep apnea in Poland-polysomnography and positive airway pressure therapy. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021;18(4):2109.
9. Laszuk M., Masalski J., Różańska M., Możeńska O., Gierałtowski J., Petelczyc M., Kosior DA. Obturacyjny bezdech senny w świetle aktualnych wytycznych. *Kardiol. Prakt.* 2016;10(1):17-22.
10. Mokhlesi B., Finn LA., Hagen EW., Young T., Hla KM., Van Cauter E. et al. Obstructive sleep apnea during REM sleep and hypertension. *Am J Respir Crit Care Med* 2014;190(10):1158-1167.
11. Łoboda D., Simionescu K., Szajerska-Kurasiewicz A., Lasyk D., Jarosiński G., Adamek M. i wsp. Zaburzenia rytmu i przewodzenia w zespole obturacyjnego bezdechu sennego. *W Dobrym Rytmie* 2018;47(2):10-15.
12. Stępnik J., Jaroszyński A. Zaburzenia snu w chorobach serca i nerek. *Chor. Serca Naczyń* 2019;16(3):158-164.
13. Pływaczewski R., Brzecka A., Bielecki P., Czajkowska-Malinowska M., Cofta Sz., Jonczak L. i wsp. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące rozpoznawania i leczenia zaburzeń oddychania w czasie snu (ZOCS) u dorosłych. *Pneumon. Alergol. Pol.* 2013;81(3):221-258.
14. Krajewska O., Skrypnik K., Kręgielska-Narożna M., Suliburska J., Bogdański P. Wpływ długości i jakości snu na parametry antropometryczne, metaboliczne i ogólny stan zdrowia fizycznego i psychicznego. *Forum Zab. Metabol.* 2017;8(2):47-54.
15. Knap M, Stróżyk P., Maciąg D., Kosiba B. Ocena jakości życia pacjentów chorych na obturacyjny bezdech senny. [w:] Koziół D., Stępień R., Wiraszka G. (red.). *Wyzwania zawodowe i naukowe we współczesnym pielęgniarstwie*. Wyd Uniwersytetu Jana Kochanowskiego, Kielce 2021: s.371-388.
16. Patil SP., Ayappa IA, Caples SM., Kimoff RJ., Patel SR., Harrod CG. Treatment of adult obstructive sleep apnea with positive airway pressure: an American Academy Of Sleep Medicine systematic review, meta-analysis and GRADE assessment. *J. Clin. Sleep Med.* 2019;15(2):301-334.

17. Dybich P., Gorczyca-Michta I., Kowalczyk M., Michta K., Pietrzyk E., Wożakowska-Kapłon B. Obturacyjny bezdech senny u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. *Nadciśn. Tętn.* 2013;17(5):351-358.
18. Waldman LT., Parthasarathy S., Villa K., Bron M., Bujanover S., Brod M. Understanding the burden of illness of excessive daytime sleepiness associated with obstructive sleep apnea: a qualitative study. *Health Qual. Life Outcomes* 2020;18:128-141.
19. Pascual M., de Batlle J., Barbé F., Castro-Grattoni AL., Auguet JM., Pascual L. et al. Erectile dysfunction in obstructive sleep apnea patients: A randomized trial on the effects of Continuous Positive Airway Pressure (CPAP). *PLoS One* 2018;13(8):e0201930.
20. Husnu T., Ersoz A., Bulent E. Tacettin O., Remzi A., Bulent A. et al. Obstructive sleep apnea syndrome and erectile dysfunction: does long terms continuous positive airway pressure therapy improve erections? *Afr. Health Sci.* 2015;15(1):171-179.
21. Bielicki P., Trojan A., Sobieraj P., Wąsik M. Smoking status in relations to obstructive sleep apnea severity (OSA) and cardiovascular comorbidity in patients with newly diagnosed OSA. *Adv. Respir. Med.* 2019;87(2):103-109.
22. Isidoro, SI., Salvaggio A., Bue AL. Romano S., Marrone O., Insalaco G. Effect of obstructive sleep apnea diagnosis on health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes* 2015; 13(68): 1-6.
23. Rezaeitalab F., Moharrari F., Saberi S., Asadpour H., Rezaeetalab F. The correlation of anxiety and depression with obstructive sleep apnea syndrome. *J. Res. Med. Sci.* 2014;19(3):205-210.

Wstęp. Szczepienia to jedna z najlepszych strategii poprawy przeżywalności i zmniejszenia zachorowalności w przypadku chorób zakaźnych. Szczepionki stanowią najbardziej opłacalną i prostą interwencję w celu ochrony przed niepokojącymi epidemiami. Korzyści z zapobiegania chorobom zakaźnym poprzez szczepienia obejmują między innymi korzyści finansowe dzięki unikaniu hospitalizacji i zapobieganiu długotrwałej niepełnosprawności. Od czasu wynalezienia pierwszej szczepionki przeciwko ospie prawdziwej przez Edwarda Jennera w 1796 r., szczepienia stały się nieodzowną interwencją medyczną i uratowały miliony istnień ludzkich. Ze względu na znaczny postęp naukowy dostępnych jest wiele szczepionek. Mimo to choroby zakaźne, którym można zapobiegać poprzez szczepienia, są nadal powszechne [1].

Celem pracy jest porównanie ilości i rodzaju powikłań po szczepieniach przeciwko COVID-19 i po szczepieniach przeciwko innym chorobom zakaźnym

Rozwinięcie. Niniejsza praca jest próbą analizy ostatnich doniesień na temat powikłań poszczepiennych i porównaniem doniesień o powikłaniach dotyczących głównych chorób zakaźnych wieku dziecięcego z doniesieniami na temat powikłań po szczepieniu przeciwko SARS- CoV-2. Szczepienia przeciwko SARS- CoV-2 wywołały wiele społecznych dyskusji i sporów na temat sensowności szczepień, ich szkodliwości i spowodowały zwiększenie aktywności ruchów antyszczepionkowych. Efektem był opór społeczeństwa przed szczepieniami i znacznie wolniejszy proces szczepienia populacji, niż było to możliwe i konieczne.

Każda szczepionka jest złożonym preparatem zawierającym żywe lub zabite drobnoustroje albo ich części oraz wiele związków wspomagających, dlatego – jak w przypadku innych leków – u niektórych osób po jej podaniu mogą wystąpić niepożądane reakcje (tzw. niepożądane odczyny poszczepienne [NOP]) [2].

Większość powikłań ma łagodny przebieg i ustępuje w ciągu kilku dni. Zazwyczaj nie wymagają interwencji lekarza i szczególnego leczenia. NOP mogą wystąpić po podaniu każdej szczepionki i są skutkiem reakcji układu odpornościowego na podane w szczepionce bakterie i wirusy lub ich fragmenty. Reakcja ta rozpoczyna proces produkcji przeciwciał ochronnych i komórek odpornościowych. Brak tych objawów po szczepieniu nie świadczy jednak o jego nieskuteczności. Niektóre szczepionki mogą (bardzo rzadko) wywoływać charakterystyczne

poważniejsze reakcje związane z żywymi drobnoustrojami zawartymi w szczepionce, odpowiedzią na niektóre czynne składniki szczepionki (np. zabite bakterie krztuśca) lub nadwrażliwością (alergią) na niektóre składniki podanego preparatu.

Większość poważnych zdarzeń po szczepieniu nie ma związku z działaniem szczepionki, a zbieżność w czasie jest przypadkowa. Ponadto w przypadku wszystkich obecnie stosowanych szczepionek ryzyko wystąpienia poważnego NOP jest wielokrotnie mniejsze niż ryzyko i konsekwencje wynikające z zachorowania na chorobę zakaźną, przed którą chroni szczepienie. Co więcej, trudno wcześniej przewidzieć, którzy pacjenci nie będą dobrze tolerowali szczepionki. Na poważny NOP wskazują następujące objawy:

- świadczące o ciężkiej, natychmiastowej reakcji uczuleniowej: omdlenie lub zaburzenia przytomności, bąble pokrzywkowe lub uogólnione zaczerwienienie skóry, kłopoty z oddychaniem (świsty w klatce piersiowej, świst podczas wdechu) - pojawiają się w ciągu 30 minut po szczepieniu (zatem jeszcze w gabinecie lekarza);
- wysoka gorączka ($>40,5^{\circ}\text{C}$) w ciągu 2 dni po szczepieniu;
- trudny do uspokojenia płacz (krzyk) trwający co najmniej 3 godziny w ciągu 2 dni po szczepieniu;
- znacznie zmniejszone napięcie mięśni (dziecko staje się wiotkie) oraz utrudniony kontakt z dzieckiem lub bladość skóry w ciągu 2 dni po szczepieniu;
- drgawki (zazwyczaj w ciągu 2 dni po szczepieniu);
- zaburzenia przytomności lub wyraźna, niepokojąca zmiana zachowania dziecka (apatia, brak kontaktu) w ciągu 7 dni po szczepieniu.
- krew w stolcu i/lub wymioty zawierające żółć w ciągu miesiąca (a zwłaszcza w ciągu pierwszych siedmiu dni) po podaniu szczepionki doustnej.

Wystąpienie danego objawu po szczepieniu nie oznacza, że szczepienie stanowiło jego przyczynę. Często zbieżność jest przypadkowa [2]. Jednym z głównych czynników przyczyniających się do odmowy szczepień jest przekonanie, że szczepionki powodują skutki uboczne. Choć objawy są często zgłaszane po szczepieniach, ich przyczyny nie zawsze są proste. Niektóre z nich można bezpośrednio przypisać samej szczepionce, inne mogą odzwierciedlać istniejące wcześniej lub przypadkowe objawy, które są błędnie przypisywane leкови użytemu do szczepienia. Na postrzeganie skutków ubocznych po szczepieniu mają wpływ czynniki psychologiczne, w szczególności oczekiwania. Dostrzeganie skutków ubocznych zmniejsza zamiar szczepienia w przyszłości. [3]

Efekty uboczne po szczepieniach przeciwko chorobom wieku dziecięcego i grypie.

Szczepienie przeciwko grypie wśród zdrowych, pracujących osób dorosłych nie wiąże się

z wyższym odsetkiem objawów ogólnoustrojowych w porównaniu z iniekcją placebo. W badaniu przeprowadzonym w celu porównania objawów po szczepieniu dorosłych osób przeciwko grypie nie zaobserwowano różnic między dwiema grupami pod względem ogólnoustrojowych objawów gorączki, bólów mięśni, zmęczenia, złego samopoczucia lub bólów głowy. W badaniu kohortowym przeprowadzonym przez Nichol i wsp. ogółem 35,2% otrzymujących placebo i 34,1% otrzymujących szczepionkę zgłosiło co najmniej 1 z tych objawów ogólnoustrojowych ($P=0,78, \chi^2$) [4]. Z innych doniesień wynika, że coroczna szczepionka przeciw grypie ma wskaźnik zgłaszania zdarzeń niepożądanych wynoszący trzy na 100 000 dawek. Zwykle raporty obejmują reakcje lokalne. Prawie wszystkie są to łagodne objawy: gorączka, bóle mięśni i złe samopoczucie. Często wymienia się zaostrzenie objawów ze strony układu oddechowego. Grypa została również powiązana z możliwymi neurologicznymi zdarzeniami, w tym: drgawki, zespół Guillain- Barré (GBS), porażenie Bella i stwardnienie rozsiane [5].

Po szczepieniu przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (HBV) odnotowano przypadki wystąpienia liszaja płaskiego na skórze. W badaniu przeprowadzonym przez Rebera F. i wsp. udokumentowano 18 przypadków, co należy uznać za prawdziwy efekt uboczny szczepionki HBV [6]. Szczepionka przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B jest podawana tylko w połowie tak często jak szczepionka przeciwko grypie, ale wskaźnik zgłaszania zdarzeń niepożądanych jest prawie czterokrotnie wyższy i wynosi 11,8 zgłoszeń na 100 000. Najczęstszym działaniem niepożądanym jest ból w miejscu wstrzyknięcia (13–29% dorosłych i 3–9% dzieci) oraz gorączka, jednak nie występują one częściej niż w grupie osób z placebo. Cukrzyca, stwardnienie rozsiane, reumatoidalne zapalenie stawów, zespół chronicznego zmęczenia i białaczka limfoblastyczna - to zaburzenia również zgłaszane po szczepieniu przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, jednak żadne z nich nie zostało potwierdzone przez międzynarodowe niezależne komisje kontrolne [5].

Badanie dotyczące szczepienia przeciwko pneumokokom nie wykazało powiązań ze wzrostem objawów ogólnoustrojowych, ale odnotowano łagodne lub umiarkowane objawy miejscowe u około jednej czwartej zaszczepionych. Objawy ogólnoustrojowe to: gorączka, wysypka, bóle mięśni, zmęczenie, złe samopoczucie i ból głowy. Reakcje miejscowe wystąpiły u 28,2% badanych. Te miejscowe objawy były łagodne do umiarkowanych u ponad 90% badanych i rzadko powodowały konieczność ograniczenia użycia ręki [7].

Badanie Spencer et al. wykazało, że szczepionka przeciw odrze, śwince i różyczce nie jest związana z autyzmem. Szczepienia są związane z miejscowymi reakcjami, takimi jak ból i rumień. [8] Częstotliwość działań niepożądanych związanych ze szczepionką przeciwko

odrze, śwince i różycze wynosi aż 16,3 zgłoszeń na 100 000 osób, z najczęstszymi raportami opisującymi lokalne: ból, obrzęk i stwardnienie w miejscu wstrzyknięcia. Potwierdzone powiązania obejmują małopłytkowość, drgawki gorączkowe, anafilaksję i ostre zapalenie stawów.

W przypadku ospy wietrznej częstość zdarzeń niepożądanych wynosi 50 zgłoszeń na 100 000 dawek, co jest wysokim wskaźnikiem, jednak tylko 5 % jest klasyfikowanych jako poważne, w tym ból i zaczerwienienie. Jednakże, u 3% do 4% rozwija się wysypka przypominająca ospę wietrzną w miejscu wstrzyknięcia, a kolejne 3% do 4% rozwija uogólnioną wysypkę podobną do ospy wietrznej.

Po szczepieniach przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi najczęściej zgłaszane są miejscowe reakcje, takie jak ból i tkliwość (50%), obrzęk (40%) i rumień (33%). Uogólnione reakcje, takie jak gorączka, senność, drażliwość i anoreksja, są rzadkie.

Oryginalna szczepionka z zabitym inaktywowanym wirusem polio dawała objawy paraliżu związanego ze szczepionką z częstością 1 na 2,4 miliona dawek [5].

Szczepionka przeciwko rotawirusowi minimalnie zwiększa częstość przypadków wgłobienia i minimalnie zwiększają ryzyko omdlenia [8]. Z kolei z badań przeprowadzonych w Niemczech wynika, że od czasu wprowadzenia szczepienia RV (przeciwko rotawirusom) nie odnotowano ogólnego wzrostu częstości występowania wgłobienia jelita ani liczby przyjęć do szpitali związanych z chorobą Kawasaki [7].

Efekty uboczne po szczepieniach przeciwko COVID-19. Skutki uboczne tych szczepionek są powszechne, ale ludzie różnie reagują na różne szczepionki. Już Pediatryczny Plan Badawczy dla szczepionki Comornaty przeprowadził 4 badania kliniczne. W grupie od 12 – 15 lat zaobserwowano działania niepożądane, których częstość i nasilenie nie różniły się od tych zaobserwowanych w starszej grupie. Dotyczyły one głównie odczynów występujących w miejscu podania szczepionki, a także uczucie rozbicia, bóle głowy, mięśni i stawów [9]. Producenci udostępnili listy skutków ubocznych swoich produktów. Działania niepożądane można oceniać jako dowód skuteczności szczepionek i odpowiedzi układu odpornościowego. W przeprowadzonych badaniach porównano skutki uboczne szczepionek AstraZeneca i Pfizer. Wyniki przeprowadzonej analizy pokazują, że skutki uboczne pierwszej dawki szczepionki AstraZeneca występują częściej niż po pierwszej i drugiej dawce szczepionki Pfizer [10]. Zbadano cztery główne mechanizmy szczepionek przeciwko Covid-19: szczepionki oparte na DNA, szczepionki oparte na mRNA, szczepionki oparte na białkach i inaktywowany wirus. Szczepionki oparte na DNA wprowadzają DNA kodujące białko kolczaste zespołu ostrej niewydolności oddechowej – koronawirusa 2 (SARS-CoV-2) do komórek za pomocą

wektorów wirusowych, indukując komórki do produkcji białek kolczastych. Szczepionki mRNA w podobny sposób wprowadzają mRNA do komórek, zwykle za pośrednictwem nanocząsteczek lipidowych. Szczepionki białkowe bazują na białku Spike lub jego fragmentach. Wreszcie, kilka szczepionek opartych jest na inaktywowanym wirusie SARS-CoV-2.

Obawy związane z powikłaniami neurologicznymi po szczepionkach przeciwko COVID-19 nasiliły się jesienią 2020 r., kiedy u dwóch pacjentów rozwinęło się poprzeczne zapalenie rdzenia kręgowego po otrzymaniu szczepionki Oxford/AstraZeneca. Ostatecznie uznano, że jeden przypadek nie jest prawdopodobnie związany ze szczepieniem (pacjent miał wcześniej istniejące stwardnienie rozsiane), podczas gdy drugi uznano za prawdopodobnie powiązany. Dane z badań klinicznych szczepionki mRNA wykazały, że u 7 przypadków z 37 000 zaszczepionych osób rozwinęło się porażenie Bella, a u żadnego nie rozwinął się zespół Guillain-Barré (GBS). Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków (FDA) oceniła, że częstość występowania porażenia Bella nie była wyższa niż w populacji ogólnej. W próbie szczepionki Johnson & Johnson opartej na DNA, u dwóch pacjentów - po jednym pacjencie z grupy szczepionej i placebo- rozwinął się GBS. Wniosek: nie znaleziono związku między zakażeniem COVID-19 a GBS [11]. W 2021 roku pojawiło się doniesienie ze Stanów Zjednoczonych: zgłoszono przypadek zespołu Guillain- Barré (GBS) po otrzymaniu pierwszej dawki szczepionki Pfizer - COVID-19 [12].

Szczepionki inaktywowane są stosowane od wielu lat w celu zapobiegania różnym chorobom zakaźnym, w związku z czym ich bezpieczeństwo jest ogólnie uważane za dobre. Jednak podczas szczepienia mogą wystąpić reakcje alergiczne związane z układem sercowo-naczyniowym. Według dostępnego piśmiennictwa częstość występowania ciężkich reakcji alergicznych po podaniu szczepionki inaktywowanej wydaje się być niska. Jednak zespół Kounisa typu 1 jest jednym z takich rzadkich poważnych zdarzeń niepożądanych. Zespół Kounisa jest rzadkim, ale niebezpiecznym powikłaniem inaktywowanych szczepionek koronawirusowych. W rzeczywistości powikłania sercowo-naczyniowe spowodowane przez szczepionki można skutecznie leczyć, a stan większości pacjentów szybko się poprawia. Ponadto badania wykazały, że zakażenie SARS-CoV-2 samo w sobie jest bardzo silnym czynnikiem ryzyka zapalenia mięśnia sercowego, a dodatkowo- infekcja wirusowa znacznie zwiększa także ryzyko wielu innych poważnych zdarzeń niepożądanych.

Wśród osób, które przeżyły COVID-19, pojawił się zespół zwany Long-COVID-19, który charakteryzuje się utrzymującymi się, typowymi ostrymi objawami, z towarzyszącymi zmianami parametrów zapalnych i krzepnięcia spowodowane uszkodzeniem śródbłonna.

SARS-CoV-2 powoduje aktywację miejscowych i krążących czynników krzepnięcia, indukując proces krzepnięcia rozsianego. Podkreśla się, że podobieństwa i różnice między powikłaniami sercowo-naczyniowymi spowodowanymi przez COVID-19 a powikłaniami spowodowanymi przez szczepionki mRNA wymagają dalszych badań [13].

VAERS (*Vaccine Adverse Events Reporting System*) otrzymało 55 313 zgłoszeń zdarzeń niepożądanych dotyczących narządu wzroku, 6688 zgłoszeń spełniło kryteria włączenia. W tej grupie 2229 (33,33%) zdarzeń niepożądanych sklasyfikowano jako przypadki obrzęku powiek, przekrwienia oka i zapalenia spojówek, 1785 (26,69%) jako niewyraźne widzenie, a 1322 (19,77%) jako zaburzenia widzenia. W tej grupie 73,8% zgłoszonych działań niepożądanych wystąpiło u kobiet, a grupa wiekowa pomiędzy 40 a 59 rokiem życia miała najczęstsze zdarzenia niepożądane. Większy odsetek tych zdarzeń niepożądanych zgłoszonych do VAERS był związany ze szczepionkami Janssen i Moderna COVID-19. W momencie szczepienia duży odsetek pacjentów zgłaszał takie schorzenia, jak alergie, nadciśnienie, cukrzyca, choroby tarczycy, choroby naczyniowe i inne choroby autoimmunologiczne [13]. W metaanalizie przeprowadzonej przez chińskich badaczy przedstawiono dane z baz w Izraelu, Stanach Zjednoczonych, Singapurze:

- zapalenie mięśnia sercowego: 1,5- 23,58/ 1 mln zaszczepionych,
- zakrzepica 0,65-3,11/1 mln zaszczepionych,
- małopłytkowość zakrzepowa 6,53-7,92/1 mln zaszczepionych.

Najpoważniejsze powikłania związane z układem sercowo-naczyniowym obejmują między innymi zapalenie mięśnia sercowego, małopłytkowość immunologiczną (ITP), zakrzepicę żylną zatok mózgowych. Wszystkie te zdarzenia niepożądane osłabiają zdrowie szczepionych i wpływają na podawanie szczepionek. Ponieważ dystrybucja szczepionek przeciwko COVID-19 jest otoczona podejrzeniami i plotkami, niezbędne jest dostarczanie opinii publicznej dokładnych raportów od zaufanych ekspertów i czasopism. Monitorowanie bezpieczeństwa szczepionek przeciwko COVID-19 uznano za ważny i ciągły proces, który jest również pilny. Od końca 2019 r. nastawienie społeczeństwa do szczepień przeciwko COVID-19 było zmienne. Ludzie niechętnie poddawali się szczepieniom na początkowym etapie stosowania nowych szczepionek przeciwko COVID-19, ponieważ nie było dużej ilości danych na temat bezpieczeństwa ich stosowania. Wraz z zaostrzeniem się pandemii w 2020 roku wiele osób opowiedziało się za szczepieniem. Jednak wraz ze wzrostem liczby zdarzeń niepożądanych, zwłaszcza powikłań sercowo-naczyniowych pojawiało się coraz więcej obaw co do tego, czy należy się zaszczepić. Taka sytuacja utrzymywała się nawet po pojawieniu się wariantu delta i późniejszego wariantu omikron. Z powodu braku naukowych i szybkich informacji i danych,

ludzie byli zaniepokojeni możliwymi powikłaniami tych szczepionek i odmawiali zaszczepienia siebie lub swoich dzieci. Wzrost poziomu niepokoju społecznego przyczynił się do pojawienia się i nasilenia działalności ruchów anty szczepionkowych [14]. Szczepienia przeprowadzane wśród pacjentów obciążonych dodatkowymi schorzeniami wydają się być o wiele bardziej problematyczne, niż wśród zdrowej populacji. Przeprowadzono badania w populacji dzieci z niedokrwistością sierpowato krwinkową, które wykazały, że w tej grupie osób, szczepienia przeciwko COVID-19 nie powodują większej ilości powikłań poszczepiennych w porównaniu ze zdrową populacją. Z drugiej strony – obawy rodziców przed szczepieniem chorego dziecka prawdopodobnie przyczyniły się do tego, że odsetek zaszczepionych dzieci z niedokrwistością jest niższy, niż odsetek zaszczepionych dzieci w zdrowej populacji. Badania przeprowadzone w wielu krajach wykazały, że kategoria społeczno-zawodowa, pochodzenie etniczne, pochodzenie geograficzne i przynależność polityczna mogą wpływać na poziom szczepień [15,16]. Badanie przeprowadzone w Szanghaju pokazało, że w szybko urbanizujących się społecznościach w krajach o średnich dochodach przekonanie o skuteczności i konieczności przeprowadzenia szczepień ochronnych jest niewielkie, co może skutkować powstaniem punktów o niskim zasięgu szczepień i większego ryzyka epidemii chorób, którym można zapobiegać poprzez szczepienia. Utrzymanie zapotrzebowania społeczności na szczepienia jest kluczowym elementem działań w zakresie zwalczania chorób, zwłaszcza w krajach o niskich i średnich dochodach, gdzie obciążenie chorobami, którym można zapobiegać poprzez szczepienia, było historycznie większe [17].

Tabela 1. Zestawienie rodzajów powikłań poszczepiennych w poszczególnych chorobach zakaźnych.

Choroba	Powikłania poszczepienne
Grypa	gorączka, bóle mięśni i złe samopoczucie, zaostrzenie objawów ze strony układu oddechowego, drgawki, zespół Guillain- Barré (GBS), porażenie Bella i stwardnienie rozsiane.
Pneumokoki	gorączka, wysypka, bóle mięśni, zmęczenie, złe samopoczucie i ból głowy
Wirusowe zapalenie wątroby typu B	liszaj płaski na skórze, ból w miejscu wstrzyknięcia, gorączka, cukrzyca, stwardnienie rozsiane, reumatoidalne zapalenie stawów, zespół chronicznego zmęczenia i białaczka limfoblastyczna – nie potwierdzone
Odra, świnka i różyczka	ból, obrzęk i stwardnienie w miejscu wstrzyknięcia. potwierdzone powiązania obejmują małopłytkowość, drgawki gorączkowe, anafilaksję i ostre zapalenie stawów.
Ospa wietrzna	ból i zaczerwienienie, wysypka przypominająca ospę wietrzną w miejscu wstrzyknięcia, uogólniona wysypka podobna do ospy wietrznej.

Błonica, tężec, krztusiec	ból i tkliwość w miejscu wstrzyknięcia, obrzęk i rumień; uogólnione reakcje, takie jak gorączka, senność, drażliwość i anoreksja, są rzadkie.
Poliomyelitis	porażenie
Rotawirus	wgłobienie, omdlenie
COVID-19	zapalenie mięśnia sercowego, małopłytkowość immunologiczna, zakrzepica, zespół Guillain- Barré, zespół Kounisa, przypadki obrzęku powiek, przekrwienia oka i zapalenia spojówek, niewyraźne widzenie, zaburzenia widzenia, porażenie Bella

Źródło: opracowanie własne

Przyczyny problemów ze szczepieniami przeciwko SARS-CoV-2 mogą być wielorakie: szczepienia przeprowadzone w bardzo dużej grupie ludzi w krótkim czasie pozwoliły na zaobserwowanie dużej ilości objawów niepożądanych. Kolejnym powodem może być wiek osób szczepionych - szczepienia prowadzono poczynając od dorosłej populacji. Można się spodziewać, że organizm dorosłego człowieka zareaguje w sposób bardziej gwałtowny na szczepienie, niż organizm dziecka ze względu na dojrzałość immunologiczną. Istotnym czynnikiem wpływającym na rodzaj powikłań po tym szczepieniu jest z pewnością samo schorzenie, które ze swej istoty powoduje wystąpienie objawów wynikających ze zmian w obrębie naczyń krwionośnych i zmian krzepliwości krwi.

Niebagatelną kwestią dotyczącą ilości doniesień i nagłośnienia sytuacji jest również aktywność ruchów antyszczepionkowych. Przez większą część okresu pandemii pojawiały się głosy na temat fałszywej pandemii i szkodliwości wyprodukowanych szczepionek przeciwko SARS-CoV-2. Niezależnie od ilości i ciężkości opisywanych powikłań po szczepieniach autorzy doniesień na ten temat podkreślają jednogłośnie, że szczepionki są jedyną drogą do zakończenia pandemii.

Wnioski. Literatura podaje o wiele więcej doniesień na temat powikłań po szczepieniu przeciwko COVID-19, niż to ma miejsce w przypadku szczepień przeciwko innym chorobom zakaźnym i wiążą się one z poważniejszymi konsekwencjami. Dotyczą one wielu narządów, ale najczęstsze z nich obejmują objawy ze strony układu krążenia i procesu krzepnięcia krwi. Niezależnie od ilości i ciężkości powikłań po szczepieniu autorzy artykułów podkreślają, że szczepienia są optymalną drogą zapobiegania pandemiom.

Podsumowanie. Doniesienia dotyczące szczepień przeciwko chorobom określanym jako choroby wieku dziecięcego są relatywnie starsze, niż doniesienia na temat szczepień przeciwko COVID-19. Przeprowadzane są głównie w populacji dziecięcej i rozciągnięte w czasie kilkunastu lat - z wyjątkiem szczepionki przeciwko grypie. Badania dotyczące powikłań po szczepieniu przeciwko SARS-CoV-2 dotyczyły głównie populacji osób dorosłych.

Było to podyktowane wieloma względami, między innymi zachorowalnością w populacji dziecięcej (niższą, niż w populacji dorosłych), czy problemem dopuszczenia dostępnych szczepionek dla dzieci.

Z nielicznymi wyjątkami większość powikłań poszczepiennych w przypadku szczepionek przeciwko chorobom typowym dla wieku dziecięcego nie wymaga hospitalizacji ani skomplikowanych zabiegów w celu ich wyeliminowania.

Szczepienia przeciwko SARS-CoV-2 dotyczyły ogromnej grupy osób, głównie dorosłych, które zostały przeprowadzone w relatywnie krótkim okresie czasu. Powikłania poszczepienne dotyczyły różnych układów. Znaczna część z wymienionych dotyczyła zaburzeń krzepnięcia krwi, powikłań zatorowo- zakrzepowych czy innych obciążających, groźnych dla życia stanów. Niezależnie od istoty powikłania - autorzy doniesień podkreślają, że współczesna medycyna jest w stanie leczyć pojawiające się zaburzenia. Z drugiej strony zaznacza się, że trudno jest rozróżnić, czy pojawiające się powikłanie wynika ze szczepienia, czy jest następstwem współistniejących chorób lub przechorowania COVID-19, ponieważ objawy powikłań bardzo przypominają obraz tej choroby.

Niezależnie od ilości, rodzaju i ciężkości powikłań poszczepiennych autorzy jednogłośnie stwierdzają, że szczepienia są – jak dotąd - jedyną drogą do uniknięcia pandemii i zmniejszenia ilości ofiar zakaźnych, szybko rozprzestrzeniających się i wysoce śmiertelnych bądź powodujących trwałą niesprawność chorób.

Piśmiennictwo

1. Shukla VV, Shah R. Vaccinations in Primary Care. *Indian J Pediatr.* 2018 Jan; 85(12): 1118-1127. DOI: 10.1007/s12098-017-2555-2. Epub 2018 Jan 6. PMID: 29306993.
2. Małecka I. Szczepienia – niepożądane reakcje i przeciwwskazania <https://www.mp.pl/pacjent/szczepienia/sytuacje-szczegolne/52625,szczepienia-niepozadane-reakcje-i-przeciwwskazania> aktualizacja 11.10.2012, dostęp z 01.05.2023
3. Smith LE, Weinman J, Amlôt R, et al. Parental Expectation of Side Effects Following Vaccination Is Self-fulfilling: A Prospective Cohort Study. *Ann Behav Med*, 2019 Mar 1; 53(3): 267 – 282. <https://doi.org/10.1093/abm/kay040> PMID: 29868792
4. Nichol KL, Margolis KL, Lind A, et al. Side Effects Associated With Influenza Vaccination in Healthy Working Adults: A Randomized, Placebo-Controlled Trial. *Arch Intern Med.* 1996; 156(14): 1546–1550. doi:10.1001/archinte.1996.00440130090009
5. Song BJ, Katial RK. Update on side effects from common vaccines current allergy and asthma reports. 2004 Nov; 4: 447-453. DOI:10.1007/s11882-004-0010-8
6. Rebora A, Rongioletti F, Drago F, Parodi A. Lichen planus as a Side Effect of HBV Vaccination, *Dermatology.* 1999; 198: 1–2 PMID: 10200042 DOI: [10.1159/000018054](https://doi.org/10.1159/000018054)

7. Nichol KL, MacDonald R, Hauge M. Side effects associated with pneumococcal vaccination, *Am J Infect Control*, 1997 Jun; 25 (3): 223-228, ISSN 0196-6553, [https://doi.org/10.1016/S0196-6553\(97\)90008-0](https://doi.org/10.1016/S0196-6553(97)90008-0). DOI: 10.1016/s0196-6553(97)90008-0. PMID: 9202818
8. Spencer JP, Trondsen Pawlowski RH, Thomas S. Vaccine Adverse Events: Separating Myth from Reality. *Am Fam Physician*. 2017 Jun 15; 95(12): 786-794. PMID: 28671426.
9. Pac M, Migdał M. Czy powinniśmy szczepić dzieci przeciw COVID – 19? *Almanach*. 2021; Vol. 16 Nr 4: 56 - 59
10. Andrzejczak-Grzadko S, Czudy Z, Donderska, M. Side effects after COVID-19 vaccinations among residents of Poland. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 2021; 25(12): 4418-4421
11. Goss AL, Samudralwar RD, Das RR, Nath A. ANA Investigates: Neurological Complications of COVID-19 Vaccines. *Ann Neurol*. 2021 May; 89(5): 856-857. doi: 10.1002/ana.26065. Epub 2021 Mar 30. PMID: 33710649; PMCID: PMC8250888.
12. Waheed S, Bayas A, Hindi F, et al. Neurological Complications of COVID-19: Guillain-Barre Syndrome Following Pfizer COVID-19 Vaccine. *Cureus*, 2021 Feb 18; 13(2): e13426. doi:10.7759/cureus.13426
13. Liu R, Pan J, Zhang C, Sun X. Cardiovascular Complications of COVID-19 Vaccines. *Front Cardiovasc Med*. 2022 Mar 18; 9:840929. doi: 10.3389/fcvm.2022.840929. PMID: 35369340
14. Nyankerh, CNA, Boateng AK, Appah M. Ocular Complications after COVID-19 Vaccination, Vaccine Adverse Event Reporting System. *Vaccines* 2022; 10, 941. <https://doi.org/10.3390/vaccines10060941>
15. Joseph L, Corbasson A, Manceau S, et al. Safety of coronavirus disease 2019 vaccines in 213 adult patients with sickle cell disease. *Br J Haematol*. 2023 Mar; 200(5): 563-567. doi: 10.1111/bjh.18547. Epub 2022 Nov 10. PMID: 36354234; PMCID: PMC9877809
16. Belsky JA, Carroll WR, Feliciano A, Jacob SA. Side effects following COVID-19 vaccination in pediatric patients with sickle cell disease. *Pediatr Blood Cancer*. 2023 Mar; 70 (3) :e30193. doi: 10.1002/pbc.30193. Epub 2022. PMID: 36583456; PMCID: PMC9880642
17. Wagner AL, Huang Z, Ren J, Laffoon M, et al. Vaccine hesitancy and concerns about vaccine safety and effectiveness in Shanghai, China. *Am J Prev Med*. 2021 Jan; 60.1: 77-86 <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.09.003> PMID: 33189502 PMCID: [PMC7877188](https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.09.003)

SATYSFAKCJA RODZICÓW Z OPIEKI PIEŁĘGNIARSKIEJ NAD DZIEĆMI HOSPITALIZOWANYMI W ODDZIAŁACH CHIRURGICZNYCH

ANDRZEJ PAWLAK, ADRIANA BORODZICZ, SYLWIA KRZEMIŃSKA

Wstęp. Satysfakcja oraz zadowolenie chorego ze sprawowanej wobec niego opieki w dużej mierze zależy od wielu czynników. Zaliczamy do nich m.in.: opiekę pielęgniarską, podjęte działania terapeutyczne i lecznicze, zachowanie pracowników służby zdrowia oraz warunki i pobyt pacjenta w oddziale. Kluczowym czynnikiem, decydującym o opinii pacjenta na temat jego procesu terapeutycznego i hospitalizacji jest jakość sprawowanej wobec niego opieki pielęgniarskiej.[1,2]

Pielęgniarstwo w swej dziedzinie jest umiejętnością i sztuką, która służy do utrzymania życia oraz przywracania i zachowania zdrowia człowieka. Pacjent w opiece zdrowotnej uwzględniany jest w sposób holistyczny, tzn. że personel medyczny uwagę na pacjencie opiera nie tylko na jego naturze fizyczno – biologicznej, ale także na jego psychiczno – duchowej osobowości [3]. W dużej mierze od pielęgniarek i ich umiejętności zależy współpraca z dzieckiem i jego opiekunem przebywającym w oddziale. Czynnikiem, który wpływa na jakość wzajemnych relacji jest poszanowanie godności pacjenta i osób mu towarzyszących, przestrzeganie praw, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, szybkie i sprawne wykonywanie pielęgnacji oraz zleceń lekarskich, minimalizacja bólu przy wykonywanych czynnościach. Pielęgniarka, która w swej pracy zajmuje się dziećmi stawia się większe wymagania, gdyż musi być ona dla osoby bezbronnej i potrzebującej opiekunem [4,5].

Niespodziewana choroba dziecka i konieczność jego hospitalizacji jest momentem trudnym nie tylko dla samego pacjenta, ale także dla jego rodziców. Zadaniem personelu pielęgniarskiego jest stworzenie korzystnych warunków, aby ograniczyć dziecku stresujące przeżycia związane z wykonywaniem czynności zabiegowych oraz z pobytem w szpitalu.

Pielęgniarka dla osób przebywających w oddziale zabiegowym jest wsparciem i motywuje ich do dalszego działania terapeutyczno – diagnostycznego. Każda pielęgniarka w swojej pracy powinna zwracać się do dziecka z szacunkiem i godnością oraz musi szanować jego intymność niezależnie od wieku i płci dziecka. Europejska Karta Praw Dziecka w Szpitalu [6] gwarantuje każdemu dziecku obecność rodzica w czasie trwania hospitalizacji. Jeden z jej podpunktów zakłada, że: „prawo do możliwie najlepszej opieki medycznej jest podstawowym prawem, zwłaszcza w odniesieniu do dzieci” [6].

Zadaniem pielęgniarki jest również włączenie rodziców do opieki nad dzieckiem w szpitalu na takim poziomie, jakiego sami pragną i są w stanie dziecku zapewnić. Umiejętności, wiedza

oraz doświadczenie pielęgniarki umożliwiają zaspokojenie podstawowych potrzeb dziecka i jego opiekunów, co zwiększa ich poczucie bezpieczeństwa oraz stwarza wokół pielęgniarki autorytet.

Każdy rodzic przebywający w oddziale powinien spotkać się z otwartością, życzliwością, komunikatywnością i empatią ze strony personelu pielęgniarskiego. Rodzice dziecka są istotnym elementem zespołu terapeutycznego i mają wpływ na przebieg hospitalizacji. Dzięki znajomości zachowania i przyzwyczajzeń swojego dziecka stanowią pomoc dla ustalenia właściwej diagnozy oraz wpływają na jakość opieki nad dzieckiem. Każdy szpital, w którym są diagnozowane i hospitalizowane dzieci powinien zapewnić rodzicom warunki do ich pobytu i przebywania razem z dzieckiem w tych trudnych dla nich momentach [7-9].

Wśród cech, które negatywnie wpływają na relację pacjent – pielęgniarka można zaliczyć pośpiech, niechęć, brak zainteresowania pacjentem i jego jednostką chorobową, brak wiedzy, zdenerwowanie. Coraz częściej spotykany w zawodzie pielęgniarskim pośpiech utrudnia nawiązanie wzajemnej komunikacji z pacjentem i jego opiekunem. Wynika on najczęściej z braku wystarczającej ilości czasu, zbyt dużej ilości pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę oraz z wielu wymagań, często wykraczającymi poza zakres podstawowych działań pielęgniarskich. Niewłaściwa komunikacja z pacjentem wpływa negatywnie na proces terapeutyczny – leczniczy u dziecka. Rodziców nie należy określać jako przeciwników szpitala, gdyż to w ich obecności dziecko czuje się bezpieczne. Niekiedy też rodzice mają dużą rolę w wykonywaniu czynności pielęgnacyjnych dla własnego dziecka, angażują się w jego proces leczenia, organizują czas wolny małemu pacjentowi. W miarę upływu czasu dyrekcja każdego szpitala, w którym hospitalizowani są mali pacjenci będzie dążyła do wzrostu i doskonalenia współpracy rodziców i personelu medycznego, aby wypracować skuteczne standardy opieki uwzględniające rolę rodzica w zespole terapeutycznym oddziału [5,6].

Cel pracy. Celem pracy była ocena satysfakcji rodziców z opieki pielęgniarskiej nad dziećmi hospitalizowanymi w oddziałach chirurgicznych.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w oddziałach chirurgicznych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego za zgodą ordynatorów oddziałów oraz Dyrekcji Szpitala. Materiał badawczy stanowiła grupa 100 rodziców dzieci hospitalizowanych do lat 16 oraz 25 pacjentów powyżej 16 roku życia za zgodą ich Rodziców. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z zastosowaniem kwestionariuszy ankietowych: Skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle oraz Kwestionariusza Zadowolenia Pacjenta z Jakości Opieki Pielęgniarskiej.

Skala zadowolenia z pielęgnacji Newcastle składa się z trzech części. Pierwsza bada

doświadczenia związane z opieką pielęgniarską. Część ta zawiera 26 sformułowań możliwych do oceny za pomocą 7 określeń od „całkowicie się nie zgadzam” do „całkowicie się zgadzam”. Całościowa punktacja zawarta jest w przedziale od 0 – 100, gdzie najmniejsza ilość punktów określa bardzo złe doświadczenia, zaś najwyższa ilość punktów opisuje doświadczenia najlepsze z możliwych;

Druga obejmuje 19 aspektów dotyczących satysfakcji pacjenta z uzyskanej opieki pielęgniarskiej możliwych do oceny za pomocą 5 określeń od „całkowicie niezadowolony „do „całkowicie zadowolony”. Analiza satysfakcji, podobnie jak w pierwszej części skali, obejmuje punktację od 0 – 100, w której 0 oznacza całkowity brak satysfakcji, a 100 określa pełną satysfakcję z otrzymanej opieki;

Część ostatnia to pytania dotyczące danych socjo-demograficznych, podsumowanie oceny opieki pielęgniarskiej podczas pobytu w szpitalu oraz ocenę ogólną obecnego pobytu w szpitalu. Dwa ostatnie pytanie są otwarte, w nich pacjent ma prawo do opisanie swoich spostrzeżeń dotyczących ewentualnej poprawy opieki pielęgniarskiej oraz wpisania innych dodatkowych uwag. [10]

Kwestionariusz Zadowolenia Pacjenta z Jakości Opieki Pielęgniarskiej obejmuje 19 aspektów pracy pielęgniarskiej, które określają zadowolenie pacjenta z uzyskanej opieki pielęgniarskiej. Dotyczą one informacji, troski, zaangażowania w opiekę, zręczności wykonywania zabiegów, poszanowania prywatności i innych. Maksymalny wynik dla całego kwestionariusza wynosi 95 punktów. Uzyskanie ilości punktów mniejszej bądź równej 20 oznacza, że opieka pielęgniarska jest na niedostatecznym poziomie. Przedział punktowy, obejmujący zadowolenie pacjenta wynosi 77 – 95 [9].

Analizę zmiennych ilościowych (tj. wyrażonych liczbą) przeprowadzono wyliczając średnią, odchylenie standardowe, medianę, kwartyle, minimum oraz maksimum. Analizę zmiennych jakościowych (tj. niewyrażonych liczbą) przeprowadzono wyliczając liczbę i procent wystąpień każdej z wartości. Analizę zależności między zmiennymi jakościowymi wykonano za pomocą testu chi-kwadrat (z korektą Yatesa dla tabel 2x2) lub dokładnego testu Fishera tam, gdzie w tabelach pojawiały się niskie licznosci oczekiwane. Porównanie wartości zmiennych ilościowych w trzech grupach wykonano za pomocą analizy wariancji, ANOVA (gdy zmienna miała rozkład normalny w analizowanych grupach) lub testu Kruskala – Wallisa (gdy zmienna nie miała normalnego rozkładu). Gdy takie porównanie pokazało istotne statystycznie różnice, wykonywano analizę post hoc: testem HSD Tukeya (w przypadku normalności rozkładów) lub testem Dunna (w przypadku braku normalności). Normalność rozkładu zmiennych badano za pomocą testu Shapiro – Wilka. W analizie przyjęto poziom istotności 0,05. Wszystkie wartości

p poniżej 0,05 interpretowano jako świadczące o istotnych zależnościach.

Analizę wykonano w programie R, wersja 3.3.2.

Wyniki. Charakterystyka respondentów:

- dorośli :
 - 50 kobiet, średnia wieku 33,3 lata (SD 6.1), 60% wykształcenie wyższe, 32% średnie, 8% zasadnicze zawodowe.
 - 50 mężczyzn, średnia wieku 32,7 lata (SD 7,4), 66 % wykształcenie wyższe, 22% średnie i 12 % zasadnicze zawodowe.
- młodzież: 11 chłopców, 14 dziewcząt.

Średnio badani spędzili 3.2 (SD 2) nocy w szpitalu.

Wyniki Skali Newcastle. Skala Newcastle pozwala ocenić doświadczenia i satysfakcję pacjentów z opieki pielęgniarskiej. Obie podskale przyjmują wartości od 0 do 100 punktów. Im większa liczba punktów, tym bardziej pozytywne doświadczenia i większa satysfakcja z opieki pielęgniarskiej. Dla skali Newcastle nie istnieją normy pozwalające stwierdzić od ilu punktów zaczyna się pozytywna ocena opieki.

Doświadczenia z opieki pielęgniarskiej. Średnia ocena doświadczeń z opieki pielęgniarskiej wynosiła 81,51 punktu na 100 możliwych (SD=10,87). Można więc powiedzieć, że pacjenci pozytywnie ocenili swoje doświadczenia z opieki pielęgniarskiej. Oceny wahały się od 48,72 do 96,15 punktów. Mediana wynosiła 85,26 punktu, a więc połowa ankietowanych dała ocenę poniżej, a połowa powyżej 85,26 punktu. Pierwszy i trzeci kwartył wynosiły odpowiednio 74,36 i 89,1 punktu, a więc typowa ocena doświadczeń z opieki pielęgniarskiej to od 74,36 do 89,1 punktu (na 100 możliwych).

Tabela 1. Doświadczenia z opieki pielęgniarskiej na podstawie wszystkich odpowiedzi.

Doświadczenia z opieki pielęgniarskiej							
N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3
125	81,51	10,87	85,26	48,72	96,15	74,36	89,1

źródło: opracowanie własne.

Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej. Średnia ocena satysfakcji z opieki pielęgniarskiej wynosiła 81,79 punktu na 100 możliwych (SD=15,68). Można więc powiedzieć, że pacjenci byli zadowoleni z opieki pielęgniarskiej. Oceny wahały się od 25 do 100 punktów. 11 osób dało maksymalną ocenę. Mediana wynosiła 82,89 punktu, a więc połowa ankietowanych dała ocenę poniżej, a połowa powyżej 82,89 punktu. Pierwszy i trzeci kwartył wynosiły odpowiednio 73,68 i 96,05 punktu, a więc typowa ocena satysfakcji z opieki pielęgniarskiej to od 73,68 do 96,05 punktu (na 100 możliwych).

Tabela 2. Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej dla wszystkich grup.

Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej							
N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3
125	81,79	15,68	82,89	25	100	73,68	96,05

źródło: opracowanie własne.

Wyniki skali Newcastle nie miały w analizowanych grupach rozkładu normalnego (p z testu Shapiro-Wilka poniżej 0,05), a więc analizę przeprowadzono za pomocą testu Kruskala-Wallisa. Wartości p są niższe od 0,05 zarówno dla doświadczeń, jaki i satysfakcji z opieki pielęgniarskiej, a więc analizowane grupy różniły się istotnie oboma ocenami. Aby odpowiedzieć na pytanie, jak dokładnie wygląda ta zależność, wykonano analizę post-hoc. Pokazała ona, że:

- kobiety i dzieci oceniały swe doświadczenia z opieki pielęgniarskiej istotnie wyżej niż mężczyźni;
- dzieci oceniały swoją satysfakcję z opieki pielęgniarskiej istotnie wyżej niż mężczyźni.

Tabela 3. Porównanie badanych grup w części I i II skali Newcastle

Skala Newcastle	Grupa	N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p *
Doświadczenia z opieki pielęgniarskiej	Kobiety	50	82,54	11,03	85,9	48,72	96,15	78,53	89,58	0,003
	Mężczyźni	50	78,08	11,1	78,85	53,85	96,15	70,51	86,38	KD>
	Dzieci i młodzież	25	86,33	7,72	87,82	63,46	96,15	85,26	91,67	M
Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej	Kobiety	50	82,45	16,24	83,55	25	100	73,68	96,05	0,013
	Mężczyźni	50	77,71	16,19	75,66	25	100	68,42	90,79	
	Dzieci i młodzież	25	88,63	10,6	93,42	60,53	100	82,89	98,68	D>M

* Test Kruskala-Wallisa + analiza post-hoc (test Dunna).

źródło: opracowanie własne.

Ocena opieki pielęgniarskiej (pytanie 6 z części 3). Zdaniem 52 spośród 125 uczestników ankiety (41,60%) opieka pielęgniarska była bardzo dobra, zdaniem 41 ankietowanych (32,80%) wysmienita, zdaniem 29 ankietowanych (23,20%) dobra, a zdaniem 3 ankietowanych (2,40%) zła.

Tabela 4. Ocena opieki pielęgniarskiej – wszystkie odpowiedzi.

Ocena opieki pielęgniarskiej	n	%
Okropna	0	0%
Bardzo zła	0	0%
Zła	3	2,40%
Wystarczająca	0	0%
Dobra	29	23,20%
Bardzo dobra	52	41,60%

Wyśmienita	41	32,80%
------------	----	--------

źródło: opracowanie własne.

Ocena opieki pielęgniarskiej nie miała rozkładu normalnego w analizowanych grupach (p z testu Shapiro-Wilka poniżej 0,05), a więc analizę przeprowadzono za pomocą testu Kruskala-Wallisa. Wartość p jest większa od 0,05, a więc grupy kobiety, mężczyźni i młodzi pacjenci nie różnili się oceną opieki pielęgniarskiej.

Tabela 5. Ocena opieki pielęgniarskiej – porównanie grup.

Grupa	Ocena opieki pielęgniarskiej								p *
	N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	
Kobiety	50	6,04	0,86	6	3	7	6	7	0,861
Mężczyźni	50	6,06	0,87	6	3	7	6	7	
Dzieci i młodzież	25	5,92	1	6	3	7	5	7	

* Test Kruskala Wallisa

źródło: opracowanie własne.

Ocena pobytu w szpitalu (pytanie 7 z części 3 kwestionariusza). Zdaniem 61 spośród 125 uczestników ankiety (48,80%) pobyt w szpitalu był bardzo dobry, zdaniem 36 ankietowanych (28,80%) dobry, zdaniem 21 ankietowanych (16,80%) wyśmienity, zdaniem 5 ankietowanych (4,00%) wystarczający, a zdaniem 2 ankietowanych (1,60%) zły.

Tabela 6. Ocena pobytu w szpitalu – wszystkie grupy badane.

Ocena pobytu w szpitalu	n	%
Okropny	0	0%
Bardzo zły	0	0%
Zły	2	1,60%
Wystarczający	5	4,00%
Dobry	36	28,80%
Bardzo dobry	61	48,80%
Wyśmienity	21	16,80%

źródło: opracowanie własne.

Ocena opieki pielęgniarskiej nie miała rozkładu normalnego w analizowanych grupach (p z testu Shapiro-Wilka poniżej 0,05), a więc analizę przeprowadzono za pomocą testu Kruskala-Wallisa. Wartość p jest większa od 0,05, a więc grupy kobiety, mężczyźni i młodzi pacjenci nie różnili się oceną pobytu w szpitalu.

Tabela 7. Ocena pobytu w szpitalu – porównanie grup

Grupa	Ocena pobytu w szpitalu								p *
	N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	
Kobiety	50	5,78	0,86	6	3	7	5	6	0,817

Mężczyźni	50	5,78	0,76	6	4	7	5	6
Dzieci i młodzież	25	5,64	0,95	6	3	7	5	6

* Test Kruskala-Wallis

źródło: opracowanie własne.

Ocena zadowolenia pacjenta z opieki pielęgniarskiej (pytania 1 – 19). Średni wynik KZPJOP wynosił 79,62 punktu na 95 możliwych (SD=13,79). Można więc powiedzieć, że pacjenci byli zadowoleni z opieki pielęgniarskiej. Oceny wahały się od 45 do 95 punktów. 17 osób dało maksymalną ocenę. Mediana wynosiła 83 punkty, a więc połowa ankietowanych dała ocenę poniżej, a połowa powyżej 83 punktów. Pierwszy i trzeci kwartył wynosiły odpowiednio 70 i 91 punktu, a więc typowa ocena zadowolenia z opieki pielęgniarskiej to od 70 do 91 punktów (na 95 możliwych).

Tabela 8. Ocena zadowolenia z pielęgnacji dla wszystkich badanych grup

KZPJOP							
N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3
125	79,62	13,79	83	45	95	70	91

źródło: opracowanie własne.

Ocena zadowolenia pacjenta z pielęgnacji – porównanie ankietowanych grup. Ocena opieki pielęgniarskiej nie miała rozkładu normalnego w analizowanych grupach (p z testu Shapiro-Wilka poniżej 0,05), a więc analizę przeprowadzono za pomocą testu Kruskala-Wallis. Wartość p jest większa od 0,05, a więc grupy kobiety, mężczyźni i młodzi pacjenci nie różnili się oceną opieki pielęgniarskiej.

Tabela 9. Ocena zadowolenia z pielęgnacji – podział na grupy

Grupa	KZPJOP [punkty]								p *
	N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	
Kobiety	50	82,14	12,24	85,5	45	95	73,25	93	0,161
Mężczyźni	50	76,66	15,07	79	45	95	62,75	90,75	
Dzieci i młodzież	25	80,48	13,41	85	57	95	70	93	

* Test Kruskala-Wallis

źródło: opracowanie własne.

Spostrzeżenia ogólne (pytania 20 – 22). Ogólną jakość opieki w szpitalu ankietowani ocenili średnio na 4,344 (w skali 1-5), jakość opieki pielęgniarskiej średnio na 4,448, a chęć polecenia jej znajomym i rodzinie średnio na 4,312.

Tabela 10. Ocena jakości otrzymanej opieki pielęgniarskiej dla wszystkich badanych grup

Pytanie	n	%	
Ogólna jakość opieki w szpitalu	Ocena 1	0	0,00%
	Ocena 2	4	3,20%

	Ocena 3	15	12,00%
	Ocena 4	40	32,00%
	Ocena 5	66	52,80%
Ogólna jakość opieki pielęgniarskiej	Ocena 1	0	0,00%
	Ocena 2	0	0,00%
	Ocena 3	10	8,00%
	Ocena 4	49	39,20%
	Ocena 5	66	52,80%
Polecenie opieki pielęgniarskiej rodzinie i przyjaciołom	Ocena 1	0	0,00%
	Ocena 2	4	3,20%
	Ocena 3	20	16,00%
	Ocena 4	34	27,20%
	Ocena 5	67	53,60%

źródło: opracowanie własne.

Ocena jakości otrzymanej opieki pielęgniarskiej – podział na grupy. Odpowiedzi na analizowane tu pytania nie miały w analizowanych grupach rozkładu normalnego (p z testu Shapiro-Wilka poniżej 0,05), a więc analizę przeprowadzono za pomocą testu Kruskala-Wallisa. Wszystkie wartości p są wyższe od 0,05, a więc analizowane grupy różniły się istotnie odpowiedziami na analizowane tu pytania.

Tabela 11. Ocena jakości otrzymanej opieki pielęgniarskiej – podział na grupy.

Pytanie	Grupa	N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p *
Ogólna jakość opieki w szpitalu	Kobiety	50	4,44	0,76	5	2	5	4	5	0,534
	Mężczyźni	50	4,24	0,89	4	2	5	4	5	
	Dzieci i młodzież	25	4,36	0,76	5	3	5	4	5	
Ogólna jakość opieki pielęgniarskiej	Kobiety	50	4,56	0,58	5	3	5	4	5	0,232
	Mężczyźni	50	4,32	0,71	4	3	5	4	5	
	Dzieci i młodzież	25	4,48	0,59	5	3	5	4	5	
Polecenie opieki pielęgniarskiej rodzinie i przyjaciołom	Kobiety	50	4,46	0,73	5	2	5	4	5	0,278
	Mężczyźni	50	4,14	0,97	4	2	5	3	5	
	Dzieci i młodzież	25	4,36	0,81	5	3	5	4	5	

źródło: opracowanie własne.

Dyskusja W przeglądzie polskiej literatury trudno znaleźć informację na temat standaryzowanego kwestionariusza, który w prosty i łatwy sposób mógłby ocenić satysfakcję z uzyskanej opieki pielęgniarskiej. Większość z dostępnych narzędzi do oceny satysfakcji nie

jest ukierunkowana na specyfikę danego oddziału lub nie wskazuje na potrzeby konkretnych działań. Posługując się skalą *The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale* (NSNS) rozpatrywane są aspekty dotyczące pomiaru satysfakcji i doświadczeń pacjenta wyłącznie z opieki pielęgniarskiej. Polska wersja skali NSNS została zaadaptowana przez dr Aleksandrę Gutysz – Wojnicką oraz dr Danutę Dyk [10]. Posługując się ich badaniami naukowymi można stwierdzić, że na jakość świadczonej opieki w danej placówce medycznej znacząco wpływa opieka pielęgniarska [11]. Pielęgnacja człowieka składa się nie tylko z zabiegów manualnych i technicznych, ale także z kontaktów interpersonalnych z drugim człowiekiem, działalności intelektualnej oraz procesów decyzyjnych o zdrowiu i życiu pacjenta.

Według przeprowadzonych badań za pomocą skali NSNS wykazano, że doświadczenia z opieki pielęgniarskiej w oddziale chirurgii dziecięcej zostały ocenione na poziomie wysokim. Oceny wahały się od 48,72 do 96,15, a wyliczona średnia wyniosła 85,26 na 100 punktów możliwych do uzyskania. Również za pomocą skali NSNS wykazano, że w oddziale chirurgii dziecięcej satysfakcja z otrzymanej opieki pielęgniarskiej była na poziomie bardzo dobrym (średnia ocen wyniosła 82,89 punktów na 100 możliwych do uzyskania). Porównanie doświadczenia i satysfakcji z opieki pielęgniarskiej wykazały, że kobiety i młodzież ocenili znacznie wyżej swoje doświadczenia z opieki pielęgniarskiej (odpowiednio 82,54 pkt. oraz 86,33 pkt.) niż mężczyźni (78,08 pkt.), zaś młodzież zdecydowanie lepiej oceniła satysfakcję z opieki (88,63 pkt.) niż mężczyźni (77,71 pkt.).

Każdy pacjent ma prawo do krytyki uzyskanej opieki medycznej, jednak w większości nie jest w stanie ocenić merytorycznej i profesjonalnej działalności pracy pielęgniarki, dlatego kryteria oceny głównie są formułowane przez badaczy i ekspertów ds. pielęgniarstwa. [12].

Badania przeprowadzone przez dr Katarzynę Juszcak wskazują, że satysfakcja pacjenta z opieki pielęgniarskiej w dużym stopniu postrzegana poprzez otrzymaną opiekę pielęgniarską, ponieważ z pracowników ochrony zdrowia to właśnie ta grupa zawodowa ma najczęstszy kontakt z pacjentem. [13].

Wyniki w autorskim badaniu za pomocą skali NSNS wykazały, że zdaniem 52 uczestników badania opieka pielęgniarska była bardzo dobra, zdaniem 41 ankietowanych wysmienita, zdaniem 29 ankietowanych dobra, a zdaniem 3 ankietowanych otrzymana opieka była na złym poziomie. W swoich argumentach świadczących o złej opiece pielęgniarskiej wskazywano na brak wiedzy i kompetencji dotyczącej danej jednostki chorobowej dziecka, brak wystarczającej kadry pielęgniarskiej w oddziale, brak szybkiego reagowania na dolegliwości bólowe u dziecka oraz brak poszanowania intymności dziecka i rodzica przebywającego w oddziale. W powyższych badaniach 46,4% ankietowanych stwierdziło, że podczas 12 – godzinnego

dyżuru żadna z pielęgniarek nie była odpowiedzialna za świadczoną opiekę medyczną wobec danego pacjenta. Tylko 16% ankietowanych zaobserwowało, że w trakcie jednego dyżuru pielęgniarskiego wyłącznie jedna pielęgniarka była odpowiedzialna za podaż leków przeciwbólowych i pomoc skoncentrowaną indywidualnie na potrzeby danego pacjenta.

Każda z uzyskanych ocen dotyczących opieki może być rozpatrywana pod względem satysfakcji lub jej braku w trakcie hospitalizacji. Satysfakcja z uzyskanej opieki definiowana jest pod względem tego, co pacjent oczekuje od personelu medycznego, a tego, co faktycznie otrzymał [13]. Ware i wsp. [14] przedstawili system wyznaczający zadowolenie z opieki pielęgniarskiej, który wymienia jakość opieki instrumentalnej, sztukę pielęgnowania oraz środowisko, w którym pacjent przebywa.

Według tych wyznaczników, satysfakcja nie wynika tylko z jakości wykonywanych zabiegów pielęgnacyjnych, ale także dzięki kontaktom interpersonalnych, podejmowanym działaniom na rzecz pacjenta oraz stosunku do pacjenta i osób mu towarzyszących w trakcie jego hospitalizacji. W pracach naukowych przeprowadzonych przez Uzun [15] pacjenci powyżej 65 roku życia znacznie wyżej ocenili satysfakcję z otrzymanej opieki pielęgniarskiej niż pozostali chorzy. Także w badaniach przeprowadzonych przez Stomberga i wsp. [16] wykazano, że pacjenci w podeszłym wieku byli bardziej pozytywni z otrzymanej opieki medycznej niż osoby młodsze. Porównując tezę Stomberga do przeprowadzonych badań wynika, że najlepiej oceniona została opieka pielęgniarska przez osoby młodociane między 12 – 16 rokiem życia. Średnia kobiet biorących udział w przeprowadzonych badaniach wyniosła 33 lata, u mężczyzn badana grupa cechowała się 32 rokiem życia. Różnice w powyższych badaniach mogą wynikać ze względu na zależność pacjenta od opieki pielęgniarskiej. Często pacjenci w wieku dziecięcym oraz podeszłym (jak to miało miejsce u Stomberga), w trakcie hospitalizacji są zdani wyłącznie na pomoc pielęgniarską, rzadko kiedy rodzina może towarzyszyć choremu przez całą dobę i pomagać mu w czynnościach dnia codziennego (jeśli ten deficyt występuje). Różnice w odpowiedziach badanych kobiet i mężczyzn wynikały z faktu, że nie byli oni bezpośrednimi pacjentami w oddziale, a rodzicami opiekującymi się dziećmi do lat 3. Zatem podstawowa opieka wobec dziecka została zachowana, a niższa ocena w porównaniu do opinii młodzieży wynikała ze świadczeń zabiegowych i z indywidualnego podejścia do pacjenta.

Aby zwiększyć jakość świadczonych usług medycznych w oddziałach pediatrycznych coraz częściej dyrekcja szpitala dąży do zapewnienia każdemu choremu dziecku opieki rodzicielskiej. Aspekt ten jest szczególnie ważny w przypadku dzieci leczonych chirurgicznie, onkologicznie oraz terminalnie chorych.

Na podstawie założeń umieszczonych w Europejskiej Karcie Praw Dziecka, każdy rodzic ma

prawo do całodobowej opieki nad dzieckiem na terenie szpitala, a dyrekcja szpitala powinna uwzględnić standardy pobytu rodzica z dzieckiem w oddziale. Do działalności pielęgniarki należy wdrożenie rodzica do opieki na takim poziomie, jaką sam oczekuje i jest w stanie dziecku zapewnić. W badaniach Renaty Łukasik i wsp. [4]. Większość rodziców przebywających w oddziale wraz ze swoimi dziećmi oczekuje od personelu medycznego kontaktu z rodzicami, życzliwości, informowaniu o stanie zdrowia dziecka oraz fachowości i kompetencji w wykonywanej pracy. W badaniach własnych, za pomocą Kwestionariusza Zadowolenia Pacjenta z Jakości Opieki Pielęgniarskiej wykazano, że całkowite zadowolenie ze świadczonej opieki medycznej wykazało tylko 52,80% ankietowanych. Również taka sama liczba respondentów wskazała na wzorową jakość z otrzymanej opieki pielęgniarskiej. 53,60% ankietowanych poleciłoby znajomym opiekę w oddziale chirurgii dziecięcej, a 16,0% ankietowanych nie jest pewna, czy opieka była godna polecenia.

Rodzic wobec własnego dziecka wykonuje zabiegi pielęgnacyjne, opiekuje się dzieckiem i organizuje mu czas wolny, obserwuje stan zdrowia dziecka, uspokaja dziecko w sytuacjach stresowych i nawiązuje kontakt z personelem. Sytuacje, które wykonują rodzice i mogą one przeszkadzać personelowi medycznemu w rzetelnym wykonywaniu pracy to niestosowanie się do zaleceń lekarskich, ingerencja w wykonywane czynności pielęgnacyjne, brak przestrzeganej higieny osobistej, nieufność wobec zespołu terapeutycznego, nieprzestrzeganie regulaminu. Niewłaściwe zachowania rodziców często spowodowane są brakiem zrozumienia wzajemnych potrzeb opiekuna i pielęgniarki. Wyniki badań przeprowadzone przez Łukasik oraz Wosia [5] pokazują, że brak wzajemnej komunikacji między pielęgniarką a opiekunem przeszkadza we właściwym wykonywaniu zabiegów pielęgnacyjnych u dzieci, ponieważ rodzice kwestionują fachowość i doświadczenie personelu oraz nie rozumieją konieczności przestrzegania zasad panujących w danym szpitalu. Pomimo sytuacji niekorzystnych każdy z rodziców opiekuje się hospitalizowanym dzieckiem w miarę swoich możliwości, a pielęgniarka swoim postępowaniem powinna wyjaśnić rodzicom, jak tą opiekę prawidłowo wykonywać. Nawet najbardziej empatyczna pielęgniarka nie jest w stanie swoim zachowaniem zastąpić dziecku rodziny, jednak swoim zaangażowaniem i odpowiednim podejściem może współdziałać z rodziną dziecka.

Podsumowując, można stwierdzić, że istnieje wiele czynników wpływających na satysfakcję z otrzymanej opieki pielęgniarskiej. W obecnych czasach pacjent i osoby mu towarzyszące są bardziej świadomi z przysługujących mu praw i nie akceptują niektórych warunków panujących w oddziale. Każdy z pacjentów oczekuje na indywidualne traktowanie jego osoby i włączenie go w proces samo opieki i samo pielęgnacji, aby zapewnić pacjentowi prawo do

świadczeń opieki medycznej i uwzględnienie ich opinii w procesie terapeutyczno – diagnostycznym [18].

Wnioski. Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej w oddziałach zabiegowych została oceniona na poziomie wysokim i zadowalającym. Zaobserwowano niewielkie różnice w ocenie opieki przez poszczególne grupy badawcze. Odpowiedzi dotyczące satysfakcji ze świadczonej opieki pielęgniarskiej nie różniły się znacznie wobec ankietowanych grup, jednak to mężczyźni wyrazili się w sposób bardziej pozytywny od pozostałych respondentów.

Piśmiennictwo

1. Józwicka M., Ślusarz R., Szewczyk M., Tafelski M., Beuth W.: Satysfakcja pacjenta z opieki medycznej w szpitalnych oddziałach zabiegowych, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska* 2005; 1: 68-72.
2. Juszczak K.: Czynniki wpływające na zadowolenie pacjenta z opieki pielęgniarskiej w świetle badań, *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2013; 4:115-117.
3. Burda K.: Analiza problematyki satysfakcji pacjenta w powiązaniu z zagadnieniami dotyczącymi jakości opieki zdrowotnej, *Antidotum* 2003; 1: 61-80.
4. Łukasik R., Waksamańska W., Gawlik K.: Aspekty pobytu rodziców wraz z dzieckiem w szpitalu, *Problemy Pielęgniarstwa* 2010; 18(2): 169-175.
5. Łukasik R. Woś H.: Postawy personelu medycznego wobec pobytu rodziców z dzieckiem w szpitalu, w trakcie jego hospitalizacji, *Problemy Pielęgniarstwa* 2009; 17(2): 98–104.
6. Migone M., Nicholas F., Lennon R.: Are following the European charter? Children, parents and staff perceptions, *Child: Care, Health & Development* 2008; 34(4): 409– 417.
7. Gawlik K., Waksamańska W., Łukasik R.: Opieka pielęgniarska nad dzieckiem hospitalizowanym w opinii rodziców, *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2012; 38(1): 11-14.
8. Gutysz-Wojnicka A., Dyk D.: Adaptacja polskiej wersji the Newcastle satisfaction with nursing scale (NSNS), *Problemy Pielęgniarstwa* 2007; 15(2/3): 133-138.
9. Mróz J.: Wsparcie od personelu medycznego a dynamika stanu emocjonalnego u pacjentów po zawale serca, *Folia Cardiologica Excerpta* 2013; 8(1): 9-13.
10. Gutysz-Wojnicka A., Dyk D.: Adaptacja polskiej wersji the Newcastle satisfaction with nursing scale (NSNS), *Problemy Pielęgniarstwa* 2007; 15(2/3): 133-138.
11. Kapała W.: Praca pielęgniarek w oczach klientów (pacjentów), *Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej*, Warszawa 2001: 8.
12. Lenartowicz H.: Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie, CEM, Warszawa 1998.
13. Laschinger H.S., McGillis Hall L., Pedersen C., Almost J.: A psychometric Analysis of the Patient Satisfaction With Nursing Care Quality Questionnaire, *Journal of Nursing Care Quality* 2005; 20: 220-230.
14. Juszczak K., Jaracz K.: Jakość opieki pielęgniarskiej w świetle aktualnych badań – przegląd literatury, *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2008; 17: 321-326.

15. Ware J., Davies – Avery A., Stewart A.: The Measurement and Meaning Of Patient Satisfaction, Health and Medical Care Services Review 2008; 22: 2-15.
16. Uzun O.: Patient Satisfaction with Nursing Care at a University Hospital in Turkey, Journal of Nursing Care Quality 2001; 16: 24-33.
17. Stomberg M., Wickstrom K., Joelsson H., Sjostrom B., Haljamae H.: Postoperative Pain Management on Surgical Wards – Do Quality Assurance Strategies Result in Long– Term Effects on Staff Member Attitudes and Clinical Outcomes?, Pain Management Nursing, 2003; 4: 11-22.
- 18.** Sjöling M., Nordahl G., Olofsson N., Asplund K.: The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management, Patient Education and Counseling 2003; 51: 169-17

PRZYJĘCIA PACJENTÓW DO SZPITALA A WYSTĘPOWANIE ZACHOWAŃ AGRESYWNYCH

ANNA KRAKOWIAK-BURDZY, ANNA FAŁARA

Wprowadzenie. Komisja Europejska definiuje agresję jako zdarzenie związane z atakowaniem drugiej osoby, obrażeniem i zastraszaniem, co wpływa bezpośrednio na jej bezpieczeństwo, samopoczucie i zdrowie [1]. Zachowanie takie doprowadza jednocześnie do szkód w sferze fizycznej i psychicznej [2]. Agresja dotyczy przede wszystkim pracowników z grup wysokiego ryzyka (zespoły ratownictwa medycznego, pielęgniarki). Nie bez znaczenia jest również zachowanie agresywne w relacjach pracowniczych. Przyczyna zachowań agresywnych ma zatem różne podłoże. Wyniki badań naukowych jednoznacznie wskazują na większą ilość incydentów gniewu i agresji w relacji personel medyczny – pacjent [1]. Zachowania takie najczęściej przybierają formę agresji słownej (pomówienia, wyzwiska). Rzadziej natomiast ma miejsce przemoc fizyczna [3]. Personel medyczny jest narażony na potencjalnie niebezpieczne sytuacje podczas realizowania świadczeń medycznych. Pomimo różnic pomiędzy leczeniem szpitalnym, a ambulatoryjnym rzeczywiste zagrożenie nadal jest duże. Ryzyko występowania niebezpiecznych zachowań jest szczególnie nasilone wśród pacjentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Badania wykazują, że pacjenci w zaburzeniach zdrowia psychicznego częściej mogą przejawiać zachowania impulsywne i gwałtowne. Brakuje danych dotyczących częstości aktów przemocy w placówkach otwartych i zamkniętych. Nie ma dostatecznej informacji na temat sposobu postępowania, nie opracowano algorytmów przed wystąpieniem zagrożenia. Okazjonalnie stosowany jest debriefing wśród personelu, sporadycznie przeprowadzany jest przegląd administracyjny. Każdy pracownik ochrony zdrowia zetknął się lub zetknie z przypadkami agresji ze strony pacjenta i/lub jego rodziny [4-6].

Cel pracy. Celem pracy była zbadanie, czy proces przyjęcia pacjenta do szpitala ma wpływ na występowanie zachowań agresywnych.

Material i metody. W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, metody statystyczne, wywiadu. Narzędziami badawczymi był PASAT Hospit 1, Skala Kontroli Emocji (CECS), Kwestionariusz Agresji Bussy-Perry (BPAQ).

Grupę badaną stanowiło 593 hospitalizowanych pacjentów w Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim nr 1 w Rzeszowie KSW nr 1 i w tym szpitalu. Badanie trwało od maja 2019 r. do grudnia 2019 r. Badania przeprowadzono zgodnie z pozytywną opinią Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Rzeszowskim nr 27/02/2019 z dnia 14.02.2019 r.

Proces przyjęcia do szpitala a zachowania agresywne pacjentów. W tej części dokonano analizy porównawczej wpływu procesu przyjęcia do szpitala na zachowania i postawy pacjentów. W tym celu rozważono odpowiedzi na pytania 1-5 z kwestionariusza PASAT HOSPIT 1 i skojarzono je z miarami psychometrycznymi z kwestionariusza CECS i BPAQ.

Rozkład odpowiedzi na pytania dotyczące przyjęcia do szpitala z kwestionariusza PASAT HOSPIT 1. W odpowiedziach na niektóre pytania występowały braki danych (tożsame z określeniem „nie dotyczy”), które wynikały ze specyfiki przyjęcia chorego (na przykład osoby przyjęte nagle czy przeniesione z innego szpitala nie oceniały czasu oczekiwania na przyjęcie do szpitala). Analizując odpowiedzi duża grupa pacjentów była kierowana do szpitala przez lekarza specjalistę 263 (44,4%) i lekarza rodzinnego 142 (23,9%), (Tab. 1).

Tabela 1. Sposób otrzymania skierowania do szpitala.

Sposób otrzymania skierowania	Liczność	Procent
lekarz rodzinny	142	23,9%
lekarz specjalista	263	44,4%
wizyta prywatna	73	12,3%
lekarz pogotowia	31	5,2%
przyjęcie nagłe	48	8,1%
przeniesienie z innego szpitala	30	5,1%
brak odpowiedzi	6	1,0%

Najczęściej pacjenci nie oczekiwali na przyjęcie 166 (28%) lub czas oczekiwania nie był dłuższy niż tydzień wg 138 (23,3) respondentów. Dłużej niż pół roku czekało na przyjęcie 6 (1,0%) ankietowanych (Tab. 2).

Tabela 2. Czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala.

Czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala	Liczność	Procent
bez oczekiwania	166	28,0%
poniżej tygodnia	138	23,3%
do 2 tygodni	109	18,4%
do miesiąca	65	11,0%
do 2 miesięcy	34	5,7%
do pół roku	20	3,4%
dłużej niż pół roku	6	1,0%
brak odpowiedzi	55	9,3%

W opinii badanych 145 (24,5%) osób czas oczekiwania był bardzo krótki, krótki-179 (30,2%), bądź raczej krótki 118 (19,9%). Zdaniem 18 (3,0%) badanych czas oczekiwania był bardzo długi (Tab. 3).

Tabela 3. Ocena czasu oczekiwania na przyjęcie.

Ocena czasu oczekiwania na przyjęcie	Liczność	Procent
bardzo krótki	145	24,5%

krótki	179	30,2%
raczej krótki	118	19,9%
długi	79	13,3%
bardzo długi	18	3,0%
brak odpowiedzi	54	9,1%

Powody wyboru szpitala zostały w dalszej analizie połączone w trzy grupy: brak możliwości wyboru (120 osób), wybór pasywny (lekarz kierujący, lokalizacja – w sumie 291 osób) oraz wybór świadomy (polecenie przez rodzinę, wykwalifikowana kadra, nowoczesna diagnostyka – w sumie 179 osób), (Tab. 4).

Tabela 4. Powody wyboru szpitala.

Powody wyboru szpitala	Liczność	Procent
polecenie przez rodzinę	53	8,9%
sugestia lekarza kierującego	232	39,1%
nowoczesna diagnostyka	18	3,0%
możliwość leczenia u wybranego lekarza	47	7,9%
dogodna lokalizacja	59	9,9%
nowoczesny sprzęt medyczny	5	0,8%
wykwalifikowana kadra	56	9,4%
brak możliwości wyboru	120	20,2%
brak odpowiedzi	3	0,5%

W kolejnych zbiorczych tabelach przedstawiono dokładny rozkład ocen poszczególnych aspektów funkcjonowania izby przyjęć i jakości informacji udzielonych podczas przyjęcia na oddziale. Większość elementów izby przyjęć takich jak organizacja sposobu przyjęcia, życzliwość personelu, zapewnienie intymności, czystość w izbie przyjęć, wyposażenie izby przyjęć została oceniona co najmniej dobrze przez ponad połowę pacjentów. Czas załatwiania formalności na izbie przyjęć oceniono znacznie gorzej, bo źle - 142 (23,9%) osób, a bardzo źle 34 (5,7%), (Tab. 5).

Tabela 5. Elementy funkcjonowania izby przyjęć.

Elementy funkcjonowania izby przyjęć	Ocena											
	bardzo dobra		dobra		przeciętna		zła		bardzo zła		brak odpowiedzi	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
czas załatwiania formalności	66	11,1	173	29,2	156	26,3	142	23,9	34	5,7	22	3,7
organizacja sposobu przyjęcia	132	22,3	201	33,9	189	31,9	39	6,6	17	2,9	15	2,5
życzliwość personelu	223	37,6	206	34,7	124	20,9	16	2,7	10	1,7	14	2,4
zapewnienie intymności	163	27,5	267	45,0	118	19,9	22	3,7	8	1,3	15	2,5
czystość w izbie przyjęć	146	24,6	283	47,7	124	20,9	23	3,9	1	0,2	16	2,7
wyposażenie izby przyjęć	94	15,9	245	41,3	183	30,9	38	6,4	11	1,9	22	3,7

Personel medyczny podczas przyjęcia informował pacjentów o harmonogramie i zasadach pracy oddziału, planie sytuacyjnym oddziału 219 (36,9%), terminach planowanych zabiegów 260 (43,8%), sposobie przygotowania do zabiegów 285 (48,1%), prawach pacjenta 282 (47,6%), (Tab. 6).

Tabela 6. Kompletność udzielanych informacji pracy oddziału przy przyjęciu pacjenta.

Czy informacje udzielane podczas przyjęcia były kompletne?	Warianty odpowiedzi							
	tak		raczej tak		nie		brak odpowiedzi	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
harmonogram i zasady pracy oddziału	196	33,1 %	236	39,8 %	136	22,9 %	25	4,2 %
plan sytuacyjny oddziału	219	36,9 %	223	37,6 %	112	18,9 %	39	6,6 %
terminy planowanych zabiegów	260	43,8 %	228	38,4 %	79	13,3 %	26	4,4 %
sposób przygotowania do zabiegów	285	48,1 %	226	38,1 %	53	8,9 %	29	4,9 %
prawa pacjenta	282	47,6 %	127	21,4 %	147	24,8 %	37	6,2 %

Sposób i warunki przyjęcia do szpitala a miary CECS i BPAQ. W poniższych dwóch tabelach zestawiono statystyki opisowe dotyczące przeciętnego poziomu miar psychometrycznych (średnia wraz z odchyleniem standardowym) względem sposobu skierowania pacjentów do szpitala. Oceny istotności różnic pomiędzy grupami dokonano za pomocą testu Kruskala-Wallisa.

W odniesieniu do miar CECS, znamienne statystycznie różnice dotyczyły ogólnej kontroli emocji – wyższy poziom tej miary wykazywali pacjenci skierowani przez lekarza pogotowia i ze skierowania nagłego (Tab. 7).

Tabela 7. Zależność skali CECS w ocenie sposobu otrzymania skierowania do szpitala w opinii badanych pacjentów.

Sposób otrzymania skierowania	CECS							
	Tłumienie gniewu		Tłumienie depresji		Tłumienie lęku		Ogólna kontrola emocji	
	\bar{x}	<i>S</i>	\bar{x}	<i>S</i>	\bar{x}	<i>S</i>	\bar{x}	<i>S</i>
lekarz rodzinny	17,6	5,1	17,8	4,7	18,2	4,4	53,6	12,2
lekarz specjalista	18,5	4,8	18,3	3,8	18,6	4,3	55,5	10,8
wizyta prywatna	17,3	4,5	17,6	3,8	17,5	4,2	52,4	10,9
lekarz pogotowia	18,8	4,0	19,6	4,0	18,9	3,9	57,3	8,7
przyjęcie nagłe	19,3	4,8	19,1	3,7	19,3	4,5	57,7	10,3
przeniesienie z innego szpitala	17,5	5,1	17,9	5,5	18,9	4,6	54,3	13,8
<i>P</i>	0,0848		0,1229		0,1826		0,0244*	

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Kruskala-Wallisa

W zakresie miar BPAQ znamienne różnica występowała w poziomie agresji słownej, który była wyższa wśród pacjentów przeniesionych z innego szpitala oraz skierowanych przez lekarza pogotowia (Tab. 8).

Tabela 8. Zależność miary psychometrycznej skali Kwestionariusza Agresji Bussy-Perry badanych pacjentów w ocenie sposobu otrzymania skierowania do szpitala w opinii badanych pacjentów.

Sposób otrzymania skierowania	BPAQ							
	Agresja fizyczna		Agresja słowna		Gniew		Wrogość	
	\bar{x}	<i>s</i>	\bar{x}	<i>S</i>	\bar{x}	<i>s</i>	\bar{x}	<i>S</i>
lekarz rodzinny	27,2	15,6	44,6	17,7	39,8	19,0	42,8	17,1
lekarz specjalista	25,7	17,2	43,7	18,3	36,8	19,0	42,0	16,4
wizyta prywatna	25,3	16,0	47,2	17,5	41,0	17,1	44,5	13,7
lekarz pogotowia	29,0	18,7	49,7	22,4	35,1	20,6	40,0	14,7
przyjęcie nagłe	25,9	17,1	44,7	18,9	36,6	18,4	40,6	16,9
przeniesienie z innego szpitala	30,2	14,0	54,2	16,1	40,0	14,2	49,2	19,2
P	0,2530		0,0281*		0,3928		0,4454	

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Kruskala-Wallis

Korzystając z porządkowego charakteru odpowiedzi na pytania 2A i 2B z kwestionariusza PASAT HOSPIT 1 do analizy powiązania z miarami psychometrycznymi można zastosować współczynnik korelacji rang Spearmana. Zastosowanie współczynnika korelacji nie dość, że pozwala na wykorzystanie porządkowego charakteru danej cechy, to daje jeszcze bardziej syntetyczną postać wyników, co nie jest bez znaczenia wobec dużej liczby prowadzonych porównań.

Nie stwierdzono żadnych znamienych statystycznie korelacji pomiędzy miarami psychometrycznymi, a czasem oczekiwania na przyjęcie (od momentu wystawienia skierowania) ani oceną długości tego oczekiwania (Tab. 9).

Tabela 9. Analizy powiązania miar psychometrycznych CECS i BPAQ wśród badanych pacjentów a czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala i ocena czasu oczekiwania na przyjęcie.

Miary psychometryczne	PASAT HOSPIT 1	
	Czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala	Ocena czasu oczekiwania na przyjęcie
CECS		
Tłumienie gniewu	-0,01 (<i>p</i> = 0,7290)	-0,05 (<i>p</i> = 0,2692)
Tłumienie depresji	0,03 (<i>p</i> = 0,5440)	0,04 (<i>p</i> = 0,3474)
Tłumienie lęku	0,03 (<i>p</i> = 0,5234)	0,01 (<i>p</i> = 0,8403)
Ogólna kontroli emocji	0,00 (<i>p</i> = 0,9670)	-0,01 (<i>p</i> = 0,8724)
BPAQ		
Agresja fizyczna (PA)	-0,04 (<i>p</i> = 0,3637)	-0,04 (<i>p</i> = 0,3296)
Agresja słowna (VA)	0,02 (<i>p</i> = 0,7095)	0,00 (<i>p</i> = 0,9518)
Gniew (A)	0,00 (<i>p</i> = 0,9251)	0,00 (<i>p</i> = 0,9644)
Wrogość (H)	0,02 (<i>p</i> = 0,5993)	0,05 (<i>p</i> = 0,2808)

W kolejnej tabeli zamieszczono analizę porównawczą miar psychometrycznych ankietowanych pacjentów względem sposobu wyboru szpitala.

Nie stwierdzono żadnych statystycznie istotnych zależności pomiędzy sposobem wyboru szpitala a miarami CECS (Tab. 10).

Tabela 10. Analiza porównawcza w skali CECS badanych pacjentów w ocenie wyboru szpitala.

Wybór szpitala	CECS							
	Tłumienie gniewu		Tłumienie depresji		Tłumienie lęku		Ogólna kontroli emocji	
	\bar{x}	<i>S</i>	\bar{x}	<i>S</i>	\bar{x}	<i>s</i>	\bar{x}	<i>S</i>
wybór świadomy	18,3	4,7	18,4	3,7	18,4	3,8	55,1	10,5
wybór pasywny	18,1	4,6	18,1	4,0	18,4	4,2	54,6	10,7
brak możliwości	18,1	5,4	18,2	5,0	18,5	5,3	54,8	13,6
<i>p</i>	0,9365		0,4324		0,9225		0,9278	

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Kruskala-Wallis

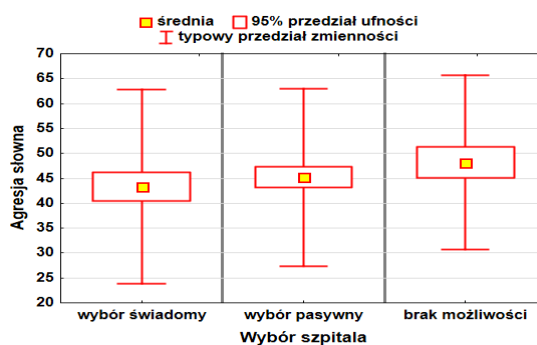
W przypadku miar BPAQ można stwierdzić statystycznie istotne różnice w ich poziomie względem motywów wyboru szpitala – zależność taka występuje dla poziomu agresji słownej, która była większa wśród ankietowanych pacjentów, którzy nie mieli możliwości wyboru szpitala (średnio rzecz biorąc 48,2 pkt), a najmniejsza wśród pacjentów, którzy wybierali dany szpital w sposób świadomy (średnio rzecz biorąc – 43,3 pkt), (Tab. 11).

Tabela 11. Zależność miary psychometrycznej skali Kwestionariusza Agresji Bussy-Perry badanych pacjentów w ocenie wyboru szpitala.

Wybór szpitala	BPAQ							
	Agresja fizyczna		Agresja słowna		Gniew		Wrogość	
	\bar{x}	<i>S</i>	\bar{x}	<i>S</i>	\bar{x}	<i>s</i>	\bar{x}	<i>S</i>
wybór świadomy	26,8	17,1	43,3	19,5	35,4	19,1	41,1	17,2
wybór pasywny	25,8	16,2	45,2	17,9	39,2	19,1	43,5	15,9
brak możliwości	27,3	17,0	48,2	17,6	39,4	16,5	42,7	16,8
<i>p</i>	0,6659		0,0421*		0,1043		0,2194	

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Kruskala-Wallis

Wynik istotny statystycznie zilustrowano na poniższym wykresie. Wyraźnie widać wyższy poziom agresji słownej wśród pacjentów, którzy nie mieli możliwości wyboru szpitala (Ryc. 1).



Rycina 1. Interakcja dwuczynnikowa pomiędzy występowaniem agresji słownej a wyborem szpitala w opinii badanych pacjentów.

Za pomocą współczynnika korelacji rang Spearmana zbadano zależność pomiędzy oceną funkcjonowania izby przyjęć a miarami CECS i BPAQ. Aby poprawnie zinterpretować wyniki należy pamiętać, że odpowiedzi na pytanie 4A-4F były uszeregowano według rosnącego poziomu niezadowolenia z funkcjonowania izby przyjęć. Z uwagi na dużą złożoność tabeli, podano w niej same wartości współczynnika korelacji, oznaczają jedynie poziom istotności symbolem *, ** lub *** (jeśli wartość prawdopodobieństwa testowego p była niższa od 0,05; 0,01 lub 0,001). Wpływ na miary CECS i BPAQ miały przede wszystkim dwa aspekty funkcjonowania izby przyjęć – życzliwość personelu i zapewnienie intymności. Gorsza ocena izby przyjęć w tych zakresach oznaczała większą wrogość i gniew pacjentów, mniejsze tłumienie gniewu i w ogóle negatywnych emocji – czyli nie wpływała na lepsze samopoczucie psychiczne pacjentów (Tab. 12).

Tabela 12. Wykaz korelacji pomiędzy miarami psychometrycznymi kwestionariuszy CECS i PBAQ a stopniem niezadowolenia z funkcjonowania izby przyjęć.

Miary psychometryczne	Stopień niezadowolenia z funkcjonowania izby przyjęć					
	Czas załatwiania formalności	Organizacja sposobu przyjęcia	Życzliwość personelu	Zapewnienie intymności	Czystość	Wyposażenie
CECS						
Tłumienie gniewu	0,04	-0,06	-0,12**	-0,17***	-0,06	-0,08*
Tłumienie depresji	0,00	-0,06	-0,09*	-0,10*	-0,04	-0,05
Tłumienie lęku	0,06	0,01	-0,08	-0,10*	-0,10*	-0,03
Ogólna kontroli emocji	0,04	-0,04	-0,10*	-0,14***	-0,08	-0,06
BPAQ						
Agresja fizyczna	-0,04	0,00	0,04	-0,01	-0,02	-0,01
Agresja słowna	0,04	0,06	0,09*	0,06	0,04	0,01
Gniew	0,02	0,03	0,07	0,11**	0,08	0,03
Wrogość	0,05	0,07	0,11**	0,09*	0,11**	0,04

W analogiczny sposób zbadano zależność pomiędzy oceną jakości informacji otrzymywanych na oddziale, a miarami CECS i BPAQ. Udowodniono, że im bardziej niekompletna ocena informacji na temat pracy oddziału (w różnych aspektach) tym większa wrogość pacjentów lub inna forma niezadowolenia (w zależności od obszaru, w którym informacje były niepełne). Niepełna informacja na temat przygotowania do zabiegów wpływała zaś na mniejszy poziom negatywnych emocji według CECS (Tab. 13).

Tabela 7. Wykaz korelacji pomiędzy miarami psychometrycznymi kwestionariuszy CECS i PBAQ a negatywną oceną informacji na temat pracy oddziału/kliniki w opinii badanych pacjentów.

Miary psychometryczne	Negatywna ocena informacji na temat pracy oddziału				
	Harmonogram i zasady pracy oddziału	Plan sytuacyjny oddziału	Terminy planowanych zabiegów	Sposób przygotowania do zabiegów	Prawa pacjenta
CECS					
Tłumienie gniewu	-0,07	-0,05	0,00	-0,09*	-0,07
Tłumienie depresji	-0,03	-0,05	-0,03	-0,08*	-0,05
Tłumienie lęku	-0,03	-0,05	-0,01	-0,04	-0,02
Ogólna kontroli emocji	-0,04	-0,06	-0,02	-0,09*	-0,06

BPAQ					
Agresja fizyczna	-0,04	-0,06	0,01	0,01	-0,09*
Agresja słowna	0,09*	0,03	0,05	0,06	0,05
Gniew	0,10*	0,03	0,11**	0,04	0,08*
Wrogość	0,02	0,10*	0,13**	0,12**	0,04

Dyskusja. Występowanie agresji wśród pacjentów jest coraz częstsze [7]. Obserwuje się większe niezadowolenie społeczeństwa z powodu braku poczucia bezpieczeństwa czy też ograniczeń związanych z dostępnością do świadczeń zdrowotnych. Czynniki te w konsekwencji doprowadzają do pojawiania się frustracji u chorych oraz są przyczyną zachowań agresywnych w stosunku do personelu medycznego [8-10]. Zdaniem Rudnickiej-Drożak i wsp. personel SOR spotykał się ze strony pacjentów z autoagresją (25%), agresją werbalną (41%). Alkohol w 95% był czynnikiem wpływającym na występowanie zachowań agresywnych [11]. Kowalczyk i wsp. twierdzili, że w trakcie wyjazdów do zdarzeń medycznych, w szpitalnych oddziałach ratunkowych i na izbach przyjęć pacjenci najczęściej grozili personelowi (72%), a także podnosili głos (95%) [12]. Przeprowadzone badania własne w odniesieniu do miar BPAQ (Kwestionariusz Agresji Bussy-Perry) pokazały różnice w agresji słownej, która była wyższa wśród pacjentów przeniesionych z innego szpitala oraz skierowanych przez lekarza pogotowia. W zakresie miar CECS (Skala Kontroli Emocji), znamienne statystycznie różnice dotyczyły ogólnej kontroli emocji. Wyższy poziom tej miary wykazywali pacjenci skierowani przez lekarza pogotowia ($\bar{x}=57,3$) i ze skierowaniem nagłym ($\bar{x}=57,7$).

W zakresie miar BPAQ znamienne różnica występowała dla poziomu agresji słownej, który była wyższa wśród pacjentów przeniesionych z innego szpitala ($\bar{x}=54,2$) oraz skierowanych przez lekarza pogotowia ($\bar{x}=49,7$). Hipoteza ta została zweryfikowana pozytywnie. Badania przeprowadzone w 2007 roku przez Naczelną Izbę Lekarską wykazały, że spożycie narkotyków, stan nietrzeźwości pacjenta pogorszenie stanu zdrowia (20%), brak reakcji na życzenia pacjenta (32%), odmowy hospitalizacji, niesprzyjające warunki, opóźnienia związane z przyjazdem karetki, recepty lub skierowania dotyczące wykonania badań, brak otrzymania zaświadczenia były przyczynami pojawiania się agresywnych zachowań pacjenta [13].

Według Grudzień i wsp. personel SOR doświadczył każdej formy agresji [14]. Zdaniem Lickiewicz i wsp. chorzy trafiający na SOR wykazywali agresję najczęściej z powodu towarzyszącego bólu (19,4%), długiego oczekiwania na świadczenie medyczne (18%), spożycia środków psychoaktywnych (17,6%). Na SOR najczęściej pacjenci byli agresywni

w stosunku do personelu medycznego (78%). Rzadziej obserwowano agresje w stosunku innych pacjentów (4%), samookaleczenia (16%) czy niszczenie przedmiotów (2%) [15].

W badaniach własnych w przypadku miar BPAQ stwierdzono statystycznie istotne różnice w zakresie możliwości wyboru szpitala. Zależność taka występowała dla poziomu agresji słownej, która była większa wśród ankietowanych pacjentów nie mających wpływu na wybór szpitala (średnio 48,2 pkt), a najmniejsza wśród pacjentów wybierających dany szpital w sposób świadomy (średnio– 43,3 pkt). Szkup i wsp. twierdzą, że z agresją słowną ze strony pacjentów spotkało się 100 % osób wykonujących świadczenia na izbie przyjęć i SOR, a 13% doświadczyło agresji fizycznej. Wysoka istotność statystyczna istniała w zakresie zastosowanej w analizie skali BVC a badaniem dotyczącym ryzyka pojawiania się agresywnych zachowań pacjentów [16].

W systemie MAWOZ (Monitorowanie Agresji w Ochronie Zdrowia) odnotowano zgłoszenie przez osoby poszkodowane 6 zdarzeń dotyczących ataku fizycznego, a także 111 wynikających z agresji słownej [17].

W zakresie CECS i BPAQ aspekty tłumienia gniewu, depresji i ogólnej kontroli emocji miały istotny wpływ na sprawność funkcjonowania izby przyjęć. Zakres ten dotyczył życzliwości personelu (tłumienie gniewu- $p=0,12^{**}$, tłumienie depresji- $p=0,09^{*}$, ogólna kontroli emocji- $p=0,10^{*}$) i zapewnienia intymności (tłumienie gniewu- $p=0,17^{***}$, tłumienie depresji- $p=0,10^{*}$, tłumienie lęku- $p=0,10^{*}$, ogólna kontrola emocji- $p=0,14^{***}$). Gorsza ocena izby przyjęć w tych zakresach oznaczała większą wrogość ($p=0,11^{**}$) i gniew pacjentów ($p=0,11^{**}$), mniejsze tłumienie gniewu i ogólnie negatywnych emocji – wpływało na lepsze samopoczucie psychiczne pacjentów. Należy jednak nadmienić, że korelacje te są bardzo słabe. Niewątpliwie wynika to z faktu, że na stan psychiczny pacjentów wpływa szereg czynników, a nie tylko schematyczne funkcjonowanie izby przyjęć.

Z kolei analiza danych wykazała zależność pomiędzy oceną jakości informacji otrzymywanych na oddziale/klinice, a miarami CECS i BPAQ. W BPAQ widoczna była korelacja pomiędzy jakością przekazywanych informacji, a wrogością, agresją i gniewem. Im bardziej niejasny i niekompletny był przekaz informacji w opinii pacjentów na temat pracy oddziałów (harmonogram i zasady pracy oddziału, plan sytuacyjny oddziału, terminy planowanych zabiegów, sposób przygotowania do zabiegów, prawa pacjenta), tym większa pojawiała się wrogość, niezadowolenie (agresja fizyczna, agresja słowna) i gniew. W opinii Leźnickiej i wsp. 12% respondentów twierdziło, że nie poinformowano ich o terminach zabiegu, a 9% nie przekazano informacji na temat odpowiedniego przygotowania do zabiegu [18]. Analiza badań własnych wykazała, że niepełna informacja na temat przygotowania do zabiegów wpływała zaś

na mniejszy poziom negatywnych emocji według CECS (tłumienie gniewu- $p=-0,09^*$, tłumienie depresji- $p=-0,08^*$, ogólna kontroli emocji- $p=-0,09^*$). W opinii Grudzień i wsp. zachowania agresywne występowały najczęściej w trakcie pomocy w czynnościach samoobsługowych - 60,9%, podejmowanych działaniach wbrew woli pacjenta - 47,8% oraz podczas podawania leku - 40,9%, [14].

Wnioski. Gorsza ocena izby przyjęć przez pacjentów wiąże się z występowaniem większej wrogości i gniewu pacjentów, mniejszym tłumieniem gniewu i w ogóle negatywnych emocji – czyli nie wpływa na lepsze samopoczucie psychiczne pacjentów. W przypadku niedostarczania chorym rzetelnych informacji na temat pracy oddziału obserwuje się większą wrogość pacjentów lub też występowanie innych form innego niezadowolenia.

Piśmiennictwo

1. Merecz D. Profilaktyka psychospołecznych zagrożeń w miejscu pracy. Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera, Łódź 2011.
2. Sariusz-Skapska M. Formy agresji pacjentów u pracowników placówek psychiatrycznych, Postępy Psychiatrii i Neurologii 2005; 14: 87–91.
3. Altinbas K, Altinbas G, Türkcan A i wsp. A survey of verbal and physical assaults towards psychiatrists in Turkey. The International Journal of Social Psychiatry 2010; 57: 631–636.
4. Drabek M, Merecz D, Mościcka A. Skala narażenia na agresję w miejscu pracy pracowników służby zdrowia i sektora usług. Medycyna Pracy 2007; 58(4): 299-306. 6.
5. Castillo DN, Jenkins EL. Industries and Occupations at High Risk for Work-related Homicide. Journal of Occupational Medicine 1994; 36(2): 125–132.
6. Doliński D., Ekspresja emocji. Emocje podstawowe i pochodne, w: Strelau J. (red.), Psychologia. Podręcznik akademicki, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000. 3. Grzesiuk L., Styła R., Psychoterapia bez tajemnic, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2009.
7. Procedura postępowania pielęgniarki/położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/rodziny. Załącznik nr 1 do Uchwały nr 206/VI/2014 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 czerwca 2014 r. w sprawie przyjęcia procedury postępowania pielęgniarki/ położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/ rodziny.
8. Drabek M, Merecz D, Mościcka A. Skala narażenia na agresję w miejscu pracy pracowników służby zdrowi i sektora usług. Medycyna Pracy 2007; 58(4): 299-306.,
9. Szwamel K, Sochocka L. Opinia średniego personelu medycznego szpitalnego oddziału ratunkowego na temat agresywnych zachowań pacjentów. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne 2014; 4(2): 149-154. 18.
10. Bodys-Cupak I., Brzegowa M, Majda i wsp. Sytuacje trudne dla studentów pielęgniarstwa w czasie pierwszych zajęć praktycznych w szpitalu. Problemy Pielęgniarstwa, 2015; 23(2): 160-165.

11. Rudnicka-Drożak E, Misztal-Okońska P, Młynarska M. Opinia pracowników szpitalnego oddziału ratunkowego na temat udzielania pomocy medycznej pacjentom w stanie zatrucia alkoholem – doniesienia wstępne. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2013; 94: 577–582.
12. Kowalczyk K, Jankowiak B, Krajewska-Kułak E i wsp. Ocena stopnia narażenia ratowników medycznych na agresję w miejscu pracy. *Annales Academiae Medicae Stetinensis* 2009; 55(3): 76-80.
13. Ździebło K, Zboina B, Nowak-Starz G i wsp. Jakość opieki pielęgniarstwa w ocenie pacjentów oddziału chirurgii naczyń. W: Lack A. (red.). *Verbum, Rużomberok* 2014; 28-36.
14. Grudzień D, Zurzycka P, Radzik T. Opinia personelu medycznego na temat agresywnych zachowań pacjentów. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2015; 4(45): 242-247.
15. Lickiewicz J, Marzęcka A, Makara-Studzińska M. Analiza porównawcza zachowań agresywnych na SOR i oddziale chirurgii – doniesienie wstępne *Anestezjologia i Ratownictwo* 2018; 12: 266-273.
16. Szkup M, Rączka M, Schneider-Matyka D i wsp. Ocena ryzyka wystąpienia agresji wśród pacjentów zgłaszających się do placówek medycznych. *Zdrowie Publiczne i Zarządzenie* 2018; 16(2): 119-124.
17. Naczelna Izba Lekarska. Monitorowanie agresji w ochronie zdrowia – 255 opisanych przypadków. <https://old.nil.org.pl/dzialalnosc/agresja-w-ochronie-zdrowia/aktualnosc/monitorowanie-agresji-w-ochronie-zdrowia-255-opisanych-przypadkow> (dostęp 01.04.2023).
18. Leźnicka M, Warunek A, Hartwich E i wsp. Ocena satysfakcji pacjenta z usług świadczonych w stacjonarnej opiece zdrowotnej w województwie kujawsko-pomorskim. *Hygeia Public Health* 2014; 49(4): 787-792.

ANALIZA UZALEŻNIENIA OD NIKOTYNY I MOTYWACJI DO RZUCENIA PALENIA U PACJENTÓW Z PRZEWLEKŁYMI CHOROBYMI UKŁADU ODDECHOWEGO

PAULINA ŁAKOTA, KATARZYNA KROCZEK, BEATA BABIARCZYK

Wstęp. Palenie tytoniu to niewątpliwie jeden z najczęstszych czynników ryzyka i przyczyn wielu chorób na całym świecie, w tym również w Polsce. Jak podają autorzy wielu badań, wiąże się ono z takimi schorzeniami, jak choroby nowotworowe, schorzenia układu oddechowego czy też pokarmowego. W wielu przypadkach nikotynizm stanowi nawet śmiertelne zagrożenie dla życia. Główny Inspektorat Sanitarny (GIS) w 2019 r. przeprowadził ogólnopolskie badanie ankietowe na 1000-osobowej grupie Polaków, na temat ich postaw wobec palenia tytoniu. Wnioski płynące z raportu jasno wskazują, że około $\frac{1}{5}$ Polaków powyżej 15. roku życia, zwłaszcza mężczyzn, regularnie pali papierosy. Pełnym nadziei wydaje się być fakt, że blisko 70% ankietowanych na potrzeby tego badania podaje, że są abstynentami nikotynowymi. Autorzy badania podkreślają także, iż następuje spadek odsetka osób uzależnionych od palenia tytoniu, w porównaniu z latami ubiegłymi [1-3]. Schorzenia układu oddechowego wpływają znacząco na pogorszenie jakości życia, ograniczając ją w wielu sferach. Wśród tych, najpowszechniej występujących można wymienić przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, astmę oskrzelową, włóknienie płuc czy też alergiczny nieżyt nosa. Opierając się na dostępnych danych statystycznych można stwierdzić, iż choć częstość ich występowania jest różna, to stanowią one popularną przyczynę hospitalizacji. Nie bez znaczenia jest fakt, że na rozwój i zaostrzenie tych i wielu innych chorób ma wpływ nikotynizm. Składniki zawarte w dymie papierosowym mają destrukcyjny, toksyczny wpływ na komórki i tkanki dróg oddechowych [2]. Choroby układu oddechowego, zwłaszcza te o charakterze przewlekłym, stanowią istotny problem dla współczesnej medycyny, z uwagi na ich długie leczenie i niepomyślne rokowanie. Wiele źródeł potwierdza na przykład, że POChP stanowi trzecią przyczynę wszystkich zgonów na świecie. W przypadku astmy oskrzelowej szacuje się, iż liczba chorych sięga blisko 300 milionów osób na całym świecie. Włóknienie płuc rozwija się bardzo powoli i podaje się, że dotyka ono 14-42 osoby na każde 100 tys. osób. Natomiast nieżyt nosa występuje jako najczęstsza choroba alergiczna. Mówi się, iż dotyczy ona 10-25% populacji na świecie [3,4]. Na wzrost zachorowalności na przewlekłe choroby układu oddechowego wpływa wiele czynników, ale autorzy wielu prac potwierdzają, że są nimi przede wszystkim styl życia (w tym np. palenie tytoniu) i zanieczyszczone środowisko w jakim żyjemy. Leczenie jest długotrwałe i wymaga zachowania od pacjenta konsekwencji

i asertywności, a powodzenie stosowanej terapii uwarunkowane jest między innymi regularnym przyjmowaniem leków, unikaniem narażenia na czynniki alergiczne (np. pyłki), aktywnością fizyczną czy edukacją, ale za najbardziej kluczowe uznaje się zaprzestanie palenia tytoniu. Istotnym aspektem jest również profilaktyka, która może przyczynić się do zmniejszenia występowania chorób układu oddechowego [2-4].

Cel pracy. Ocena stopnia uzależnienia od nikotyny oraz chęci zaprzestania palenia wśród osób przewlekle chorujących na schorzenia układu oddechowego. W celu dokładnego zbadania problemu postawiono następujące pytania badawcze:

1. Jak jest obecne funkcjonowanie bio-psycho-społeczne chorujących przewlekle na schorzenia układu oddechowego?
2. Czy istnieje współzależność pomiędzy uzależnieniem od nikotyny, a występowaniem chorób układu oddechowego oraz funkcjonowaniem chorych na płaszczyźnie bio-psycho-społecznej?
3. Czy chorujący palacze posiadają motywację do walki z nałogiem palenia tytoniu?

Materiał i metody. Badania zostały przeprowadzone w okresie od czerwca do sierpnia 2019r., wśród pacjentów oddziału chorób wewnętrznych Miejskich Zakładów Opieki Zdrowotnej w Żorach oraz oddziału gruźlicy i chorób płuc Śląskiego Szpitala w Cieszynie. Na przeprowadzenie badania uzyskano zgody dyrekcji obu placówek. Badanie miało charakter anonimowy. Udział w badaniu był dobrowolny i odbywał się tylko i wyłącznie za udzieleniem słownej świadomej zgody badanego. Wszyscy badani zostali poinformowani o celu i metodach przeprowadzenia badania oraz prawie do odmowy udziału w badaniu czy też rezygnacji na każdym jego etapie.

Łącznie rozdano 85 kwestionariuszy ankiet, lecz z uwagi na błędy w wypełnieniu dokumentu do badania zakwalifikowano 76 kwestionariuszy ankiet.

Metody i narzędzia badawcze. W niniejszym badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego i technikę ankiety. Narzędziami badawczymi były: kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji oraz dwa standaryzowane testy, które przeznaczone były wyłącznie dla badanych deklarujących palenie papierosów: test uzależnienia od tytoniu Fagerströma i test motywacji do zaprzestania palenia wg Schneider. Kwestionariusz ankiety własnej składał się z 2 części; pierwszą stanowiła metryczka, w której badani zostali poproszeni o podanie wybranych danych socjo-demograficznych, a druga część zawierała 11 pytań dotyczących chorób i objawów, które występują u badanego, a także aspektów dotyczących palenia tytoniu. Test Uzależnienia Nikotynowego Fagerströma jest kwestionariuszem badawczym służącym do oceny fizycznego uzależnienia od nikotyny. Składa się on z 6 pytań jednokrotnego wyboru;

2 pytania mają charakter 3-stopniowej skali Likerta, w której pytania są punktowane od 0 do 3, a pozostałe 4 pytania to pytania punktowane systemem zero-jedynkowym. W teście można uzyskać od 0 do 10 punktów. Przedział od 6 do 10 punktów ocenia uzależnienie od nikotyny jako silne. Przedział od 4 do 5 punktów sugeruje, iż nałóg ma charakter średnim stopnia uzależnienia. O słabym stopniu uzależnienia od nikotyny świadczy wynik w przedziale od 0 do 3 punktów. W wielu badaniach potwierdzono jego wewnętrzną spójność i rzetelność [5].

Test motywacji do zaprzestania palenia wg Schneider jest kwestionariuszem ankietowym, którego celem jest propagowanie motywacji zaprzestania palenia tytoniu. Test składa się z 12 pytań dysjunktywnych, w których możliwa jest odpowiedź „tak” lub „nie”. Przyjmuje się, iż badani, którzy odpowiedzieli twierdząco na najwyżej 5 pytań cechują się niską motywacją, natomiast ankietowani, którzy odpowiedzieli twierdząco na 6 - 12 pytań wykazują wysoką motywację do zerwania z nałogiem [6].

Opis grupy badanej. W grupie badanej znalazło się nieco więcej mężczyzn (53,9%), niż kobiet (46,1%). Średnia wieku badanych na potrzeby niniejszej pracy wynosiła $53,9 \pm 10,5$ lat (21-76 lat). Dodatkowo na potrzeby analizy statystycznej, usystematyzowano ankietowanych w dwie grupy: osób, które ukończyły 60. rok życia (27,6%) oraz osób, które mają mniej niż 60 lat (72,4%). Największą grupę stanowiły osoby z wykształceniem średnim (35,5%) i zawodowym (31,6%). Co piąty ankietowany posiadał wykształcenie podstawowe (22,4%), a co dziesiąty – wyższe (10,5%). Największy odsetek badanych zamieszkiwał w małym mieście (43,4%), co około trzeci ankietowany zadeklarował wieś, jako swoje miejsce zamieszkania (30,3%), a co około piąty - duże miasto (26,3%). Zdecydowana większość ankietowanych deklarowała, że są aktywni zawodowo i wykonują pracę fizyczną bądź umysłową (69,7%). Blisko połowę ogółu ankietowanych stanowiły osoby w związku małżeńskim (44,7%).

Wyniki. Charakterystyka funkcjonowania chorych na przewlekłe schorzenia układu oddechowego pod względem bio-psycho-społecznym. Prawie połowa osób badanych deklarowała, że choruje na POChP (46,1%); około $\frac{1}{3}$ zmagają się z astmą oskrzelową (31,6%), co około piąty ankietowany choruje na alergiczny nieżyt nosa (22,4%), a co dziesiąty - na zwłóknienie płuc (11,8%) oraz obturacyjny bezdech senny (9,2%).

Analiza czasu trwania choroby wykazała, że prawie $\frac{1}{3}$ ankietowanych nie potrafiła go określić (27,6%). Co czwarty ankietowany odpowiedział, że zmagają się ze swoim schorzeniem mniej niż 12 miesięcy (25%); 18,4% ankietowanych uznało, że choruje 1-5 lat, a niewiele mniej, bo 17,1% badanych osób podało, że ich schorzenie jest „świeżo” rozpoznane. 7,9% ankietowanych podało, że choruje ponad 10 lat. Najmniejszą grupę stanowią osoby, które podały, iż czas chorowania w ich przypadku wynosi pomiędzy 5-10 lat (4,0%). Aż co drugi biorący udział

w badaniu podał, że był hospitalizowany w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia objawów swojej choroby (50,0%). Analizując częstość występowania u badanych objawów związanych z przewlekłą chorobą układu oddechowego, takich jak: kaszel, duszność, zaleganie płwociny, świszczący oddech, ucisk w klatce piersiowej, chrypka, bezsenność, brak energii, nadmierna senność w ciągu dnia, smutek oraz lęk wykazano, że zdecydowanie najczęściej występującymi u nich objawami okazały się być kaszel, z którym 31,6% ankietowanych zmaga się na co dzień, duszność – występująca często lub czasami u co około trzeciego badanego, ucisk w klatce piersiowej, dokuczający około $\frac{1}{3}$ osób biorących udział w badaniu oraz bezsenność, na której częste występowanie uskarżało się 28,9% badanych. Co około czwarta osoba badana codziennie zmaga się także z brakiem energii (23,7%) oraz zaleganiem płwociny (22,4%). Spośród objawów psychologicznych, lęk pojawia się codziennie jedynie u co dziesiątego badanego, a najczęściej ankietowani określali, że pojawia się on rzadko (26,3%) bądź wcale (27,6%). Szczegółowa analiza wykazała dodatnią, o słabym nasileniu, ale istotną statystycznie zależność między stopniem uzależnienia od nikotyny, a częstością występowania niektórych objawów związanych z przewlekłą chorobą układu oddechowego. Okazało się, że im wyższy stopień uzależnienia u badanych, tym częściej występowały takie objawy jak: kaszel (τ -k=0,29; p=0,004), duszność (τ -k=0,24; p=0,018) oraz chrypka (τ -k=0,26; p=0,009). Tabela I prezentuje opisane zależności.

Tabela I. Analiza zależności między częstością występowania u badanych wybranych objawów związanych z przewlekłą chorobą układu oddechowego, a stopniem uzależnienia od nikotyny

Częstość występowania objawów związanych z przewlekłą chorobą układu oddechowego	Wynik testu Fagerströma (pkt.)	
	Współczynnik τ -Kendalla	P
Kaszel	0,29	0,004
Duszność	0,24	0,018
Zaleganie płwociny	0,15	0,127
Świszczący oddech	0,09	0,370
Ucisk w klatce piersiowej	0,02	0,839
Chrypka	0,26	0,009
Bezsenność	0,13	0,180
Brak energii	0,19	0,054
Nadmierna senność w ciągu dnia	-0,05	0,584
Smutek	-0,03	0,780
Lęk	0,12	0,230

n- liczebność w grupie; *M*- średnia arytmetyczna; *SD*- odchylenie standardowe
Skala: bardzo-3; średnio-2; wcale-1

Ocena zgłaszanego przez badanych stopnia ograniczenia przez chorobę w wykonywaniu czynności dnia codziennego wykazała, że co około trzecia osoba uważa, iż choroba bardzo go ogranicza (30,3%). Co około piąta osoba badana potwierdziła znaczne (21,1%) lub niewielkie (18,4%) ograniczanie życia codziennego. 18,4% ankietowanych nie potrafiło określić czy aktywność w ciągu dnia jest zaburzona przez chorobę, a 11,8% z nich odpowiedziało, że choroba nie ma wpływu na ograniczenia w funkcjonowaniu. Nie wykazano wpływu stopnia uzależnienia od nikotyny na udzielane na to pytanie odpowiedzi ($p>0,05$).

Samoocena kondycji psychicznej badanych wskazała, że 36,8% z nich uważa, że jest ona dobra, a dla 19,8% - nawet bardzo dobra. Po 18,4% ankietowanych określiło swoją kondycję psychiczną jako złą lub miało trudność z dokonaniem takiej samooceny. Mały odsetek badanych (6,6%) podał, że ma bardzo złą kondycję psychiczną. Analiza wyników korelacji między samooceną kondycji psychicznej, a danymi socjo-demograficznymi ankietowanych wykazała, że wiek ($p<0,001$) i aktywność zawodowa badanych ($p=0,016$) wpływają istotnie na tą samoocenę. Osoby w wieku 60 lat i więcej, a także przebywające na rencie/emeryturze swoją kondycję psychiczną oceniają gorzej, niż osoby w wieku poniżej 60 lat i pracujący zawodowo (Tabela II).

Tabela II. Charakterystyka zależności pomiędzy samooceną kondycji psychicznej badanych, a wybranymi cechami socjo-demograficznymi

Cechy socjo-demograficzne	Pytanie ankiety: Jak ocenia Pan/Pani swoją kondycję psychiczną?		p
	M	SD	
Płeć			
Kobieta	3,63	1,14	0,231
Mężczyzna	3,29	1,23	
Wiek			
<60 lat	3,76	1,07	<0,001*
≥60 lat	2,62	1,12	
Wykształcenie			
Podstawowe i zawodowe	3,14	1,24	0,061
Średnie i wyższe	3,71	1,10	
Miejsce zamieszkania			
wieś	3,78	1,09	0,251
małe miasto	3,36	1,17	
duże miasto	3,71	1,32	
Aktywność zawodowa			
Praca zawodowa	3,68	1,11	0,016*
Renta/emerytura	2,91	1,24	
Stan cywilny			
Nie będący w związku	3,14	1,24	0,051
W związku	3,71	1,10	

M- średnia arytmetyczna; SD- odchylenie standardowe; p- poziom istotności statystycznej; *test U Manna-Whitney'a

Skala oceny kondycji psychicznej: bardzo dobra-5; dobra-4; trudno powiedzieć-3; zła-2; bardzo zła-1

Analiza zgłaszanych przez badanych obaw, związanych z chorobą i ich natężenia wykazała, iż zdecydowana większość z nich bardzo boi się pogorszenia stanu zdrowia (72,4%), a prawie połowa także śmierci (46,1%) oraz osamotnienia (46,1%). W stopniu średnim badani obawiają się najbardziej konieczności hospitalizacji (44,7%) oraz rezygnacji z zainteresowań i pasji życiowych (42,1%). Szczegółowe wyniki przedstawia Tabela III.

Tabela III. Charakterystyka obaw występujących u ankietowanych w związku z chorobą

Pytanie ankiety: Czego Pan/Pani się obawia w związku ze swoją chorobą?	Natężenie obaw						M	SD
	Bardzo		Średnio		Wcale			
	n	%	n	%	n	%		
Pogorszenie stanu zdrowia, wystąpienia powikłań	55	72,4	18	23,7	3	3,9	1,3	0,55
Śmierci	35	46,1	26	34,2	15	19,7	1,7	0,77
Konieczności hospitalizacji	26	34,2	34	44,7	16	21,1	1,9	0,74
Pogorszenia sytuacji materialnej	31	40,8	24	31,6	21	27,6	1,9	0,82
Wpływu choroby na życie najbliższych	31	40,8	21	27,6	24	31,6	1,9	0,85
Zależności od innych	34	44,7	25	32,9	17	22,4	1,8	0,79
Osamotnienia	35	46,1	20	26,3	21	27,6	1,8	0,84
Rezygnacji z zainteresowań i pasji życiowych	16	21,1	32	42,1	28	36,8	2,2	0,75

n- liczebność w grupie; *M*- średnia arytmetyczna; *SD*- odchylenie standardowe
Skala: bardzo-3; średnio-2; wcale-1

Analiza zależności pomiędzy cechami socjo-demograficznymi, a częstością wyrażanych obaw dokonana przy pomocy testu U Manna-Whitney'a oraz testu Kruskala-Wallisa wykazała istotne statystycznie różnice w kilku przypadkach. Okazało się, że osoby w wieku 60 lat i więcej bardziej obawiają się pogorszenia stanu zdrowia i wystąpienia powikłań choroby ($p=0,044$), śmierci ($p=0,003$), konieczności hospitalizacji ($p=0,042$), wpływu choroby na życie najbliższych ($p=0,047$), zależności od innych ($p=0,033$) oraz osamotnienia ($p=0,022$) niż osoby poniżej 60 lat. Badani z wykształceniem podstawowym i zawodowym bardziej obawiają się w związku ze swoją chorobą pogorszenia stanu zdrowia i wystąpienia powikłań ($p=0,007$), śmierci ($p=0,017$), a także konieczności hospitalizacji ($p=0,029$), aniżeli przedstawiciele badanych z wykształceniem średnim i wyższym. Również miejsce zamieszkania badanych determinowało istotnie pod względem statystycznym udzielane odpowiedzi; im większa miejscowość zamieszkania badanych, tym większe mieli oni obawy związane z koniecznością hospitalizacji ($p=0,048$) oraz pogorszeniem sytuacji materialnej ($p=0,015$). Ostatecznie także rodzaj aktywności zawodowej był determinantą niektórych wyrażanych przez badanych obaw związanych z ich chorobą. Otóż osoby będące na rencie czy emeryturze bardziej obawiały się pogorszenia stanu zdrowia i wystąpienia powikłań ($p=0,020$), niż osoby aktywne zawodowo.

Charakterystyka stopnia uzależnienia badanych od palenia papierosów. Biorąc pod uwagę deklarowany fakt palenia papierosów wykazano, że większość badanych obecnie je pali (63,1%). Co około piąty badany przyznał, że kiedyś palił papierosy, jednak obecnie nie pali (22,4%), a jedynie 14,5% osób badanych zanegowała całkowicie fakt palenia papierosów. Największy odsetek badanych palących podał, że pali do 9 sztuk papierosów dziennie (39,6%). Co około czwarta osoba paląc określiła, że pali okazjonalnie, a co piąta (20,8%) – że pali od 10 do 20 sztuk papierosów dziennie. Z kolei 14,6% ankietowanych przyznało, że pali powyżej 20 sztuk papierosów dziennie. Analiza korelacji faktu palenia bądź niepalenia papierosów z cechami socjo-demograficznymi badanych wykazała, że płeć determinuje istotnie statystycznie wyniki ($\chi^2= 10,49$; $p=0,005$). Prawie $\frac{3}{4}$ badanych mężczyzn pali obecnie papierosy (73,2%), podczas gdy zdecydowanie więcej kobiet (28,6%) nigdy nie paliło. W teście Fagerströma badani otrzymywali średnio $4,7 \pm 2,6$ pkt. (0-10 pkt.). Na podstawie punktacji uzyskanej w tym teście oceniono zakres uzależnienia badanych. Po około $\frac{1}{3}$ osób biorących udział w badaniu prezentowało wysoki (39,6%) bądź niski stopień uzależnienia (37,5%), natomiast średni stopień uzależnienia zidentyfikowano u 22,9% ankietowanych. Okazało się, że wykształcenie ($\chi^2=5,10$; $p=0,050$) oraz miejsce zamieszkania ($\chi^2=10,62$; $p=0,031$) istotnie statystycznie determinują stopień uzależnienia. Prawie dwa razy więcej badanych z wykształceniem średnim i wyższym wykazywało wysoki stopień uzależnienia oraz zdecydowanie więcej osób z wykształceniem podstawowym i zawodowym okazało się być uzależnionymi w średnim stopniu. Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania, badani ze wsi istotnie rzadziej byli uzależnieni w stopniu wysokim, w stosunku do osób z miast średnich i dużych. Potwierdzono także, że istnieje dodatnia, wysoka i istotna statystycznie korelacja pomiędzy ilością wypalanych przez badanych na dzień papierosów, a stopniem ich uzależnienia od nikotyny. Im większa była deklarowana ilość wypalanych na dzień papierosów, tym silniej badany był uzależniony od nikotyny ($\tau\text{-k}=0,64$; $p<0,001$). Zdecydowana większość badanych potwierdziła fakt, że palenie tytoniu ma wpływ na leczenie schorzeń układu oddechowego. („zdecydowanie tak” - 68,4%; „raczej tak” – 25%). Nikt z badanych nie zanegował wpływu palenia tytoniu na leczenie, a mały odsetek badanych (6,6%) nie był w stanie wybrać jednoznacznej odpowiedzi.

Charakterystyka poziomu motywacji do zaprzestania palenia tytoniu wśród badanych. Analiza wyników testu Schneider, określającego stopień motywacji do zaprzestania palenia tytoniu wykazała, że zdecydowana większość badanych posiada wysoką motywację do rzucenia palenia (87,5%). Tylko co około dziesiąta osoba badana (12,5%) prezentuje motywację do zaprzestania palenia na niskim poziomie. Badani średnio udzielali

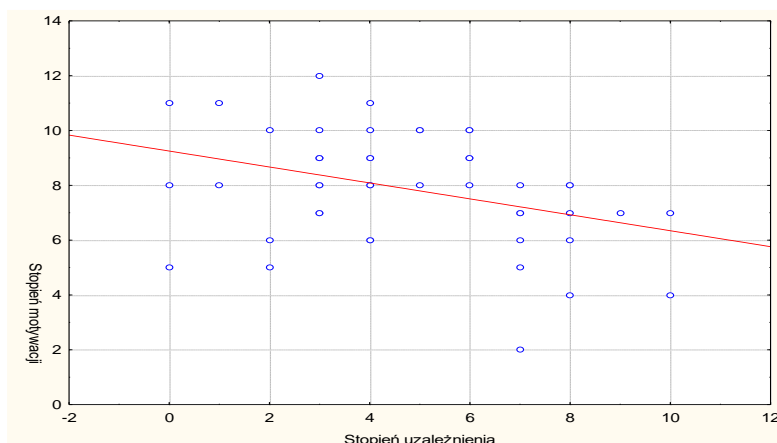
8±2 odpowiedzi twierdzących na pytania testu (2-12 odpowiedzi „tak”). Analiza zależności między odpowiedziami twierdzącymi w teście Schneider, a cechami socjo-demograficznymi ankietowanych wykazała istotne statystycznie różnice w kilku przypadkach. Osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym wykazywały wyższą motywację do zaprzestania palenia, niż osoby z wykształceniem średnim i wyższym ($p=0,031$). Motywacja do zaprzestania palenia była też tym większa, im w większym mieście żyje ankietowany ($p=0,034$), im częściej jest osobą pracującą ($p=0,018$) i będącą w związku ($p=0,018$). Poniższa Tabela IV przedstawia zbiorczo te wyniki.

Tabela IV. Charakterystyka zależności pomiędzy liczbą twierdzących odpowiedzi w teście Schneider, a wybranymi cechami socjo-demograficznymi

Cechy socjo-demograficzne	Liczba odpowiedzi „tak”		p
	M	SD	
Płeć			
Kobieta	7,72	2,37	0,941*
Mężczyzna	7,93	1,89	
Wiek			
<60 lat	8,15	1,97	0,172*
≥60 lat	7,14	2,18	
Wykształcenie			
Podstawowe i zawodowe	8,46	1,82	0,031*
Średnie i wyższe	7,25	2,15	
Miejsce zamieszkania			
Wieś	9,00	1,92	0,034**
Małe miasto	7,16	2,17	
Duże miasto	7,67	1,68	
Aktywność zawodowa			
Praca zawodowa	8,30	1,76	0,018*
Renta/emerytura	6,87	2,39	
Stan cywilny			
Nie będący w związku	7,00	2,05	0,018*
W związku	8,46	1,87	

*M-średnia arytmetyczna; SD- odchylenie standardowe; p- poziom istotności statystycznej; * test U Manna-Whitney'a; **test Kruskala-Wallis*

Porównania zakresów uzależnienia badanych od palenia papierosów (niski, średni i wysoki) i motywacji do rzucenia palenia (niska i wysoka) wykazało, że osoby badane z niskim zakresem uzależnienia w zdecydowanej większości wykazują wysoką motywację do zaprzestania palenia (88,2%). W grupie o średnim zakresie uzależnienia, wszyscy wykazują wysoką motywację do rzucenia palenia, podobnie jak w grupie o wysokim zakresie uzależnienia (78,9%). Analiza zależności pomiędzy wyżej opisanymi zmiennymi, za pomocą współczynnika korelacji rang Spearmana, wykazała, że im wyższy stopień uzależnienia od nikotyny, tym niższa motywacja do rzucenia nałogu ($R_s = -0,35$; $p = 0,018$). Na Rycinie 1. zaprezentowano graficznie tą korelację.



Rycina 1. Charakterystyka korelacji pomiędzy stopniem uzależnienia od nikotyny, a stopniem motywacji do rzucenia palenia

Dyskusja. Większość chorób o charakterze przewlekłym ma niesprzyjający i zubożający wpływ na jakość życia osoby chorującej. Kupryś-Lipińska i Kuna [7] w 2012r. przeprowadzili badania wśród chorych na POChP, aby dokonać oceny wpływu choroby oraz nałogu nikotynizmu na życie chorego. Autorzy ci w swojej pracy potwierdzili, że znaczna część badanych zauważyła, iż schorzenie, na które cierpią wpływa upośledzająco na jakość życia, ponieważ ogranicza ich podczas wykonywania aktywności fizycznej, w życiu codziennym i rodzinnym. Jest to głównie związane z pojawiającymi się dokuczliwymi objawami ze strony układu oddechowego. Najwięcej badanych podało, że zmagają się z kaszlem, zaleganiem wydzieliny w drogach oddechowych, a także z dusznością. Kupcewicz i Abramowicz [8] również zajęły stanowisko w sprawie jakości życia chorych na POChP. Analizując wyniki swoich badań, jednoznacznie wykazały one, że jakość życia pacjentów zmagających się z POChP jest obniżona, ponieważ u większości występują negatywne objawy ze strony układu oddechowego. Cytowane autorki także potwierdziły, że są to najczęściej kaszel i duszność, a także, na co wskazywały badane przez nich osoby, łatwa męczliwość. Do takich samych wniosków doszły Andysz i Merecz [9], które w swoim badaniu podkreśliły, że w przypadku przewlekłych chorób układu oddechowego dochodzi do obniżenia jakości życia, z uwagi na objawy takie jak: duszność, kaszel, lęk oraz upośledzenie sprawności fizycznej. W badaniu własnym ankietowani wskazali, że pod względem częstości występowania objawów ze strony układu oddechowego na ogół występują: kaszel, duszność oraz chrypka. W literaturze można znaleźć również podobne informacje na ten temat. Według Siatkowskiej i wsp. [10] pacjenci skarżą się najczęściej na kaszel poranny, odkrztuszanie zalegającej wydzieliny, duszność i świszczący oddech.

Kapisiz i Eker [11] poddały analizie pacjentów z POChP pod kątem obaw występujących u nich w związku z chorobą. Aż 70% osób przez nich ankietowanych przejawiało lęk i strach, a ponad co trzecia ankietowana osoba zmagająca się z obawą o swoje życie podczas napadów duszności i bezdechów. Kuczyńska i Sienkiewicz [12] również przeprowadziły badania na grupie osób chorujących na POChP. Autorki w swojej publikacji dowiodły, że chorzy ci często miewają zaburzenia lękowe, zwłaszcza w obawie o wystąpienie duszności. Badania własne także dowiodły, że u badanych występują liczne obawy w związku z ich przewlekłą chorobą układu oddechowego. Badani na potrzeby niniejszej pracy obawiali się głównie pogorszenia stanu zdrowia, śmierci czy też osamotnienia, ale także, choć w mniejszym stopniu, konieczności hospitalizacji i ewentualnej rezygnacji z zainteresowań i pasji życiowych.

Nikotynizm to zjawisko, które popularnie występuje wśród ogółu społeczeństwa. Świadczyć o tym fakcie mogą dane statystyczne, ale także wyniki wielu badań prowadzonych w tym temacie w Polsce i na całym świecie. Jednak można zauważyć, że odsetki osób palących są różne, w zależności od badanej populacji. Trzasańska i Krassowska [1] w raporcie GIS z 2019r. na temat postaw Polaków wobec palenia tytoniu podają, że ponad 20% społeczeństwa jest uzależniona od nikotyny. Wyniki badania CBOS z 2019 roku wskazują, że papierosy pali jedna czwarta dorosłych Polaków (26%) – co piąty regularnie, a co dwudziesty – okazjonalnie [13]. Podobnie podają dane Głównego Urzędu Statystycznego; zgodnie z nimi, tytoń w różnej formie pali (codziennie bądź okazjonalnie) około $\frac{1}{4}$ dorosłych Polaków [za 14]. Siatkowska i wsp. [10], w wynikach swojej publikacji na temat rozpowszechnienia palenia papierosów wśród pacjentów jednej z przychodni podstawowej opieki zdrowotnej w Bytomiu, oceniają odsetek aktualnych palaczy na 33%, a wraz z osobami, które w przeszłości paliły – nawet na 55,3%. Z badania własnego wynika, że z tym typem uzależnienia zmagają się znaczna część ankietowanych. Aż 63,1% badanych potwierdziło palenie papierosów, a dalszych 22,4%, choć nie pali obecnie, paliło w przeszłości. Tak duży odsetek palaczy może wiązać się ze specyficzną populacją poddaną badaniu – byli to pacjenci z przewlekłymi chorobami układu oddechowego, w których powstaniu palenie odgrywa bardzo dużą rolę. Wyniki własne można należałoby zatem porównać z badaniami prowadzonymi na podobnych populacjach. Takie badanie przeprowadzili na przykład Pawłowska i wsp. [2] na 97 pacjentach z rozpoznaną POChP. Autorzy wykazali, że w grupie badanej było 21% osób obecnie palących i aż 58% - palących w przeszłości. Kupryś-Lipińska i Kuna [7] ocenili, że odsetek palących obecnie wśród badanych przez nich chorych na POChP wynosił 56,7%. Z kolei Bielicki i wsp. [15] wykazali, że w badanej przez nich grupie chorych hospitalizowanych z powodu bezdechu śródsewnego, było 21,6% palących obecnie lub w przeszłości. Jeśli chodzi o ilość wypalanych papierosów,

około 1/3 badanych na potrzeby niniejszej pracy deklarowała palenie „do 9 papierosów dziennie”. Dane zamieszczone w raporcie Komisji Europejskiej z 2017 roku podają, iż Polacy średnio palą 15,9 papierosów na dzień (7. miejsce wśród krajów UE) [16].

Pomimo świadomości negatywnych konsekwencji zdrowotnych wynikających z nikotynizmu, co trzeci badany na potrzeby niniejszej pracy wykazywał wysoki poziom uzależnienia; zwłaszcza byli to badani lepiej wykształceni, zamieszkujący miasta. Im większa była też ilość wypalanych papierosów, tym ten stopień uzależnienia był wyższy. Nieco odmienne stanowisko w swojej pracy przedstawili Siatkowska i wsp. [10]. Autorzy pracy zaobserwowali w swojej grupie badanej zależność pomiędzy paleniem tytoniu, a wykształceniem i aktywnością zawodową. Podają oni, że częściej po papierosa sięgają osoby z niższym wykształceniem, aniżeli osoby z wykształceniem wyższym i średnim. Ponadto, wykazali oni również, że chętniej palą osoby pracujące fizycznie, niż pracownicy umysłowi. Według Gromadeckiej-Sutkiewicz i wsp. [17] osoby z niskim statusem edukacyjnym jedynie ograniczają palenie tytoniu, a osoby o średnim i wysokim poziomie edukacji - nie palą. Populacja chorych na przewlekłe schorzenia układu oddechowego wydawałoby się, że nie powinna obejmować obecnych nałogowych palaczy. Palenie jest niezależnym i dobrze poznanym czynnikiem wywołującym te choroby, uniemożliwiającym skuteczne ich leczenie, powodującym zaostrzenia i często przyczyniającym się do inwalidztwa i śmierci chorego. Większość chorych jest świadoma tego faktu; w badaniu własnym prawie wszyscy badani (93,4%) potwierdzili, że są tego świadomi. W badaniu Sawickiej i wsp. [6] związek między wystąpieniem choroby, a paleniem papierosów także dostrzegła większość badanych (61,2%).

Badanie własne potwierdziło jednak, że względy zdrowotne są dla badanych ważnym czynnikiem motywującym do rzucenia palenia. Wyniki testu Schneider wykazały, iż 87,5% palaczy biorących udział w badaniu własnym wykazywało wysoką motywację do przerwania nałogu. Częściej były to osoby z niższym wykształceniem, pracujące zawodowo, będące w związku i mieszkające w mieście. Nie wykazano, podobnie jak w badaniach Przybylskiej-Kuć i wsp. [18] czy też Stokłosy i wsp. [19] istotnego wpływu płci ani wieku na poziom motywacji do rzucenia palenia papierosów. Nieco odmienne od badania własnego wnioski wyciągnęli ze swoich badań Sawicka i wsp. [6]. Przebadali oni pod kątem poziomu uzależnienia i motywacji do rzucenia palenia 103 osoby palące, ale w większości były to osoby zdrowe. Spośród nich, 59,2% wykazywało wysoką motywację do rzucenia nałogu. Autorzy wykazali także, że wiek i płeć odgrywały istotną statystycznie rolę; kobiety i osoby starsze miały większą motywację do rzucenia nałogu. Z kolei Białkowska i wsp. [20] po przebadaniu 50 osób hospitalizowanych w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Olsztynie oraz

w Zespole Opieki Zdrowotnej w Nidzicy, a palących papierosy, nie potwierdzili wpływu wykształcenia na poziom motywacji do rzucenia nałogu. W badaniu własnym okazało się również, że im wyższy jest stopień uzależnienia badanego, tym niestety niższa motywacja do rzucenia nałogu. Odmiennie wyniki zaprezentowano w cytowanej wyżej pracy Sawickiej i wsp. [6]; autorzy dowiedli, że im silniejsze było uzależnienie badanych przez nich osób, tym większa była również motywacja do rzucenia palenia. Autorzy potwierdzili także w swoim badaniu, że mężczyźni w zdecydowanej większości częściej palili papierosy, aniżeli kobiety, a średnia wieku uzależnionych palaczy była istotnie wyższa w porównaniu do osób niepalących. W niniejszej pracy dokonano również oceny korelacji zakresu uzależnienia z płcią i wiekiem badanych. Wyniki własnych badań sugerują jednak odmienne niż Sawicka i wsp. [6] stanowisko w tym zakresie, ponieważ nie wykazano istotnie statystycznie zależności pomiędzy zakresem uzależnienia, a wiekiem czy płcią.

Przewlekłe schorzenia układu oddechowego pod wpływem dymu tytoniowego ulegają zaostrzeniu, prowadząc do pogorszenia stanu pacjenta, zwłaszcza że znaczna część osób uzależnionych od nikotyny jest obciążona wieloma dodatkowymi schorzeniami. Ważne jest więc aby chorzy wykształcili w sobie zachowania prozdrowotne, umożliwiające im walkę z tymi przewlekłymi schorzeniami oraz utrzymanie jakości życia na przyzwoitym poziomie, w tym przede wszystkim zaprzestanie palenia.

Wnioski.

1. Silne uzależnienie od nikotyny wiąże się z niższą motywacją do rzucenia palenia.
2. Pomimo zmagania się z chorobą oraz posiadaną wiedzą na temat negatywnego wpływu uzależnienia od nikotyny na sytuację zdrowotną, większość badanych nadal pali papierosy i wykazuje niski lub średni poziom uzależnienia od nikotyny.

Piśmiennictwo

1. Trzasańska A., Krassowska U. Kantar dla GIS Raport z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu 2019. Dostępny w Internecie: https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2018/04/Postawy-Polaków-do-palenia-tytoniu_Raport-Kantar-Public-dla-GIS_2019.pdf
2. Pawłowska K., Doboszyńska A., Kądalska E. Wpływ palenia tytoniu na jakość życia chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. *Probl Pielęg* 2015; 23(3): 338-343.
3. Grochans E., Bąk A., Reczyńska A. (wsp.) Ocena jakości życia chorych z przewlekłymi chorobami układu oddechowego. *Probl Hig Epidemiol* 2012; 93(3): 542-545.
4. Likońska A., Kowalski M. L., Chałubiński M. Zmiany w zaleceniach Światowej Inicjatywy na Rzecz Zwalczenia Astmy (GINA) 2019 – ważne modyfikacje sposobu leczenia. *Alerg Astma Immun* 2019; 24(3): 112-118.

5. Grabowski J. Ocena wpływu nikotynizmu na leczenie zaostrzeń schizofrenii u mężczyzn. Rozprawa doktorska. Gdański Uniwersytet Medyczny, Katedra Chorób Psychiczych, Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego, Gdańsk 2017 [niepublikowana].
6. Sawicka K., Łuczyk R., Zięba K. Poziom uzależnienia od nikotyny oraz motywacja do zaprzestania palenia tytoniu w wybranej grupie Polaków. *J Educ Health Sport* 2015; 5(8): 395-416.
7. Kupryś-Lipińska I., Kuna P. Impact of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) on patient's life and his family. *Pneumonol Alergol Pol* 2014; 82: 82-95.
8. Kupcewicz E., Abramowicz A. Ocena jakości życia chorych z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. *Hygeia Publ Health* 2014; 49(4): 805-812.
9. Andysz A., Merecz D. Psychologiczne konsekwencje przewlekłych chorób układu oddechowego. Rola personelu medycznego w ich przewycięzaniu. *Pneumonol Alergol Pol* 2012; 80(4): 329-338.
10. Siatkowska H., Jastrzębski D., Kozielski J. Palenie papierosów a objawy kliniczne, czynność układu oddechowego i choroby towarzyszące. *Pol Merkuriusz Lek* 2010; 169(29): 8-13.
11. Kapisiz Ö., Eker F. Evaluation of the relationship between the levels and perceptions of dyspnea and the levels of anxiety and depression in chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients. *J Psychiatric Nurs* 2018; 9(2): 88-95.
12. Kuczyńska HA., Sienkiewicz Z. Wpływ przewlekłej obturacyjnej choroby płuc na funkcjonowanie pacjenta w rodzinie. *Geriatrics* 2019; 13: 83-89.
13. Świerczewski K. Komunikat z badań. Palenie papierosów. Dostępny w Internecie: https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2019/K_104_19.PDF [dostęp: 5.02.2023].
14. Krion R., Kuziemski K. Rozpowszechnienie palenia tytoniu i przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w Polsce. *Forum Med Rodz* 2017; 11(6): 263-269.
15. Bielicki P., Trojnar A., Sobieraj P. (wsp.) Smoking status in relation to obstructive sleep apnea severity (OSA) and cardiovascular comorbidity in patients with newly diagnosed OSA. *Adv Respir Med* 2019; 87: 103-109.
16. European Commission. Special Eurobarometer 458. Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Report 2017. Dostępny w Internecie: https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/Survey/getSurveyDetail/instruments/SP_ECIAL/surveyKy/2146 [dostęp: 23.02.2023].
17. Gromadcka-Sutkiewicz M., Kłós J., Adamek R. (wsp.) Próby zerwania z nałogiem palenia tytoniu. *Przegl Lek* 2011; 68(10): 933-938.
18. Przybylska-Kuć S., Kiciński P., Bartoszek E. (wsp.) Ocena wpływu czynników demograficznych na stopień nasilenia zespołu uzależnienia od tytoniu i motywacji do zaprzestania palenia oraz kontroli lekarza rodzinnego w walce z nałogiem. *Fam Med Prim Care Rev* 2014; 16(3): 279-281.
19. Stokłosa A., Skoczylas A., Rudnicka A. (wsp.) Ocena motywacji do rzucenia palenia u pacjentów poradni antynikotynowej. *Pneumonol Alergol Pol* 2010; 78, 3: 211-215.
20. Białkowska J., Mroczkowska D., Szypulska A. (wsp.) Ocena świadomości chorych palących papierosy na temat wpływu palenia tytoniu na występowanie chorób cywilizacyjnych. *Med Środow* 2013; 16(2): 23-30.

**POTENCJAŁ I AUTONOMIA
PIEŁĘGNIAREK
W OTWARTEJ OPIECE
ZDROWOTNEJ**

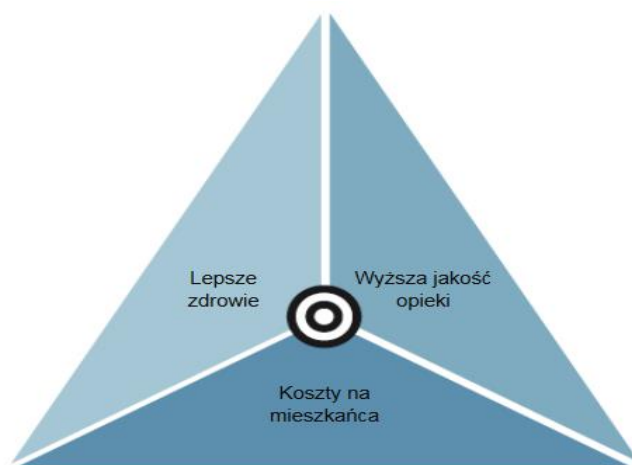
Wstęp. Koordynowana opieka zdrowotna jest terminem najczęściej pojawiającym się w dyskusjach nad poprawą jakości świadczeń medycznych, w tym również pielęgniarskich oraz w dyskusjach nad efektywnością wykorzystania zasobów jakimi dysponuje sektor opieki zdrowotnej. Jest to aktualny cel, ale również wyzwanie, jakie zostało postawione przed klinicystami, zarządzającymi oraz instytucjami finansującymi opiekę zdrowotną. Aspekty jakości i efektywności mają istotne znaczenie w odniesieniu do czynników warunkujących stan zdrowia społeczeństw oraz wpływających na dalsze funkcjonowanie systemów opieki zdrowotnej. Jak zwraca uwagę dr Anna Owczarczyk [1] są to głównie negatywne determinanty, na które składają się m. in.: aktualna sytuacja postpandemiczna, trendy demograficzne, fragmentaryzacja opieki zdrowotnej i brak skutecznego przepływu informacji między podmiotami ją realizującymi oraz ciągle rosnące nakłady na ochronę zdrowia. Dlatego poszukiwane są rozwiązania, które pozwolą zarówno na usprawnienie świadczenia usług, ale również na podniesienie jakości szeroko rozumianej opieki medycznej i profilaktycznej przy jednoczesnym zapewnieniu jej ciągłości, przy zoptymalizowanych nakładach na opiekę zdrowotną w odniesieniu do uzyskanych efektów [1].

Cel pracy. Celem jest przybliżenie podstawowych założeń opieki koordynowanej, ze szczególnym zwróceniem uwagi na podsystem pielęgniarstwa i jego zadania wynikające z tej formy opieki.

Rozwinięcie. Niejednokrotnie mówiąc o opiece koordynowanej używa się dla jej określenia synonimu: opieka zintegrowana. Należy jednak zaznaczyć, że nie są to pojęcia tożsame.

Zintegrowana opieka zdrowotna (*integrated healthcare system*) jest pojęciem szerszym, niż opieka koordynowana (*manager healthcare, manager care*) [1]. Integracja to nic innego, jak tworzenie czegoś większego z łączonych mniejszych elementów. Jest ona rozumiana jako spójny i skoordynowany zbiór usług, które są zaplanowane, zarządzane i dostarczane indywidualnym odbiorcom przez współpracujące ze sobą instytucje medyczne i niemedyczne. Wymaga rozwiązań strukturalno-systemowych łączących w sobie różne poziomy opieki i kładzie nacisk na ścisłą współpracę świadczeniodawców w ramach jednego przedsięwzięcia [2]. Koncepcję opieki zintegrowanej przedstawia G. Schrijvers [3], a pisząc o niej bardzo mocno akcentuje koordynację, jako najważniejszy element wszystkich działań i procesów

w opiece zdrowotnej. Jednocześnie zwraca uwagę na fakt, że opieka zintegrowana może pomóc w realizacji potrójnego celu (*triple aim*), jakim jest: poprawa zdrowia populacji, podwyższenie jakości opieki indywidualnej oraz zmniejszenie kosztów tej opieki w przeliczeniu na osobę [3].



Ryc. 1. Trójkąt obrazujący potrójny cel opieki koordynowane [3]

Opieka koordynowana natomiast często określana jest jako opieka kierowana lub kompleksowa opieka zdrowotna. Koordynowanie to nic innego jak kierowanie, zarządzanie, organizowanie dla harmonijnego przebiegu i funkcjonowania [2]. W art. 4 ustawy o POZ mówi się, iż „Koordynacja opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą w systemie ochrony zdrowia polega na zintegrowaniu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujących wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji, z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, środków komunikacji elektronicznej lub publicznie dostępnych usług telekomunikacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem jakości i efektywności udzielanych świadczeń” [4].

Jak pisze wspomniana dr Anna Owczarczyk [1] istnienie integracji nie wyklucza koordynacji, a nawet można powiedzieć, że jest ona wymagana dla spójnego i prawidłowego funkcjonowania większej całości. Również, zdaniem tej autorki, koordynacja nie wyklucza integracji. W tym przypadku koordynację należałoby uznać za pierwszy krok do integracji.

Organizacją promującą i wspierającą na świecie rozwój zintegrowanej opieki zdrowotnej jest IFIC (Międzynarodowa Fundacja na rzecz Zintegrowanej Opieki) [5] oraz jej polska filia - Stowarzyszenie IFIC Polska [6]. IFIC opracowała „Dziewięć filarów opieki zintegrowanej”, które mają stanowić wskazówki dla decydentów, ustawodawców oraz instytucji zaangażowanych w procesy zachodzące w opiece zdrowotnej. Składają się na nie: wspólne wartości i wizja, zdrowie populacji i kontekst lokalny, osoba jako partner w opiece, elastyczne społeczności i nowe sojusze, kompetencje i możliwości pracowników medycznych,

zarządzanie i przywództwo w całym systemie, rozwiązania cyfrowe, dopasowane systemy płatności oraz przejrzystość postępów, wyników i wpływu [1].

Podpisane w Polsce przez Ministra Zdrowia w dniu 15.09.2022 r. rozporządzenie zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych [7] określiło choroby przewlekłe, które kwalifikują pacjenta do objęcia opieką koordynowaną. Należą do nich: nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, niewydolność serca, migotanie przedsionków, cukrzyca, astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, niedoczynność tarczycy, guzki tarczycy. Są to najczęściej diagnozowane przez lekarzy POZ choroby przewlekłe, jednak z powodu m.in. braku dostępu do badań diagnostycznych, utrudnione jest postawienie pełnej diagnozy oraz udzielanie kompleksowych świadczeń zdrowotnych. Wprowadzenie świadczeń opieki koordynowanej do POZ oraz jej finansowanie z tzw. budżetu powierzonego ma umożliwić dostęp do badań diagnostycznych z zakresu kardiologii, diabetologii, pulmonologii, alergologii i endokrynologii, a tym samym poprawić skuteczność diagnostyki ww. chorób przewlekłych [8].

Mówiąc o opiece koordynowanej w pielęgniarstwie, należy wspomnieć o tym, że tak naprawdę dla samego pielęgniarstwa nie jest to nowa koncepcja sprawowania opieki nad pacjentem. Filozofia zawodu pielęgniarki odwoływała się i nadal się odwołuje do takich wartości i działań, jak: pomaganie człowiekowi w zdrowiu i chorobie, potęgowanie zdrowia, prowadzenie działalności edukacyjnej dla jednostki i społeczności lokalnej, przygotowanie chorego i jego rodziny do samoopieki, planowanie opieki i wypisu/powrotu do zdrowia, zapewnienie komfortu i poszanowania potrzeb chorego w procesie leczenia [8]. Patrząc na pielęgniarstwo rodzinne, opiekę zdrowotną nad dzieckiem czy opiekę pielęgniarską długoterminową można zauważyć, że pielęgniarki od dawna zapewniają świadczenia odpowiadające koncepcji opieki koordynowanej. Nie mniej jednak ustawodawca (Ministerstwo Zdrowia), w obecnie obowiązującej ustawie czy też przepisach szczegółowych do niej, nie wzmocnił w wyraźny sposób pozycji zawodowej pielęgniarek, nie powierzył pielęgniarkom POZ nowych kompetencji w ramach sprawowanej opieki koordynowanej. Edukacja, profilaktyka czy też współdziałanie w koordynacji opieki i leczenia nad pacjentem to przecież już od kilkadziesiąt lat kompetencje pielęgniarek wcześniej środowiskowych, później rodzinnych, a obecnie pielęgniarek POZ [8]. Patrząc jednak na problemy kadrowe, z jakimi boryka się dziś POZ (lekarz POZ), pozwalają domniemywać, że jednak sytuacja ta będzie ulegała zmianie w kierunku zrzucania na barki pielęgniarek coraz większej ilości nowych zadań związanych z koordynacją opieki nad pacjentem.

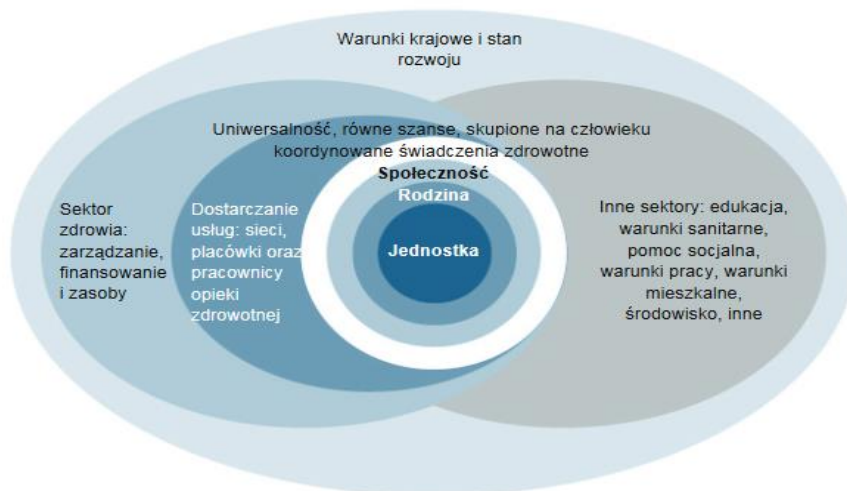
W tym miejscu należy też wspomnieć o pozytywnych zmianach jeśli chodzi o kompetencje pielęgniarek POZ, jakie można zaobserwować na przestrzeni ostatnich lat. Należą do nich m.in. nabycie uprawnień do samodzielnego ordynowania wybranych leków i materiałów medycznych, nabycie uprawnień do kontynuacji leczenia farmakologicznego, poszerzenie kompetencji do kwalifikacji pacjenta do wybranych szczepień ochronnych czy też wprowadzenie do praktyki porady pielęgniarskiej. W przypadku opieki koordynowanej w POZ dotyczy to głównie porad edukacyjnych w tych chorobach przewlekłych, które uprawniają pacjenta do korzystania z koordynowanej opieki zdrowotnej.

Zostały opracowane wytyczne dla porad edukacyjnych w cukrzycy przez konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej (dr hab. Agnieszka Mastalerz – Migas) oraz konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego (mgr Beata Ostrzycka) [9]. W ramach opieki koordynowanej pacjent ma możliwość skorzystania z sześciu porad edukacyjnych w roku. Mogą być one realizowane przez pielęgniarki lub lekarzy POZ. Liczba porad edukacyjnych oraz odstępy czasowe między poradami powinny być ustalone indywidualnie, po ocenie potrzeb i oczekiwań pacjenta w tym zakresie, dokonanej podczas wizyt. Porady te powinny mieć walor nie tylko edukacyjny, ale zawierać także elementy oceny stanu zdrowia pacjenta.

Wytyczne dotyczące porad edukacyjnych POZ z elementami monitorowania stanu pacjenta w zakresie endokrynologii [10] i kardiologii [11] zostały opracowane przez zespół reprezentujący Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp. z o.o. w Siedlcach (mgr Marika Guzek), Centrum Edukacji i Specjalistycznej Opieki Medycznej w Kleczewie (dr n. o zdr. Beata Stepanow), Przychodnię BaltiMed Sp. z o.o. sp. K w Gdańsku (mgr Katarzyna Nowicka) oraz przez konsultant krajową w dziedzinie medycyny rodzinnej (dr hab. Agnieszka Mastalerz-Migas).

Nie uda się jednak osiągnąć założonych celów dla nowych rozwiązań systemowych, jakim jest choćby wspomniana opieka koordynowana, jeśli sam pacjent w sposób aktywny nie zostanie włączony, czy też nie włączy się do działań na rzecz samoopieki i samopielęgnacji. Dlatego też coraz częściej mówi się głośno o opiece skoncentrowanej na pacjencie (*patient centered care, PCC*). Jest to wielowymiarowa koncepcja, której celem jest usprawnienie planowania, koordynowania i świadczenia opieki [12]. Jest to również pojęcie nieobce pielęgniarstwu, bo już przecież Florence Nightingale skupiała sprawowaną opiekę na pacjencie, a nie na chorobie. Prezentowane w piśmiennictwie definicje PCC różnią się w zależności od kontekstów opieki. W odniesieniu do opieki szpitalnej faktycznie używa się pojęcia „opieka skoncentrowana na

pacjencie”, ale już w przypadku opieki domowej, ze względu na podmiot tej opieki, mówi się o opiece skoncentrowanej na osobie [3,12,13].



Ryc. 2. Opieka zdrowotna skoncentrowana na osobie wg WHO [3]

Według obecnie obowiązującej definicji, PCC to model szanujący doświadczenie, wartości, potrzeby i preferencje pacjenta w planowaniu, koordynowaniu i świadczeniu opieki [14]. Tego rodzaju podejście uwzględnia wszystkie płaszczyzny funkcjonowania osoby chorej (biologiczną, psychologiczną, społeczną) i wszystkie możliwe relacje z pacjentem (pielęgniarka/lekarz pacjent, pacjent-rodzina i przyjaciele, pielęgniarka/lekarz-rodzina i przyjaciele), a także kontekst czasowy niezbędny dla zrozumienia wpływu choroby na stan zdrowia (poznanie czynników kształtujących osobowość pacjenta w przeszłości, i oczekiwań wobec przyszłości).

Na obecnie funkcjonujący model PCC składa się kilka obszarów. Jest to obszar dostawców opieki (udzielających świadczeń medycznych), obszar pacjenta oraz obszar kosztów opieki. Oprócz obszarów zwraca się w tym modelu również uwagę na poziomy opieki: poziom doświadczeń pacjenta, poziom mikrosystemu klinicznego, poziom organizacyjny i poziom środowiska. Poziomy te mają wpływ na wybór leczenia, proces opieki i wyniki [15,16]. Pierwsza definicja opieki skoncentrowanej na pacjencie podkreślała wagę lepszego zrozumienia doświadczenia choroby i lepszego odpowiadania na potrzeby pacjentów w coraz bardziej złożonym i pofragmentowanym systemie opieki zdrowotnej [17]. Instytut Pickera przeprowadził wieloletnie badania z udziałem pacjentów i ich rodzin. Doprowadziły one do wyodrębnienia ośmiu obszarów, które z perspektywy pacjenta mają decydujące znaczenie dla jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej.



Ryc. 3. Zasady Pickera opieki skoncentrowanej na pacjencie (PCC) [13].

Inicjatywa *Patient-Centered Primary Care Collaborative* opisała 7 zasad funkcjonowania POZ skoncentrowanej na pacjencie [18,19].

Zasada 1. Dostępność opieki powinna być na najwyższym możliwym poziomie (*superb access*). Pacjent posiada możliwość wyboru dnia i godziny swojej wizyty, a czas spędzony w poczekalni powinien być jak najkrótszy. Odpowiedzi na telefon lub e-mail powinien otrzymywać szybko, a w miarę możliwości mogą one być substytutem wizyty osobistej (oszczędność czasu dla pacjenta i lekarza). Procedury przedłużania recept są maksymalnie uproszczone [20].

Zasada 2. Pacjent powinien być zaangażowany w opiekę. Pacjent ma możliwość decydowania w sprawach go dotyczących; wybrani przez niego przedstawiciele mają dostęp do informacji; jeśli sobie życzy, również osoby bliskie mogą uczestniczyć w decyzji lub nawet ją podejmować. W razie otrzymania niekorzystnych wyników badań pacjent otrzymuje informacje i zaproszenie do wykonania koniecznych testów dodatkowych lub badań pogłębiających diagnostykę [20].

Zasada 3. Należy stosować nowoczesne systemy informatyczne ułatwiające kontakt z pacjentem, ciągłą edukację profesjonalistów medycznych oraz podnoszenie jakości opieki. Lekarze i pielęgniarki dysponują nowoczesnymi systemami informatycznymi zapewniającymi łatwy dostęp do danych, w tym opisów konsultacji i wyników badań dodatkowych. System wspomaga pracę poprzez powiadomienia skierowane do lekarza/pielęgniarki i pacjenta, przypominające o rutynowych kontrolach (np. badania przesiewowe); ułatwia też monitorowanie leczenia (np. interakcje leków), identyfikację czynników ryzyka, zapewnia wsparcie dla decyzji klinicznych. System informatyczny wykorzystywany jest do ciągłej

edukacji personelu (np. identyfikacja zdarzeń krytycznych) i planowania oraz wdrażania działań w zakresie poprawy jakości [20].

Zasada 4. Opieka nad pacjentem świadczona przez lekarza rodzinnego/POZ i innych specjalistów powinna być skoordynowana. Monitorowany jest system skierowań pacjentów, miejsca przeprowadzenia konsultacji, odbieranie informacji zwrotnej od specjalistów; w procesie tym wykorzystana jest technologia informatyczna. Lekarze zajmujący się pacjentem w różnych podmiotach komunikują się także bezpośrednio. Istnieją procedury i systemy minimalizujące zagrożenia i ryzyko błędu z powodu leczenia przez wielu lekarzy (np. kontrola leków). Informacja o dostępności usług specjalistów i ich jakości jest jawna dla pacjenta [20].

Zasada 5. Pacjentem powinien opiekować się zintegrowany zespół medyczny, zapewniający wszechstronna opiekę, składający się z lekarza, pielęgniarki oraz innych profesjonalistów. W opiece nad pacjentem i jego rodziną bierze udział wielu współpracujących ze sobą profesjonalistów medycznych, poza lekarzem i pielęgniarką także psycholog, dietetyk, edukator zdrowotny, pracownik socjalny itd. Przepływ informacji między nimi jest sprawny; eliminowane jest ryzyko: powtórzeń informacji oraz badań, przekazywania sprzecznych wiadomości, marnotrawienia czasu, pieniędzy i innych zasobów [20].

Zasada 6. W planowaniu leczenia powinna być wykorzystywana regularna informacja zwrotna (feedback) od pacjenta. Personel praktyki w sposób systematyczny gromadzi informacje zwrotne od pacjenta i jego rodziny (np. badania ankietowe); jest ona analizowana i wykorzystywana w procesie ciągłej poprawy jakości. Korzystanie z informacji zwrotnej sprzyja zaangażowaniu pacjenta w opiekę i zwiększa realizację wspólnych planów diagnostyczno-terapeutycznych [20].

Zasada 7. Informacje dotyczące lekarza/pielęgniarki i praktyki powinny być jawne. Pacjent ma możliwość zapoznania się z profilem praktyki, zakresem i jakością udzielanych świadczeń. Może świadomie wybrać określony podmiot maksymalnie nastawiony na jego potrzeby zdrowotne oraz odpowiedniego lekarza i pielęgniarkę. Informacje na temat praktyki są powszechnie dostępne i obejmują m.in.: godziny przyjmowania, wiek, płeć, narodowość lekarza, opinie pacjentów oraz wyniki koleżeńskie oceny praktyki (*peer-review*) [20].

I choć większość tych zasad jest dedykowana lekarzowi POZ, to jednak należy pamiętać, że POZ to nie tylko lekarz. To zespół, w skład którego wchodzi również pielęgniarka POZ. I choć sama idea PCC nie jest obca pielęgniarstwu, to należy jednak pamiętać, że jej pełne wdrożenie do praktyki wymaga czy to od pielęgniarki, czy to od lekarza dobrych umiejętności w zakresie komunikacji z pacjentem i skutecznego reagowania na jego potrzeby. Jest to taka forma opieki,

która powinna być ściśle zintegrowana z praktyką opartą na faktach (*evidence-based practice, EBP*).

Podsumowanie. Rosnące potrzeby zdrowotne społeczeństwa, nowoczesne technologie jakimi obecnie dysponuje ochrona zdrowia i dostęp do nich, przy rosnącym ciągle niedoborze środków finansowych, będą wymuszały na wszystkich, począwszy od rządzących, poprzez świadczeniodawców po świadczeniobiorców, zmianę dotychczasowego postrzegania sposobu świadczenia usług medycznych. I za taką zmianę można uznać opiekę koordynowaną w POZ. Kluczową cechą opieki koordynowanej jest jej różnorodność, w zależności od poziomu aktywności i stopnia integracji. Mimo że opieka koordynowana może w systemach opieki zdrowotnej przybierać różne formy, cechą wspólną jest to, że luki w integracji na jednym poziomie mogą mieć negatywny wpływ na integrację na pozostałych poziomach. Przykładem takiej współzależności jest związek między opieką medyczną świadczoną w trybie ostrym a pierwszym punktem kontaktowym dla pacjenta wchodzącego do systemu opieki: gdy POZ dobrze pełni funkcję „strażnika” oceniającego sytuację i kierującego pacjenta na dalsze szczeble systemu, z szybko stawianą diagnozą, obciążenie na poziomie opieki w trybie ostrym będzie mniejsze.

Piśmiennictwo

1. Owczarczyk A. Koordynowana i zintegrowana opieka zdrowotna – co warto wiedzieć [w:] Koordynowana opieka zdrowotna w praktyce. Od POZ do POZ+. Żuk P. i in. (red.) Wolters Kluwer. Warszawa 2023
2. Intergrated Health Care in Europe. Description and comparision of Intergrated Care in six EU Countreis. Red. A.van Raak. Reed Buisness. Elsevier Gezondheidszorg. Maarssen 2003
3. Schrijvers G. Integrated Care: Better and Cheaper. Reed Business Information. Amsterdam 2016.
4. Ustawa z dnia 27.10.2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. 2022, poz.2527).
5. <https://integratedcarefoundation.org/> [dostęp: 17.05.2023].
6. <https://ificpolska.org.pl/> [dostęp: 17.05.2023].
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2022 poz. 1965)
8. Wójcik G. Chmielewska K. Opieka koordynowana w podstawowej opiece zdrowotnej. [w:] Pietrzak M. Ostrzycka B. Sienkiewicz Z. Porada pielęgniarki w podstawowej opiece zdrowotnej. PZWL Wydawnictwo Lekarskie. Warszawa 2023, str. -14
9. <https://koordynowana.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2022/12/Cukrzyca-wytyczne-porad-edykacyjnych-1.pdf> [dostęp: 17.05.2023].
10. https://koordynowana.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2023/03/Porada_edykacyjna_endokrynologia.pdf [dostęp: 17.05.2023].

11. https://koordynowana.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2023/03/Porada_educacyjna_kardiologia.pdf [dostęp: 17.05.2023].
12. Kózka M. Opieka skoncentrowana na pacjencie w podstawowej opiece zdrowotnej. [w:] Pietrzak M. Ostrzycka B. Sienkiewicz Z. Porada pielęgniarki w podstawowej opiece zdrowotnej. PZWL Wydawnictwo Lekarskie. Warszawa 2023, str. 15
13. Ścisło L. Bodys-Cupak I. Kózka M. Opieka skoncentrowana na pacjencie – analiza modelu i rezultatów wdrożenia do systemu opieki zdrowotnej. *Sztuka Leczenia* 2022; nr 1: 33–41.
14. Gluyas H. Patient-centred care: Improving healthcare outcomes. *Nursing Standard* 2015; 30(4): 50–57.
15. Jayadevappa R. Chatre S. Patient centered care: A conceptual model and review of the state of art. *Open Health Services and Policy Journal*, 2011; 4: 15–25.
16. Rathert C. Wyrwich MD. Boren SA. Patient-centered care and outcomes: A systematic review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 2013; 70(4): 351–79.
17. Gerteis M., Edgman-Levitan S., Daley J., Delbanco T.: Through the patient’s eyes. [W:] Barry M.J., Edgman-Levitan S.: Shared decision making – the pinnacle of patient-centered care. *N. Engl. J. Med.*, 2012; 366: 780–781
18. Abrams M. Patient-centered primary care. Annual Report 2007. Patient-Centered Primary Care Collaborative. www.pcpcc.org [dostęp: 17.05.2023]
19. Davis K. Schoenbaum S.C. Audet A.M. A 2020 vision of patient-centered primary care. *J. Gen. Intern. Med.*, 2005; 20: 953–957.
20. Jarczewska DJ. Tomasik T. „Nic o mnie beze mnie”. Opieka skoncentrowana na pacjencie w warunkach polskiej praktyki lekarza rodzinnego (cz. 1). <https://www.mp.pl/medycynarodzinna/namarginesie/namarginesie/176325,-opieka-skoncentrowana-na-pacjencie-w-warunkach-polskiej-praktyki-lekarza-rodzinnego-cz-1> [dostęp: 17.05.2023].

Wstęp. Jakość życia winna być celem nadrzędnym działań każdego człowieka bez względu na kontekst geograficzny, historyczny, kulturowy lub rasowy. Sama kategoria jakości życia nadal jest w obszarze pojęć niecałkowicie zdefiniowanych, gdyż istnieje zbyt wiele jej wymiarów i możliwości interpretowania. W użyciu są terminy – styl życia, dobrostan, stopa życiowa, standard życia, które cechuje brak uporządkowania oraz jasno określonych podobieństw/różnic między nimi. Nie przeszkadza to różnym dziedzinom naukowym np. psychologii, ekonomii, filozofii, podejmowania coraz liczniejszych prób stworzenia własnej definicji ignorując fakt interdyscyplinarnego charakteru kategorii. Ma to miejsce również w naukach medycznych, w których parametr „jakości życia” bardzo często poddawany jest subiektywnej ocenie osób chorych. Dotyczy to przekonań o stopniu zaspokojenia potrzeb oraz zadowolenia z relacji z otoczeniem, oceny własnych wzlotów lub upadków, uznania społecznego, utrzymania równowagi fizycznej i/lub psychicznej [1, 2].

Światowa Organizacja Zdrowia przedstawia jakość życia (*quality of life*) jako osobiste postrzeganie przez jednostkę swojej pozycji życiowej, w kontekście kulturowym i systemu wartości w jakich żyje oraz w odniesieniu do stawianych celów, oczekiwań, wzorców i obaw [3].

Coraz więcej badaczy interesujących się tematem jakości życia rozpatruje je w kontekście chorób przewlekłych. Dzieje się tak, gdyż choroba przewlekła jako źródło wielu negatywnych emocji powoduje obniżenie oceny własnego stanu zdrowia, a więc i poziomu jakości życia. Jedną z takich chorób jest nadciśnienie tętnicze. Szacuje się, że liczba dorosłych o podwyższonym ciśnieniu krwi wzrosła z 594 milionów w 1975 do 1,13 miliarda w 2015 roku, odsetek dorosłych osób z nadciśnieniem tętniczym wynosił 38,1% wśród mężczyzn oraz 30,6% wśród kobiet. Według NFZ co trzeci Polak cierpi na nadciśnienie tętnicze, w 2018 roku w Polsce żyło 9,9 mln dorosłych osób z nadciśnieniem tętniczym, którzy stanowili 31,5% dorosłej populacji osób. Polskie badania epidemiologiczne przeprowadzone w latach 1997–2017 wykazały, że nadciśnienie tętnicze występuje u od 29% (NATPOL PLUS) do 45% (WOBASZ II) dorosłej populacji oraz nawet u 75% osób w wieku 65 lat i powyżej (PolSenior) [4].

Nadciśnienie tętnicze zostało nazwane „cichym zabójcą”, ponieważ w przeciwieństwie do osób cierpiących na wiele innych schorzeń, pacjenci z podwyższonym ciśnieniem krwi mogą przez

wiele lat nie wykazywać żadnych objawów, a następnie nagle doznać poważnego zdarzenia niepożądanego, takiego jak zawał mięśnia sercowego lub udar. Wyzwaniem dla klinicystów jest edukowanie bezobjawowych pacjentów o długoterminowych konsekwencjach utrzymującego się nadciśnienia tętniczego i motywowanie pacjentów do regularnego przestrzegania przepisanych schematów leczenia pomimo możliwych skutków ubocznych i znacznych długoterminowych kosztów finansowych [5].

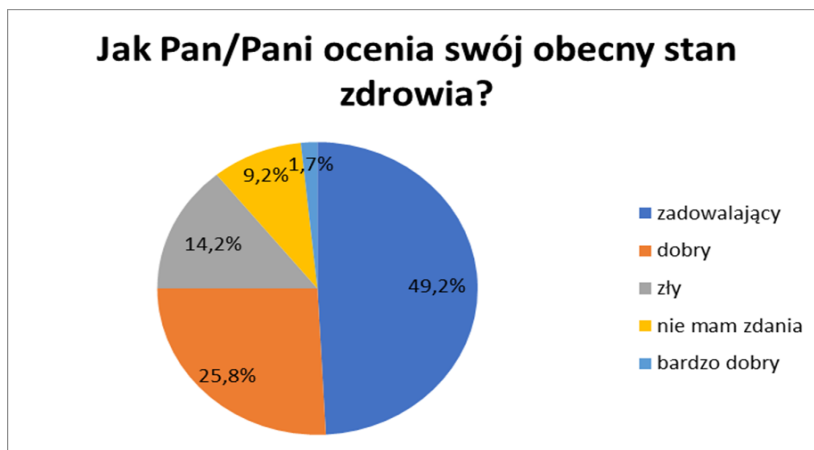
Celem pracy jest określenie jakości życia pacjentów POZ z chorobą przewlekłą na przykładzie podopiecznych z nadciśnieniem tętniczym.

Material i metoda. W okresie styczeń - kwiecień 2021 roku badaniem zostało objętych 120 osób, w tym 51 mężczyzn (42,5%) oraz 69 kobiet (57,5%), w przedziale wiekowym 20-91 lat. Badania prowadzono w jednym z Niepublicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej na Lubelszczyźnie. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, wykorzystano narzędzie w postaci autorskiego kwestionariusza ankiety uzupełnionego o polską wersję kwestionariusza WHOQOL-BREF.

Analiza statystyczna. Dane przedstawiono w postaci liczebności oraz odsetka. Zmienne ilościowe zaprezentowano jako średnią +/- odchylenie standardowe. Do porównania zmiennych ilościowych użyto testu T-studenta dla zmiennych o rozkładzie normalnym, z oceną jednorodności wariancji testem Browna-Forsytha. Do oceny więcej niż dwóch grup posłużono się analizą wariancji (ANOVA) z testem post hoc Tukeya dla nierównych liczebności. Do oceny zależności między zmiennymi ilościowymi zastosowano współczynnik korelacji Pearsona.

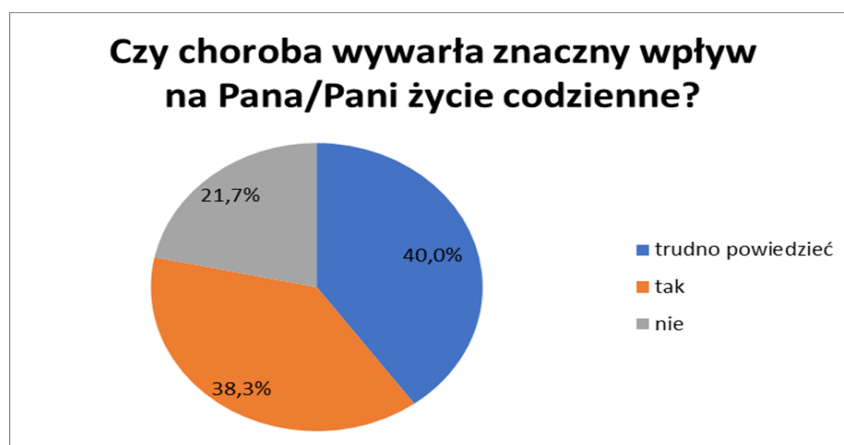
Wyniki. Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci w przedziale wiekowym: 61-70 lat – 33 osoby (27,5%) oraz w wieku 71-80 lat – 23 osoby (19,2%). Najmniej liczną grupę reprezentowali chorzy w przedziale wiekowym 20-30 lat – 2 osoby (1,7%). Średnia wieku pacjentów wynosiła niewiele ponad 58 lat. Ponad 57% stanowiły kobiety.

Badanych poproszono, aby ocenili swój stan zdrowia w momencie badania i w odniesieniu do aktualnej sytuacji zdrowotnej. Uzyskane odpowiedzi przedstawiono na poniższej rycinie nr 1.



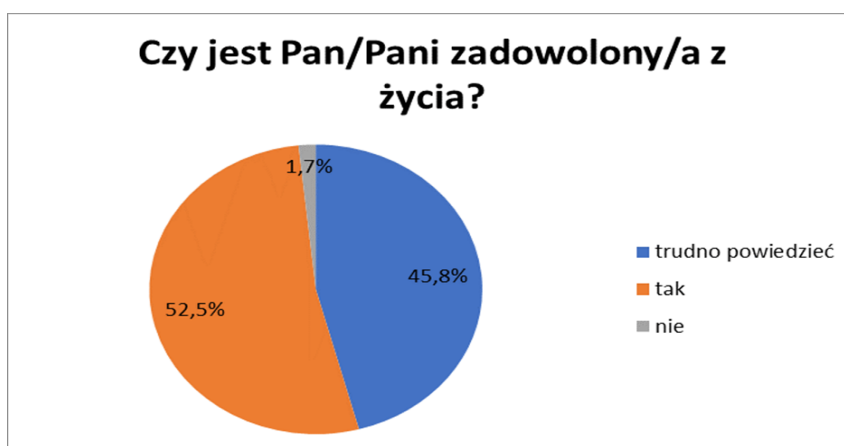
Ryc. 1. Samoocena obecnego stanu zdrowia.

Niemal połowa respondentów (49,2%) opisała swój stan zdrowia jako bardzo dobry, trochę ponad ¼ jako dobry.



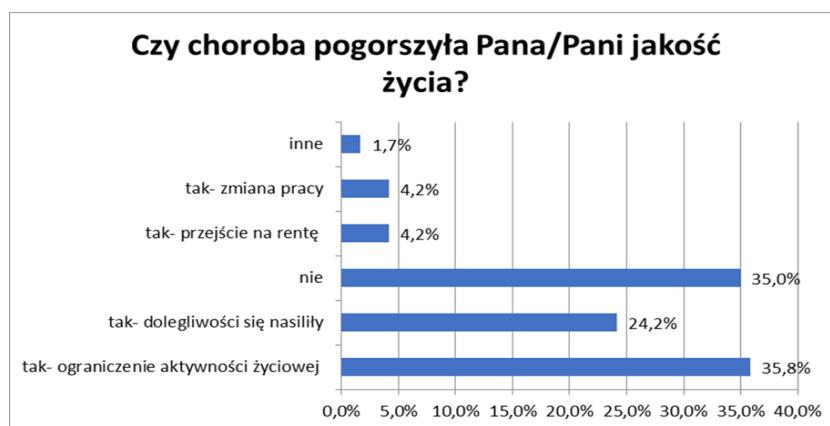
Ryc. 2. Wpływ choroby na życie codzienne respondentów.

Nieco ponad 38% badanych zadeklarowało, że choroba przewlekła istotnie wpłynęła na ich życie (ryc. 2).



Ryc. 3. Zadowolenie z życia wśród respondentów.

Niewiele ponad połowa pacjentów (52,5%) deklarowała zadowolenie z życia, niezadowolenie wskazało 1,7% badanych (ryc. 3). Mimo wysokiego poziomu zadowolenia z życia respondenci ocenili w kategoriach negatywnych (pogorszenie) ogólną jakość życia (rycina 4).



Ryc. 4. Wpływ choroby na jakość życia pacjentów.

Nieco ponad 35% badanych wskazywało na ograniczenie aktywności życiowej, a 24,2% nasilenie dolegliwości w związku z chorobą przewlekłą.

Analizując wyniki badań szukano związków między konkretnymi zmiennymi, a oceną jakości życia. Jedną z takich zmiennych była cecha „czas trwania choroby”. Obliczenia statystyczne wykazały, że istnieje ścisła zależność między czasem trwania choroby, a oceną jakości życia w poszczególnych kategoriach. Wszystkie składniki kwestionariusza ujemnie korelowały z czasem trwania choroby, wskazując na spadek zadowolenia wraz z czasem jej trwania (tabela 1).

Tabela 1. Czas trwania choroby a ocena jakości życia.

	Czas trwania choroby
Jakość życia	-0,24
Zadowolenie ze zdrowia	-0,20
Dziedzina fizyczna	-0,37
Dziedzina psychologiczna	-0,27
Relacje społeczne	-0,27
Środowisko	-0,08

*zastosowano współczynnik korelacji Pearsona, wartości istotne pogrubiono.

W kolejnym etapie analizy oceniono jakość życia pacjentów z nadciśnieniem tętniczym w zależności do wieku. Podobnie jak w korelacji z czasem trwania choroby wszystkie domeny

za wyjątkiem domeny środowiskowej ujemnie korelowały z wiekiem, co oznacza, że zadowolenie z życia maleje z biegiem czasu (tabela 2).

Tabela 2. Wiek badanych a ocena jakości życia.

	Wiek
Jakość życia	-0,29
Zadowolenie ze zdrowia	-0,23
Dziedzina fizyczna	-0,37
Dziedzina psychologiczna	-0,32
Relacje społeczne	-0,32
Środowisko	-0,02

*zastosowano współczynnik korelacji Pearsona, wartości istotne pogrubiono.

Dalsza analiza wykazała, że osoby, które zadeklarowały istotny wpływ choroby na komfort życia charakteryzowały się istotnie niższymi wskaźnikami w domenie jakości życia, zadowolenia ze zdrowia, fizycznej i psychologicznej względem osób negujących ten wpływ (tabela 3).

Tabela 3. Poziomu zadowolenia z życia a ocena wpływu choroby na życie respondentów.

Zmienna	Tak		Nie		Trudno powiedzieć		p
	Średnia	SD	Średnia	SD	Średnia	SD	
Jakość życia	3,24	0,71	3,96	0,60	3,50	0,58	0,00
Zadowolenie ze zdrowia	2,76	0,79	3,81	0,69	3,27	0,71	0,00
Dziedzina fizyczna	12,35	2,15	14,99	2,08	13,64	1,75	0,00
Dziedzina psychologiczna	12,45	2,11	15,18	2,36	13,41	2,34	0,00
Relacje społeczne	13,28	2,91	14,87	2,19	14,00	2,88	0,06
Środowisko	14,22	2,50	15,35	1,87	14,02	2,54	0,07

*test ANOVA, test post hoc Tukeya dla nierównych n, istotne wartości p pogrubiono.

Dyskusja. Na podstawie otrzymanych wyników badań można wnioskować o wpływie choroby przewlekłej jaką jest nadciśnienie tętnicze na jakość życia pacjentów w życiu codziennym. Ocena ta dotyczy jakości życia w odniesieniu do szeroko rozumianego stanu zdrowia w dziedzinie fizycznej i psychologicznej, środowisku oraz w relacjach społecznych. Analizując kwestie jakości życia wskazano subiektywne postrzeganie sytuacji, emocji i odczuć

pacjenta, a także stopień satysfakcji osiąganą w danej dziedzinie życia. Mimo rozpoznania choroby prawie połowa respondentów (49,2%) opisuje swój stan zdrowia jako bardzo dobry, 25,8% jako dobry, 14,2% jako zły. Jak wynika z przeprowadzonych badań 35,8% ankietowanych stwierdziło, że choroba pogorszyła ich jakość życia poprzez ograniczenie aktywności życiowej, u 24,2% pacjentów dolegliwości się nasilały, zaś 4,2% osób przeszło na rentę i 4,2% było zmuszone do zmiany pracy.

W badaniach nad jakością życia Klarkowskiej i Antczak, przeprowadzonych na grupie liczącej 100 osób, największy odsetek ankietowanych ocenił jakość swojego życia pozytywnie – 64,0% (ocena dobra i bardzo dobra), najmniej negatywnie – 4,0%. Zadowolenie ze zdrowia, najwięcej badanych oceniło przeciętnie – 48,0%, natomiast najmniej negatywnie – 13,0%. Zadowolenie ze zdrowia najwyższą ocenili ankietowani w wieku do 40 lat oraz 51-60 lat, najniższą w wieku powyżej 60 lat [6]. W badaniach własnych najwyższą jakość życia deklarowali pacjenci w przedziale wiekowym 51-60 lat, natomiast najniższą powyżej 70. roku życia. Badania nad jakością życia osób starszych przeprowadzała także Muszaliak. Wyniki analizy jej badań wykazują, iż jakość życia obniża się wraz z wiekiem. Wyraźny spadek zadowolenia z życia skorelowany z wiekiem można zaobserwować w dziedzinie fizycznej i socjalnej. Najmniejsze zadowolenie z życia deklarowali pacjenci po 60. roku życia [7].

Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że wszystkie domeny oceny jakości życia, poza środowiskową, ujemnie korelowały z wiekiem, co oznacza, że zadowolenie z życia maleje wraz z upływem lat. Można stwierdzić, że wraz z wiekiem spada aktywność życiowa co może wiązać się np. z przejściem na emeryturę, co też deklarowało większość pacjentów (52,5%), natomiast 8,3% wskazało na rentę, zaś 0,8% pozostawało na utrzymaniu rodziny, 35,8% ankietowanych pracowało zawodowo. Podobne badania przeprowadziła Kurowska i wsp. w 2011 roku na Oddziale Chorób Wewnętrznych w Słupicy przy pomocy kwestionariusza WHOQOL-BREF. Badaniem objęto 100 osób chorujących na nadciśnienie tętnicze. Większość osób ankietowanych (42%) zadeklarowała, że ich jakość życia jest dobra, a niemal tyle samo (39%) „ani dobra, ani zła” [8].

Uzyskane wyniki badań własnych wskazują również, że czas trwania choroby ma negatywny wpływ na wszystkie domeny jakości życia, przede wszystkim: fizyczną (-0,37%) oraz psychologiczną (-0,27). Długość trwania choroby różnicuje jakość życia badanych, im czas choroby dłuższy, tym jakość życia gorsza. 34,2% ankietowanych chorowało na nadciśnienie ponad 10 lat, 33,3% chorowało 1-5 lat, 24,2% osób wskazało na czas między 6-10 lat, zaś 8,3% nie pamiętało od kiedy chorują. Pacjenci chorujący na nadciśnienie ponad 10 lat najniższą wśród badanych ocenili jakość życia we wszystkich badanych dziedzinach. Wyniki te zbliżone są

z wynikami badań innych autorów m.in. Stachowskiej i wsp. Objęli oni badaniami grupę 287 osób (142 kobiet i 145 mężczyzn) w wieku od 25. do 70. lat, u których stwierdzono istotne obniżenie jakości życia korelujące z nadciśnieniem tętniczym powikłanym. Jednocześnie stwierdzono, że wraz z czasem trwania choroby istotnie obniżyła się jakość życia w wymiarze zdrowia psychicznego, przy czym jakość życia chorych z nadciśnieniem niepowikłanym nie różniła się istotnie statystycznie od osób zdrowych [9]. Z kolei w badaniach Klarkowskiej i Antczak wykazano, że osoby chorujące na nadciśnienie tętnicze od ponad 20 lat najniżej wśród badanej grupy oceniły jakość życia we wszystkich dziedzinach, szczególnie widoczne różnice były w domenie fizycznej i psychologicznej. Najwyżej jakość życia ocenili pacjenci chorujący 11-20 lat oraz poniżej 5 lat. Zadowolenie ze zdrowia natomiast najwyżej ocenili chorujący poniżej 5 lat i 5-10 lat, najniższą ocenę deklarowali pacjenci chorujący powyżej 20 lat [6].

Innym aspektem poddanym analizie w badaniach własnych była samoocena jakości życia pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. Uzyskane wyniki wskazują na fakt, iż wszystkie badane domeny jakości życia wykazały silne dodatnie korelacje z poziomem życia respondentów. Najwyższe wyniki uzyskano w dziedzinie środowiskowej i relacjach społecznych (15,13%), w dziedzinie fizycznej – 14,57%, natomiast w dziedzinie psychologicznej – 14,42%. Większość pacjentów stwierdziła, że ich stan zdrowia jest bardzo dobry lub dobry. Badaniu poddana była samoocena pacjentów oraz satysfakcja osiągnięta w danej dziedzinie życia. Badani z wyższą samooceną wykazują lepszy poziom życia, odczuwają zadowolenie ze zdrowia, samych siebie, czasu wolnego, relacji z przyjaciółmi oraz sytuacji finansowej. Według badań Książek i wsp. ocena jakości życia w dużej mierze oparta jest na samoocenie chorych, która jeśli jest wysoka, wiąże się z satysfakcją, szczęściem i zadowoleniem [10].

Ciekawy wynik otrzymano przy badaniu związku między zadowoleniem z życia a wpływem choroby na życie pacjentów z nadciśnieniem. 40% badanych osób nie umiała określić, czy choroba wywarła istotny wpływ na ich życie, 38,3% deklarowało, że fakt ten miał miejsce, natomiast 21,7% zaprzecza, by choroba miała jakikolwiek wpływ na ich życie. Osoby, które zadeklarowały istotny wpływ choroby na komfort życia charakteryzowały się istotnie niższymi wskaźnikami w domenie jakości życia, zadowolenia ze zdrowia, fizycznej i psychologicznej względem osób negujących ten wpływ. Istotnych różnic z grupą pacjentów, która nie umiała określić jaki wpływ choroba wywarła na ich życie nie obserwowano. Tzourio i wsp. badając wpływ przekonań i postaw wobec choroby na ogólną jakość życia osób z nadciśnieniem tętniczym zaobserwowali częstsze zmagania tych pacjentów z obniżeniem nastroju oraz występowaniem depresji [11].

Wnioski.

1. Ankietowani deklaruwali, iż choroba wywarła znaczny wpływ na ich życie codzienne. Zdaniem badanych choroba najbardziej wpłynęła na ograniczenie ich aktywności życiowej.
2. Badani pacjenci są mniej zadowoleni ze zdrowia, sytuacji finansowej i relacji społecznych wraz z upływem lat. Im starszy pacjent tym zadowolenie z życia maleje.
3. Grupa badanych chorująca od wielu lat jest mniej zadowolona z jakości życia niż pacjenci niedawno zdiagnozowani. Czas trwania choroby wpływa negatywnie na zadowolenie z życia respondentów.
4. Badana grupa chorych wskazująca znaczny wpływ choroby na życie jest mniej zadowolona ze zdrowia, z jakości życia oraz wykazuje niższe wskaźniki w dziedzinie fizycznej i psychicznej.

Piśmiennictwo

1. Zygmunt A., Jakość życia jako kategoria socjologiczna – od teorii do badań społecznych. *Political Preferences*, 2017; 17:215-236.
2. Borys T., W poszukiwaniu modułu uczuciowego jakości życia. *Problemy jakości*, 2021; 3(53):2-9.
3. Rolka H., Kowalewska B., Jankowiak B.: Jakość z jakością życia w ujęciu historycznym. W: Kowalewska B., Jankowiak B., Rolka H., Krajewska-Kułak E. *Jakość życia w naukach medycznych i społecznych. Tom I. Uniwersytet Medyczny, Białystok 2017*: 31-42.
4. NFZ o zdrowiu. *Nadciśnienie tętnicze*. Warszawa 2019.
5. Stein, J.D., Brown, G.C., Brown, M.M., Sharma, S., et al.: The Quality of Life of Patients With Hypertension. *The Journal of Clinical Hypertension*, 2002; 4: 181-188. doi.org/10.1111/j.1524-6175.2002.00970.
6. Klarkowska M., Antczak A.: Ocena jakości życia i zadowolenia ze zdrowia pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. *Wydawnictwo Państwowej Akademii Nauk Stosowanych we Włocławku*. doi.org/10.21784/IwP.2017.003.
7. Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K.: Jakość życia przewlekle chorych pacjentów w starszym wieku. *Gerontologia Polska*, 2006; 14(4):185 – 189.
8. Kurowska K., Ratajczyk M.: Wpływ zachowań zdrowotnych na jakość życia osób z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego. *Nadciśnienie Tętnicze*, 2012; 16: 345–352.
9. Stachowska M., Szalbierz H., Szewczyk M., Biskupska M.: Jakość życia pacjentów chorujących na nadciśnienie tętnicze. *Hygeia Public Health*, 2014; 49(4): 813 – 819.
10. Książek J., Piotrowska R., Gaworska-Krzemińska A.: Ocena jakości życia pacjentów w teorii i praktyce pielęgniarskiej. *Pielęgniarka i Położna* 2005, 47: 11-12.
11. Tzourio C, Anderson C, Chapman N, et al. Effects of blood pressure lowering with perindopril and indapamide therapy on dementia and cognitive decline in patients with cerebrovascular disease. *Arch Intern Med* 2003; 163: 1069–1075.

ZADANIA PIELEŃNIARKI RODZINNEJ WOBEC PACJENTKI Z WYŁONIONĄ STOMIĄ JELITOWĄ Z POWODU RAKA JELITA GRUBEGO – STUDIUM PRZYPADKU

ANITA SOKOŁOWSKA-MIKITYN, ELŻBIETA GARWACKA-CZACHOR

Wstęp. Rak jelita grubego (RJG) to nowotwór złośliwy rozwijający się w okrężnicy, zgięciu esicžno-odbytniczym lub odbytnicy. Dotyka zarówno kobiet jak i mężczyzn. Liczba chorych wzrasta z roku na rok. Zachorowalność na RJG zajmuje trzecie miejsce (po raku płuca i raku prostaty) wśród mężczyzn, drugie (po raku piersi) wśród kobiet [1]. Polska zajmuje niechlubne 1 miejsce w Europie w liczbie zachorowań i zgonów w wyniku RJG. Każdego dnia z tego powodu umiera 30 osób [2]. W około 70% RJG ma charakter sporadyczny (niedziedziczny). Odpowiadają za niego czynniki środowiskowe, głównie dietetyczne. W 20% winę ponoszą czynniki genetyczne [3,4]. Do głównych czynników ryzyka zalicza się: płeć, wiek, nieprawidłową dietę, stany zapalne jelita grubego, zespoły metaboliczne oraz używki. Choroba przez długi okres czasu potrafi nie dawać objawów, stąd też stosunkowo późno jest diagnozowana. Tym bardziej istotne jest uczestniczenie w badaniach przesiewowych, które pozwalają na wczesne wykrycie choroby i podjęcie odpowiednich kroków. Leczenie RJG jest leczeniem skojarzonym, polega na leczeniu miejscowym i systemowym. W trakcie zabiegu chirurgicznego, podczas którego usuwana jest zmiana nowotworowa, koniecznym może okazać się wyłonienie stomii.

Stomia z języka greckiego tłumaczona jest jako „usta” bądź „otwór”, potocznie nazywana przetoką czy też sztucznym odbytem [5]. Pierwszą zaplanowaną stomię wykonał francuski lekarz w 1710 roku [6]. Głównym powodem wyłonienia stomii jest RJG. Bez względu na powód operacja wyłonienia stomii jest jedną z najbardziej obciążających pacjenta pod względem psychicznym i fizycznym. Jest wydarzeniem traumatycznym, które w negatywny sposób wpływa na jakość życia [7]. Pacjenci czują się podwójnie skrzywdzeni, z powodu choroby, która stała się przyczyną obecnej sytuacji i z powodu samej stomii. Mają problem z zaakceptowaniem wyglądu własnego ciała. Reagują płaczem, żalem, agresją, wstydzą się [7,8]. Chorzy obawiają się jak życie ze stomią wpłynie na ich przyszłość. Odczuwają strach, związany z koniecznością poradzenia sobie w nowej, nieznannej dotąd sytuacji. Boją się reakcji rodziny i najbliższego otoczenia. Zaczynają ograniczać kontakty interpersonalne, wycofują się z życia towarzyskiego, rodzinnego, niekiedy zawodowego. Pacjent powinien być objęty opieką pielęgniarki rodzinnej już w pierwszych dniach po opuszczeniu szpitala, ponieważ jest to najtrudniejszy czas dla pacjenta i jego opiekunów.

Opieka nad takim pacjentem powinna być dopasowana indywidualnie, z nastawieniem na holistyczne spojrzenie na występujące problemy. Aby je wyłuskać pielęgniarka rodzinna powinna przede wszystkim zebrać wywiad. Ocenie podlega m.in.: stan psychospołeczny, wiedza i zaangażowanie w czynności związane z samoopieką, aktywność fizyczna. Dokładne zebranie informacji pozwala na holistyczne spojrzenie na problemy [9]. Pielęgniarka rodzinna powinna poinformować o istniejących grupach i stowarzyszeniach niosących pomoc stomikom oraz zachęcić do skontaktowania się z nimi lub pomóc pacjentowi to zrobić. W sytuacji, kiedy pacjent nie radzi sobie z problemami, mimo zaangażowania pielęgniarki i najbliższych, konieczna może okazać się pomoc ze strony psychologa lub psychiatry [7,8]. W opiece ogromną rolę odgrywa wsparcie i edukacja, którą należy skierować zarówno do pacjenta jak i jego rodziny [10]. Od postawy pielęgniarki rodzinnej oraz lekarza rodzinnego, ich zaangażowania dużo zależy, przede wszystkim w jaki sposób i w jakim czasie, pacjent poradzi sobie z nową sytuacją [11-14].

Celem pracy było przedstawienie zadań pielęgniarki rodzinnej wobec pacjentki z wyłonioną stomią z powodu RJG w oparciu o studium przypadku.

Materiał i metoda badawcza. Materiał do badań uzyskano od 52 – letniej kobiety, która od dłuższego czasu (mniej więcej 2 lata) zmagала się z bólem brzucha, do którego po pewnym czasie dołączyły nawracające zaparcia, przewlekłe zmęczenie. Problemy zdrowotne eskalowały, doprowadzając do niedrożności przewodu pokarmowego. Konsekwencją tego było wykonanie w grudniu 2020 roku zabiegu operacyjnego w trybie pilnym. W trakcie operacji zresekowano prawy jajnik z torbielą, wycięto fragment esicy z guzem oraz otaczającymi węzłami, a także wyłoniono kolostomię końcową. Badanie przeprowadzono w miejscu zamieszkania pacjentki.

Zastosowaną metodą badawczą było studium indywidualnego przypadku. W celu uzyskania informacji o pacjentce i jej środowisku wykorzystano techniki: wywiad, obserwacja, analiza dokumentacji, pomiar [15]. Wywiad pielęgniarski przeprowadzono z pomocą narzędzia w postaci przygotowanego kwestionariusza. Wywiad miał charakter swobodny i naturalny, z założenia miał być indywidualny jednak pod koniec przekształcił się w zbiorowy (dołączył mąż i syn). Kolejną wykorzystaną techniką była obserwacja - zarówno jawna jak i ukryta. W analizie dokumentów skorzystano z narzędzi: karty informacyjne z leczenia szpitalnego, wyniki badań, opinie specjalistów. W technice pomiaru wykorzystano wskaźnik BMI (*Body Mass Indeks*) - określający stosunek masy ciała do wzrostu, skalę natężenia bólu NRS (ang. *Numerical Rating Scale*), skalę SWLS ang. *Satisfaction with Life Scale*) - jako wskaźnik zadowolenia z życia, skalę SACS (ang. *Studio Alterazioni Cutanee Stomali*) - badanie zmian

skórnych wokół stomii, skalę Depresji Becka (służącą do oceny zaburzeń nastroju), test uzależnienia od nikotyny według Fagerströma.

Pacjentka wykazywała chęć współpracy, otwarcie opowiadała o swojej chorobie, problemach i przeżyciach jakie temu towarzyszyły, w tym dotyczących życia intymnego. Chętnie poddała się pomiarom. Badania przeprowadzono po uzyskaniu ustnej zgody pacjentki z poszanowaniem przysługujących jej praw w naturalnym środowisku zamieszkania. W pracy wykorzystano studium przypadku opracowane na potrzeby pracy licencjackiej [16].

Studium przypadku. Kobieta lat 52, mieszkająca w niewielkim mieście na terenie Polski. Pozostaje w związku małżeńskim, z którego pochodzi czworo dorosłych dzieci. Jedno z nich prowadzi odrębne gospodarstwo domowe, jedno nie żyje, a dwóch najmłodszych synów mieszka z rodzicami. Pacjentka czynna zawodowo (pracuje w szkole).

Dolegliwości bólowe kobiety rozpoczęły się pod koniec roku 2018. Początkowo pacjentka odczuwała bóle zlokalizowane po prawej stronie jamy brzusznej, z którymi próbowała uporać się sama zażywając leki dostępne bez recepty, najczęściej była to No-spa. Doszukując się przyczyn bólu odpowiedzialność scedowała na styl życia jaki prowadziła (nieprawidłowa dieta – duże ilości czerwonego mięsa, mała ilość warzyw, palenie papierosów, a przede wszystkim pośpiech i nerwy). Okresy bólu brzucha przeplatały się z okresami kiedy pacjentka nie odczuwała żadnych dolegliwości. Z czasem ból się nasilił i zmienił się jego charakter. Raz pojawiał się z prawej, a raz z lewej strony jamy brzusznej. To skłoniło pacjentkę w kwietniu 2019 roku do wizyty u lekarza rodzinnego. Lekarz przeprowadził z pacjentką wywiad, zbadał fizykalnie, następnie zlecił wykonanie morfologii krwi z rozmazem oraz badania ogólnego moczu, które mieściły się w przyjętych normach. Lekarz zaproponował zmianę stylu życia (zalecił dietę lekkostrawną, spożywanie regularnie posiłków, bez pośpiechu, zwolnienie tempa życia i rzucenie nałogu – papierosy). Kobieta nie przejęła się zaleceniami lekarza POZ i nadal prowadziła dotychczasowy styl życia. Po upływie 6 miesięcy od ostatniej wizyty u lekarza rodzinnego pacjentka po raz drugi zgłosiła się do lekarza POZ. Lekarz ponownie przeprowadził wywiad oraz badanie fizykalne, wystawił skierowanie na USG jamy brzusznej oraz zlecił wykonanie podstawowych badań krwi (morfologia z rozmazem). Wyniki badań laboratoryjnych mieściły się w normie. W badaniu USG jamy brzusznej (październik 2019 roku) nie stwierdzono odchyień od normy, poza widoczną torbielą wielkości 1,5-2 cm na prawym jajniku. Pacjentka z wynikami wróciła do swojego lekarza rodzinnego. Tym razem lekarz zalecił jej konsultację u lekarza ginekologa.

Wizyta u lekarza ginekologa (grudzień 2019 roku) niewiele wniosła nowego do diagnostyki. Lekarz zbadał pacjentkę, potwierdził obecność torbieli (wielkość 19x12 mm) jednocześnie

opisując ją jako gładkościenną torbiel o grubych ściankach, która nie budzi podejrzeń o złośliwy charakter. Zalecił kontrolę ginekologiczną za 3 miesiące. Kobieta ponownie zgłosiła się do ginekologa w maju 2020 roku – wizyta i tym razem nie wniosła nic nowego do diagnostyki. W trakcie kolejnych miesięcy ból brzucha się nasilał, co w obliczu prawidłowych wyników badań przekonało pacjentkę, że jest osobą zdrową. Nie zgłosiła się na kolejne wizyty do lekarza rodzinnego i ginekologa w obawie o posądzenie o hipochondryzm. Dodatkowo w tym czasie utrudniony był kontakt z lekarzami ze względu na pandemię COVID-19. Z bólem walczyła sama – zwiększając dawki i częstotliwość spożywanych leków (No-spa oraz różne leki p/bólowe OTC) - „brzuch bolał tak, że leki jadłam garściami, sama nie wiem ile”. Do bólu, który był w różnych częściach jamy brzusznej dołączyły zaparcia oraz ogólne rozbiecie i osłabienie, które uniemożliwiało prawidłowe funkcjonowanie - pacjentka stwierdziła „w trakcie ostatniego miesiąca przed zabiegiem były takie dni, że nie miałam siły podnieść się z łóżka”. Ból jaki odczuwała kobieta był tak duży, że mąż pacjentki zdecydował się wezwać 8 grudnia 2020 roku Pogotowie Ratunkowe, które zabrało kobietę do szpitala, gdzie tego samego dnia została zoperowana. Wykonano sigmoidektomię (bez usuwania odbytu) z jednoczesnym wycięciem stomii oraz usunięto torbiel wraz z prawym jajnikiem. 28 grudnia 2020 roku chora otrzymała wynik histopatologiczny - rak gruczołowy jelita grubego G3. Nowotwór naciekał tkankę tłuszczową okołojelitową, obecne były cechy angioinwazji oraz stwierdzono przerzuty raka w 6 z 10 pobranych węzłach chłonnych. Kobieta została skierowana na leczenie chemioterapią, które rozpoczęła 31.01.2021 roku według schematu FOLFOX 4 (Oxaliplatin, 5 Fluorouracil, Calcium Folate). Po pierwszym cyklu leczenia podjęto decyzję o założeniu portu naczyniowego do żyły podobojczykowej prawej. Terapia składała się z 12 cykli chemioterapii podawanej co 14 dni. W trakcie leczenia 5-krotnie przesuwano termin o tydzień ze względu na złe wyniki badań oraz pogorszenie stanu zdrowia. Pacjentka wymagała zastosowania leczenia wspomagającego: Clemastin, Dexaven, Zofran, Ziextenzo, Afobam, Controloc, Polprazol, No-spa, Loperamid. Ostatecznie leczenie cytostatykami zakończono 13 sierpnia 2021. Po zakończeniu chemioterapii pacjentka jest pod stałą opieką poradni onkologicznej. Ostatnie badania krwi i TK są prawidłowe. Kobieta w chwili obecnej (marzec 2022 roku) czuje się dobrze. Okresowo zmaga się z bólami kończyn dolnych (mrowienie, drętwienie, odczuwanie zimna), zaparciami, uporczywym kaszlem oraz zgłasza problemy ze snem. W chwili obecnej boryka się z biegunką oraz stanem zapalnym skóry wokół stomii. Pacjentka ma świadomość ryzyka nawrotu choroby, jednak stara cieszyć się życiem i doceniać każdy dzień. Zdarzają się okresy kiedy strach o zdrowie przejmuje kontrolę, z tego też powodu korzysta okresowo z pomocy specjalisty (psychologa) oraz doraźnie stosuje

Afobam 0,25 mg. Kobieta stwierdza, że „stara się robić wszystko, żeby nie mieć czasu na zastanawianie się”. Z tego też względu angażuje się (nieformalnie, szczególnie poprzez znajomych oraz odpowiadając na lokalne ogłoszenia) w pomoc osobom borykającym się z podobnymi problemami. Podjęła decyzję o powrocie do pracy. Kobieta posiada orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym (od kwietnia 2021 roku).

Z przeprowadzonego wywiadu pielęgniarstwa wynika, że pacjentką opiekuje się rodzina. Zapytana o nałogi wymienia kawę (3 filiżanki dziennie), tytoń (10 szt. papierosów dziennie), alkohol – okazjonalnie. Pacjentka zgłasza poza tym problemy bólu podczas stosunku - suchość pochwy. Choroby przewlekłe – brak. Szczepienia i stosowane surowice - nie podaje. Uczulenia - nie podaje. Obciążenia rodzinne - nie zna. Stan psychiczny pacjentki: rozumienie, zapamiętywanie oraz myślenie logiczne - pełne. Wartość CTK 125/85 mm HG, tętno 75 uderzeń/min. Obręzków brak. Pacjentka kaszląca, duszność nie występuje. Sprawność ruchowa pełna. Odżywianie – prawidłowe; zaburzenia w odżywianiu: biegunki. Mocz wydalany prawidłowo. Wzrok osłabiony, słuch prawidłowy. Skóra blada, czysta. Kobieta korzysta ze sprzętu stomijnego. Pacjentka jest bardzo świadoma w kwestii swojego stanu zdrowia. Czynności pielęgnacyjne wykonuje samodzielnie, jednak w każdej chwili może liczyć na pomoc ze strony męża oraz syna (czasami z tej pomocy korzysta). Córka prowadząca odrębne gospodarstwo domowe zapewnia matkę o możliwości wsparcia z jej strony. Mimo solidnego oparcia w postaci osób z najbliższego otoczenia (mąż, syn, córka) momentami odczuwa złość i rezygnację. Nie do końca akceptuje swój zmieniony wygląd. Stwierdziła, że stomia szczególnie utrudnia jej „normalne” funkcjonowanie podczas przebywania blisko „zdrowych” osób (kwestia braku kontroli nad oddawanymi gazami). Mąż pacjentki zauważył, że kobieta rezygnuje często ze spotkań ze znajomymi tłumacząc to brakiem czasu. Jest przekonany, że decyzje takie podejmuje ze względu na brak kontroli nad oddawanymi gazami. Kobieta przed zabiegiem często spotykała się ze znajomymi, a teraz tego unika. Syn z kolei zauważył, że matka unika wspólnych wyjazdów zimą na narty tłumacząc to faktem posiadania stomii. Nie wie jak pomóc matce i przekonać ją do wspólnych wyjazdów, które przed zabiegiem były częstym zjawiskiem w rodzinie i matka bardzo je lubiła. W trakcie prowadzonej obserwacji pielęgniarstwa poza parametrami odnotowanymi w karcie indywidualnej pielęgnacji i karcie wywiadu środowiskowo-rodzinnego, stwierdzono:

- wzrost – 164 cm,
- waga – 51 kg,
- BMI – 18,96 (waga prawidłowa),

- WHR – 0,78 (jabłko),
- temperatura ciała – 36,8⁰C,
- saturacja – 97%,
- poziom glukozy we krwi (na czczo) – 85 mg/dl.

Testy przeprowadzono podczas wizyty w domu pacjentki. W Skali Depresji Becka uzyskała 7 punktów – wynik wskazuje na brak depresji, w skali SWLS (oceniającej jakość życia) pacjentka uzyskała 21 punktów, co przekłada się na 6 sten. Jest to jednoznaczne z wynikiem wskazującym na przeciętne zadowolenie z życia. Ból oceniła na 3 – wg skali NRS. W teście uzależnienia od nikotyny według Fagerströma pacjentka uzyskała 4 punkty (wynik wskazuje na brak biologicznego uzależnienia od nikotyny, ale na przyzwyczajenie i nawyk kojarzony z określonymi sytuacjami). Zmianę skóry wokół stomii oceniono według skali SACS – wynik L1,TV (zaczerwieniona skóra wokół stomii, ciągłość naskórka zachowana, zmiana objęła zasięgiem wszystkie kwadranty).

Indywidualny plan opieki pielęgniarskiej.

Problem pielęgnacyjny I: Zaburzenia snu spowodowane stresem wynikającym z obawy o własne zdrowie.

Cel: Poprawa jakości snu pacjentki w ciągu dwóch tygodni.

Działania pielęgnarskie:

- Przeprowadzenie rozmowy z pacjentką na temat stylu życia, sposobu spędzania wolnego czasu.
- Zachęcenie pacjentki do:
 - podjęcia aktywności fizycznej i unikania drzemek w ciągu dnia,
 - położenia się do łóżka w chwili, kiedy odczuwa zmęczenie,
 - regularnego budzenia się o określonej porze,
 - krótkiego spaceru przed snem,
 - relaksowania się poprzez czytanie ulubionych książek, gazet, słuchanie muzyki, obejrzenie filmu.
- Zasugerowanie pacjentce potrzeby zorganizowania odpowiednich warunków do snu, polegających na:
 - przewietrzeniu sypialni przed snem,
 - utrzymaniu prawidłowej temperatury w pomieszczeniu (18-20⁰ C),
 - zasłonięciu okien,
 - wyłączeniu telewizora,

- zgaszeniu światła.
- Poinformowanie pacjentki o niespożywaniu kofeiny oraz obfitych posiłków w godzinach wieczornych.
- Zachęcenie pacjentki do wypicia przed snem ciepłego napoju.
- Poinformowanie o potrzebie przyjmowania przez pacjentkę leków zleconych przez lekarza.
- Odnotowanie w dokumentacji pielęgniarki środowiskowej pacjentki zrealizowanych działań.

Ocena: Jakość snu uległa poprawie jednak problem wymaga dalszej obserwacji.

Problem pielęgnacyjny II: Obniżony nastrój spowodowany obawą o zdrowie.

Cel: Zminimalizowanie odczuwanego lęku i poprawa nastroju pacjentki w ciągu dwóch tygodni.

Działania pielęgniarские:

- Zachęcenie pacjentki do wypowiedziania swoich obaw dotyczących zdrowia.
- Wykonanie testu – Skala oceny Depresji Becka
- Wsparcie psychiczne pacjentki poprzez okazanie empatii, zainteresowania, poświęcenie czasu.
- Rozmowa z bliskimi o potrzebie wsparcia psychicznego kobiety z ich strony.
- Poinformowanie i umożliwienie pacjentce oraz rodzinie kontaktu z grupą wsparcia.
- Zaproponowanie konsultacji z psychologiem i ewentualnie umówienie spotkania.
- Zachęcenie pacjentki do spędzania czasu wolnego na czynnościach, które sprawiają jej przyjemność.
- Uświadomienie pacjentce możliwości działania na rzecz zminimalizowania ryzyka nawrotu choroby poprzez:
 - prawidłowe odżywianie,
 - całkowitą rezygnację z picia alkoholu,
 - rzucenie palenia,
 - regularną aktywność fizyczną,
 - systematyczne wykonywanie badań i zgłaszanie się na wizyty kontrolne zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego.
- Odnotowanie w dokumentacji pielęgniarki środowiskowej pacjentki zrealizowanych działań.

Ocena: W wyniku podjętych działań lęk pacjentki zmniejszył się, a nastrój uległ poprawie.

Problem pielęgnacyjny III: Biegunka spowodowana błędami żywieniowymi.

Cel: Powstrzymanie biegunki w ciągu tygodnia, oraz wykształcenie u pacjentki nawyków prawidłowego odżywiania.

Działania pielęgniarские:

- Zweryfikowanie wiedzy pacjentki dotyczącej zalecanego sposobu odżywiania.
- Uzupełnienie wiedzy dotyczącej prawidłowego żywienia, w tym przekazanie materiałów edukacyjnych dotyczących odżywiania.
- Ustalenie z pacjentką indywidualnego, przykładowego, tygodniowego jadłospisu, opierającego się na produktach zalecanych i jednocześnie preferowanych przez pacjenta.
- Zachęcenie do przestrzegania zaleceń żywieniowych:
 - spożywania w spokoju i bez pośpiechu, minimum 3 regularnych posiłków w ciągu dnia,
 - wypijania 2,5l. płynów (najlepiej wody) w ciągu dnia,
 - ograniczenia spożywania pokarmów, które pobudzają perystaltykę jelit, ograniczenia tłuszczu, rezygnacji ze słodczy,
 - spożywania produktów świeżych, bogatych w witaminy i składniki mineralne,
 - rezygnacji z produktów zawierających sztuczne barwniki i środki konserwujące,
 - przyprawiania dań ziołami, w tym kurkumą o właściwościach prozdrowotnych,
 - przygotowywania posiłków w formie gotowania na wodzie lub na parze.
- Poinformowanie pacjenta, że w przypadku nasilenia biegunki zaleca się:
 - przez dwa dni spożywać tylko kleik z ryżu na wodzie,
 - następnie dozwolone są sucharki oraz białe pieczywo (czerstwe),
 - zwiększyć ilość wypijanych płynów (gorzka herbata, rozcieńczony sok z czarnej porzeczki),
 - stosowanie elektrolitów,
 - jeżeli dolegliwości ustępują, można wprowadzić gotowane chude mięso, gotowane warzywa, powoli dochodząc do diety lekkostrawnej.
- Odnotowanie w dokumentacji pielęgniarской środowiskowej pacjentki zrealizowanych działań.

Ocena: Biegunka ustąpiła, pacjentka stara się przestrzegać zaleceń żywieniowych.

Problem pielęgnacyjny IV: Ryzyko wystąpienia zaparc, z powodu nieprzestrzegania zaleceń żywieniowych.

Cel: Niedopuszczenie do wystąpienia zaparć, zmobilizowanie pacjentki do przestrzegania zaleceń żywieniowych.

Działania pielęgniarские:

- Zweryfikowanie wiedzy i uzupełnienie ewentualnych braków pacjentki dotyczących postępowania, mającego na celu niedopuszczenie do wystąpienia zaparć.
- Poinformowanie o potrzebie przyjmowania odpowiedniej ilości płynów i błonnika pokarmowego.
- Przedstawienie listy produktów zalecanych oraz niewskazanych.
- Zaproponowanie wypijania na czczo przegotowanej wody z miodem lub łyżką oliwy.
- Poinformowanie pacjenta, że w przypadku przedłużających się zaparć, mimo zastosowania się do powyższych wskazówek, zaleca się wykonanie irygacji z gotowego preparatu (np. Enema).

Ocena: Zaparcia nie wystąpiły.

Problem V: Zaczerwienienie i świąd spowodowany zapaleniem skóry wokół stomii.

Cel: Zlikwidowanie stanu zapalnego skóry otaczającej stomię w ciągu dwóch tygodni.

Działania pielęgniarские:

- Wywiad z pacjentką na temat odczuwanych dolegliwości (w tym ocena bólu przy użyciu skali NRS) i okoliczności powstania zmiany.
- Przeprowadzenie badania fizykalnego.
- Ocena i zaklasyfikowanie zmiany na skórze otaczającej stomię przy użyciu skali SACS.
- Zweryfikowanie i ewentualne uzupełnienie wiedzy pacjentki, dotyczącej radzenia sobie w sytuacji wystąpienia zmian skórnych wokół stomii.
- Poinformowanie o potrzebie usunięcia czynnika drażniącego i nie używania produktów, które powodują reakcję alergiczną.
- Przedstawienie i zaproponowanie używania do pielęgnacji skóry podrażnionej dedykowanych do tego celu produktów.
- Zaproponowanie zmiany rodzaju przylepca lub wymianę sprzętu stomijnego na sprzęt innego producenta.
- Zasugerowanie kąpania się bez worka stomijnego i w miarę możliwości jak najczęstsze „wietrzenie skóry”, osuszanie skóry metodą „dotykową”.
- Odnotowanie w dokumentacji pielęgniarki środowiskowej pacjentki zrealizowanych działań.

Ocena: W wyniku zastosowania się do zaleceń udało się zlikwidować stan zapalny skóry wokół stonii.

Problem VI: Dyskomfort psychiczny i wycofanie z życia towarzyskiego, spowodowane brakiem kontroli nad wydalaniem i głośnym oddawaniem gazów.

Cel: Poprawa komfortu psychicznego pacjentki i podjęcie aktywności towarzyskich w ciągu dwóch tygodni.

Działania pielęgniarские:

- Zachęcenie pacjentki do rozmowy na temat specyfiki wydalania w przypadku osób posiadających stonię.
- Okazanie empatii i zrozumienia dla sytuacji chorej.
- Rozmowa z pacjentką na temat akceptacji.
- Edukacja pacjentki na temat sposobów radzenia sobie z oddawaniem gazów poprzez:
 - spożywanie posiłków powoli o regularnych porach, dokładnego przeżuwania i nie połykania powietrza,
 - przedstawienie listy produktów, które nasilają wzdęcia i których pacjentka powinna unikać oraz tych, z których powinna zrezygnować,
 - zalecenie spożywania kiszonek, szczególnie ogórków i kapusty (jednorazowo nie więcej niż ½ szklanki),
 - rezygnację z potraw smażonych,
 - przedstawienie listy produktów zalecanych, których spożywanie pomaga zlikwidować przykre zapachy,
 - zaproponowanie stosowania woreczków wyposażonych w filtr węglowy oraz innego rodzaju środków likwidujących nieprzyjemny zapach, a także papierowych filtrów które tłumią odgłosy towarzyszące oddawaniu gazów.
- Rozmowa i zaangażowanie rodziny w okazanie wsparcia kobiecie.
- Odnotowanie w dokumentacji pielęgniarki środowiskowej pacjentki zrealizowanych działań.

Ocena: W konsekwencji zastosowania się do zaleceń pielęgniarских problem głośnego oddawania gazów uległ zmniejszeniu. Poprawił się komfort psychiczny pacjentki, który pozwolił na podjęcie aktywności towarzyskich.

Problem VII: Unikanie kontaktów intymnych z powodu bólu związanego z suchością pochwy.

Cel: Przywrócenie właściwego stopnia nawilżenia pochwy i umożliwienie podjęcia aktywności seksualnej.

Działania pielęgniarские:

- Zachęcenie do rozmowy dotyczącej dolegliwości odczuwanych przez pacjentkę.
- Wyjaśnienie możliwych przyczyn suchości pochwy.
- Zaproponowanie stosowania w trakcie codziennej toalety kojących i długotrwanie nawilżających żeli do higieny intymnej (na bazie naturalnych składników, zawierających pałeczki kwasu mlekowego, preparatów z kwasem hialuronowym).
- Zaproponowanie stosowania na noc przez 10 dni globulki z kwasem hialuronowym Mucovagin.
- Zasugerowanie używania żeli nawilżających przed stosunkiem np. Mucovagin.
- Zaproponowanie wizyty u lekarza ginekologa.
- Odnotowanie w dokumentacji pielęgniarские środowiskowej pacjentki zrealizowanych działań.

Ocena: W wyniku zastosowania się do zaleceń pielęgniarские pacjentka potrafi poradzić sobie z suchością pochwy. Utrzymywanie kontaktów intymnych wróciło do normy.

Problem VIII: Ryzyko wystąpienia chorób odtytoniowych z powodu palenia papierosów przez pacjentkę oraz jej męża.

Cel: Zaprzestanie palenia tytoniu w ciągu trzech tygodni.

Działania pielęgniarские:

- Przeprowadzenie analizy wiedzy pacjentki i jej męża na temat szkodliwości palenia tytoniu i metod pomagających zrezygnować z palenia.
- Przeprowadzenie testu uzależnienia od nikotyny Fagerströma.
- Uświadomienie pacjentce i jej mężowi szkodliwych następstw palenia tytoniu, w tym ryzyka nawrotu choroby.
- Ukazanie pozytywnych korzyści wynikających z zaprzestania palenia (eliminacja czynników niekorzystnych dla zdrowia, korzyść finansowa).
- Omówienie możliwych sposobów ułatwiających zrezygnowanie z palenia tytoniu.
- Przedstawienie sposobów radzenia sobie w sytuacjach „kryzysowych” w trakcie rzucania palenia (np. ssanie owoców goździków, zjedzenie zdrowej przekąski).
- Motywowanie do zaprzestania palenia papierosów przez pacjentkę i jej męża.
- Zaangażowanie synów pacjentki do mobilizowania rodziców do zaprzestania palenia.
- Monitorowanie postępów zerwania z antyzdrowotnym przyzwyczajeniem.
- Odnotowanie w dokumentacji pielęgniarские środowiskowej pacjentki zrealizowanych działań.

Ocena: Pacjentka i jej mąż znacznie ograniczyli palenie, problem wymaga dalszej obserwacji.

Problem IX: Dyskomfort spowodowany uciążliwym, suchym kaszlem.

Cel: Wyeliminowanie kaszlu i poprawa samopoczucia w ciągu miesiąca.

Działania pielęgniarские:

- Przekazanie pacjentce informacji dotyczących prawdopodobnych przyczyn suchego kaszlu.
- Poinformowanie o konieczności rzucenia palenia, ewentualnie zmniejszenia ilości wypalanych papierosów.
- Wsparcie psychiczne pacjentki.
- Zaproponowanie stosowania profilaktyki zapobiegającej powstawaniu zapalenia płuc (ćwiczenia oddechowe, oklepywaniu pleców).
- Wykonanie badania fizykalnego – osłuchanie.
- Poinformowanie pacjentki i powiadomienie lekarza POZ o potrzebie osłuchania pacjentki.
- Odnotowanie zrealizowanych działań w dokumentacji pielęgniarки środowiskowej pacjentki.

Ocena: Pacjentka ograniczyła ilość wypalanych papierosów jednak kaszel utrzymuje się w dalszym ciągu. Problem wymaga dalszej obserwacji.

Problem X: Ból i dyskomfort z powodu zaburzeń czucia w kończynach dolnych (drętwienie i mrowienie) oraz nadmiernego odczuwania zimna.

Cel: Poprawa komfortu pacjentki w ciągu dwóch miesięcy.

Działania pielęgniarские:

- Rozmowa z pacjentką na temat odczuwanych przez nią dolegliwości.
- Ocena bólu przy użyciu skali NRS.
- Zachęcenie do wykonywania ćwiczeń wzmacniających i uelastyczniających mięśnie.
- Pokazanie, na czym polega i zaproponowanie wykonywania automasażu stóp.
- Zaproponowanie pacjentce ubierania się w sposób adekwatny do panującej temperatury, z uwzględnieniem dodatkowej warstwy ubioru w odzież wykonaną z naturalnych tkanin (bawełna, wełna, flanela).
- Zalecenie unikania chodzenia na bosą, zakładania kapci oraz ciepłych bawełnianych skarpetek.
- Zasugerowanie pacjentce potrzeby skontaktowania się lekarzem POZ, ewentualnie umówienie pacjentki na wizytę.

- Zaproponowanie skontaktowania się fizjoterapeutą.
- Odnotowanie w dokumentacji pielęgniarki środowiskowej pacjentki zrealizowanych działań.

Ocena: Mimo dostosowania się do zaleceń, dyskomfort i ból kończyn dolnych nawraca. Pacjentka jest po wizycie u lekarza POZ na której dostała skierowanie do neurologa. W chwili obecnej czeka na umówioną wizytę. Problem wymaga dalszej obserwacji.

Problem XI: Unikanie aktywności fizycznej spowodowane deficytem wiedzy w tym zakresie.

Cel: Podjęcie aktywności fizycznej w ciągu tygodnia.

Działania pielęgniarskie:

- Weryfikacja i ewentualne uzupełnienie wiedzy pacjentki dotyczącej potrzeby utrzymywania aktywności fizycznej.
- Uświadomienie pacjentce konieczności wprowadzenia w codzienny plan życia ćwiczeń wzmacniających mięśnie brzucha i krocza.
- Przedstawienie pacjentce zalecanych form aktywności fizycznej, tj:
 - spacerowanie,
 - pływanie,
 - jazda na rowerze,
 - jazda na nartach,
 - gimnastyka,
 - taniec.
- Zachęcenie i mobilizowanie pacjentki do podjęcia aktywności fizycznej.
- Zaangażowanie w mobilizację pacjentki członków jej najbliższej rodziny.

Ocena: Pacjentka zobligowała się do codziennych min. 30 minutowych spacerów i się z tego wywiązuje, po rozmowie z mężem i synem zarezerwowała zimowy wyjazd na narty.

Dyskusja. W Polsce z roku na rok odnotowuje się coraz większą liczbę zachorowań na RJG. Jednocześnie wzrasta liczba osób, które posiadają stomię, bowiem główną przyczyną wyłonienia przetoki jest RJG [17]. Jest on drugim pod względem częstości występowania nowotworem złośliwym u kobiet [18].

Zgodnie z literaturą wśród czynników predysponujących do powstania RJG najczęściej wymienia się: wiek (90% RJG wykrywane jest u pacjentów po 50 r.ż.), nieprawidłową dietę (szczególnie ubogą w błonnik), używki, brak aktywności fizycznej, nadwagę, występowanie zaparc [18,19,20]. Z badań przeprowadzonych przez Urbanik i Pachocką wynika, że za ok. 70% raków okrężnicy i odbytnicy odpowiedzialny był nieprawidłowy sposób odżywiania [21].

Podobnego zdania jest Chaber-Ciopińska i wsp. [22]. Kobieta będąca podmiotem studium przypadku omawianego w pracy, w chwili rozpoznania RJG miała 51 lat. Paliła papierosy, nieprawidłowo się odżywiała (posiłki składały się głównie z czerwonego mięsa i małej ilości warzyw, spożywane były w biegu) oraz cierpiała na zaparcia. Powyższe dane wskazują, że była predysponowana do zachorowania na RJG. Jedynie masa ciała tego nie potwierdza, w chwili obecnej waży 51 kg, wzrost 164 cm. BMI – 18.96 (waga prawidłowa).

Literatura medyczna wskazuje, że podstawą leczenia RJG jest jego chirurgiczne usunięcie, które czasami kończy się wyłonieniem stomii. Jest to traumatyczne przeżycie [12,23,24], które ma wpływ na funkcjonowanie człowieka we wszystkich sferach [25]. W sposób bezpośredni wpływa na zmianę dotychczasowego sposobu życia oraz jego jakość. Ogromne obciążenie fizyczne i psychiczne jakie niesie za sobą wyłonienie stomii zauważa Rogowska i wsp., według nich pacjenci zmagają się między innymi z zaburzeniami emocjonalnymi, lękami i niepokojem [7]. Często ograniczają kontakty interpersonalne i wycofują się z życia towarzyskiego, rodzinnego i zawodowego. Czują się niepotrzebni [7,8]. U opisywanej pacjentki występował lęk, który dodatkowo powodował problemy ze snem oraz wpływał na obniżenie nastroju.

Kolejnym problemem opisanym w literaturze naukowej są zaburzenia seksualne, które mogą dotyczyć sfery fizycznej i psychicznej pacjenta [5,12,24]. W sferze fizycznej kobiety najczęściej mają problem z suchością pochwy, pochwicą i bólem w trakcie współżycia. W sferze psychicznej problemy wynikają głównie z braku zaakceptowania własnej osoby. Rolą pielęgniarki rodzinnej jest rozmowa i wsparcie pacjentki, a także poinformowanie o możliwości skorzystania z pomocy seksuologa, psychologa oraz grup wsparcia [26]. U pacjentki będącej źródłem zainteresowania autorki wystąpiły zaburzenia seksualne związane ze sferą fizyczną. Związane były z odczuwaniem bólu w trakcie współżycia. Ten z kolei spowodowany był suchością pochwy. Przeprowadzona rozmowa z pacjentką oraz zastosowanie globulek i żelu Mucovagin przyniosło pozytywne efekty. Kobieta powróciła do normalnej aktywności seksualnej.

W literaturze medycznej poruszany jest problem wystąpienia zmian skórnych wokół stomii o różnym charakterze [5,12]. Mogą one powodować obniżenie jakości życia, wpływają na obniżenie nastroju, niekiedy powodują ból [7]. Pielęgniarka rodzinna powinna przeprowadzić wywiad, badanie fizykalne oraz dokonać oceny zmiany przy użyciu rekomendowanej przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Stomijnych skali SACS [7]. Po ocenie zmian powinna zalecić odpowiednie postępowanie. W analizowanym przez autora przypadku, pacjentka zmagająca się ze zmianami skórnymi wokół stomii. Do oceny zmian wykorzystano narzędzie

SACS, wynik - L1,TV (zaczerwieniona skóra wokół stomii, ciągłość naskórka zachowana, zmiana objęła zasięgiem wszystkie kwadranty). Charakter zmian wskazywał na odczyn alergiczny. Zaproponowana zmiana sprzętu stomijnego oraz wietrzenie skóry przyniosło zadowalające rezultaty.

Literatura medyczna przyjmuje jednolite stanowisko w zakresie sposobu odżywiania pacjentów ze stomią. Zgodnie z tym zalecane jest stosowanie diety dobrze zbilansowanej i urozmaiconej, składającej się z wielu grup produktów, które jednocześnie nie spowodują biegunek ani zaparć [11,21]. Ponadto, Pachocka zwraca uwagę na potrzebę stosowania prebiotyków, które poprzez uzupełnienie flory bakteryjnej wzmacniają układ odpornościowy, oraz na prawidłowy poziom witaminy D [21]. Podobnego zdania jest Jankowska i wsp. [27]. Z kolei Felińczak zwraca uwagę na duży potencjał przeciwnowotworowy kurkuminy, której stosowanie ma skutecznie zapobiegać nowotworom [28]. Głównym powodem występowania biegunek jak i zaparć są błędy dietetyczne, które mogą wynikać z deficytów wiedzy pacjenta odnośnie sposobu odżywiania, niestosowanie się do zaleceń. Dlatego też ważna jest edukacja pacjenta w tym zakresie, o czym donosi literatura medyczna. Niemniej trzeba mieć na uwadze również inne powody, które wywołują biegunki bądź zaparcia [23,27]. U kobiety będącej źródłem zainteresowania autorki, występowały problemy z biegunką. Podjęto kroki zmierzające do powstrzymania jej, a zamierzony cel osiągnięto. W trakcie sprawowania opieki w środowisku domowym pacjentki zaparcia nie wystąpiły, mimo to kobieta została wyedukowana w zakresie profilaktyki i ewentualnego działania w sytuacji ich pojawienia się. Często poruszonym w literaturze medycznej powikłaniem, które wpływa na obniżenie jakości życia, jest utrata kontroli nad wypróżnianiem i oddawaniem gazów [7,21,29]. Nadmiernemu wydalaniu gazów można zaradzić poprzez stosowanie zalecanego sposobu odżywiania. Dodatkowo zaleca się stosowanie odpowiednich worków stomijnych wyposażonych w filtry. U opisywanej pacjentki brak kontroli nad oddawaniem gazów spowodował obniżenie komfortu życia i wycofanie się życia towarzyskiego. Zaproponowane rozwiązania w postaci stosowania odpowiedniej diety, używania worków z wkładem węglowym, dokładnego, powolnego spożywania pokarmów oraz wsparcia i zachęcenia do samoakceptacji przyniosło zadowalające rezultaty.

Bardzo ważnym zadaniem pielęgniarki rodzinnej w trakcie sprawowania opieki nad pacjentem z wylonioną stomią z powodu RJG jest edukacja pacjenta i jego rodziny, która ma bardzo duży wpływ na poprawę jakości życia [17]. Zwraca na to uwagę Fierasiewicz [30], podobnie postrzega to Hreńczuk i Tomaszewska zwracając uwagę na rolę edukacji pooperacyjnej późnej [33]. Jednocześnie z badań przeprowadzonych przez Leyk-Kolańczyk i wsp. (2015) wynika, że

średni czas pobytu pacjenta w szpitalu (w związku z zabiegiem chirurgicznym, w trakcie którego wyłoniona zostaje stomia) wynosił średnio 4 dni [17]. Jest to zdecydowanie niewystarczający czas na przeprowadzenie efektywnej edukacji, która musi być kontynuowana w podstawowej opiece zdrowotnej. Dodatkowym problemem jest zbyt mała liczba pielęgniarek stomijnych, kolejnym utrudniona możliwość kontynuowania opieki i edukacji po zakończeniu hospitalizacji, dotyczy to szczególnie małych miejscowości. Zgodnie z badaniami przeprowadzonymi wśród pielęgniarek przez Leyk-Kolańczak i wsp. (2015), w praktyce prawie co 6 pacjent nie ma możliwości kontynuowania opieki ambulatoryjnej po zakończeniu leczenia w szpitalu [17]. U opisywanej pacjentki w opiece środowiskowej w pierwszej kolejności zachęcano kobietę do rozmowy, przeprowadzano wywiad, podczas którego weryfikowano wiedzę dotyczącą danego zagadnienia. W następnej kolejności uzupełniano ewentualne braki. Podejmując się opieki nad pacjentem z wyłonioną stomią z powodu RJG należy wykazać się podejściem holistycznym [9]. Przyjrzeć się należy nie tylko problemom bezpośrednio związanym ze stomią, ale także konkretnej sytuacji w jakiej znajduje się pacjent [11]. Nie istnieje jednolity wykaz problemów, z którymi mają do czynienia pacjenci z wyłonioną stomią. Każdy pacjent jest inny i może mieć różne powikłania, a także w różny sposób je odczuwać. Dlatego istotne jest zindywidualizowane działanie, skupiające się na problemach dotyczących określonej osoby [27]. Pielęgniarka rodzinna powinna dążyć do rozpoznania problemów, by móc ocenić deficyty pacjenta i jego rodziny. To działanie konieczne do zastosowania odpowiedniej metody pielęgnowania. W opiece nad pacjentem ze stomią bardzo duże znaczenie ma wsparcie oraz edukacja, która jeśli jest dobrze przeprowadzona zmniejsza lęk, pomaga pokonywać trudności, wzmacnia psychicznie pacjenta i jego bliskich, zmniejsza ryzyko wystąpienia powikłań [11,30]. Pielęgniarka rodzinna opiekująca się pacjentem z wyłonioną stomią powinna dążyć przede wszystkim do poprawy jakości jego życia.

Wnioski.

- RJG jest nowotworem złośliwym, dotyka głównie osób powyżej 50 roku życia i stanowi główny powód wyłonienia stomii. Dlatego bardzo ważna jest profilaktyka i wczesne wykrywanie tej choroby.
- Głównym zadaniem pielęgniarki rodzinnej wobec pacjenta z wyłonioną stomią z powodu RJG jest szeroko pojęte wsparcie i edukacja, skierowane do pacjenta i jego rodziny.
- Problemy pacjentów z wyłonioną stomią z powodu RJG nie są jednakowe u wszystkich. Nie ma też jednakowego schematu postępowania. Opieka nad pacjentem

powinna mieć charakter opieki zindywidualizowanej i holistycznej, a swoim zasięgiem objąć nie tylko pacjenta, ale też jego bliskich.

- Wśród problemów pielęgnacyjnych pacjentki przeważały te, które związane były z wyłonieniem stomii. Celem postępowania pielęgniarskiego była weryfikacja wiedzy pacjentki, edukacja, udzielanie wsparcia, doradzanie i motywacja do kontaktów społecznych.
- Mimo podjętych działań mających na celu rozwiązanie problemów z jakimi mierzy się pacjentka nie udało się wszystkich rozwiązać. Niektóre problemy wymagają podjęcia długotrwałego postępowania oraz dalszej obserwacji.
- Sprawowanie wysokiej jakości opieki nad pacjentami z chorobą nowotworową wymaga od pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej ustawicznego kształcenia podyplomowego, również w zakresie pielęgniarstwa onkologicznego.

Piśmiennictwo

1. Wojciechowska U., Didkowska J. Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów. Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy. <http://onkologia.org.pl/raporty/> [dostęp: 22/12/2021]
2. Uznańska K., Nowak-Kapusta Z. Wiedza i opinie respondentów na temat nowotworów jelita grubego. [w:] Uchmanowicz I., Przestrzelska M., Gurowiec P. J. Badania naukowe w pielęgniarstwie i położnictwie. Tom 8. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2020, str. 490-501
3. Deptała A. Rak jelita grubego. [w:] Deptała A., Wojtukiewicz M.Z. (red.). Onkologia w praktyce lekarza rodzinnego. Wydawnictwo AsteriaMed, Gdańsk 2016, str. 250-263
4. Gewartowska M., Stańczyk M. Nowotwory dziedziczne przewodu pokarmowego. Chirurgia po Dyplomie 2018; 14(2): 14-25
5. Cierzniaowska K., Szewczyk M.T. Stomia - ukryty problem tysięcy Polaków. Chirurgia po Dyplomie 2018, 13 (6): 26-33
6. Bielecki K. Historia stomii. [w:] Banasiewicz T., Krokowicz P., Szczepkowski M. Stomia. Prawidłowe postępowanie chirurgiczne i pielęgnacja. Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań 2014, str. 13-19
7. Rogowska S., Haor B., Frydrysiak A. i in. Nowe technologie w zaspokajaniu potrzeb pacjentów stomijnych oraz ich wpływ na poprawę jakości życia. Analiza przypadków. Pielęgniarstwo i położnictwo 2019; 2: 46-49
8. Hreńczuk M., Tomaszewska M. Opieka pielęgniarska nad pacjentem z wyłonioną stomią. [w:] Pietrzak M., Knoff B., Kryczka T.(red. nauk.). Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej. Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2021, str. 499-512
9. <https://www.coloplast.pl/global/produkty-stomijne/ostomy-self-assessment-tools/bodycheck-v2/questions-and-results/#/q/1> [dostęp: 23/01/2022]

10. Sobczak U. Rola pielęgniarki stomijnej. [w:] Banasiewicz T., Krokowicz P., Szczepkowski M. Stomia. Prawidłowe postępowanie chirurgiczne i pielęgnacja. Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań 2014, str. 347
11. Korecińska M. Opieka nad pacjentem z wylonioną stomią w chirurgii jelita grubego. [w:] Koper K.J., Koper A. (red. nauk.). Pielęgniarstwo onkologiczne. Wyd.2. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2020, str. 172-183
12. Wróblewska I., Wróblewska Z., Bujak-Rogała E. i in. Pielęgowanie starszego pacjenta ze stomią jelitową. [w:] Uchmanowicz I., Rosińczuk J. (red.). Badania naukowe w pielęgniarstwie i położnictwie. Tom 5. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2018, str. 364-377
13. Borejszak-Wysocki M., Krokowicz Ł., Sobczak U. Wczesna opieka pooperacyjna nad pacjentem ze stomią. [w:] Banasiewicz T., Krokowicz P., Szczepkowski M. Stomia. Prawidłowe postępowanie chirurgiczne i pielęgnacja. Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań 2014, str. 81-88
14. <https://glospacjenta.pl/nowotwory/ukladu-pokarmowego/511,opieka-domowa-pacjenta-ze-stomia> [dostęp: 23/01/2022]
15. Lesińska-Sawicka M. (red.). Metoda case study w pielęgniarstwie. Wybrane zagadnienia. Wydawnictwo Medyczne Borgis, Warszawa 2009
16. Sokołowska-Mikityn A. Zadania pielęgniarki rodzinnej wobec pacjentki z wylonioną stomią jelitową z powodu raka jelita grubego – studium przypadku. Niepublikowana praca dyplomowa licencjacka. Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Głogowie, Głogów 2022
17. Leyk-Kolańczak M, Książek J, Piotrkowska R. Realizacja opieki stomijnej w Polsce w opinii pielęgniarek. Problemy Pielęgniarstwa 2017; 25(1): 20-28
18. Janus-Szymańska G., Doroczyńska-Kowalik A., Bębenek M. i in. Podstawy medycyny personalizowanej raka jelita grubego. Biuletyn Polskiego Towarzystwa Onkologicznego Nowotwory 2021; 71: 52-61
19. Szejma J., Szmyt K., Krokowicz Ł. i in. Co nowego w leczeniu chirurgicznym okrężnicy i odbytnicy? Chirurgia po Dyplomie 2019; 14(5): 6-10
20. Czezelewska E. Pielęgniarka w zespole diagnostyczno-terapeutycznym. Co warto wiedzieć o nowotworze jelita grubego. Analiza Przypadków Pielęgniarstwo i Położnictwo 2018; 2: 31-34
21. Pachocka L. Stomia - wskazówki praktyczne. Opis przypadku pacjentki z rakiem gruczołowym jelita grubego. Onkologia po Dyplomie 2021; nr 5: 27-33
22. Chaber-Ciopińska A., Reguła J. Profilaktyka pierwotna i wtórna. [w:] Potemski P. (red. nauk.). Rak jelita grubego. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2020, str. 10-19
23. Bazaliński D., Binkowska-Bury M. Standard opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z wylonioną stomią jelitową w przebiegu chirurgicznego leczenia raka jelita grubego. [w:] Łuczyk M., Szadowska-Szlachetka Z., Ślusarska B.(red. nauk.). Standardy i procedury w pielęgniarstwie onkologicznym. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2017, str. 349-364
24. Jankowska-Puzio L. Stomia jelitowa w pacjentów 65 plus w kontekście problemów pielęgnacyjnych. Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej 2019; 2: 74-84
25. Kapela I., Bąk E., Krzemińska S.A. i in. Ocena poziomu akceptacji choroby i satysfakcji z życia u chorych na raka jelita grubego leczonych chemioterapią. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne 2017; 26: 53-61

26. Kosowicz M., Kulpa M. Wybrane problemy pacjentów ze stomią w aspekcie życia seksualnego. [w:] Banasiewicz T., Krokowicz P., Szczepkowski M. Stomia. Prawidłowe postępowanie chirurgiczne i pielęgnacja. Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań 2014, str. 349-356
27. Jankowska P., Kikolska M., Kwiatkowska M. i in. Pielęgnacja pacjenta ze stomią po leczeniu chirurgicznym nowotworu jelita grubego – studium przypadku w oparciu o ICNP. Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej 2017; 1: 45-52
28. Felińczak A. Rola przypraw w profilaktyce chorób nowotworowych. W Cieniu Czepka 2020; 2: 14-16
29. Haor B., Głowacka M., Rybka M. i in. Nowe technologie w medycynie i ich wpływ na poprawę jakości życia pacjentów ze stomią. Analiza Przypadków Pielęgniarstwo i Położnictwo 2018; 1: 45-50
30. Fierasiewicz A. Rak jelita grubego. Opieka nad pacjentem ze stomią. Analiza przypadków. Pielęgniarstwo i położnictwo 2018; 3-4: 31-33

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTKĄ Z RANĄ PRZEWLEKŁĄ W WARUNKACH DOMOWYCH

ALICJA DOWNAR, EDYTA KĘDRA

Wprowadzenie. Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej (pielęgniarka POZ), inaczej nazywana pielęgniarką rodzinną, ma za zadanie zaplanować i zrealizować kompleksową opiekę pielęgniarską nad podmiotem opieki, czyli pacjentem i jego rodziną i/lub opiekunami. Współpracuje ona głównie z lekarzem rodzinnym/lekarzem POZ, który jest koordynatorem opieki, położną rodzinną, pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania (pielęgniarka szkolna) oraz lekarzami różnych specjalności w zależności od potrzeb podmiotu opieki. Członkowie tego zespołu są zobligowani do przekazywania informacji na temat rozpoznania, sposobu leczenia, rokowań, farmakoterapii, produktów spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i środków medycznych, uwzględniając okres ich stosowania i dawkowania, terminów wizyt, zaplanowanych oraz udzielanych świadczeń zdrowotnych. Opieką pielęgniarki POZ objęte są zarówno osoby zdrowe jak i chore, obu płci i w każdym wieku, z wyłączeniem noworodków i niemowląt do 2. miesiąca życia. Szeroki zakres obowiązków wymaga od pielęgniarki POZ dużej wiedzy medycznej, umiejętności manualnych i rozeznania w funkcjonowaniu sektora społecznego [1-3].

Zgodnie z § 1 ust. 1 pkt 3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego [4] pielęgniarka może prowadzić leczenie ran, uwzględniając dobór opatrunków i sposobu leczenia pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego.

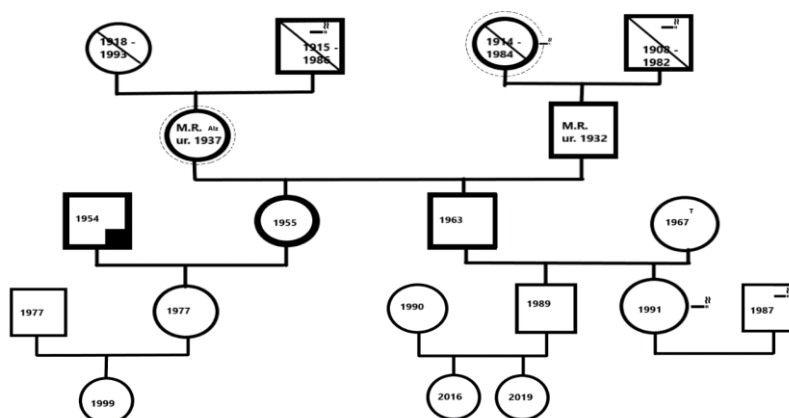
Opieka pielęgniarska nad pacjentem z raną przewlekłą jest skomplikowana ze względu na złożoność problemów. Na proces gojenia się rany mają wpływ zarówno czynniki zewnętrzne, jak i wewnętrzne. Europejskie Towarzystwo Leczenia Ran Przewlekłych (EWMA) oraz Polskie Towarzystwo Leczenia Ran (PTLR) zalecają, aby leczenie i opieka nad pacjentem obejmowały diagnostykę, leczenie przyczynowe, redukcję czynników przyczynowych albo opóźniających proces gojenia się, leczenie miejscowe i edukację podmiotu opieki, czyli pacjenta wraz z jego rodziną lub/i opiekunami [5,6].

Celem pracy jest zaprezentowanie zakresu działań podejmowanych przez pielęgniarkę rodzinną w odniesieniu do podopiecznej z odleżyną IV stopnia, w zaawansowanym stadium choroby Alzheimera (III stopień) i jej rodziny.

Materiał i metody. Materiał został pozyskany w roku 2021 przez jedną z uaterek pracy, w trakcie realizacji praktyk zawodowych w POZ i kontynuowano jego pozyskiwanie również po zakończeniu ich zakończeniu.

W pracy zastosowano metodę indywidualnego przypadku, z wykorzystaniem technik zalecanych w pielęgniarstwie do zbierania danych o pacjencie i jego rodzinie, do których należały: wywiad z rodziną, obserwacja w trakcie wykonywanych czynności, pomiar, analiza dokumentacji udostępnionej przez rodzinę pacjentki oraz wykorzystywana w pielęgniarstwie rodzinnym technika lustracji terenowej.

Opis przypadku. Pacjentka 84 lata z zaawansowanym stadiem choroby Alzheimera (III stadium), którą rozpoznano w 2017 r., mieszka z 89-letnim mężem. Małżeństwo mieszka w bloku 4-piętrowym na 4. piętrze, w 2-pokojowym mieszkaniu, które jest suche i słoneczne, a dojście do niego dobre. Zapewniony jest dostęp do bieżącej wody, toalety oraz ogrzewanie centralne. Status materialny średni, małżonkowie nie korzystają z pomocy socjalnej. Wydolność opiekuńcza niepełna.



Ryc. 1 Genogram rodziny

Dodatkowo u kobiety współistnieje nadciśnienie tętnicze pierwotne, rozpoznane w 2018 r. Obecnie przyjmuje Eliquis 2x2,5 mg, Axtil 1x2,5 mg i Trifas Cor 1x5 mg. W wyniku postępującej choroby u pacjentki pojawił się problem z komunikowaniem się, otępienie oraz konfabulacje. W celu poprawy stanu psychicznego kobieta przyjmuje Perazin 2x25 mg i Memantine Accord 2x10 mg.

Również w 2018 r. pacjentka zaczęła mieć problemy z chodzeniem, które z czasem spowodowały jej unieruchomienie w łóżku. Opiekę nad kobietą sprawują 89-letni mąż wraz z córką (córka ma swoją rodzinę), którzy nie posiadają wiedzy na temat prawidłowego postępowania z chorym przewlekle unieruchomionym. Ze względu na unieruchomienie

w łóżku pojawiły się u kobiety przykurcze i występuje ryzyko żyłnej choroby zakrzepowozatorowej. Dołączający się do tego deficyt wiedzy opiekunów oraz unieruchomienie doprowadza do powstania odleżyny IV stopnia na lewej pięcie i istnieje ryzyko powstania nowych ran. Pacjentka cierpi na bezsenność, co zwiększa jej niepokój, a to z kolei przekłada się na wzrost napięcia emocjonalnego u pozostałych członków jej rodziny. Ponadto istnieje ryzyko zachłystowego zapalenia płuc. Rodzina pacjentki przyznaje, że odczuwa lęk związany ze stanem zdrowia pacjentki.

Wynik badania fizykalnego przedmiotowego:

- masa ciała: 75 kg, wzrost: 162 cm, BMI: 28.6
- układ oddechowy: oddech pogłębiony, 18 odd./min, regularny, bez zaciągania pomocniczych mięśni oddechowych, kaszel suchy napadowy, duszność napadowa;
- układ krążenia: tętno prawidłowe (80 ud./min.), ciśnienie tętnicze 120/70 mmHg, brak obrzęków, perfuzja obwodowa prawidłowa;
- układ pokarmowy: apetyt zmniejszony, pragnienie i wydalanie prawidłowe, zaburzenia w połykaniu, stosowana dieta oszczędzająca, nadwaga;
- układ moczowy: mocz prawidłowy, występuje nietrzymanie moczu;
- układ nerwowy: świadomość ograniczona, czucie prawidłowe, niedowłady: nie występują, dekoncentracja, konfabulacje, zamroczenie i bezsenność;
- układ kostno-stawowo-mięśniowy: ruchomość w stawach ograniczona, obecne przykurcze;
- skóra: napięcie: słabe, blada, sucha, temp. 36,4⁰C, brak obrzęków, wykwitów, na pięcie kończyny dolnej lewej odleżyna IV stopnia;
- narządy zmysłów: zaburzenia słuchowe i wzrokowe w postaci niedosłyszenia i niedowidzenia;
- komunikacja: mowa znacznie ograniczona, wypowiada jedynie pojedyncze słowa (np. pić, jeść, tak, nie)
- inne: długotrwałe unieruchomienie w łóżku.

W trakcie pierwszej wizyty pielęgniarki rodzinnej w domu starszego małżeństwa, która miała miejsce 3 stycznia 2021 r., stwierdzono na lewej pięcie kobiety obecność odleżyny z martwicą czarną oraz fragmentem martwicy rozplywnej.



Ryc. 2 Odleżyna lewej pięty ze zmianami martwiczymi w czasie pierwszej wizyty w domu pacjentki (archiwum własne, 2021)

Po oczyszczeniu rany, sprawdzeniu obecności infekcji, zastosowano opatrunek w postaci Aquacell Ag. W trakcie tej wizyty przeprowadzono również edukację osób zajmujących się chorą (mąż i dochodząca córka) z zakresu profilaktyki odleżyn i pielęgnacji, wykonano instruktaż z zakresu toalety osoby unieruchomionej oraz zalecono kupno lub wynajem sprzętów pomocniczych tj. łóżko rehabilitacyjne, wałki itp. Ze względu na stwierdzoną dysfagię i ryzyko niedożywienia przeprowadzono edukację opiekunów nieformalnych na temat żywienia osób z zaburzeniami połykania. W wyniku unieruchomienia powstały u pacjentki przykurcze oraz występuje ryzyko choroby zakrzepowo-zatorowej, dlatego zastosowano ćwiczenia bierne oraz wdrożono do nich rodzinę, zalecono także konsultacje z rehabilitantem. W związku z bezsennością pacjentki przekazano rodzinie informacje na temat odpowiedniego mikroklimatu w pokoju chorej oraz optymalnych warunków podczas zasypiania.

Dokonano bieżącej ewaluacji efektów przeprowadzonej edukacji opiekunów nieformalnych, która wypadła pozytywnie. Przeprowadzono również ocenę stanu nawodnienia organizmu poprzez ocenę napięcia i elastyczności skóry, wilgotności błon śluzowych, wypełnienia żył oraz sprężystości gałek ocznych. Stwierdzono umiarkowane odwodnienie. Z tego powodu założono dostęp dożylny, pobrano krew na badania gospodarki wodno-elektrolitowej, oraz podano płyn wieloelektrolitowy według zlecenia lekarskiego. Zalecono rodzinie stosowanie preparatów zagęszczających płyny, przeprowadzono edukację na temat zalecanej ilości spożywanych płynów i odpowiedniego ułożenia pacjentki podczas pojenia. Udokumentowano wykonane działania pielęgniarские w dokumentacji medycznej pielęgniarki rodzinnej.

Na kolejnej wizycie 7 stycznia 2021r. stan rany bez zmian, zastosowano leczenie według strategii TIME, płyn Sutrisept oraz opatrunek specjalistyczny Urgoclean Ag. Zastosowano ćwiczenia bierne u pacjentki w celu profilaktyki choroby zakrzepowo-zatorowej i z powodu przykurczy. Założono dostęp dożylny i podano 0,9% NaCl według zlecenia lekarskiego.

Podczas rozmowy z rodziną zauważono występujące u opiekunów nieformalnych (mąż i córka) napięcie emocjonalne, spowodowane stanem zdrowia pacjentki. Wy tłumaczono istotę choroby Alzheimera, zalecono wizytę u psychologa oraz poinformowano o grupach wsparcia dla opiekunów osób chorych na Alzheimera. Rodzina przyznała, że lepiej się czuje po rozmowie. Mąż pacjentki wraz z córką stosują zalecenia pielęgniarские, samodzielnie wykonują toaletę ciała chorej, wykonują ćwiczenia bierne oraz podjęli współpracę z rehabilitantem.

Trzecia wizyta pielęgniarki rodzinnej w domu pacjentki (9 stycznia 2021 r.): stan rany bez zmian, oczyszczono ranę za pomocą płynu Sutrisept oraz zastosowano opatrunek składający się z Urgoclean Ag i Urgotul Absorb. Pacjentka wciąż cierpi na bezsenność, zalecono podanie leków nasennych przepisanych przez lekarza. Rodzina podjęła współpracę z rehabilitantem. Zastosowano ćwiczenia bierne. Dokonano ponownej oceny stanu nawodnienia pacjentki. Dzięki podawanym dożylnie płynom na zlecenie lekarza oraz stosowaniu przez rodzinę preparatów zagęszczających płyny stan nawodnienia pacjentki uległ poprawie.

Przez następnych sześć wizyt stan rany nie ulegał zmianom, leczenie przebiegało tak samo jak wcześniej. Przy okazji wizyt przeprowadzano ćwiczenia bierne z pacjentką. W trakcie rozmowy córka pacjentki przyznała się do korzystania przez nią z pomocy psychologicznej, co jak sama stwierdziła przełożyło się na zmniejszenie jej napięcia psychicznego. Wraz z mężem pacjentki, a swoim ojcem uczestniczy także w spotkaniach grupy wsparcia dla opiekunów osób chorych na Alzheimera.

Pierwsze zmiany w ranie zaobserwowano w trakcie wizyty w dniu 27 stycznia 2021 r. Pojawił się wysięk ropno-krwisty z rany. Zastosowano dotychczasowy schemat leczenia.



Ryc. 3 Odleżyna z obecnym ropno-krwistym wysiękiem (archiwum własne, 2021)

Ponadto stwierdzono, że dzięki prowadzonym ćwiczeniom z rehabilitantem i ćwiczeniom biernym przykurcze u pacjentki zmniejszyły się. Leki nasenne zniwelowały problem pacjentki z bezsennością.

Podczas dwóch kolejnych wizyt nadal obserwowano wysięk ropny z rany, a leczenie pozostało bez zmian. Kontynuowano ćwiczenia bierne.

W trakcie wizyty w dniu 3 lutego 2021 r. zauważono zaczerwienienie powyżej pięty, obrzęk oraz wysięk płynu surowiczo-ropno-krwistego. Zastosowano dotychczasowe leczenie i przeprowadzono ćwiczenia bierne. Pobrano krew na badania laboratoryjne w celu kontroli stanu odżywienia.

Kolejną zmianę w stanie rany pacjentki zaobserwowano 14 lutego 2021 r. - tkanka martwicza prawie całkowicie się oddzieliła, pozostał wysięk ropny. Oczyszczono ranę płynem Sutrisept oraz założono opatrunek Urgoclean Ag i Urgotul Absorb.



Ryc. 4 Oddzielenie się tkanki martwicy czarnej (archiwum własne, 2021)

W oparciu o otrzymane wyniki badań laboratoryjnych stwierdzono poprawę stanu odżywienia pacjentki. Nadal stosowano ćwiczenia bierne.

Na kolejnej wizycie nie zaobserwowano zmian w stanie rany. Kontynuowano dotychczasowe jej leczenie.

Opracowanie chirurgiczne rany przeprowadzono w trakcie wizyty w dniu 19 lutego 2021 r. Usunięto tkankę martwiczą czarną, pozostał niewielki fragment martwicy rozplývnej. Zastosowano płyn Sutrisept do oczyszczenia rany i opatrunek w postaci Urgoclean Ag i Urgotul Absorb. Wdrożono antybiotykoterapię doustną, obrzęk wokół rany zmniejszył się.



Ryc. 5 Odleżyna po chirurgicznym opracowaniu (archiwum własne, 2021)

Na dwóch kolejnych wizytach obecny był wysięk ropny oraz niewielka ilość martwicy rozpływnej, leczenie nie uległo zmianom. Kontynuowano ćwiczenia bierne z pacjentką.

Sytuacja zmieniła się pod koniec lutego. Przy okazji wizyty w dniu 28 lutego 2021 r. nie potwierdzono obecności wysięku, a ranę zakwalifikowano jako ranę w fazie gojenia. Oczyszczono ją płynem Sutrisept i założono opatrunek Urgoclean Ag i Urgotul Absorb. Przy kolejnych wizytach brak widocznych zmian.

Niecały miesiąc później (23.03.2020 r.), przy okazji kolejnej wizyty stwierdzono zmniejszenie się pola rany, gojenie przebiegało prawidłowo. Po oczyszczeniu rany płynem Sutrisept założono opatrunek składający się z Urgoclean Ag i Urgotul Absorb.

Przez następne cztery miesiące proces gojenia rany przebiegał prawidłowo, pole rany zmniejszało się. Nie zmieniano dotychczasowego leczenia.

Ostatnia wizyta pielęgniarki rodzinnej w domu chorej miała miejsce 27 lipca 2021 r. W jej trakcie oceniono stan rany jako ranę zagojoną, zastosowano opatrunek w postaci Urgotul Absorb w celu ochrony naskórka na pięcie.



Ryc. 6 Rana zagojona (archiwum własne, 2021)

Przykurcze spowodowane napięciem mięśniowym uległy znacznemu zmniejszeniu, rodzina wciąż współpracuje z rehabilitantem. Stan odżywienia pacjentki poprawił się, dzięki zastosowaniu Nutridrink Cubitan, lecz z powodu dalszego braku apetytu należy go kontrolować.

Plan opieki pielęgniarskiej.

Diagnoza pielęgniarska 1. Odleżyna IV stopnia zlokalizowana na pięcie pacjentki spowodowana nieprawidłową pielęgnacją pacjentki.

Cel: Zagojenie się odleżyny, niedopuszczenie do powstania nowych odleżyn przez cały okres leczenia rany.

Działania pielęgniarskie:

- ocena odleżyny każdorazowo podczas wizyty pielęgniarki,
- ocena skóry pacjentki każdorazowo podczas wizyty pielęgniarki,
- odpowiednie natłuszczanie oraz oklepywanie skóry w celu poprawy krążenia podczas wykonywania toalety ciała przez nieformalnych opiekunów (mąż, córka),
- stosowanie się do zasad aseptyki i antyseptyki przez pielęgniarkę podczas pielęgnowania rany,
- oczyszczenie rany lawaseptykiem w postaci Octaniseptu każdorazowo podczas wizyty,
- opracowanie rany każdorazowo podczas wizyty,
- użycie antyseptyku jeśli rana jest zanieczyszczona martwicą rozplywną, wydzielinami, wydaliniami, pojawiło się zakażenie lub stan zapalny,
- sprawdzenie czy wystąpiła infekcja i zapalenie każdorazowo podczas wizyty,
- zadbanie o odpowiednią wilgotność rany każdorazowo podczas wizyty,
- kontrola brzegów rany każdorazowo podczas wizyty,
- zastosowanie maści oraz opatrunków specjalistycznych zleconych przez lekarza każdorazowo podczas wizyty,
- ocena stanu ogólnego pacjentki każdorazowo podczas wizyty,
- udokumentowanie działań w dokumentacji medycznej pielęgniarki rodzinnej.

Ocena efektów działań pielęgniarskich: Odpowiednia i regularna pielęgnacja odleżyny i zastosowanie odpowiednich opatrunków poskutkowało zagojeniem się rany w ciągu 8 miesięcy.

Diagnoza pielęgniarska 2. Ryzyko regresu zmiany odleżynowej spowodowane brakiem wiedzy opiekunów nieformalnych (mąż, córka) na temat pielęgnacji osoby przewlekle chorej.

Cel: Niedopuszczenie do powstania nowych odleżyn i pogorszenia stanu obecnie istniejącej odleżyny przez cały okres leczenia rany, poprzez edukację opiekunów nieformalnych (mąż, córka) w zakresie pielęgnacji osoby przewlekle chorej.

Działania pielęgniarские:

- ocena skóry pacjentki,
- edukacja na temat techniki przeprowadzania toalety całego ciała pacjentki oraz włączanie ich do jej realizacji,
- poinformowanie rodziny o konieczności oglądania skóry podczas wykonywania toalety ciała,
- pouczenie rodziny o konieczności dokładnego osuszania skóry, szczególnie w okolicach fałdów skórnych,
- zwrócenie uwagi rodziny na miejsca szczególnie narażone na powstawanie odleżyn w zależności od pozycji ciała pacjentki,
- poinformowanie rodziny o konieczności sprawdzania czy prześcieradło jest prawidłowo ułożone, bez zagnieceń, które stwarzają dodatkowy ucisk na tkanki,
- zalecenie rodzinie wynajmu lub kupna łóżka rehabilitacyjnego oraz innych udogodnień, takich jak: materac przeciwoleżynowy, podpórki na łokcie i pięty, wałki pod kark i kolana itp.
- poinformowanie o konieczności częstej zmiany pozycji pacjentki, co 1-2 godziny,
- pouczenie o konieczności dbania, aby skóra oraz bielizna osobista i pościelowa pacjentki były czyste i suche,
- zalecenie stosowanie pieluchomajtek,
- zalecenie mycia krocza oraz zmiany pieluchomajtek w razie potrzeby,
- zmiana bielizny osobistej i pościelowej co najmniej raz dziennie,
- nauka rodziny techniki oklepywania skóry pacjentki w celu poprawy krążenia,
- poinformowanie o istocie natłuszczania skóry pacjentki,
- edukacja rodziny pacjentki na temat diety odpowiedniej dla osób z odleżanymi,
- wskazanie zmian w stanie pacjentki, które wymagają wizyty lekarza rodzinnego,
- ocena wiedzy rodziny w zakresie pielęgnacji osoby przewlekle chorej,
- udokumentowanie działań w dokumentacji medycznej pielęgniarki rodzinnej pacjentki.

Ocena efektów działań pielęgniarских: Rodzina posiada wiedzę na temat pielęgnacji osoby chorej przewlekle oraz umie wykorzystać ją w praktyce. Odleżyna zagoiła się w ciągu 8 miesięcy, nowe odleżyny nie powstały.

Diagnoza pielęgnarska 3. Ryzyko wystąpienia powikłań w wyniku odwodnienia organizmu pacjentki.

Cel: Poprawa nawodnienia organizmu pacjentki, niedopuszczenie do powstania powikłań w wyniku odwodnienia przez cały okres leczenia rany.

Działania pielęgnarskie:

- ocena stopnia nawodnienia organizmu poprzez ocenę napięcia i elastyczności skóry, wilgotności błon śluzowych, wypełnienia żył oraz sprężystości gałek ocznych,
- pobranie krwi na badania laboratoryjne (oznaczenie poziomu elektrolitów) na zlecenie lekarza,
- założenie dostępu dożylnego,
- podanie dożylnie płynu wieloelektrolitowego i 0,9% NaCl na zlecenie lekarza w celu wyrównania zaburzeń wodno-elektrolitowych,
- zalecenie rodzinie podawania płynów doustnie,
- wykonanie pomiaru ciśnienia tętniczego, tętna oraz ilości oddechów i udokumentowanie,
- ułożenie pacjentki w pozycji bocznej w celu uniknięcia zachłyśnięcia spowodowanego dysfagią,
- zalecenie rodzinie stosowania preparatów zagęszczających płyny,
- edukacja rodziny pacjentki na temat zalecanej dziennej ilości spożywanych płynów oraz diety poprawiającej nawodnienie organizmu,
- udokumentowanie działań pielęgnarskich w dokumentacji medycznej pielęgnarski rodzinnej.

Ocena efektów działań pielęgnarskich: Stopień nawodnienia organizmu pacjentki uległ znacznej poprawie, powikłania spowodowane odwodnieniem nie wystąpiły.

Diagnoza pielęgnarska 4. Niedożywienie spowodowane dysfagią oraz brakiem apetytu.

Cel: Poprawa stanu odżywienia pacjentki oraz apetytu przez cały okres leczenia rany.

Działania pielęgnarskie:

- ocena stanu odżywienia pacjentki na podstawie wyników badań laboratoryjnych zleconych przez lekarza POZ,
- pobranie krwi na badania stężenia albumin i białka we krwi na zlecenie lekarza,
- zachęcanie słowne do spożywania pokarmów przez pielęgnarską oraz nieformalnych opiekunów (mąż, córka),
- edukacja rodziny w zakresie:

- odpowiedniej konsystencji pokarmów dostosowanej do możliwości pacjentki,
- specjalistycznych preparatów żywieniowych oraz suplementów uzupełniających niedobory żywieniowe,
- odpowiedniej pozycji pacjentki podczas karmienia w celu uniknięcia zachłyśnięcia,
- odpowiedniej temperatury pokarmów,
- dostosowania potraw do preferencji pacjentki,
- ocena wiedzy rodziny w zakresie żywienia osób z dysfagią,
- zalecenie rodzinie konsultacji z dietetykiem w celu ustalenia odpowiedniej diety dla pacjentki,
- udokumentowanie działań pielęgniarских w dokumentacji medycznej pielęgniarki rodzinnej.

Ocena efektów działań pielęgniarских: Apetyt pacjentki nie uległ poprawie. Badania laboratoryjne zlecone przez lekarza POZ były wykonywane co 2 miesiące, na ich podstawie można stwierdzić, że stan odżywienia pacjentki uległ niewielkiej poprawie, rodzina podaje kobiecie specjalistyczny preparat żywieniowy Nutricia Cubitan.

Diagnoza pielęgniarська 5. Ryzyko wystąpienia zachłystowego zapalenia płuc spowodowane dysfagią.

Cel: Zminimalizowanie ryzyka wystąpienia zachłystowego zapalenia płuc poprzez edukację rodziny.

Działania pielęgniarские:

- edukacja rodziny na temat istoty choroby,
- poinformowanie rodziny o konieczności dostosowania konsystencji pokarmu do możliwości pacjentki,
- wykonanie instruktażu poprawnego ułożenia pacjentki w czasie karmienia,
- zalecenie powolnego podawania pokarmu,
- poinformowanie o konieczności pozostania pacjentki w pozycji wysokiej co najmniej 15 minut po zakończeniu jedzenia,
- poinformowanie rodziny o konieczności unikania potraw sypkich,
- instruktaż oraz wdrażenie rodziny do wykonywania toalety jamy ustnej,
- poinformowanie o konieczności sprawdzenia jamy ustnej pacjentki po spożyciu posiłku,

- edukacja rodziny w zakresie ćwiczeń oddechowych i częstości wykonywania ich z pacjentką,
- ocena wiedzy rodziny na temat postępowania podczas opieki osób z dysfagią,
- udokumentowanie działań pielęgniarских w dokumentacji medycznej pielęgniarki rodzinnej.

Ocena efektów działań pielęgniarских: Rodzina posiada wiedzę w zakresie opieki nad osobą z dysfagią oraz potrafi wykorzystać ją w praktyce, zachłystowe zapalenie płuc nie wystąpiło.

Diagnoza pielęgniarська 6. Ryzyko powstania żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej spowodowane unieruchomieniem pacjentki.

Cel: Zminimalizowanie ryzyka powstania żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej. Wczesne rozpoznanie objawów choroby.

Działania pielęgniarские:

- obserwacja objawów wskazujących na powstanie żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej (obrzęk, ból, zwiększona ciepłota w obrębie kończyn dolnych) przez pielęgniarkę rodzinną każdorazowo podczas wizyty,
- zalecenie rodzinie stosowania pończoch lub podkolanówek uciskowych,
- stosowanie ćwiczeń biernych dolnych kończyn,
- edukacja i wdrożenie rodziny do wykonywania z pacjentką ćwiczeń biernych,
- zaproponowanie rodzinie konsultacji z rehabilitantem,
- pobranie krwi na badania laboratoryjne na zlecenie lekarza,
- farmakoterapia według zlecenia lekarskiego,
- udokumentowanie działań pielęgniarских w dokumentacji medycznej pielęgniarki rodzinnej.

Ocena efektów działań pielęgniarских: Pacjentkę odbywa regularną rehabilitację, która jest wspomagana ćwiczeniami biernymi z rodziną oraz pielęgniarską rodzinną. Nie zaobserwowano objawów żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej.

Diagnoza pielęgniarська 7. Wzmoczone napięcie emocjonalne u pacjentki spowodowane ograniczeniem w porozumieniu się.

Cel: Uspokojenie pacjentki w trakcie całego okresu leczenia rany.

Działania pielęgniarские:

- podanie leków uspokajających na zlecenie lekarza,
- okazanie wsparcia i zrozumienia,
- zapewnienie poczucia bezpieczeństwa,

- omawianie przebiegu i celu każdej wykonywanej przy pacjentce czynności,
- udokumentowanie działań pielęgniarских w dokumentacji medycznej pielęgniarки rodzinnej.

Ocena efektów działań pielęgniarских: Napięcie emocjonalne pacjentki wciąż występuje, ale w mniejszym stopniu. W razie potrzeby podawane są leki uspokajające zlecone przez lekarza.

Diagnoza 8. Dyskomfort spowodowany niewystarczającą liczbą godzin snu.

Cel: Zniwelowanie dyskomfortu poprzez edukację rodziny pacjentki z zakresu higieny snu i zapewnienia optymalnych warunków do zasypiania.

Działania pielęgniarские:

- poinformowanie rodziny o konieczności zapewnienia ciszy i spokoju pacjentce w godzinach wieczornych,
- edukacja rodziny w zakresie odpowiedniego mikroklimatu w pokoju pacjentki i zalecenie jego utrzymania,
- zalecenie rodzinie utrzymania pokoju w całkowitej ciemności w czasie zasypiania pacjentki,
- zalecenie rodzinie motywowania pacjentki do podejmowania prób zasypiania,
- zalecenie rodzinie podania leków nasennych przepisanych przez lekarza w godzinach wieczornych,
- udokumentowanie działań pielęgniarских w dokumentacji medycznej pielęgniarки rodzinnej.

Ocena efektów działań pielęgniarских: Mimo zapewnienia pacjentce przez męża odpowiednich warunków do zasypiania problem wciąż występuje. Kobieta regularnie przyjmuje leki nasenne zlecone przez lekarza, które umożliwiają jej prawidłowy sen.

Diagnoza pielęgniarская 9. Przykurcze spowodowane wzmożonym napięciem mięśniowym w przebiegu choroby Alzheimerera.

Cel: Zniwelowanie przykurczów poprzez zmniejszenie napięcia mięśniowego przez cały okres leczenia rany.

Działania pielęgniarские:

- zastosowanie u pacjentki ćwiczeń biernych w łóżku,
- nauczenie rodziny ćwiczeń biernych, które samodzielnie mogą przeprowadzać z pacjentką,
- edukacja rodziny oraz przeprowadzenie instruktażu w zakresie prawidłowego ułożenia kończyn w łóżku oraz zastosowania udogodnień w tym celu,

- ocena umiejętności rodziny w zakresie przeprowadzania ćwiczeń biernych,
- zalecenie konsultacji z rehabilitantem,
- zachęcenie rodziny do aktywnego uczestniczenia w rehabilitacji pacjentki,
- udokumentowanie działań pielęgniarских w dokumentacji medycznej pielęgniarki rodzinnej.

Ocena efektów działań pielęgniarских: Rodzina potrafi przeprowadzać ćwiczenia bierne w łóżku i stosuje je u pacjentki, podjęła również współpracę z rehabilitantem. Napięcie mięśniowe oraz przykurcze zmniejszyły się.

Diagnoza pielęgniarська 10. Ryzyko powstania zmian skórnych w wyniku nietrzymania moczu.

Cel: Niedopuszczenie do powstania zmian skórnych przez cały okres leczenia rany.

Działania pielęgniarские:

- obserwacja skóry pacjentki pod kątem wystąpienia zmian skórnych oraz podrażnień,
- zalecenie rodzinie obserwacji skóry pacjentki,
- poinformowanie rodziny o konieczności utrzymania skóry pacjentki w czystości, stosowania łagodnych środków myjących, zmiany bielizny pościelowej i osobistej w razie potrzeby, wietrzenia skóry,
- zalecenie rodzinie stosowania przez pacjentkę pieluchomajtek, podkładow,
- przeprowadzenie instruktażu dla rodziny w zakresie mycia krocza pacjentki,
- ocena umiejętności rodziny w zakresie mycia krocza,
- zalecenie stosowania maści ochronnych,
- zalecenie ograniczenia podawania płynów pacjentce w godzinach wieczornych,
- udokumentowanie działań pielęgniarских w dokumentacji medycznej pielęgniarki rodzinnej.

Ocena efektów działań pielęgniarских: Rodzina potrafi dbać o czystość pacjentki i stosuje się do zaleceń. Zmiany skórne nie powstały.

Diagnoza pielęgniarська 11. Wzmoczone napięcie emocjonalne opiekunów nieformalnych (mąż, córka) spowodowane stanem zdrowia pacjentki.

Cel: Zmniejszenie napięcia emocjonalnego u opiekunów nieformalnych pacjentki.

Działania pielęgniarские:

- wytłumaczenie rodzinie istoty choroby,
- wsparcie psychiczne rodziny,
- okazanie zrozumienia i życzliwości,

- zaproponowanie konsultacji psychologicznej,
- rozmawianie z rodziną na temat ich uczuć i obaw,
- udzielenie informacji o grupach wsparcia dla opiekunów osób chorych na Alzheimera,
- nauczenie rodziny metod relaksacji oraz radzenia sobie ze stresem,
- udokumentowanie działań pielęgniarских w dokumentacji medycznej pielęgniarki rodzinnej.

Ocena efektów działań pielęgniarских: Rodzina lepiej rozumie stan zdrowia oraz chorobę pacjentki. Córka regularnie odwiedza psychologa i wraz z mężem pacjentki uczestniczy w spotkaniach grupy wsparcia dla opiekunów osób chorych na Alzheimera, dzięki czemu jej niepokój został zniwelowany.

Diagnoza pielęgniarська 12. Utrudniony kontakt z pacjentką spowodowany głębokim stanem otępienia w przebiegu zaawansowanego stadium choroby Alzheimera.

Cel: Poprawa kontaktu z pacjentką.

Działania pielęgniarские:

- inicjowanie kontaktu z pacjentką poprzez nawiązywanie kontaktu wzrokowego,
- zastosowanie komunikacji niewerbalnej w postaci używania gestykulacji wskazującej następne działania i bogatej mimiki
- zwracanie się do pacjentki spokojnym tonem,
- obserwacja reakcji pacjentki (mowy ciała oraz mimiki) na działania
- udokumentowanie działań pielęgniarских w dokumentacji medycznej pielęgniarki rodzinnej.

Ocena efektów działań pielęgniarских: Mimo zastosowanych działań kontakt z pacjentką wciąż jest utrudniony.

Dyskusja. Obecnie opracowanych jest wiele modeli pielęgnowania. W przypadku opieki pielęgniarskiej w ramach POZ podmiotem opieki staje się zarówno pacjent, jak i jego rodzina. Ważną rolą pielęgniarki jest dobranie odpowiedniego modelu do stanu zdrowia pacjenta, jego własnych potrzeb, ale również jego rodziny, warunków mieszkaniowych i sytuacji ekonomicznej [7].

Podczas opieki nad pacjentką zastosowano model pielęgnowania Dorothei Orem w systemie całkowicie kompensacyjnym, ponieważ deficyt samoopieki pacjentki był znaczny. Kobieta w przebiegu choroby Alzheimera straciła zdolność do poruszania się, dodatkowym problemem było otępienie. Pacjentka nie była w stanie sama zaspokoić swoich potrzeb biologicznych.

Model pielęgnowania Dorothei Orem opiera się na ustaleniu deficytów w zakresie samoopieki i wyjaśnia, kiedy opieka pielęgniarska jest potrzebna [8]. W tym przypadku rola pielęgniarki sprowadzała się do działania za pacjenta i jest ona wykorzystywana, gdy pacjent nie jest w stanie wykonywać różnych czynności, takich jak zmiana pozycji czy toaleta ciała. Ważne jest także, aby respektować prawa pacjenta do autonomii i poszanowania godności. U pacjentki oraz jej rodziny istotne było wsparcie psychologiczne, na które Orem zwraca uwagę w swojej teorii [8]. Wyrażane ono było poprzez okazanie wsparcia, życzliwości, szacunku oraz empatii. Mąż i córka kobiety nie posiadali wiedzy na temat pielęgnowania pacjentki, dlatego ten model był adekwatny również w ich sytuacji. Zastosowanie edukacji poskutkowało pozytywnymi efektami podczas procesu leczniczego oraz zapobiegło powstaniu dodatkowych problemów.

Ze względu na problemy ze snem oraz ograniczenia wynikające z unieruchomienia pacjentki wykorzystano również model pielęgnowania Florence Nightingale. Zwracała ona szczególną uwagę na środowisko pacjenta i kształtowanie go w taki sposób, aby nie powodowało zaburzeń w funkcjonowaniu i umożliwiała jak najszybszy powrót do zdrowia [9]. Zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu w pokoju jest niezbędne dla ułatwienia zasypiania osoby cierpiącej na bezsenność. W przypadku unieruchomienia pacjentki bardzo ważne było zadbanie o środowisko fizyczne w taki sposób, aby ułatwić opiekunom opiekę i nie stwarzać im dodatkowych problemów (np. odleżyn, podrażnień skóry). Rodzina pacjentki ze względu na napięcie emocjonalne potrzebowała kontaktu i rozmowy z osobami w podobnej sytuacji. Otuchy dodała im grupa wsparcia dla opiekunów osób chorych na Alzheimera.

Siostra Callista Roy w swojej teorii pielęgnowania zwraca szczególną uwagę na działania adaptacyjne do nowej sytuacji spowodowanej przez chorobę [10]. W pierwszej kolejności należy ocenić, czy występuje nieprzystosowanie oraz z czego ono wynika. W związku z zaawansowanym stadium choroby pacjentki istniała potrzeba dostosowania nie tylko środowiska, ale też żywienia i nawadniania. Bardzo ważnym elementem w stosowaniu tego modelu była adaptacja rodziny do opieki nad pacjentką, która zrealizowana została poprzez szeroką edukację m.in. na temat wykonywania toalety ciała, żywienia, zapobiegania zachłyśnięciu, żylnej chorobie zakrzepowo-zatorowej, profilaktyki odleżynowej i sposobów zniwelowania napięcia psychicznego. Na podstawie obserwacji i rozmowy z mężem oraz córką dokonano pozytywnej oceny adaptacji do choroby pacjentki.

Pielęgniarka rodzinna posiadająca kurs kwalifikacyjny „Leczenie ran” może samodzielnie prowadzić leczenie rany. W przeciwnym wypadku pielęgniarki wykonują czynności lecznicze rany wyłącznie na zlecenie lekarza. Częstość wizyt pielęgniarki u pacjenta z raną przewlekłą jest zależna od etapu gojenia się rany. W początkowym stadium, kiedy rana jest w fazie

wysiękowej wskazane jest, aby odbywały się codziennie ze względu na intensywny wysięk, zazwyczaj trwa to około dwóch tygodni. Po tym czasie wizyty zwykle odbywają się co trzy dni. Podczas opieki nad pacjentem z raną przewlekłą należy pamiętać, że jest to proces długotrwały, a każda rana jest inna. Bardzo ważna jest systematyczność. Podczas codziennej pielęgnacji pielęgniarka ocenia na bieżąco stan rany, dzięki czemu jest w stanie odpowiednio szybko reagować na jej zmiany. Podczas, gdy u jednego pacjenta będą działać jedynie wilgotne opatrunki, u innego może być potrzebny szereg różnych środków. Na początkowym etapie leczenia najważniejszymi czynnikami wpływającymi na proces gojenia się rany są ból oraz infekcje, dlatego żeby opracować odpowiedni plan opieki należy rozwiązać te dwa problemy [5].

Leczenie miejscowe, które jest bezpośrednim kontaktem pielęgniarki z raną, można podzielić na kilka etapów: oczyszczanie rany (lawaseptyka), zastosowanie antyseptyku, osuszenie skóry oraz zastosowanie specjalistycznego opatrunku. Lawaseptyka ma za zadanie oczyścić ranę ze szkodliwych cząsteczek zanieczyszczających ranę, np. ziemi, piasku, mikroorganizmów itp. Lawaseptyki to łagodne, wodne roztwory, których użycie nie prowadzi do uszkodzenia zdrowych tkanek, zalicza się do nich: oktenidynę, poliheksanidynę, roztwory zawierających kwas octowy bądź podchloryn, płyn Octenilin. Natomiast celem kolejnego etapu jest zabicie drobnoustrojów odsłoniętych podczas oczyszczania rany. Podczas każdego następnego opatrywania rany należy ocenić czy użycie antyseptyku jest konieczne, zależy to od zanieczyszczenia rany martwicą rozplywną, wydzielinami, wydaliniami, pojawienia się zakażenia lub stanu zapalnego [11-13].

Model leczenia ran oparty o koncepcję TIME opracowaną przez EMWA pomaga w usystematyzowaniu oceny stanu rany oraz doborze odpowiedniego leczenia miejscowego. Polega on na oczyszczeniu rany, sprawdzeniu infekcji i zapalenia, zadbaniu, aby rana była wilgotna oraz kontroli czy brzegi rany są pokryte naskórkiem, oraz o stan ogólny pacjenta. Takie postępowanie sprzyja zapewnieniu odpowiednich warunków w łożysku rany. W przypadku, kiedy pacjent jest w stanie terminalnym choroby działania pielęgnacyjne nastawione są na zamknięcie rany lub w większej ilości na zadbaniu, aby utrzymać ją w stanie, który nie zagraża pacjentowi i nie przysparza dodatkowego cierpienia [6,14,15].

Ważną rolą pielęgniarki jest ciągle aktualizowanie swojej wiedzy i bycie na bieżąco z „nowinkami” technicznymi. Ułatwia to współpraca z przedstawicielami firm zajmujących się produkcją opatrunków specjalistycznych, np. ConvaTec, Urgo, Schülke. Podczas wizyty przedstawiciela ma ona okazję dowiedzieć się o nowościach w opatrywaniu ran. Dzięki temu,

jeśli posiada odpowiednie kwalifikacje, jakim jest odbyty kurs, może w lepszym stopniu dobrać opatrunek i sposób leczenia indywidualnie do potrzeb pacjenta.

Wnioski.

1. Sprawowanie opieki przez pielęgniarkę rodzinną nad pacjentem długotrwale unieruchomionym wymaga od niej szerokiego zakresu wiedzy na temat czynników powodujących powstawanie ran przewlekłych, mechanizmów ich tworzenia oraz zalecanych metod leczenia.
2. Bardzo ważnym elementem, który w dużej mierze decyduje o skuteczności leczenia rany jest zdolność nawiązania współpracy z rodziną lub opiekunami pacjenta.
3. Proces pielęgnowania należy planować holistycznie, aby nie pominąć żadnego problemu biopsychospołecznego, ponieważ ich rozwiązanie ma pozytywny wpływ na proces leczenia oraz jakość życia chorego.
4. Istotną rolę w zarówno w zapobieganiu, jak i leczeniu ran przewlekłych odgrywa stan odżywienia pacjenta.
5. Odleżyny potrafią powstać w bardzo krótkim czasie, dlatego podczas opieki nad pacjentem długotrwale unieruchomionym zawsze należy pamiętać o profilaktyce, która jest najlepszą terapią przeciwoodleżynową.

Piśmiennictwo

1. Kopcych B. Lewko J. Zadania pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej w Podstawowej Opiece Zdrowotnej wobec pacjenta objętego opieką domową, [w:] Lewko J. Kopcych B. Procedury leczniczo-pielęgnacyjne w opiece środowiskowej i długoterminowej. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa, 2020, s. 1-20.
2. Jak może Ci pomóc pielęgniarka POZ? (red.) Narodowy Fundusz Zdrowia. <https://pacjent.gov.pl/system-opieki-zdrowotnej/jak-moze-ci-pomoc-pielegniarka> [dostęp: 22.09.2022].
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 27 listopada 2019 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2019 poz. 2335)
4. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. 2007 Nr 210, poz. 1540 z późn. zm.).
5. Szkiler E. Poradnik pielęgnacji ran przewlekłych. wyd. 3. Evereth, Warszawa, 2014.
6. Miłkowska T. Opieka pielęgniarska nad pacjentem z raną przewlekłą w warunkach domowych. Innowacje w pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu 2016; (1): 75-86.
7. Zarzycka D. Gaworka-Krzemińska A. Teorie, badania i praktyka oparta na dowodach naukowych w pielęgniarstwie [w:] Zarzycka D. Ślusarska B. Podstawy pielęgniarstwa. Tom I. Założenia koncepcyjno-empiryczne opieki pielęgniarskiej. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa, 2017, s. 159-171.

8. Servitum Planowanie opieki. O modelach Virginii Henderson i Dorothei Orem. <https://servitum.pl/poradniki/planowanie-opieki-o-modelach-virginii-henderson-i-dorothei-orem/> [dostęp: 17.12.2021].
9. Idzik A. Sienkiewicz Z. Modele i teorie pielęgniarstwa wykorzystywane w pracy pielęgniarki POZ [w:] Pietrzak M. Knoff B. Kryczka T. Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa, 2021, s. 108-114.
10. Nursing Theory Sister Callista Roy – Nursing Theorist. <https://nursing-theory.org/nursing-theorists/Sister-Callista-Roy.php> [dostęp: 17.12.2021].
11. Gołębowska A. Rany przewlekłe – pompy próżniowe, opatrunki nowoczesne, larwoterapia; Gojenie się ran przewlekłych [w:] Lewko J. Kopcych B. Procedury leczniczo-pielęgnacyjne w opiece środowiskowej i długoterminowej. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa, 2020, s. 212-223.
12. Terech-Skóra S. Piotrkowska R. Książek J. Trudności w pielęgnowaniu i leczeniu ran. Analiza przypadków. Pielęgniarstwo i Położnictwo, 2017; 3-4: 48-55.
13. Sopata M. Jawień A. Mrozikiewicz-Rakowska B. i in. Wytyczne postępowania miejscowego w ranach niezakażonych, zagrożonych infekcją oraz zakażonych – przegląd dostępnych substancji przeciwdrobnoustrojowych stosowanych w leczeniu ran. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran. Leczenie Ran 2020; 17: 1-21.
14. Bazaliński D., Pelczar K. Oczyszczanie ran – profesjonalna opieka w domu pacjenta. Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2018; 7/8: 14-16.
15. Kopcych B. Czynniki zakłócające proces gojenia się ran przewlekłych. Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2017; 3: 30-35.

MODEL OPIEKI NAD 93-LETNIM PACJENTEM Z ROZPOZNANĄ CHOROBA PARKINSONA W ŚRODOWISKU DOMOWYM

KATARZYNA KROCZEK, KORNELIA SKOCZYŁAS, ANNA MICHALIK, MAŁGORZATA FRAŚ,
BEATA KUDŁACIK, KINGA POCHOPIEŃ

Wprowadzenie. Choroba Parkinsona zaliczana jest do postępujących schorzeń neurodegeneracyjnych ośrodkowego układu nerwowego. Przebieg schorzenia i pojawiające się objawy mają charakter indywidualny i etapowy. Postęp choroby ma duży wpływ na funkcjonowanie chorego oraz jego rodziny.

Choroba Parkinsona jest samoistną chorobą zwyrodnieniową układu nerwowego, której towarzyszą zaburzenia pozapiramidowe. Należy do częstych chorób centralnego systemu nerwowego. Szacuje się, że na całym świecie cierpi na nią około 6 milionów osób. Dotyczy tak samo kobiet, jak i mężczyzn, pierwsze objawy występują u pacjentów po 50. roku życia. [1,2]. Obecnie w patogenezie choroby Parkinsona pod uwagę brane są czynniki genetyczne, jak również środowiskowe, w tym wpływ wolnych rodników oraz stresu oksydacyjnego [2,3]. Szybkie rozpoznanie zaburzeń układu autonomicznego znacznie ułatwia diagnozę choroby, jak również prowadzi do wdrożenia odpowiedniego leczenia objawowego. Fundamentalnym warunkiem zastosowania optymalnego działania jest prawidłowe zdefiniowanie klinicznej postaci zespołu, związane ze skrupulatnym poszukiwaniem oraz identyfikacją etiologii schorzenia [4,5].

Leczenie w chorobie Parkinsona pozwala spowolnić postępujący proces chorobowy. W terapii mamy do dyspozycji wiele metod, począwszy od leczenia farmakologicznego, poprzez rehabilitację, kończąc na zabiegach operacyjnych. Mimo to, postęp choroby jak i powikłania leczenia–farmakologicznego powodują nasilenie zaburzeń ruchowych, a tym samym znaczne pogorszenie jakości życia chorych. Jedną z bezpieczniejszych i skutecznych metod, która wybierana jest coraz częściej, jest zastosowanie głębokiej stymulacji mózgu. Proces leczenia pacjenta zawsze powinien uwzględniać różne aspekty, z których najważniejszym jest wiek chorego, a także planowany czas leczenia. Podstawowe cele terapeutyczne zaplanowane u pacjentów w zaawansowanej fazie choroby Parkinsona to: poprawa sprawności ruchowej przez wydłużenie okresu „on” bez dodatkowych natężeń objawów, dyskinez płasawicznych oraz objawów pozaruchowych. Ponieważ funkcje poznawcze pogarszają się z czasem trwania choroby Parkinsona oraz wiekiem chorego, ważny jest indywidualny dobór o metody leczenia dla pacjenta. W ramach kompleksowej opieki nad

pacjentem stosuje się fizjoterapię i terapię zajęciową, które umożliwiają wykonywanie codziennych czynności i radzenie sobie z konsekwencjami choroby [7,8,9].

Do typowych objawów choroby Parkinsona zalicza się bradykinezję oraz dodatkowo co najmniej jeden z wymienionych objawów: wzmożone napięcie mięśniowe, drżenie spoczynkowe oraz zaburzenia postawy. W chorobie tej występują również inne objawy takie jak zaburzenia wegetatywne, czyli ślinotok, łojotok oraz zaparcia, zmiana charakteru pisma. Objaw pojawiający się przed typowymi objawami ruchowymi to zaburzenia węchu [1,2,3,4].

Cel pracy. Prezentacja modelu opieki nad pacjentem z chorobom Parkinsona w środowisku domowym.

Materiał i metody. Praca oparta jest na metodzie studium przypadku pacjenta z rozpoznaną chorobą Parkinsona w środowisku domowym. Wykorzystano techniki badawcze takie jak: wywiad z pacjentem i jego opiekunami, obserwację, pomiar podstawowych parametrów życiowych, analizę dokumentacji medycznej, analizę literatury przedmiotu oraz doświadczenia własne.

Opis przypadku. Badaniem objęto 93-letniego pacjenta z rozpoznaną chorobą Parkinsona w środowisku domowym. Czas trwania choroby: 30 lat. W trakcie zbierania wywiadu pielęgniarskiego chory zmagają się ze spowolnieniem ruchowym, drżeniem spoczynkowym, sztywnością mięśniową, zaburzeniami orientacji, dużym deficytem wykonywania czynności codziennych, zaburzeniami zachowania manifestującymi się brakiem współpracy i wrogością, zwiększoną częstotliwością upadków, utratą kontroli nad zwieraczami, zaburzeniami połykania, osłabieniem apetytu. Ponadto u pacjenta występują okresowe zaburzenia świadomości z obniżeniem nastroju i bezsennością, oraz problemy z wysławianiem, zaburzenia potliwości i zaburzenia skórne w obrębie twarzy.

W celu dokładnego określenia stopnia zaawansowania stadium choroby Parkinsona posłużono się skalą Hoehn-Yahra, na podstawie, której pacjenta zakwalifikowano do 4 stopnia zaawansowania, co oznacza ciężką niepełnosprawność. Pacjenta sklasyfikowano przy użyciu skal i testów przeznaczonych do oceny samodzielności w codziennym funkcjonowaniu oraz ustalenia potrzeb zdrowotnych, psychologicznych i socjalnych. Dla oceny chorego wykorzystano skalę Barthel, na podstawie, której objęto oceną poziom sprawności chorego. Wynik wyniósł 25 punktów. Stan chorego jako określa się jako średnio-ciężki. W ocenie równowagi i chodu z wykorzystaniem skali Tinetti chory uzyskał 14 punktów. Ryzyko upadków określono wysokie. Ocena w skali Norton 11 punktów co świadczy o ryzyku powstania odleżyn.

U pacjenta dokonano oceny stanu psychicznego, społecznego i fizycznego z uwzględnieniem poszczególnych układów.

Ocena stanu fizycznego:

1. **Parametry życiowe:** Akcja serca miarowa 70 uderzeń na minutę, ciśnienie tętnicze 135/80 mmHg., ilość oddechów 16/min, saturacja 97%.
2. **Narząd ruchu:** Pacjent przemieszczanie się z asekuracją drugiej osoby i balkonika, występuje tendencja do upadków w tył. Ruchy czynne i bierne zachowane, postawa ciała nieprawidłowa z charakterystycznym pochyleniem do przodu.
3. **Układ nerwowy:** Zorientowany allo- i autopsychicznie. Kontakt słowny zaburzony. Zawroty głowy występują po gwałtownym wstaniu z pozycji leżącej lub siedzącej. Występują drżenia mimowolne, bradykinezja, spowolnienie ruchowe.
4. **Układ sercowo – naczyniowy:** Akcja serca miarowa, tętno: 70 uderzeń/minutę CTK 135/85 mmHg. Tolerancja wysiłku fizycznego słaba. Dolegliwości bólowe ze strony układu sercowo-naczyniowego nie występują.
5. **Układ oddechowy:** Klatka piersiowa: budowa prawidłowa, ruchoma oddechowo symetryczna. Ilość oddechów wynosi 16 oddechów na minutę, oddechy bezwonne. Kaszel: brak. Pacjent nie skarży się na dolegliwości bólowe, brak powikłań.
6. **Układ pokarmowy:** Waga: 80 kg, wzrost: 170 cm, BMI: 27,68 (nadwaga). Jama ustna: śluzówki zaróżowione, suche, bez uzębienia. Występuje brak apetytu oraz zaburzenia połykania. Wypróżnianie wymaga monitorowania ze względu na częstą obecność zaparć. U chorego utrata kontroli nad zwieraczami.
7. **Układ moczowy:** Budowa prawidłowa, pacjent nie sygnalizuje czynności fizjologicznych. Występuje nietrzymanie moczu, konieczność noszenia pieluchomajtek. W czasie badania palpacyjnego brak reakcji bólowych ze strony układu moczowo-płciowego.
8. **Zmysły:** Wzrok z uwagi na stan chorego – trudne do określenia. Słuch – z uwagi na stan chorego trudne do określenia. Częściowo reaguje i spełnia polecenia w trakcie wykonywanych czynności. Węch, smak – z uwagi na zaawansowany proces chorobowy – trudne do określenia.
9. **Skóra:** Skóra pacjenta: czysta, nadmiernie spocona, ciepłota prawidłowa, zaburzenia skórne w obrębie twarzy.

Ocena stanu psychicznego. Kontakt słowny z pacjentem zachowany, okresowo ograniczony. Słaba emisja głosu, wyrazy pojedyncze, trudności w nawiązywaniu kontaktu słownego. Możliwości psychiczne rozumienia, zapamiętywania, przypominania sobie, logicznego

myślenia ograniczone. Orientacja co do miejsca, rozpoznawania ludzi, przedmiotów okresowo ograniczona. Pacjent nie jest w stanie logicznie określić swojego stanu zdrowia. U pacjenta obserwuje się zahamowanie czynności psychicznej, zmienność nastrojów: od drażliwości, wzmożonej pobudliwości emocjonalnej, pobudzenia słownego oraz ruchowego, do wyciszenia i bierności.

Ocena stanu społecznego. Emerytowany ekonomista mieszka z 80-letnią żoną w domu jednorodzinnym. W opiece nad chorym aktywnie uczestniczy syn wraz z żoną. Rodzina przejawia duże zainteresowanie stanem zdrowia chorego, a także współpracuje w kwestiach pielęgnacyjno – opiekuńczych. Warunki socjalno-bytowe bardzo dobre.

Przyzwyczajenia i nałogi: Brak

Uczulenia: Brak

Przebyte hospitalizacje: Pacjent w przeszłości wielokrotnie hospitalizowany w Oddziale Neurologicznym, Internistycznym, Chirurgii Urazowej.

Przyjmowane leki: Propranolol 10mg p.o 1-1-1, Citabax 40mg p.o 1-0-0, Akineton 2mg p.o 2-2-2, Madopar HBS p.o 1-1-1, Paracetamol 500mg p.o doraźnie, Hyroxyzyna na noc 10mg p.o. doraźnie, Estazolam na noc doraźnie.

Dla pacjenta opracowano indywidualny model opieki, który zakłada współpracę pielęgniarki z rodziną. Celem opieki jest zaspokojenie potrzeb biopsychospołecznych poprzez podejmowane interwencje, okazanie wsparcia, edukację i współdziałanie rodziny w podejmowanych działaniach.

Problem pielęgnacyjny: Deficyt w zakresie samoopieki i samopielęgnacji.

Cel opieki: Zmniejszenie deficytu samoopieki i samopielęgnacji.

Interwencje pielęgniarские:

- Ocena deficytów w zakresie samoopieki i samopielęgnacji.
- Ocena samodzielności chorego w Skali Barthel - 25 punktów, który określa stan chorego jako średnio – ciężki.
- Umożliwienie przyjęcia dogodnej pozycji w łóżku w trakcie wykonywanych czynności.
- Poinformowanie i uzyskanie zgody na wykonywane czynności.
- Każdorazowe informowanie o czynnościach jakie będą wykonywane.
- Aktywizacja chorego w czasie wykonywanych czynności. Zapewnienie pomocy dostosowanej indywidualnie do poziomu niesprawności pacjenta, stopniowe przejmowanie odpowiedzialności za chorego.

- Stworzenie choremu warunków bezpieczeństwa oraz komfortu.
- Edukacja rodziny, co do zakresu udzielenia pomocy pacjentce (ukazanie technik podnoszenia i przytrzymywania chorego oraz wykonywania toalety ciała).

Uzyskany efekt: Pacjent nadal wymaga pomocy w czynnościach dnia codziennego.

Rodzina potrafi prawidłowo podnosić i przemieszczać chorego, a także wie w jaki sposób wykonać toaletę całego ciała.

Problem pielęgnacyjny: Ryzyko wystąpienia odleżyn.

Cel opieki: Zmniejszenie ryzyka powstawania odleżyn.

Interwencje pielęgniarские:

- Ocena ryzyka w skali Norton – 11 punktów.
- Systematyczna ocena stanu skóry i miejsc szczególnie narażonych na powstanie odleżyn.
- Pomoc w zmianie pozycji ciała w łóżku adekwatnie do stanu chorego.
- Zachęcenie pacjenta do podejmowania prób samodzielnej zmiany pozycji.
- Stosowanie udogodnień (wałki, krążki, podpórki, kliny).
- Użycie materaca zmiennociśnieniowego dynamicznego.
- Przestrzeganie zasad prawidłowej toalety ciała (bardzo dokładne, delikatne osuszanie skóry, szczególnie w okolicach fałdów i miejsc narażonych na ucisk).
- Prowadzenie odpowiedniego żywienia chorej zgodnie ze zleconą dietą.
- Umożliwienie opuszczania łóżka choremu, przemieszczanie na wózek.

Uzyskany efekt: Zmniejszone ryzyko powstania odleżyn.

Problem pielęgnacyjny: Ryzyko upadku oraz urazu spowodowane niestabilnością postawy ciała oraz objawami zastygnięcia.

Cel opieki: Zapobieganie upadkom, zapewnienie bezpieczeństwa choremu.

Interwencje pielęgniarские:

- Ocena ryzyka upadku w skali Tinetti – 14 punktów.
- Usunięcie z mieszkania chorego przeszkód takich jak dywaniki, progi, zbędne meble
- Wyposażenie chorego w środki pomocy takie jak poręczce, maty antypoślizgowe i dobre oświetlenie pomieszczeń.
- Asekuracja chorego w trakcie pionizacji i podejmowanych prób uruchomienia go.
- Korzystanie z pomocy ortopedycznych, zgodnie z zaleceniami rehabilitanta.

- Organizacja otoczenia w funkcjonalny oraz bezpieczny sposób.
- Edukacja chorego i rodziny, pod kątem kontroli postawy wyprostnej chodu, oraz zachowania się w sytuacji „przymrożenia”. Odnotowanie każdego incydentu.
- Ocena skuteczności edukacji członków rodziny.

Uzyskany efekt: Ryzyko upadku zmniejszono.

Problem pielęgnacyjny: Ryzyko omdlenia wynikające z hipotonii ortostatycznej, spowodowanej zaburzeniami ze strony układu autonomicznego i zażywaniem leków.

Cel opieki: Zmniejszenie ryzyka omdlenia oraz upadku poprzez przeciwdziałanie gwałtownym spadkom ciśnienia tętniczego.

Interwencje pielęgniarские:

- Ocena ryzyka.
- Unikanie czynników powodujących ortostatyczny spadek ciśnienia tętniczego (zbyt gwałtowne wstawanie, wstawanie, przyjmowanie leków dopaminergicznych na czczo).
- Układanie chorego w łóżku z głową i tułowiem uniesionym o 30-40 stopni.
- Zachęcanie pacjenta do powolnej zmiany pozycji.

Uzyskany efekt: Ryzyko omdlenia zmniejszono.

Problem pielęgnacyjny: Dyskomfort spowodowany występowaniem drżenia.

Cel opieki: Zmniejszenie stresu wynikającego z drżenia.

Interwencje pielęgniarские:

- Ocena częstotliwości zaburzeń.
- Propozycja podjęcia próby odwrócenia uwagi od dolegliwości.
- Umożliwienie wyciszenia się.
- Edukacja pacjenta i rodziny w zakresie sposobów radzenia sobie z występującymi zaburzeniami: podejmowanie prób odwrócenia uwagi lub wyciszenia się.
- Ocena skuteczności edukacji.
- Udział w farmakoterapii.

Uzyskany efekt: Zmniejszono stres związany z występowaniem drżenia. Rodzina zna sposoby radzenia sobie z występującymi zaburzeniami.

Problem pielęgnacyjny: Ryzyko zakrztuszenia się podczas jedzenia spowodowane zaburzeniami połykania.

Cel opieki: Zapobieganie aspiracji treści pokarmowej do dróg oddechowych. Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentowi.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena ryzyka.
- Ułożenie chorego w pozycji siedzącej w czasie spożywania posiłków.
- Zmniejszenie porcji posiłków i zwiększenie częstotliwości podawania posiłków.
- Dostosowanie konsystencji pokarmu do stopnia nasilenia objawów.
- Wykonanie toalety jamy ustnej po każdym posiłku.

Uzyskany efekt: Ryzyko zakrztuszenia się podczas jedzenia zmniejszono.

Problem pielęgnacyjny: Brak dostatecznej wiedzy rodziny na temat regularnego przyjmowania leków, ryzyko wystąpienia mniejszej skuteczności farmakoterapii i nasilenie objawów niepożądanych.

Cel opieki: Zwiększenie skuteczności farmakoterapii, minimalizowanie skutków ubocznych leków.

Interwencje pielęgniarskie:

- Edukacja pacjenta i rodziny odnośnie zasad przyjmowanych leków i ewentualnych działań niepożądanych.
- Motywowanie chorego do przyjmowania leków zgodnie z zaleceniami lekarza.
- Wyjaśnienie skutków nagłego przerwania terapii, ryzyka zagrożenia życia z powodu możliwości wystąpienia złośliwego zespołu poneuroleptycznego.
- Stosowanie preparatów zawierających lewodopę na czczo 15-30 min. przed posiłkiem, w celu zmniejszenia sztywności porannej.

Uzyskany efekt: Rodzina zna zasady przyjmowania leków i ewentualnych działań niepożądanych.

Problem pielęgnacyjny: Dyskomfort z powodu zaburzeń oddawania moczu, spowodowanych dysfunkcjami układu autonomicznego i działaniem niektórych leków.

Cel opieki: Zmniejszenie dyskomfortu i dolegliwości ze strony układu moczowego. Poprawa kontroli mikcji.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena stopnia nietrzymania moczu.
- Obserwacja skóry pod kątem zmian i podrażnień.

- Utrzymanie skóry w czystości, mycie i dokładne osuszanie skóry po zmianie pampersa.
- Częstość zmiany bielizny osobistej i pościelowej.
- Stosowanie pieluchomajtek i podkładow.

Uzyskany efekt: Zmniejszono dyskomfort i dolegliwości ze strony układu moczowego. Pacjent wymaga obserwacji zaburzeń.

Problem pielęgnacyjny: Zaparcia z dysfunkcją układu autonomicznego, lekami i zbyt małym przyjmowaniem płynów.

Cel opieki: Uregulowanie wypróżnień u pacjenta, zmniejszenie dolegliwości.

Interwencje pielęgniarские:

- Ocena zaburzeń wypróżniania.
- Prowadzenia karty monitorowania wypróżnień
- Ustalenie czasu trwania dolegliwości.
- Zalecenie diety bogatoresztkowej, zwiększenie ilości błonnika w diecie.
- Zalecenie przyjmowania większej ilości płynów doustnych.
- Zastosowanie masażu brzucha kilka razy dziennie zgodnie z ruchem wskazówek zegara.

Uzyskany efekt: W wyniku podjętych działań zmniejszono dolegliwości. Chory oddał stolec. Zaburzenia wymagają monitorowania.

Problem pielęgnacyjny: Złe samopoczucie pacjenta, spowodowane bezsennością.

Cel opieki: Uzyskanie efektywnego snu, poprawa samopoczucia pacjenta.

Interwencje pielęgniarские:

- Ocena zaburzeń.
- Mobilizacja chorego do aktywności w ciągu dnia.
- Wyeliminowanie czynników zewnętrznych utrudniających zasypianie oraz utrzymanie snu.
- Zapewnienie odpowiednich warunków higieny snu: zapewnienie ciszy, wywietrzenie pokoju.
- Udział w zalecanej farmakoterapii.
- Ocena skuteczności farmakoterapii.

Uzyskany efekt: Uzyskano efektywny sen oraz poprawę samopoczucia pacjenta. Pacjent wymaga stosowania zalecanej farmakoterapii.

Problem pielęgnacyjny: Dolegliwości bólowe spowodowane sztywnością mięśni.

Cel opieki: Zmniejszenie dolegliwości bólowych.

Interwencje pielęgniarские:

- Ocena bólu według skali NRS określenie przyczyny, charakteru, czasu trwania bólu oraz jego nasilenia.
- Stosowanie niefarmakologicznych metod leczenia bólu.
- Zebranie wywiadu na temat wcześniejszych doświadczeń związanych z efektywnością stosowanych metod uśmierzania bólu oraz ich efektów ubocznych, a także obaw przed niektórymi metodami.
- Udział w farmakoterapii.
- Ocena skuteczności stosowanej farmakoterapii.

Uzyskany efekt: Po zastosowaniu farmakoterapii dolegliwości zmniejszono.

Problem pielęgnacyjny: Zaburzenia komunikowania spowodowane zaburzeniami pozapiramidowymi.

Cel opieki: Podtrzymanie komunikacji werbalnej oraz pozawerbalnej.

Interwencje pielęgniarские:

- Ocena zaburzeń w komunikacji.
- Inicjacja kontaktu oraz podtrzymywanie chęci kontaktu przez pacjenta.
- W czasie zwracanie się do chorego utrzymanie kontaktu wzrokowego, mówienie powoli, łagodnym tonem.
- Używanie komunikatów werbalnych jak i pozawerbalnych w komunikacji z chorym.
- Uczenie chorego potakiwania lub zaprzeczania (np. głową, ręką), wymawiania słów: „tak” lub „nie”, prostych słów i zdań dotyczących potrzeb oraz najbliższego otoczenia;
- Zapewnienie odpowiednich warunków podczas komunikacji.

Uzyskany efekt: W wyniku podjętych działań utrzymano komunikację.

Problem pielęgnacyjny: Okresowo występujące zaburzenia zachowania manifestujące się brakiem współpracy i wrogością.

Cel opieki: Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentowi i otoczeniu. Minimalizowanie epizodów nasilenia objawów agresji.

Interwencje pielęgniarские:

- Ustalenie źródła wywołującego agresję.

- Zachowanie spokoju, opanowania i cierpliwości w trakcie wystąpienia zaburzeń.
- Odwrócenie uwagi od wywołującego agresję czynnika i skierowanie uwagi pacjenta w innym kierunku.
- Usunięcie z zasięgu chorego przedmiotów, którymi chory mógłby uszkodzić siebie lub osoby z otoczenia.
- Prowadzenie spokojnej ukierunkowanej rozmowy.
- Niepodejmowanie dyskusji i nie spieranie się z pacjentem, by nie pogłębiać agresji.
- Zachowanie codziennego stałego rozkładu zajęć.
- Stworzenie bezpieczeństwa sobie poprzez przyjęcie odpowiedniej postawy: stać przodem do chorego, nie wykonywać gwałtownych ruchów, utrzymać stały kontakt wzrokowy, nie podnosić głosu, nie wykonywać gwałtownych, nieoczekiwanych ruchów,
- Uprzedzać i informować chorego o wykonywanych czynnościach.

Uzyskany efekt: W wyniku podjętych działań zminimalizowano epizody agresji.

Problem pielęgnacyjny: Niepokój rodziny o stan zdrowia pacjenta.

Cel opieki: Zapewnienie rodzinie wsparcia, zmniejszenie niepokoju.

Interwencje pielęgniarские:

- Ukierunkowana obserwacja pacjenta.
- Określenie parametrów życiowych.
- Informowanie o wykonywanych czynnościach pielęgniarских oraz ich uzasadnianie.
- Edukacja rodziny w zakresie choroby i jej postępowania.
- Ocena skuteczności edukacji członków rodziny.
- Przyjmowanie postawy otwartości i gotowości do wysłuchania, wsparcie emocjonalne rodziny poprzez inicjowanie kontaktu.
- Okazywanie serdeczności, cierpliwości oraz zainteresowania sytuacją zdrowotną pacjenta.

Uzyskany efekt: W wyniku podjętych działań niepokój zmniejszono. Rodzina wymaga wsparcia.

Problem pielęgnacyjny: Niedostateczna wiedza rodziny na temat prawidłowego sposobu odżywiania.

Cel opieki: Pogłębienie wiedzy rodziny na temat stosowania odpowiedniej diety oraz prawidłowego sposobu przygotowanie i podania pożywienia.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena wiedzy rodziny na temat stosowania odpowiedniej diety oraz prawidłowego sposobu przygotowanie i podania pożywienia.
- Edukacja rodziny na temat możliwości stosowania różnego rodzaju diet, sposobów przygotowania i przechowywania pokarmów.
- Edukacja na temat prawidłowego sposobu karmienia: z uniesioną górną połową ciała, ok. 15-30 minut przed podaniem żywienia można podać choremu gumę do żucia, aby pobudzić soki żołądkowe.
- Udzielenie informacji na temat częstotliwości karmienia i wielkości podawanych porcji choremu.
- Ocena podjętych działań edukacyjnych.

Uzyskany efekt: Rodzina zna zasady prawidłowego odżywiania w chorobie Parkinsona.

Problem pielęgnacyjny: Zaburzenia skórne w obrębie twarzy i wzmożona potliwość ciała

Cel opieki: Zmniejszenie dolegliwości

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena zaburzeń skórnych ich charakteru i rozmiaru w obrębie twarzy oraz wzmożonej potliwości.
- Częsta toaleta ciała.
- Stosowanie preparatów myjących do ciała dedykowanych do tego typów problemów skórnych.
- Stosowanej przewiewnej odzieży.
- Utrzymanie odpowiedniego mikroklimatu pokoju, w którym przebywa chory.
- Konsultacja dermatologiczna w razie nasilenia się objawów.
- Edukacja rodziny na temat postępowania w zaburzeniach skórnych i nadmiernej potliwości.
- Ocena skuteczności edukacji.

Uzyskany efekt: Rodzina zna zasady postępowania w zaburzeniach skórnych. Zmiany wymagają obserwacji.

W czasie sprawowania opieki nad chorym zaleca się:

- Unikanie sytuacji lub zachowań które mogą nasilać niepewność pacjenta.

- Aktywizację pacjenta w czasie wykonywanych czynności.
- Dbanie o higienę pacjenta.
- Obserwację w kierunku nieporządných objawów ze strony organizmu oraz stosowanych leków.
- Unikaniu częstych zmian, obciążeń psychicznych.
- Utrzymanie aktywności fizycznej i umysłowej.
- Prowadzenie ćwiczeń bierno-czynnych, gimnastki oddechowej, pionizacji i asekuracji w czasie przemieszczania się.
- Unikanie nadopiekuńczości.
- Zapewnienie choremu warunków do wypoczynku.
- Regularną ocenę skóry i miejsc szczególnie narażonych na wystąpienie odleżyn.
- Prowadzenie profilaktyki p/odleżynowej.
- Okazywanie choremu zainteresowania, akceptacji i wsparcia.
- Obserwację i kontrolę funkcji organizmu.
- Regularną ocenę parametrów życiowych.
- Systematyczną ocenę deficytów.
- Mobilizowanie podopiecznego do aktywności i kontaktów z innymi ludźmi.
- Zapewnienie i utrzymanie prawidłowego rytmu snu i czuwania.
- Zachowanie codziennego stałego rozkładu zajęć.
- Dostosowanie diety chorego do stanu chorego.
- Ocenę pojawiających się zaburzeń połykania.
- Systematyczną i kontrolowaną farmakoterapię.
- Przejawianie cierpliwości, wyrozumiałości, troski i serdeczności w kontaktach z pacjentem.
- Regularną kontrolę sytuacji zdrowotnej przez lekarza prowadzącego.
- Udział w spotkaniach grup wsparcia dla chorych z chorobą Parkinsona i ich opiekunów.

Wnioski. Podejmowane działania w opiece nad pacjentem z chorobom Parkinsona wynikają z charakterystycznych objawów występujących w tej jednostce chorobowej. Do głównych zadań pielęgniarki sprawującej opiekę nad chorym w środowisku domowym jest systematyczna ocena jego stanu oraz podejmowanie działań mających na celu jak najdłuższe utrzymanie sprawności w czynnościach dnia codziennego. Istotny aspekt w tych działaniach stanowi współpraca z rodziną i wsparcie jej w opiece nad chorym.

Piśmiennictwo

1. Friedman A.: Choroba Parkinsona od mechanizmów do leczenia. Warszawa: Wyd. PZWL; 2019
2. Jaracz K., Kozubski W.: Pielęgniarstwo neurologiczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2019.
3. Sławek J.: Choroba Parkinsona — jak właściwie rozpoznawać, skutecznie i bezpiecznie leczyć? Forum Medycyny Rodzinnej, 2014, 8, 281–291.
4. Sławek B., Bogucki A., Koziarowski D., Rudzińska M. Agoniści dopaminy w leczeniu choroby Parkinsona i zespołu niespokojnych nóg — rekomendacje ekspertów Polskiego Towarzystwa Choroby Parkinsona i Innych Zaburzeń Ruchowych oraz Sekcji Schorzeń Pozapiramidowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. Polski Przegląd Neurologiczny 2016, 12 (1): 1–14
5. Gawel M., Potulska-Chromik A.: Choroby neurodegeneracyjne: choroba Alzheimera i Parkinsona. Post Nauk Med. 2015; 28(7): 468-476.
6. Mötzing G., Schwarz S. (red.): Pielęgniarstwo geriatryczne. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012.
7. Berardelli A., Wenning G., Antonini A., Berg D. i wsp. EFNS-MDSES recommendations for the diagnosis of Parkinson's Disease. Europ. J. Neurol. 2013; 20: 16–34.
8. Bogucki A., Sławek J., Boczarska-Jedynak M., Gajos A. i wsp. Leczenie zaawansowanej choroby Parkinsona — rekomendacje Polskiego Towarzystwa Choroby Parkinsona i innych Zaburzeń Ruchowych. Pol. Przeg. Neurol. 2014; 10: 15–23.
9. Pang M.Y.: Physiotherapy management of Parkinson's disease. Journal of Physiotherapy, 2021, 67, 163–176.

**WARTOŚCI I WYZWANIA OPIEKI
PIELĘGNIARSKIEJ W KONTEKŚCIE
ROZWOJU NOWOCZESNYCH
TECHNOLOGII
I ODPOWIEDZIALNOŚCI
ZAWODOWEJ**

PAULINA PALCZAK – ZAPOMNIANA LAUREATKA MEDALU IM. FLORENCE NIGHTINGALE Z DOLNEGO ŚLĄSKA

KAROLINA BASZYŃSKA, ELŻBIETA GARWACKA-CZACHOR

Wstęp. Medal im. Florence Nightingale stanowi najbardziej cenione odznaczenie w środowisku pielęgniarskim. Decyzję o jego ustanowieniu podjęto podczas IX Międzynarodowej Konferencji Czerwonego Krzyża w Waszyngtonie w maju 1912 roku. Odznaczenie przyznawane jest co dwa lata w dniu 12 maja, tj. w dniu urodzin prekursorki zawodowego pielęgniarstwa Florence Nightingale (1820-1910) [1-3]. Medal jest odznaczeniem międzynarodowym przyznawanym pielęgniarkom, które wyróżniły się niespotykaną odwagą oraz poświęceniem w niesieniu pomocy rannym lub chorym, zarówno w czasie pokoju, jak i wojny. Doceniane są także wyjątkowe zasługi dla zdrowia publicznego i edukacji pielęgniarskiej [3,4]. Medal otrzymały 103 polskie pielęgniarki, w tym 5 z Dolnego Śląska [6]. Działalność oraz zasługi 4 z nich (Jadwiga Omyło, Maria Szlemingier, Stanisława Fronczak-Korolczuk, Waleria Pęska) zostały szerzej opisane w opracowaniu Studenckiego Koła Naukowego PTP przy PWSZ w Głogowie [1]. Pominęto wówczas panią Paulinę Palczak z domu Krzyworączkę, której życiorysu doszukano się dopiero rok później (2022) w dostępnych archiwach. Informacje na temat działalności i dokonań dolnośląskiej Medalistki były niepełne, pozbawione szczegółowych informacji. Skłoniło to autorki do dalszych poszukiwań w celu odnalezienia istotnych treści. Historia tej wspaniałej kobiety – pielęgniarki, która za swoją bohaterską postawę i niezwykłą ofiarność została odznaczona medalem im. Florencji Nightingale doczekała się uzupełnienia.

Cel pracy. Celem pracy było pogłębienie, uzupełnienie i utrwalenie wiadomości o działalności zawodowej dolnośląskiej pielęgniarki odznaczonej Medalem Florence Nightingale, Pani Pauliny Palczak z domu Krzyworączki.

Material i metody. W pracy zastosowano metodę indywidualnego przypadku. Wykorzystano technikę swobodnego wywiadu, analizę dokumentów oraz materiałów archiwalnych z prywatnego, rodzinnego zbioru oraz ogólnodostępnego piśmiennictwa. Narzędzia użyte w badaniu to: dokumenty, zdjęcia, Medal Florence Nightingale, a także aparat fotograficzny. Wywiad z córką Pani Pauliny Palczak przeprowadzono w dniu 13.11.2022 r. w Legnicy.

Medal im. Florence Nightingale. Medal im. Florence Nightingale jest najwyższym odznaczeniem pielęgniarskim. Przyznawany jest przez Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża najbardziej zasłużonym pielęgniarkom na całym świecie jako uznanie i nagroda za

nieprzeciętne czyny dokonane w niezwykle ciężkich warunkach oraz pracę wymagającą wielkiej ofiarności [4, 5]. Zgodnie z uchwałą jest on przyznawany co dwa lata — tylko w czasie pokoju — a wyróżnienie takie otrzymuje nie więcej niż 50 osób, które posiadają nie tylko wysokie kwalifikacje zawodowe, ale także odznaczają się nienaganną moralnością i postępowaniem wymagającym wyjątkowego poświęcenia w służbie chorym i cierpiącym [4,5]. Po raz pierwszy Medale im. Florence Nightingale przyznano po I wojnie światowej, w setną rocznicę urodzin pionierki pielęgniarstwa, tj. w 1920 roku. Do roku 2022 Medal otrzymały 103 pielęgniarki z Polski. Okazało się, że pierwszą wyróżnioną Polką była Maria Concetta Chludzińska-Józefowicz (1920) [8], a nie jak przypuszczano wcześniej Maria Tarnowska (1923) [4], ostatnią zaś Anna Kaczmarczyk (2017) [5,6].

Sam medal jest posrebrzany, zawieszony na biało-czerwonej wstążce ozdobionej wieńcem laurowym otaczającym znak czerwonego krzyża. Awers medalu stanowi portret Florence Nightingale oraz napis „*Ad memoriam Florence Nightingale 1820 1910*” (Pamięci Florence Nightingale 1820-1910), rewers posiada na obwodzie napis „*Pro vera misericordia et cara humanitate perennis decor universalis*” (Za szczere miłosierdzie i człowieczeństwo), a w środku wygrawerowane jest nazwisko laureatki i data przyznania medalu (Rycina 1 i 2). Wręczany jest on z dyplomem sporządzonym na pergaminie [4].



Rycina 1. Awers Medalu im. Florence Nightingale [7]



Rycina 2. Rewers Medalu im. Florence Nightingale [7]

Paulina Palczak z domu Krzyworączka (ur. 1921 - zm. 1997). Autorki włożyły mnóstwo energii, aby odnaleźć i skontaktować się z rodziną zapomnianej Laureatki Medalu im. Florence Nightingale z Dolnego Śląska. Spotkanie z córką Medalistki, Panią Krystyną Cibiniak odbyło się 13 listopada 2022 roku w Legnicy i przypadło na 25. Rocznicę śmierci Medalistki z Chojnowa. Rozmowa przyniosła niezwykle owoce w postaci przekazania historii życia tej zasłużonej pielęgniarki oraz udostępnienia cennych fotografii, dokumentacji oraz samego Medalu (Rycina 3).



Rycina 3. Spotkanie z córką Pauliny Palczak – siedzi w środku, po lewej stronie dr n. med. Elżbieta Garwacka-Czachor, po prawej studentka Karolina Baszyńska [7]

Paulina Krzyworączka urodziła się 11 lipca 1921 r. w Brzeżanach na Wołyniu. Była córką właściciela masarni. Od wczesnoszkolnego okresu udzielała się społecznie, grała m.in., w amatorskim teatrze (Rycina 4), a jako dorosła pełniła m.in. rolę Radnej Miejskiej Rady Narodowej w Chocianowie [7].



Rycina 4. Teatr amatorski – Paulina Palczak druga od prawej z koszykiem na ręce [7]

Szkołę podstawową ukończyła w 1938 r., dwa lata później ukończyła 18 miesięczny kurs PCK dla sanitariuszek. W styczniu 1941 r. złożyła egzamin przed Komisją w Wojewódzkim Wydziale Zdrowia w Tarnopolu otrzymując dyplom młodszej pielęgniarki – Rycina 5.



Rycina 5. Paulina Palczak w czasach młodości [7]

Podjęła pracę zawodową w Wiejskim Ośrodku Zdrowia w Kozowej, później w szpitalu dla ludności cywilnej i dla żołnierzy, gdzie w czasie bombardowań udzielano rannym pomocy wykonując zabiegi operacyjne. W szpitalu tym zatrudnieni byli lekarze narodowości żydowskiej, którzy po wkroczeniu Niemców zostali aresztowani. Paulina Palczak wraz z niewielką grupą pielęgniarek, lecz bez lekarza pozostała w szpitalu z potrzebującymi pomocy, samodzielnie podejmując decyzje i wykonując zabiegi ratujące życie [4, 7].

W okresie II Wojny Światowej pani Paulina pracowała w szpitalach w Kozowej, Rohatynie i Brzeżanach pełniąc pracę w niebezpieczeństwie ze względu na konflikty pomiędzy ludnością ukraińską a polską. Objęła pomocą rannych z rozbojów bandyckich, ciężko poparzonych Polaków, których domy podpalali Ukraińcy, opiekowała się z wielką ofiarnością pozostającymi przy życiu cywilami i żołnierzami podczas epidemii tyfusu i tężca [4, 7].

W listopadzie 1945 r. przybyła transportem repatriacyjnym do Chojnowa organizując miejscowy szpital, który jednak z braku funduszy po roku działalności został zamknięty. W 1953 r. podjęła pracę jako pielęgniarka oddziałowa w Szpitalu Przeciwgruźliczym w Chojnowie i pracowała tam nieprzerwanie do 1965 r. Następnie pracowała w stacji Pogotowia Ratunkowego przy Szpitalu Rejonowym w Chojnowie, aż do przejścia na emeryturę (Rycina 6) [4].



Rycina 6. Fotografia zrobiona podczas pracy zawodowej (1964r.) w Szpitalu Przeciwgruźliczym im. Seweryna Sterlinga w Chojnowie, ul Szpitalna 20 – obecnie dom opieki „Niebeski Parasol” [7]

W 1968 r. Paulina Palczak pierwszy raz od momentu zakończenia wojny odwiedziła Brzeżany, gdzie została jej matka i brat, aby się z nimi spotkać (Rycina 7) [7].



Rycina 7. Paulina Palczak z matką w Brzeżanach – w 1968 roku odwiedziła je po raz pierwszy po wojnie. W Brzeżanach została matka i brat [7]

Dyplom pielęgniarki otrzymała z Ministerstwa Zdrowia w dniu 10.10.1954 r. Medalem została odznaczona 12 maja 1997 r., w listopadzie zmarła. Nie zdążyła osobiście odebrać Medalu, gdyż uroczyste wręczenie odbyło się rok później - w 1998r. w Legnicy. Wyróżnienie w imieniu pani Pauliny Palczak odebrała córka, Krystyna Cibiniak.

Pani Paulina Palczak na swojej drodze spotkała wiele trudności – repatriacja, rozdzielenie z rodziną oraz utrata bliskich osób, trudne czasy wojny, epidemie tyfusu oraz tężca. Córka wspomina, że życie rodzinne również nie było łatwe – mąż pani Pauliny, Józef Palczak, był osobą głuchą, więc wszelkie obowiązki związane z utrzymaniem rodziny i wychowaniem córki ciążyły na ramionach matki [7]. Pani Paulina przez całe swoje życie udzielała się społecznie –

od amatorskiego teatru po pełnienie funkcji Radnej. Życie zawodowe skupiła na niesieniu pomocy drugiemu człowiekowi nie bacząc na liczne zagrożenia i utratę własnego dobra oraz życia. Wykazała się bezgraniczną odwagą, ofiarnością i oddaniem chorym oraz potrzebującym, także wielkim zaangażowaniem w sprawy pielęgniarstwa oraz zdolnościami organizacyjnymi.

Wnioski.

1. Dzielna postawa Pauliny Palczak była wyrazem ofiarności wobec drugiego człowieka oraz wierności czerwonokrzyskiej idei, była też przejawem sprzeciwu dla wojennego okrucieństwa.
2. Bohaterska działalność Medalistki zasłużyła na najwyższe pielęgniarskie wyróżnienie, ale także pamięć kolejnych pokoleń pielęgniarek. Takie historie zobowiązują nas do refleksji nad postawą, zasadami etycznymi w zawodzie pielęgniarki oraz obligują do nieustannej pracy nad sobą.

Piśmiennictwo

1. Piekarcz D., Sokołowska-Mikityn A., Rafałowicz K., Klara A., Baszyńska K., Milecka D., Garwacka-Czachor E. Laureatki Medalu im. Florence Nightingale z Dolnego Śląska
2. Romaniuk J. Sochoń M. Popławska M. Aniśko P. Florence Nightingale – matka pielęgniarstwa, pionierka współczesnego pielęgniarstwa. [in:] Lewko J. Łukaszuk C. R. Krajewska-Kułak E. (ed.) Pielęgniarstwo wczoraj i dziś – rok 2020 rokiem pielęgniarstwa. Białystok 2020
3. Wirtualne Muzeum Pielęgniarstwa Polskiego. Medal im. Florence Nightingale.
<http://www.wmpp.org.pl/pl/odznaczenia/medal-im-florence-nightingale.html> (dostęp 15.12.2022)
4. Abramek Z. Pielęgniarki Polskiego Czerwonego Krzyża wyróżnione medalem im. Florence Nightingale. Warszawa: Polski Czerwony Krzyż Mazowiecki Zarząd Okręgowy; 2005
5. Janus B. Pielęgniarki regionu Wielkopolski — odznaczone Medalem im. Florence Nightingale, Problemy Pielęgniarstwa 2007, tom 15, zeszyt nr 2, 3 Via Medica, s. 96 – 103
6. Wirtualne Muzeum Pielęgniarstwa Polskiego. Galeria medalistek Medalu Florence Nightingale.
<http://www.wmpp.org.pl/pl/galeria-medalistek.html> (dostęp 09.12.2021)
7. Materiały archiwalne (dokumenty, zdjęcia) z prywatnego zbioru Krystyny Cibiniak
8. Wolska-Lipiec K. Pierwsza Polka z medalem im. Florence Nightingale. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2020; nr : 37-39

OCENA WYSTĘPOWANIA I NASILENIA NIESPRAWNOŚCI KRĘGOSŁUPA W ODCINKU SZYJNYM I ŁĘDŹWIOWYM U PIELEŃNIAREK ANESTEZJOLOGICZNYCH

SYLWIA KRZEMIŃSKA, ANDRZEJ PAWLAK, ADRIANA BORODZICZ

Wstęp. Pielęgniarki pracujące na Oddziale Intensywnej Terapii i na Bloku Operacyjnym znacznie narażone są na obciążenie pracą. Personel w znacznej mierze damski, niestety starzejący się, pracujący 12 godzin w ciągu doby, jest w grupie ryzyka powstawania dolegliwości ze strony kręgosłupa szyjnego i lędźwiowego. Praca w wymuszonych pozycjach, przodopochyleniu, nienaturalnych wykrzywieniach kręgosłupa, podnoszenie zbyt dużych ciężarów, nadmierne przeciążanie podczas czynności pielęgnacyjnych i terapeutycznych, wpływa na pogłębianie się problemu.

Nabyte zespoły przeciążeniowe, czyli zespoły dysfunkcji układu mięśniowo-szkieletowego powodują jeden z największych problemów w medycynie pracy.[1] Problem schorzeń narządów ruchu w wyniku przeciążeń fizycznych (w postaci zespołów bólowych kręgosłupa na tle zmian zwyrodnieniowo-dyskopatycznych) jest wymieniony jako pierwszy spośród wszystkich przyczyn niepełnosprawności w Polsce.[2] Obciążenie wskutek dźwigania ciężarów może mieć dwojaki wynik – przeciążenie tkanek układu mięśniowo-szkieletowego, a zatem powstanie mikro- lub makrourazów, czego konsekwencją mogą być złamania, zerwania ścięgien, przerwania pierścieni ścięgniastych, przepukliny jądra miażdżystego; lub przewlekłe przeciążenie tkanek skutkujące zwyrodnieniami mięśni, stawów, kręgow lub odkształceniami.[3]

Konsekwencją obciążenia pracą pielęgniarek jest najczęściej występowanie zespołów bólowych kręgosłupa. Ich najczęstszym umiejscowieniem jest odcinek lędźwiowy – ok. 65%, drugi w kolejności jest odcinek szyjny – 33%. Ból może być spowodowany przez zmiany zwyrodnieniowo-wytwórcze, powstałe poprzez działanie długotrwałego lub nadmiernego obciążenia, przewlekłe oraz ostre dyskopatie, a dodatkowym czynnikiem jest nadmierne napięcie mięśni przykręgosłupowych, samo w sobie powodujące ból. Ostra dyskopatia z wysunięciem jądra miażdżystego występuje najczęściej w wyniku nadmiernego obciążenia krążka międzykręgowego, występująca często poprzez uniesienie ciężkiego przedmiotu (lub osoby) z niskiego poziomu, np. łóżka, podłogi z pozycji pochylonej do przodu, bez podparcia tułowia.[4] Nietrudno sobie wyobrazić podobną sytuację w codziennej pracy pielęgniarki, dlatego ta grupa tak bardzo narażona jest na zespoły bólowe kręgosłupa i inne dolegliwości spowodowane jego obciążeniem. Najczęstszymi zespołami przeciążeniowymi są: zespół cieśni

nadgarstka, zespół de Quervaina, zapalenie nadkłykcia przyśrodkowego i bocznego kości ramiennej, zespół stożka rotatorów, zespoły bólowe kręgosłupa odcinka lędźwiowego i szyjnego. Według badań, umiarkowanym zagrożeniem dla układu mięśniowo-szkieletowego jest m.in. podnoszenie ciężkich przedmiotów często lub w niewygodnej pozycji przez okres dwóch godzin w ciągu jednej zmiany roboczej, pracowanie w wymuszonej pozycji przez okres dwóch godzin w ciągu zmiany roboczej, a jeśli czas ten stanowi 4 godziny w ciągu zmiany, ryzyko wystąpienia zaburzeń mięśniowo-szkieletowych staje się wysokie. [1] Jeśli weźmie się pod uwagę długość trwania zmiany na Oddziale Intensywnej Terapii i na Bloku Operacyjnym, czyli 12 godzin, łatwo można sobie wyobrazić ile czasu pielęgniarka spędza narażając się na dolegliwości związane w układem mięśniowo-szkieletowym kręgosłupa.

Wiele sytuacji w codziennej pracy pielęgniarki Intensywnej Terapii, wymaga długotrwałego utrzymywania tułowia, szyi i głowy, a czasem nawet ramion w niefizjologicznej pozycji, co powoduje niesymetryczne napięcia i przeciążenia mięśni kręgosłupa i tułowia, co z kolei skutkuje bólami i dysfunkcjami. Zaburza się wtedy równowaga pracy prostowników w stosunku do zginaczy, co może powodować utrwalone zmiany postawy, szkodliwe zmiany w morfologii i funkcji kręgosłupa. Drobne mikrourazy tkanek miękkich, kości i stawów sumują się, z biegiem czasu pojawia się zwiększające się niedokrwienie, nowe struktury tkankowe, zbliznowacenia, zwłóknienia, tkanki miękkie tracą elastyczność. [5]

Oprócz ciężkiej pracy fizycznej pielęgniarek, występuje również szereg innych czynników, które mogą wpłynąć na ogólny stan kręgosłupa danej osoby, są to: indywidualne cechy człowieka (m.in. wiek, płeć, budowa i masa ciała), rodzaj i częstość podejmowania aktywności fizycznej, czynniki genetyczne, przebyte urazy oraz choroby współtowarzyszące. Im więcej czynników występuje u danej osoby, tym większe prawdopodobieństwo wystąpienia dolegliwości.[6] Grupa zawodowa pielęgniarek jest z różnych względów grupą starzejącą się. Młode pielęgniarki często wybierają karierę za granicami państwa ze względów finansowych. Ma to oczywiście wielki wpływ na jakość pracy w szpitalach, gdzie większa część personelu to osoby starsze, zmagające się już z istniejącymi dolegliwościami kręgosłupa. Jak pokazują badania, zespół bólowy kręgosłupa występuje częściej u osób po 30. roku życia, a maksimum osiąga u osób w wieku 55-64 lat, ponadto więcej kobiet niż mężczyzn dotkniętych jest tymi dolegliwościami.[7] Nie bez znaczenia w poruszonym problemie dolegliwości mięśniowo-szkieletowych kręgosłupa jest aspekt podejmowanej aktywności fizycznej. Warto zwrócić uwagę na zależność występowania problemów z kręgosłupem z brakiem ruchu. Badania Akademii Wychowania Fizycznego w Katowicach wykazują, że aktywność podejmuje mniej niż połowa (ok.40%) z liczby ok. 100 badanych pielęgniarek.[8] Jest to niezadowalający wynik,

zwłaszcza, jeśli weźmie się pod uwagę, że brak aktywności fizycznej może mieć związek z występującymi w przeszłości dolegliwościami ze strony kręgosłupa.

Jak łatwo można zaobserwować, problem obciążenia pracą pielęgniarek anestezjologicznych jest problemem złożonym i niełatwym do rozwiązania. Jednym z najważniejszych nasuwających się wniosków jest potrzeba edukacji pielęgniarek odnośnie możliwości wystąpienia urazu podczas wykonywania pracy, uświadomienie konsekwencji nieodpowiedniego podnoszenia ciężarów i przeciążania kręgosłupa. Pomijając aspekty edukacji pielęgniarek, najważniejszym działaniem, poprawiającym warunki pracy, mogłoby być wprowadzenie w codzienne zajęcia zasad ergonomii, podniesienie wysokości płac pielęgniarek, zwiększenie ilości etatów, aby przeciążenie damskiego personelu zmniejszyło się.

Cel pracy. Celem badań było potwierdzenie istnienia dolegliwości ze strony kręgosłupa związanych z obciążeniem pracą w grupie pielęgniarek anestezjologicznych i intensywnej opieki.

Materiał i metody badań. Badania przeprowadzono w okresie od stycznia do marca 2019 roku, za zgodą Kierownika Kliniki oraz Dyrektora Uniwersyteckiego szpitala Klinicznego we Wrocławiu. Materiał do badań stanowiła grupa 102 osób, pielęgniarek anestezjologicznych w wieku 23-56 lat, pracowników Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii (Oddziału Intensywnej Terapii oraz Bloku Operacyjnego).

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego przy pomocy skonstruowanej na potrzeby badania ankiety socjodemograficznej oraz z użyciem standaryzowanych narzędzi badawczych: Indeks Niepełnosprawności Oswestry (*Oswestry Disability Index* - ODI) oraz Wskaźnik Niepełnosprawności Spowodowanej Dolegliwościami Bólowymi Części Szyjnej Kręgosłupa (*Neck Disability Index* - NDI). Każdy z respondentów wypełniał kwestionariusze dobrowolnie. Kryterium włączenia do badania było wyrażenie zgody na udział w badaniu.

Kwestionariusz ODI składa się z dziesięciu pytań, do których badana grupa podaje jedną z sześciu odpowiedzi punktowanych od 0 do 5 punktów. Pytania dotyczą kolejno: intensywności bólu, samodzielności podczas czynności pielęgnacyjnych, podnoszenia przedmiotów, chodzenia, siedzenia, stania, spania, aktywności seksualnej, życia towarzyskiego oraz podróżowania. Osoba badana podaje najbardziej adekwatną do swojej sytuacji odpowiedź odnoszącą się do natężenia dolegliwości bólowych. Stopień niepełnosprawności oceniany jest w punktach (od 0 do 50) lub w procentach (0% -100%), gdzie:

- 0 – 4 punkty – brak niepełnosprawności,
- 5 – 14 punktów – łagodna niepełnosprawność,
- 15 – 24 punkty – umiarkowana niepełnosprawność,

- 25 – 34 punkty – ciężka niepełnosprawność,
- 35 – 50 punktów – skrajne cierpienie i niepełnosprawność.[9,10]

Kwestionariusz NDI składa się z dziesięciu części, analogicznie do kwestionariusza ODI, osoba badana zaznacza jedną odpowiedź z sześciu możliwych, najbardziej odpowiadającą jej sytuacji. Liczba punktów możliwych do uzyskania na jedną część to od 0 do 5 punktów. Części kwestionariusza składają się kolejno z pytań dotyczących: intensywności bólu, pielęgnacji (mycie, ubieranie się, itp.), podnoszenia przedmiotów, czytania, bólu głowy, umiejętności skupienia się, pracy, prowadzenia samochodu, spania oraz wypoczynku. Stopień niepełnosprawności oceniany jest w punktach (od 0 do 50) lub w procentach (0% -100%), gdzie:

- 0 – 4 punkty – brak niepełnosprawności,
- 5 – 14 punktów – łagodna niepełnosprawność,
- 15 – 24 punkty – umiarkowana niepełnosprawność,
- 25 – 34 punkty – ciężka niepełnosprawność,
- 35 – 50 punktów – skrajne cierpienie i niepełnosprawność.[9,11]

Analiza statystyczna wykonana została w programie Statistica v.10 StatSoft Polska. We wszystkich obliczeniach założono poziom istotności statystycznej $\alpha = 0.05$.

W pracy obliczono statystyki podstawowe, tj. średnią, odchylenie standardowe, medianę, przedział międzykwartyłowy, wartość minimalną i maksymalną. Do weryfikowania normalności rozkładu wykorzystano test Shapiro-Wilka. W celu porównania grup niezależnych, cechujących się rozkładami nie będącymi rozkładami normalnymi użyto testu Manna-Whitney'a - w przypadku porównań dwóch grup oraz testu Kruskala-Wallisa - w przypadku porównań trzech grup. Analizę korelacji zmiennych przeprowadzono w oparciu o współczynnik korelacji Spearman'a. Rzetelność zastosowanych kwestionariuszy sprawdzono poprzez wyliczenie współczynnika Alfa-Cronbacha dla NDI (*ang. Neck Disability Index*) oraz ODI (*ang. Oswestry Disability Index*).

Wyniki.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy osób.

Zmienna	GRUPA BADANA		
		N	%
płeć	mężczyzna	3	2,94%
	kobieta	99	97,06%
stan cywilny	w związku małżeńskim	58	56,86%

	wspólnie zamieszkujący	11	10,78%
	wolny	22	21,57%
	rozwidziony	7	6,86%
	w ponownym zw. małż.	0	0%
	w separacji	4	3,92%
	wdowiec/wdowa	0	0%
partner pracuje	tak	66	64,71%
	nie	5	4,90%
	brak odpowiedzi	31	30,39%
liczba dzieci			
	0 dzieci	51	50,00%
	1 dziecko	21	20,59%
	2 dzieci	25	24,51%
	3 dzieci	5	4,90%
wiek dzieci	nie dotyczy	46	45,10%
	wiek przedszkolny	6	5,88%
	wiek przedszkolny i szkolny	7	6,86%
	wiek szkolny	20	19,61%
	wiek szkolny i poszkolny	2	1,96%
	wiek poszkolny	21	20,59%
wykształcenie	liceum medyczne	16	15,69%
	studium medyczne	15	14,71%
	licencjat piel.	34	33,33%
	magister piel.	37	36,27%
	inne	0	0,00%
nazwa oddziału pracy			
	Oddział Intensywnej Terapii	50	49,02%
	Blok Operacyjny	52	50,98%
stanowisko			
	piel. odcinkowa	100	98,04%
	piel. koordynująca	2	1,96%
	oddziałowa	0	0,00%
	naczelna	0	0,00%
	inne	0	0,00%
wymiar pracy			
	pełny etat	92	90,20%
	niepełny etat	3	2,94%
	kontrakt	5	4,90%
	pełny etat+kontrakt	2	1,96%
Aktywność fizyczna			
	zawsze	8	7,84%
	zwykle	15	14,71%

	czasami	12	11,76%
	od czasu do czasu	33	32,35%
	nigdy	34	33,33%
palenie	tak	9	8,82%
	nie	93	91,18%
alkohol	tak	44	43,14%
	nie	58	56,86%

Tabela 2. Statystyki podstawowe dla zmiennych typu ilościowego.

Zmienna	\bar{x}	SD	Me	Min	Maks	IQR
Wiek	40,59	11,24	41,00	23,00	57,00	30,00 - 52,00
Staż pracy w zawodzie piel.	18,36	12,69	20,00	0,50	37,00	3,00 - 30,00
Od jak dawna praca na oddziale	14,24	12,21	10,00	0,40	36,00	2,00 - 25,00
Ilość godzin pracy w tygodniu	43,56	11,77	40,00	25,00	84,00	38,00 - 40,00
Ilość opuszczonych dni	1,95	5,11	0,00	0,00	30,00	0,00 - 0,00
Dni własnej choroby	1,55	4,67	0,00	0,00	30,00	0,00 - 0,00
Ilość wizyt u lekarza	0,69	1,33	0,00	0,00	7,00	0,00 - 1,00

\bar{x} - wartość średnia; SD - odchylenie standardowe; Me - mediana; Min - wartość minimalna; Maks - wartość maksymalna; IQR - zasięg międzykwartylowy.

Tabela 3. Podstawowe statystyki otrzymane dla NDI oraz ODI.

Zmienna	\bar{x}	SD	Me	Min	Maks	IQR
NDI	9,15	5,63	9,00	0,00	21,00	4,00 - 14,00
NDI w %	18,29	11,25	18,00	0,00	42,00	8,00 - 28,00
ODI	6,70	4,61	6,00	0,00	20,00	3,00 - 9,00
ODI w %	13,48	9,24	12,00	0,00	40,00	6,00 - 18,00

\bar{x} - wartość średnia; SD - odchylenie standardowe; Me - mediana; Min - wartość minimalna; Maks - wartość maksymalna; IQR - zasięg międzykwartylowy.

Otrzymane wyniki określające niepełnosprawność związaną z bólami w odcinku szyjnym kręgosłupa podzielono zgodnie z klasyfikacją dr Vernon'a na pięć grup [1]:

- I. brak niepełnosprawności - punktacja od 0 do 4;
- II. łagodna niepełnosprawność - punktacja od 5 do 14;
- III. umiarkowana niepełnosprawność - punktacja od 15 do 24;
- IV. ciężka niepełnosprawność - punktacja od 25 do 34;
- V. całkowita niepełnosprawność - punktacja od 35 do 50.

Rozkład danych skategoryzowanych według powyższego opisu przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Uzyskane wyniki NDI w grupach wg. Vernon'a.

Grupa:		punkty	n	%
I	brak niepełnosprawności	0 - 4	29	28,43
II	łagodna niepełnosprawność	5 - 14	54	52,94
III	umiarkowana niepełnosprawność	15 - 24	19	18,63
IV	ciężka niepełnosprawność	25 - 34	0	0,00
V	całkowita niepełnosprawność	35 - 50	0	0,00

Wśród badanych 102 osób najliczniejszą grupę stanowili pielęgniarze/pielęgniarki charakteryzujący się łagodną niepełnosprawnością w obrębie odcinka szyjnego kręgosłupa (53% badanych). Prawie o połowę mniejszą grupą były osoby u których nie stwierdzono niepełnosprawności (28%). Umiarkowaną niepełnosprawność stwierdzono u pozostałych 19% badanych. Żadna z badanych osób nie została zakwalifikowana do IV lub V grupy.

Wyniki określające niepełnosprawność związaną z bólami w odcinku lędźwiowym kręgosłupa podzielono zgodnie z klasyfikacją Fairbank'a [12]:

- I. minimalna niepełnosprawność - punktacja od 0% do 20%;
- II. umiarkowana niepełnosprawność - punktacja od 21% do 40%;
- III. poważna niepełnosprawność - punktacja od 41% do 60%;
- IV. kalectwo - punktacja od 61% do 80%;
- V. osoba leżąca - punktacja od 81% do 100%.

Rozkład danych skategoryzowanych według powyższego opisu przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 5. Uzyskane wyniki ODI w grupach wg. Fairbank'a.

Grupa:		punkty	n	%
I	minimalna niepełnosprawność	0% - 20%	82	80,39
II	umiarkowana niepełnosprawność	21% - 40%	20	19,61
III	poważna niepełnosprawność	41% - 60%	0	0,00
IV	kalectwo	61% - 80%	0	0,00
V	osoba leżąca	81% - 100%	0	0,00

Wśród badanych 102 osób najliczniejszą grupę stanowili pielęgniarze/pielęgniarki charakteryzujący się minimalną niepełnosprawnością w obrębie odcinka lędźwiowego kręgosłupa (80% badanych). Resztę grupy stanowiły osoby o umiarkowanej niepełnosprawności (20%). Żadna z badanych osób nie cierpiała na tyle poważnie, by została zakwalifikowana do grupy III, IV lub V.

W wykonanej analizie sprawdzono, czy wyniki otrzymane dla skali NDI oraz ODI różnią się w zależności od oddziału pracy badanych osób. Grupę badawczą stanowiły osoby pracujące na Oddziale Intensywnej Terapii (50 osób, tj.49% badanych) oraz na Bloku Operacyjnym (52 osoby, tj.51%).

Podstawowe statystyki wyznaczono w obrębie rozpatrywanych podgrup zarówno dla wyników z kwestionariusza NDI (tabela 6), jak i ODI (tabela 7).

W dalszym etapie, sprawdzono normalność rozkładów danych. Ze względu na otrzymane wyniki, świadczące o braku normalności rozkładów, do porównań wyników użyto testu Manna-Whitney'a.

Tabela 6. Podstawowe statystyki otrzymane dla NDI z uwzględnieniem oddziału pracy.

Zmienna NDI	\bar{x}	SD	Me	Min	Maks	IQR
osoby pracujące na OIT (n = 50)	8,64	5,32	9,00	0,00	20,00	4,00 - 12,00
osoby pracujące na BO (n = 52)	9,63	5,92	9,00	0,00	21,00	4,00 - 14,00
Wartość testu Manna-Whitney'a: -0,84; p = 0,4009						

\bar{x} - wartość średnia; SD - odchylenie standardowe; Me - mediana; Min - wartość minimalna; Maks - wartość maksymalna; IQR - zasięg międzykwartyłowy.

Tabela 7. Podstawowe statystyki otrzymane dla ODI z uwzględnieniem oddziału pracy.

Zmienna ODI	\bar{x}	SD	Me	Min	Maks	IQR
osoby pracujące na OIT (n = 50)	6,20	4,83	5,00	0,00	20,00	3,00 - 9,00
osoby pracujące na BO (n = 52)	7,17	4,38	6,00	0,00	16,00	4,00 - 9,00
Wartość testu Manna-Whitney'a: -1,36; p = 0,1742						

\bar{x} - wartość średnia; SD - odchylenie standardowe; Me - mediana; Min - wartość minimalna; Maks - wartość maksymalna; IQR - zasięg międzykwartyłowy.

Zarówno w przypadku testu odnoszącego się do bólów odcinka szyjnego (NDI), jak i odcinka lędźwiowego (ODI) kręgosłupa nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie w wynikach otrzymanych dla pielęgniarzy/pielęgniarek pracujących na Oddziale Intensywnej Terapii i Bloku Operacyjnym.

Weryfikacja występowania korelacji. Spośród danych uzyskanych na podstawie ankiety wybrano te, które miały charakter ilościowy: wiek, staż pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza, czas pracy na oddziale, ilość godzin pracy w tygodniu, ilość opuszczonych dni z powodu choroby, dni własnej choroby, ilość wizyt u lekarza. W celu sprawdzenia, czy występują korelacje pomiędzy NDI, ODI oraz wymienionymi zmiennymi w pierwszej

kolejności zweryfikowano normalność rozkładów. Posłużono się testem Shapiro-Wilka. Wyniki testu wraz z otrzymanymi poziomami istotności statystycznej przedstawiono w tabeli 8.

Tabela 8. Wyniki testu sprawdzającego normalność rozkładów dla zmiennych ilościowych.

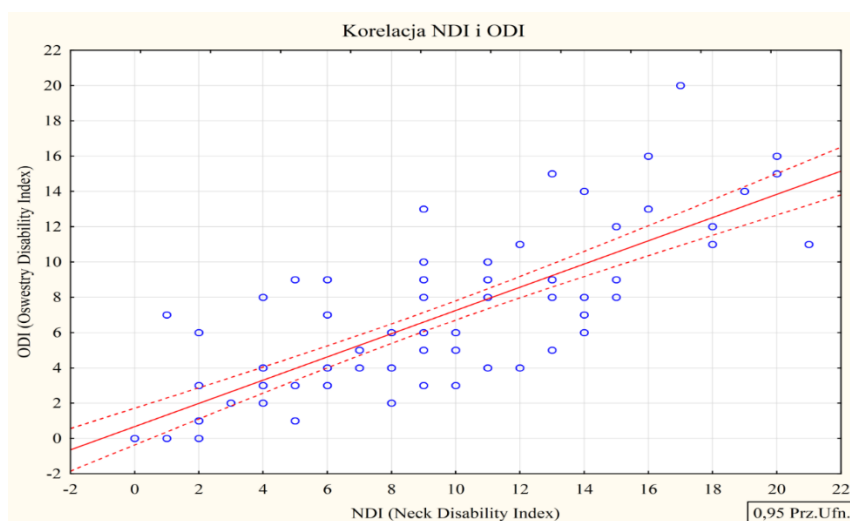
Zmienna	Wynik testu Shapiro-Wilka	
	SW-W	p
NDI	0,96	0,0028
ODI	0,95	0,0004
wiek	0,92	<0,0001
staż pracy w zawodzie pielęgniarka/pielęgniarki	0,90	<0,0001
czas pracy na oddziale	0,87	<0,0001
ilość godzin pracy w tygodniu	0,59	<0,0001
ilość opuszczonych dni z powodu choroby	0,43	<0,0001
dni własnej choroby	0,37	<0,0001
ilość wizyt u lekarza	0,58	<0,0001

Ze względu na fakt, iż wszystkie zmienne są typu ciągłego o rozkładach odbiegających od rozkładu normalnego, do zweryfikowania występowania korelacji wyznaczono współczynnik korelacji Spearman'a. Otrzymane wartości współczynników korelacji Spearman'a wraz z wartościami p określającymi ich istotność statystyczną zamieszczono w tabeli 9.

Tabela 9. Wartości współczynników korelacji Spearman'a.

Zmienna 1	Zmienna 2	Współczynnik Spearmana	
		r	p
wiek	NDI	0,27	0,0056
staż pracy w zawodzie pielęgniarka/pielęgniarki		0,27	0,0060
czas pracy na oddziale		0,25	0,0118
ilość godzin pracy w tygodniu		0,24	0,0165
ilość opuszczonych dni z powodu choroby		0,16	0,1086
dni własnej choroby		0,15	0,1378
ilość wizyt u lekarza		0,07	0,5072
wiek	ODI	0,36	0,0002
staż pracy w zawodzie pielęgniarka/pielęgniarki		0,37	0,0001
czas pracy na oddziale		0,32	0,0011
ilość godzin pracy w tygodniu		0,18	0,0679
ilość opuszczonych dni z powodu choroby		0,09	0,3796
dni własnej choroby		0,06	0,5422
ilość wizyt u lekarza		0,10	0,3216
Korelacja NDI i ODI		0,80	<0,0001

Największą zależność odnotowano pomiędzy NDI i ODI. Była to korelacja wysoka dodatnia ($r = 0,8$), co oznacza, że wraz ze wzrostem jednej zmiennej, rośnie wartość drugiej. Najsilniejszą korelację przedstawiono dodatkowo na wykresie nr 1. Pozostałe istotne korelacje we wszystkich przypadkach były poniżej wartości 0,4, co świadczyło o słabej zależności pomiędzy rozpatrywanymi zmiennymi. W przypadku NDI korelacje nie były istotne w połączeniu z ilością opuszczonych dni z powodu choroby, z ilością dni własnej choroby oraz ilością wizyt u lekarza. Podobnie było w przypadku ODI. Tutaj nie odnotowano istotnej zależności dodatkowo pomiędzy ilością godzin pracy w tygodniu.



Rycina 1. Korelacja NDI (Neck Disability Index) i ODI (Oswestry Disability Index).

Dyskusja. Praca pielęgniarki jest obciążona obciążeniem fizycznym często przekraczającym normy dopuszczalne dla kobiet. Pielęgniarka pracuje w napięciu psychicznym i fizycznym, jest w ciągłej gotowości ratowania życia i zdrowia pacjentów, którzy w ciężkim stanie zdrowia trafiają na Oddział Intensywnej Terapii. Niestety ciągły stres w połączeniu z obciążeniem fizycznym skutkuje dolegliwościami ze strony kręgosłupa.

Powołując się na badania Kułagowskiej, 80% pielęgniarek anestezyjologicznych uskarża się na występowanie dolegliwości bólowych w obrębie odcinka kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego i szyjnego.[13] Badania Moreiry i wsp., w których badano 245 czynnych zawodowo pielęgniarek ze szpitala w São Paulo wykazały, że najbardziej narażone na przeciążenie rejonu kręgosłupa to odcinek lędźwiowy (57% badanych odczuwało ból w tym rejonie), barki (52%) i szyja (48%). Ból miał ścisły związek z wykonywaną pracą i był powodem wykorzystania urlopu w celach poprawy stanu zdrowia.[14] Podobnie wśród włoskich pielęgniarek i pielęgniarzy odcinki lędźwiowy i szyjny były najbardziej bolesne (kolejno 49,1% oraz 46,4% badanych uskarżało się na ból w tych miejscach).[15] Badania Maciuk, Klimaszewskiej

i Krajewskiej-Kulak wykazują, że pielęgniarki z badanej grupy podają odcinek lędźwiowy jako najbardziej bolesny (81% poświadcza ból tego odcinka) a odcinek szyjny wymienia 53% badanych.[16] Wyniki badań wydają się jednoznacznie potwierdzać związek obciążenia pracą z występowaniem zespołów bólowych kręgosłupa.

Badania własne przeprowadzone na grupie 102 pielęgniarek i pielęgniarzy anestezyjologicznych pracujących czynnie na Oddziale Intensywnej Terapii i na Bloku Operacyjnym wykazały, podobnie jak inne prowadzone w podobnym kierunku, że omawiana grupa zawodowa jest obciążona występowaniem bólów kręgosłupa, które silnie związane są z wykonywaną pracą oraz ze stażem pracy. Badania własne wykazały jednak, co ciekawe, że nie ma znaczących statystycznie zależności i różnic w wynikach badań pielęgniarek pracujących na Bloku Operacyjnym i na Oddziale Intensywnej Terapii. Pielęgniarki pracujące na OIT nie doświadczały większego obciążenia niż ich koleżanki z Bloku Operacyjnego i odwrotnie. Można zatem wyciągnąć wniosek, że obciążenie w tych miejscach pracy jest na podobnym poziomie.

Praca pielęgniarek anestezyjologicznych obarczona jest wysokim ryzykiem przeciążenia kręgosłupa podczas wykonywania pracy zarówno dynamicznej jak i statycznej. Można się zatem spodziewać wysokiego współczynnika uszkodzeń i dolegliwości ze strony obciążonego kręgosłupa szyjnego i lędźwiowego. Według badań Katedry i Zakładu Pielęgniarstwa Neurologicznego UM w Lublinie, aż ponad 80% pielęgniarek potwierdza występowanie bólu kręgosłupa, natomiast żadnych dolegliwości nie zgłaszało zaledwie 18,81% badanych.[17] Według wyników badań Zyznawskiej, ilość osób zgłaszających ból kręgosłupa sięgała aż 92,9%. Osoby nie zgłaszające dolegliwości stanowiły zaledwie 7,1% i jak zaznacza autorka badań, były to osoby z krótkim stażem pracy. [18]

Można uznać, że wyniki badań lubelskiego uniwersytetu medycznego i tych przeprowadzanych w Małopolsce pokrywają się z wynikami badań własnych, gdzie 69,61% badanych podało, że w momencie przeprowadzania badań odczuwa dolegliwości ze strony kręgosłupa. Dolegliwości nie zgłaszało zaledwie 30,39%. Dane jednoznacznie wskazują na utrzymujące się od lat przeciążenie personelu pielęgniarskiego, którego wciąż przytłaczającą większością są kobiety. Nie bez podstaw nasuwa się refleksja na temat przyszłości zawodu pielęgniarki wciąż obciążonej zbyt dużym ciężarem pracy.

Według badań własnych przeprowadzonych kwestionariuszami ODI i NDI wykazano, że pracujące w omawianej jednostce medycznej osoby można zakwalifikować do grup niepełnosprawności wg klasyfikacji dr Vernon'a dla NDI i Fairbanka dla ODI. Wyniki ukazują, że łagodną i umiarkowaną niepełnosprawność obejmującą odcinek szyjny mają aż 73 osoby

spośród 102 badanych, co stanowi 71,57% badanych osób. Klasyfikacja obejmująca lędźwiowy odcinek kręgosłupa wg Fairbanka ukazuje, że osób z minimalną niepełnosprawnością jest 80,39% spośród wszystkich badanych. Umiarkowana niepełnosprawność cechuje 19,61% pielęgniarek i pielęgniarzy. Wyniki badań własnych można porównać z badaniami opublikowanymi w 2015 roku i przeprowadzonymi przez Baumgarta [9] i współpracowników. Losowo wybraną grupę pielęgniarek pracujących na różnych oddziałach szpitalnych województwa kujawsko-pomorskiego, badaną kwestionariuszem NDI reprezentowało 36,67% osób z niepełnosprawnością łagodną, 50% stanowiły osoby z niepełnosprawnością umiarkowaną, a aż 8,3% zakwalifikowano do ciężkiej niepełnosprawności. Tylko 5% wykazało całkowity brak niepełnosprawności. Badani kwestionariuszem ODI w 65% stanowili grupę z niepełnosprawnością umiarkowaną, poważną niepełnosprawność wykazano u 15%, natomiast 8,3% cechowało kalectwo.[9] Przytoczone wyniki badań w porównaniu z wynikami badań własnych potwierdzają ogólną tendencję do występowania obciążenia pracą i różnego stopnia niepełnosprawności wśród polskich pielęgniarek, jednak ukazują jeszcze bardziej pogłębiony problem w porównaniu do wyników badań własnych.

Powołując się na wyniki badań Bilskiego i Sykutery, stwierdzono istotną statystycznie zależność między mniejszą częstością występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa u pielęgniarek a występowaniem udogodnień do podnoszenia i przemieszczania pacjentów. [12] Jednak, jak pokazują badania, nie wystarczy sama obecność sprzętu na oddziale, ale również niezbędny serwis, szkolenie dotyczące jego obsługi oraz ergonomii pracy, ponieważ wielokrotnie pielęgniarki nie potrafią korzystać z już istniejących form pomocy.[18] Deprymującym jest fakt, że wciąż nie inwestuje się w najcenniejszy kapitał – personel. Własne obserwacje ukazują również brak wiedzy i doświadczenia personelu odnośnie ergonomii pracy, podnoszenia i przenoszenia ciężarów. W celu podniesienia jakości i bezpieczeństwa pracy, należałoby wprowadzić szereg szkoleń odnośnie bezpieczeństwa podczas podejmowania tego typu aktywności. Nie trzeba chyba podawać bardziej naglących statystyk odnośnie występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa czy absencji w pracy z powodu konieczności wzięcia urlopu zdrowotnego. Wyniki badań Bilskiego i Sykutery wykazują, że 9,85% spośród pielęgniarek przez nich badanych musiało skorzystać ze zwolnienia lekarskiego z powodu dolegliwości bólowych kręgosłupa.[12]

Przekrój badanej grupy pod względem wieku jest dość zróżnicowany, jednak jak można zaobserwować, już u osób poniżej 30 roku życia pojawiają się omawiane dolegliwości ze strony kręgosłupa. Podobne wnioski zostały wyciągnięte przez Zyznawską i współpracowników, badających pielęgniarki krakowskich i małopolskich placówek.[18] Jest to fakt wysoce

niepokojący, wydawałoby się, że ból kręgosłupa jest zarezerwowany dla osób z dużym stażem pracy, doświadczeniem, u osób powyżej 50 roku życia. Gdzie upatrywać przyczyny takiego stanu rzeczy? Niewątpliwie nasuwa się jeden wniosek: pielęgniarki są nadmiernie obciążone podczas wykonywania zadań zawodowych.

Omawiając kwestię obciążenia ze strony zawodu pielęgniarki, nie można zapomnieć o świadomości personelu odnośnie higieny pracy i życia codziennego. Warto zwrócić uwagę, że przyczyny dolegliwości bólowych kręgosłupa można upatrywać między innymi w niewielkim procencie osób przyznających się do podejmowania regularnej aktywności fizycznej w czasie wolnym, która może znacząco wpłynąć na stan kręgosłupa, jego możliwości przystosowawcze do wysiłku, obciążenia pracą. Według badań Mynarskiego i współpracowników, zaledwie 37 z 93 pielęgniarek podejmowało rekreacyjną aktywność fizyczną w natężeniu co najmniej umiarkowanym. Stanowiło to zaledwie niecałe 40% badanych. Ponadto badania dowiodły, że u osób podejmujących aktywność w co najmniej umiarkowanym stopniu ból nie występował, lub ograniczał się do 1-2 obszarów kręgosłupa. U osób, które nie ćwiczyły wcale, ból pojawiał się w 3 i więcej częściach ciała.[8] Być może problem niepodejmowania aktywności fizycznej może wiązać się z już występującymi dolegliwościami bólowymi, co może tworzyć swoiste „błędne koło”: pielęgniarki (częściej osoby starsze) skarżą się na ból kręgosłupa, który może być spowodowany przeciążeniami podczas pracy zawodowej oraz brakiem aktywności fizycznej w czasie wolnym, a zarazem wykazują małą aktywność fizyczną, co może być spowodowane bólami kręgosłupa, brakiem czasu i środków.

Badania własne potwierdzają ogólną tendencję występowania niskiego współczynnika aktywności fizycznej. Do wykonywania ćwiczeń fizycznych w sposób regularny (odpowiedź w ankiecie określana jako „zwykle” i „codziennie”) przyznało się zaledwie 22,55% badanych pielęgniarek i pielęgniarzy. Resztę (77,45% badanych) stanowiły osoby ćwiczące od czasu do czasu lub nigdy. Pielęgniarki i pielęgniarze pytani w kwestionariuszu NDI o życie towarzyskie i wypoczynek w wolnym czasie przyznali, że odczuwają lekki ból szyi podczas zajęć rekreacyjnych (41,17%), część z nich nie może brać udziału w takich zajęciach (15,69% badanych), a 0,98% może wykonywać tylko typowe dla siebie czynności, wykluczające np. uprawianie sportu. Podobnie sytuacja wygląda dla kwestionariusza ODI, gdzie 7,84% ma zwiększone uczucie bólu, a 10,78% nie może prowadzić intensywnego wysiłku fizycznego, 2,95% pielęgniarek ma znacznie ograniczone życie towarzyskie, rzadziej wychodzi z domu. Ból w odcinku lędźwiowym powoduje również znaczny dyskomfort podczas aktywności

seksualnej pielęgniarek. 19,61% badanych skarży się na dodatkowy ból, dla 1,96% aktywność ta jest bardzo bolesna, a dla 4,90% bardzo ograniczona.

Ból w odcinku szyjnym może powodować bóle głowy, trudności w skupieniu się, czytaniu, spaniu, prowadzeniu samochodu. Ból w odcinku lędźwiowym może powodować zaburzony sen, utrudnione chodzenie, stanie, siedzenie oraz aktywność seksualną. Jak widać odczuwanie bólu ma już wpływ nie tylko na pracę zawodową, ale obciążone pracą pielęgniarki odczuwają dyskomfort w swoim czasie wolnym, co odbiera im możliwość pełnowartościowego wypoczynku, znacznie zmniejsza satysfakcję z niego i źle wpływa na jakość życia.

Wszelkie badania prowadzone w tym kierunku potwierdzają, że pielęgniarki są nadmiernie obciążone pracą. Jak wykazały badania własne, sytuacja nie ma wyjątku również w przypadku pielęgniarek anestezyjologicznych. Zadania zawodowe w tym sektorze pracy wymagają ciągłej czujności, skupienia, napięcia, są niezwykle odpowiedzialne, wzmagają uczucie zmęczenia, podnoszą poziom stresu. Dodatkowy czynnik fizyczny sprawia, że kobiety pracujące na tym stanowisku są w bardzo dużej mierze narażone na nadmierne obciążenie układu szkieletowo-mięśniowego, powstawanie mikrourazów podczas pracy, które mogą być w późniejszym etapie przyczyną niepełnosprawności i kalectwa. Należałoby wprowadzić daleko idące zmiany w kierunku polepszenia warunków pracy, świadomości pielęgniarek oraz ich pracodawców, wpłynąć wreszcie na pogarszające się z roku na rok statystyki odnośnie ilości personelu pielęgniarskiego w kraju.

Wnioski.

1. Czynne zawodowo pielęgniarki anestezyjologiczne doświadczają dolegliwości bólowych w obrębie kręgosłupa szyjnego i lędźwiowego. W przypadku dolegliwości kręgosłupa szyjnego największy odsetek respondentów wykazywał łagodną niepełnosprawność. W przypadku dolegliwości ze strony odcinka lędźwiowego największy odsetek respondentów wykazywał minimalną niepełnosprawność.
2. Ból, którego doświadczają pielęgniarki anestezyjologiczne prowadzi do zaburzenia funkcjonowania w życiu zawodowym.
3. Obciążenia zawodowe pielęgniarek wpływają na nasilanie się dolegliwości ze strony kręgosłupa. Wraz ze wzrostem wartości kwestionariusza NDI rośnie wartość kwestionariusza ODI.
4. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic między obciążeniem pracą na Bloku Operacyjnym i na Oddziale Intensywnej Terapii.
5. Pielęgniarki anestezyjologiczne w niewystarczającym stopniu podejmują aktywność fizyczną niezbędną w profilaktyce dolegliwości bólowych związanych z kręgosłupem.

Piśmiennictwo

1. Bugajska J., Jędryka-Góral A., Gasik R., Żołnierczyk-Zreda D. Nabyte zespoły dysfunkcji układu mięśniowo-szkieletowego u pracowników w świetle badań epidemiologicznych. *Medycyna Pracy* 2011;62(2):153-161.
2. Karczewski J.K. Higiena. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002.
3. Frejtak S.: Egonomia [w:] Higiena Pracy. [w:] red. J. A. Indulskiego: Instytut Medycyny Pracy im. Prof. dra med. Jerzego Nofera w Łodzi, Łódź, 1999.
4. Morton M. Zespoły bólowe kręgosłupa. *Przewodnik Lekarski* 2008; 5: 45-55.
5. Dziak A.: Bóle i dysfunkcje kręgosłupa. *Medicina Sportiva*, Kraków 2007
6. Juraszek K., Hagner-Derengowska M., Hoffmann M., Kalisz Z., Zukow W.: Wpływ pracy zawodowej na występowanie zespołów bólowych kręgosłupa na przykładzie pielęgniarek województwa kujawsko-pomorskiego. *Journal of Education, Health and Sport*. 2016; 6(8): 504-521.
7. Milanow I. Zespół bólowy kręgosłupa. *Pediatrics i Medycyna Rodzinna* 2014,10(3):253-264.
8. Mynarski W., Grabara M., Nawrocka A., Niestrój-Jaworska M., Wołkowycka B. i wsp. Rekreacyjna aktywność fizyczna i dolegliwości mięśniowo-szkieletowe pielęgniarek. *Medycyna Pracy* 2014;65(2).
9. Baumgart M., Radziwińska A., Szpinda M., Kurzyński P., Goch A. i wsp. Dolegliwości bólowe kręgosłupa wśród personelu pielęgniarstwa – Spinal pain among nurses. *Journal of Education, Health and Sport*. 2015;5(9):633-646.
10. Roland M., Fairbank J. The Roland-Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000 Dec 15;25(24):3115-24.
11. Vernon HT, Mior SA. The Neck Disability Index: a study of reliability and validity. *J Manip Physiol Ther* 1991;14:409-415.
12. Bilski B., Sykutera L. Uwarunkowania obciążeń układu ruchu i ich konsekwencje zdrowotne wśród pielęgniarek czterech poznańskich szpitali. *Medycyna Pracy* 2004;55(5):411-416.
13. Kułagowska E. Obciążenie układu mięśniowo-szkieletowego podczas prac wykonywanych przez pielęgniarkę anestezjologiczną. *Medycyna Pracy* 2008; 59(4) : 287-292.
14. Moreira R., Sato T., Foltran F., Silva L., Coury H. Prevalance of multoskeletal symptoms in hospital nurse technicians and licensed practical nurses: associations with demographic factors. *Brazilian Journal of Physical Therapy* 2014 Jul-Aug;18(4):323-333.
15. Carugno M., Pesatori A.C., Ferrario M.M., Ferrari A.L., da Silva F.J. Physical and psychosocial risk factors for musculoskeletal disorders in Brazilian and Italian nurses. *Cadernos de Saude Publica* 2012 Sep;28(9):1632-1642.
16. Maciuk M., Krajewska-Kulak E., Klimaszewska K.: Samoocena występowania zespołów bólowych kręgosłupa u zawodowo czynnych pielęgniarek. *Problemy higieny i epidemiologii* 2012, 93(4):728-738.
17. Przychodzka E., Lorencowicz R., Grądek E., Turowski K., Jasik J.: Problem bólu kręgosłupa u czynnych zawodowo pielęgniarek. *Zdrowie i Dobrostan* 2/2014, Rozdział IX.
18. Zyznawska J., Ćwiertnia B., Madetko R. Dolegliwości bólowe kręgosłupa w grupie zawodowej pielęgniarek i położnych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2011;2:54-59.

SATYSFAKCJA Z PRACY CZY WYPALENIE ZAWODOWE- CO CZĘŚCIEJ TOWARZYSZY PRACY PIELEŃNIAREK? DYSKUSJA W RAMACH DEBATY OKSFORDZKIEJ STUDENTÓW PIELEŃNIARSTWA

DOROTA MILECKA, ELŻBIETA GARWACKA-CZACHOR, ALEKSANDRA ŚWIDERSKA, DARIA KOŚCIEWICZ, ZUZANNA PRZYBYLSKA, AMELIA ŻACHOWSKA, ALICJA WOLIŃSKA, JAN WALCZUK, LIDIA PAŚ, SAMANTA MAZUR, ARKADIUSZ BOROWIECKI

Wstęp. Zagadnienia dotyczące satysfakcji z pracy oraz wypalenia zawodowego w grupie zawodowej pielęgniarek ciągle są przedmiotem badań naukowych oraz rozważań teoretyków i praktyków. Znajomość wagi tych zjawisk dla jakości opieki nad pacjentem oraz samych pielęgniarek, sprawia, że zarówno temat jak i wdrażanie rozwiązań minimalizujących skutki wypalenia zawodowego oraz podnoszących satysfakcję z pracy nadal są aktualne. Spojrzenie na ten problem, przez osoby studiujące pielęgniarstwo oraz uczniów szkół średnich miasta Głogowa - potencjalnych studentów pielęgniarstwa - stało się inspiracją do przeprowadzenia debaty o tej tematyce.

Cel pracy. Poznanie opinii „Publiczności” biorącej udział w debacie, składającej się ze studentów pielęgniarstwa oraz uczniów głogowskich szkół średnich na temat sformułowany w postaci tezy: *Praca pielęgniarki przynosi satysfakcję zawodową, zapewnia dobre warunki pracy oraz płacy.*

Materiał i metoda. Debata w całości została przygotowana i przeprowadzona przez studentów pielęgniarstwa I stopnia PWSZ w Głogowie w dniu 9.03.2023 r. pod opieką merytoryczną nauczycieli akademickich. Uczestnikami debaty byli studenci pielęgniarstwa oraz uczniowie szkół średnich, którzy zostali zaproszeni na debatę.

Debata oksfordzka jako metoda dyskusji oparta na argumentach, pozwala w drodze przeprowadzonych w czasie debaty 2 głosowań poznać opinię „Publiczności”- ile osób jest za tezą, ile przeciw tezie, czy też ile wstrzymało się od głosu. Argumenty za tezą przedstawia „Propozycja”, argumenty przeciw tezie przedstawia „Opozycja”. Nad przebiegiem debaty czuwa Marszałek, który udziela głosu stronom debaty oraz zarządza głosowanie Publiczności. Wyrażenie opinii przez Publiczność ma miejsce po przedstawieniu głównych argumentów przez Propozycję i Opozycję, a następnie po rozwinięciu argumentacji uwzględniającej argumenty przeciwników, podważaniu argumentacji strony przeciwnej oraz podsumowaniu. Wygrywa strona debaty, która uzyska najwięcej głosów Publiczności w drugim głosowaniu [1,2]. Debatę kończy przyjęcie konkluzji.

Wyniki. W debacie wzięło udział 55 uczestników stanowiących stronę debaty - „Publiczność”: 16 studentów pielęgniarstwa oraz 39 uczniów głogowskich szkół średnich.

W wyniku głosowania przeważającą liczbę głosów zarówno po 1-ym jak i 2-im głosowaniu uzyskała Opozycja. Należy jednak podkreślić, że w wyniku debaty w 2-im głosowaniu spadła liczba głosów przeciw tezie o 9 w porównaniu do głosowania 1-ego, co pomimo „przegranej” Propozycji, oznacza, że siła argumentacji Propozycji wpłynęła jednak na zmianę zdania osób głosujących „przeciw” tezie, co niewątpliwie należy ocenić jako sukces Propozycji, ponieważ nikt z Publiczności na początku debaty nie był za tezą.

Tabela 1. Wyniki z I i II głosowania Publiczności

Opcja	Liczba głosów I głosowania	Liczba głosów z II głosowania	Różnica
Za tezą	0	3	3
Przeciw Tezie	53	44	- 9
Niezdecydowani	2	8	6
Razem	55	55	

Przebieg debaty

1. Przedstawienie przez Marszałka zasad prowadzenia debaty oraz celów Propozycji i Opozycji.

Tabela 2. Przedstawienie celów Propozycji i Opozycji

Cele Propozycji	Cele Opozycji
1. Wykazanie mocnych stron pielęgniarstwa oraz określanie atutów wykonywania zawodu. 2. Zachęcanie do wykonywania zawodu, ponieważ jest to powinność wynikająca z misji zawodu pielęgniarki oraz Kodeksu Etyki Zawodowej. 3. Podkreślenie roli pielęgniarstwa w zabezpieczeniu potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.	1. Wykazanie słabych stron pielęgniarstwa. 2. Podkreślenie konieczności poszukiwania nowych rozwiązań do praktyki pielęgniarstwa, ponieważ jedynie takie podejście gwarantuje rozwój pielęgniarstwa. 3. Promowanie asertywności oraz zdecydowanego artykułowania potrzeb i problemów, dzięki czemu możliwa jest poprawa jakości opieki pielęgniarstwa.

Runda I. Przedstawienie głównych argumentów Propozycji i Opozycji

Tabela 3. Główne argumenty Propozycji i Opozycji

Główne argumenty Propozycji	Główne argumenty Opozycji
1. Satysfakcja z pracy i życia <ul style="list-style-type: none"> Pielęgniarki odczuwają satysfakcję z pracy i życia Cieszą się dużym uznaniem społecznym Mają wiele możliwości realizacji planów zawodowych Mogą korzystać z rekomendowanych strategii walki ze stresem. 	1. Brak satysfakcji zawodowej, wypalenie zawodowe <ul style="list-style-type: none"> Obniżona jakość życia pielęgniarzek Chroniczne zmęczenie i bezsenność Praca w ciągłym stresie Przeciążenie nadmierną biurokracją i formalizmami.
2. Dobre warunki pracy <ul style="list-style-type: none"> Normy zatrudnienia pielęgniarzek od 0,6 do 0,9 etatu pielęgniarki/łożko Zawód pomocniczy dla zawodu pielęgniarki w systemie opieki zdrowotnej - opiekun medyczny 	2. Trudne warunki pracy <ul style="list-style-type: none"> Nieprzestrzeganie norm zatrudnienia przez pracodawców (brak pielęgniarek na rynku pracy) Niedobory kadrowe, zła organizacja pracy powodują występowanie zjawiska racjonowania

<ul style="list-style-type: none"> • Poprawa warunków pracy w zakresie bezpieczeństwa personelu medycznego - dostęp do sprzętu bezpiecznego, sprzętu do przemieszczania pacjentów: rolki, maty, podnośniki, pionizatory itp. • Możliwość podjęcia pracy w ramach umowy o pracę, kontraktu, własnej praktyki indywidualnej lub grupowej • Mentoring w ramach adaptacji społeczno-zawodowej dla absolwentów pielęgniarstwa. 	<p>opieki pielęgniarstwa – negatywne skutki dla pacjentów i pielęgniarek</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ograniczony dostęp do zawodu pomocniczego dla zawodu pielęgniarki – czyli opiekuna medycznego • Trudne warunki pracy - niedobory w zakresie bezpiecznego sprzętu, sprzętu do przemieszczania pacjentów, podstawowego wyposażenia w zakresie opieki nad pacjentem • Formy zatrudnienia niedostosowane do oczekiwań pielęgniarek; zbyt długi czas pracy • Negatywny wpływ środowiska pracy na stan zdrowia pielęgniarek (wypalenie zawodowe, wypadki w pracy, choroby zawodowe) • Trudne warunki adaptacji społeczno-zawodowej dla absolwentów pielęgniarstwa
<p>3. Dobre warunki wynagrodzenia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Współczynniki wynagrodzenia • Dodatki do wynagrodzenia 	<p>3. Niskie wynagrodzenia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nieprzestrzeganie przez pracodawców współczynników wynagrodzenia przewidzianych dla pielęgniarek • Niezadowolenie z poziomu wynagrodzenia-niska płaca wobec ciężkiej pracy jaką wykonują pielęgniarki • Niezadowolenie ze świadczeń pozapłacowych
<p>4. Kształcenie przeddyplomowe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zwiększenie liczby uczelni prowadzących kierunek pielęgniarstwo • Poprawa jakości kształcenia przeddyplomowego np. powstanie Centrów Symulacji Medycznej • System zachęt do podejmowania i kontynuowania edukacji. 	<p>4. Kształcenie przeddyplomowe - bardzo wymagające - blisko 5 tysięcy godzin nauki</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brak chętnych do studiowania pielęgniarstwa • Brak chętnych do kontynuowania edukacji na II stopniu.
<p>5. Kształcenie podyplomowe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ułatwienia w podnoszeniu kwalifikacji- urlopy szkoleniowe, zwolnienie z obowiązku świadczenia pracy • Zwiększanie uprawnień (m.in. rozszerzenie listy leków, które może zlecać pielęgniarka) • Wprowadzenie nowych specjalizacji-większe wykorzystanie potencjału pielęgniarek. 	<p>5. Kształcenie podyplomowe - utrudnione i kosztowne</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utrudnienia w podnoszeniu kwalifikacji- mały dostęp do urlopów szkoleniowych, zwolnienia z obowiązku świadczenia pracy na czas udziału w szkoleniu • Ponoszenie kosztów przez pielęgniarki-uczestnictwa, dojazdu itp.
<p>6. Rozwój zawodowy</p> <ul style="list-style-type: none"> • Możliwość podejmowania pracy w różnych obszarach: bezpośredniej opieki nad pacjentem, zarządzania, dydaktyki, nauki • Wsparcie Samorządu Zawodowego, Towarzystw, Stowarzyszeń Zawodowych oraz Konsultantów w dziedzinie pielęgniarstwa. 	<p>6. Rozwój zawodowy</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ograniczone możliwości podejmowania pracy w różnych obszarach z uwagi na relatywnie niższe wynagrodzenia w przypadku pracy na uczelni w porównaniu do pracy w podmiotach leczniczych • Ograniczone możliwości awansu zawodowego • Brak jasnej ścieżki rozwoju zawodowego.

2. Zarządzenie przez Marszałka Debaty I głosowania

Tabela 4. Wyniki pierwszego głosowania Publiczności

Opcja	Liczba głosów
Za tezą	0
Przeciw Tezie	53
Niezdecydowani	2
Razem	55

Runda II. Rozwinięcie argumentacji przez Propozycję, uwzględniającej argumenty przeciwników - Opozycji.

Argument 1. Satysfakcja z pracy jest składową zadowolenia z pracy. W związku z powyższym pojęcie satysfakcji z pracy uzależnione jest od stanu równowagi pomiędzy potrzebami i oczekiwaniami pracownika wobec pracy oraz możliwościami ich zaspokojenia przez pracodawcę, natomiast zadowolenie z pracy jest wyznacznikiem określonych postaw wobec pracy, zawodu i organizacji [3]. Na podstawie licznych badań naukowych można pokusić się o pewne uogólnienia:

1. Pielęgniarki w większości odczuwają satysfakcję z pracy [4-6].
2. Potrafią dobrać strategie walki ze stresem [4].
3. Cenią sobie motywowanie pozafinansowe niematerialne [7].
4. Jako główne źródło zadowolenia podają:
 - Dobre relacje ze współpracownikami [6,8].
 - Pewność zatrudnienia oraz dobrą atmosferę w pracy [5].
5. Pielęgniarki w większości nie wyrażają chęci zmiany miejsca pracy, czy też odejścia z zawodu [5].
6. Osoby z tytułem zawodowym magistra pielęgniarstwa charakteryzują się niższym poziomem wyczerpania emocjonalnego wśród pielęgniarek [9].
7. Udowodniony jest wpływ wsparcia społecznego na obniżanie występowania syndromu wypalenia zawodowego [10].

W uzyskaniu i utrzymaniu satysfakcji zawodowej istotne jest ciągłe doskonalenie zawodowe, podnoszenie umiejętności skutecznej komunikacji i pracy zespołowej, uzupełnianie utraconych zasobów w związku z wykonywaną pracą - odpoczynek, techniki relaksacji, także stosowanie strategii walki ze stresem. Współcześnie zainteresowanie problemem stresu w pracy koncentruje się na sposobach radzenia sobie z nim (ang. *coping*) oraz na podnoszeniu jakości życia (ang. *quality of life*), a więc aktywności podejmowanej przez jednostkę w obliczu czynników powodujących stres. Przyczyny powstawania stresu zawodowego można podzielić na związane z osobą pracownika, miejscem pracy oraz organizacją pracy. W praktyce zdarza się, że wszystkie występują jednocześnie. Istotne jest, aby podejmować aktywność w celu skutecznego rozwiązywania sytuacji stresowych [11].

Bardzo ważne w pracy pielęgniarki jest promowanie asertywności, szukanie wsparcia społecznego, uczestniczenie w Grupach Balinta, Superwizji, czy też treningach redukcji stresu opartych na uważności - *MBSR Mindfulness Based Stress Reduction*.

Argument 2. Warunki pracy pielęgniarki ciągle ulegają poprawie dzięki m.in. wprowadzeniu norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych na oddziałach szpitalnych od 0,6 etatu na oddziałach zachowawczych dla dorosłych do 0,9 etatu pielęgniarskiego/na łóżko na oddziałach zabiegowych dla dzieci [12], a także dzięki wprowadzeniu nowego zawodu pomocniczego jakim jest opiekun medyczny. Zawód ten jest stosunkowo nowym zawodem wprowadzonym do systemu ochrony zdrowia w 2007 roku. Opiekun medyczny to osoba profesjonalnie przygotowana do pomocy osobom chorym i niesamodzielnym w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych oraz podtrzymaniu podstawowej aktywności fizycznej i intelektualnej. Zawody pomocnicze nie są zaliczane do tzw. wskaźnika opieki pielęgniarskiej, ale stanowią pomoc w opiece nad pacjentem w podstawowych czynnościach pielęgnacyjnych [13].

Poprawa bezpieczeństwa personelu medycznego jest przedmiotem szczególnej troski Rady Ekspertów Koalicji (REK) na rzecz bezpieczeństwa szpitali. Obecnie w Komisji Prawniczej znajduje się projekt Ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. Jest to przełomowy dokument w kontekście podwyższania jakości opieki w polskich szpitalach. REK zwraca uwagę na istotną kwestię, jaką jest brak uwzględnienia w zapisach wyżej przywołanego projektu - tematu bezpieczeństwa personelu medycznego. Temat ten jest bardzo ważny, ponieważ pracownicy ochrony zdrowia są grupą szczególnie narażoną m.in. na występowanie zdarzeń niepożądanych oraz ekspozycję na materiał biologiczny, zakłucia i zranienia ostrymi narzędziami, kontakt z toksycznymi lekami oraz stres [14]. W związku z powyższym REK na rzecz bezpieczeństwa szpitali zapowiada dalsze działania legislacyjne obejmujące: bezpieczeństwo personelu medycznego, elektroniczny rejestr zdarzeń niepożądanych, raportowanie wszystkich zdarzeń niepożądanych, analizy finansowe związane z zagadnieniami jakości np. w zakresie kosztów z powodu zdarzeń niepożądanych, a także szkoleniami, korzystaniem ze sprzętu bezpiecznego oraz kryteriami jakości [14,15].

Jednym z przykładów badania naukowego na temat wpływu środowiska pracy na stan zdrowia pielęgniarek jest badanie przeprowadzone przez Andruszkiewicz i wsp., z którego uzyskane zostały następujące wnioski:

- średnie nasilenie nieprawidłowości w zdrowiu w badanej grupie pielęgniarek było na poziomie przeciętnym,
- osoby uczestniczące w szkoleniach z zakresu radzenia sobie ze stresem rzadziej zgłaszają skargi na dolegliwości somatyczne i lękowe, kłopoty ze snem oraz zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym,
- ważnymi elementami, chroniącymi pielęgniarki przed zaburzeniami funkcjonowania w pracy i pogorszeniem ich zdrowia, mogą być podnoszenie kwalifikacji zawodowych,

szkolenia w zakresie umiejętności interpersonalnych, szkolenia w zakresie zapobiegania występowaniu zespołu wypalenia zawodowego [16].

Argument 3. Warunki wynagradzania pielęgniarek na przestrzeni lat, także ulegają poprawie. Prawdziwym krokiem milowym w poprawie warunków wynagradzania były wprowadzenie współczynników pracy oraz nowelizacja Ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw [17-19]. Dzięki wprowadzonym zmianom, wynagrodzenia pielęgniarek wyglądają następująco:

- mgr pielęgniarstwa, fizjoterapii, farmaceuta, diagnosta laboratoryjny ze specjalizacją - wzrost wynagrodzenia z 5 478 zł do 7 304 zł – wzrost o 1 827 zł;
- mgr farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny, pielęgniarka, psycholog bez specjalizacji oraz pielęgniarka z wymaganym tytułem licencjata i specjalizacją lub średnim wykształceniem i specjalizacją - wzrost wynagrodzenia z 4 186 zł do 5 775 zł – wzrost o 1 590 zł;
- ratownik medyczny, pielęgniarka ze średnim wykształceniem bez specjalizacji - wzrost wynagrodzenia z 3 772 zł do 5 323 zł – wzrost o 1 550 zł; oraz gdzie wymagane jest posiadanie wykształcenia wyższego licencjackiego bez specjalizacji, czyli w przypadku pielęgniarek z licencjatem wzrost o 1137 zł więcej;
- opiekun medyczny, technik medyczny ze średnim wykształceniem - wzrost wynagrodzenia z 3 772 zł do 4 870 zł – wzrost o 1 097 zł;
- sanitariusz, salowa - wzrost wynagrodzenia z 3 049 zł do 3 680 zł – wzrost o 632 zł.

Należy dodać, że wynagrodzenie zasadnicze ustalane jest jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”. Wysokość wynagrodzenia w gospodarce narodowej za rok 2021 wyniosła 5.662,53 zł.

W tym miejscu należy także zwrócić uwagę, że łączne wynagrodzenia brutto dla każdej z ww. grup zawodowych faktycznie są wyższe, gdyż oprócz wynagrodzenia zasadniczego składają się na nie dodatki do wynagrodzenia obliczane jako pochodna wynagrodzeń zasadniczych, w tym m.in.: dodatek stażowy; dodatek za pracę zmianową, za pracę w nocy, w niedziele, w święta, w dni dodatkowo wolne od pracy; dodatek za pracę ponadwymiarową, tj. za dyżury medyczne, nadgodziny; dodatek za „dyżury pod telefonem”[17].

Argument 4. Z dostępnych powszechnie raportów na stronie Ministerstwa Zdrowia widać wyraźnie, że rośnie liczba szkół posiadających akredytację ministra zdrowia na kształcenie pielęgniarek i położnych na poziomie I stopnia. W 2015 roku było to 77 uczelni, natomiast w 2022 roku było 113 na kierunku pielęgniarstwo oraz 31 położnictwo. Widoczny jest wzrost zainteresowania wspomnianymi kierunkami studiów. W roku akademickim 2015/2016 liczba studentów I semestru na kierunku pielęgniarstwo I stopnia wynosiła 5 935 osób, a w roku 2021/2022 – 11 408 osób, liczba studentów I semestru na kierunku położnictwo I stopnia w roku akademickim 2015/2016 wynosiła 953, a w 2021/2022 – 1 493 osób [18].

Znacznej poprawie uległy także warunki kształcenia. Obecnie praktyczna nauka zawodu rozpoczyna się w nowoczesnych Centrach Symulacji Medycznej, gdzie studenci mają okazję stawiać pierwsze kroki w ramach symulacji niskiej wierności, a w kolejnych latach nauki w ramach pośredniej i wysokiej wierności. Wraz z nowoczesną bazą dydaktyczną w parze idzie zmiana podejścia w metodach kształcenia. Tradycyjny pokaz został zastąpiony metodą 4 kroków, natomiast wprowadzenie do zajęć i ich zakończenie w ramach symulacji PW (pośredniej wierności) i WW 9 (wysokiej wierności) zostało zastąpione w pre- i debriefingiem z dialogiem motywującym i kluczowymi dla dobrej komunikacji pytaniami otwierającymi, wzmocnieniami-dowartościowaniami, odzwierciedleniami i podsumowaniem [20].

Z uwagi na niski wskaźnik pielęgniarek w Polsce na 1000 mieszkańców oraz skutki pandemii, 16 grudnia 2022 r. została podpisana przez Prezesa Rady Ministrów uchwała nr 251 w sprawie przyjęcia polityki publicznej pod nazwą „System zachęt do podejmowania i kontynuowania studiów na wybranych kierunkach medycznych oraz podjęcia zatrudnienia w zawodzie na lata 2022–2026” [21]. Celem systemu zachęt jest zwiększenie ilości osób podejmujących studia na kierunkach medycznych oraz osób rozpoczynających pracę w zawodach medycznych. Cele te zostaną osiągnięte poprzez wsparcie w postaci stypendiów, dofinansowania studentów kształcących się na kierunkach medycznych oraz opiekę mentorską dla studentów jak i absolwentów. Wdrożenie Systemu zachęt do podejmowania i kontynuowania studiów na wybranych kierunkach medycznych oraz podjęcia zatrudnienia w zawodzie 2022–2026 przewidywane jest w poniższych formach:

1. Stypendia dla studentów kierunku lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, analityka medyczna, fizjoterapia oraz farmacja.
2. Stypendia dla studentów kierunku pielęgniarstwo, położnictwo oraz ratownictwo medyczne.
3. Bezzwrotne dofinansowanie studiów dla studentów kierunku pielęgniarstwo, położnictwo oraz ratownictwo medyczne.

4. Mentoring, w formie praktyk studenckich dla studentów kierunku pielęgniarstwo, położnictwo oraz ratownictwo medyczne.
5. Mentoring dla absolwentów kierunku pielęgniarstwo, położnictwo oraz ratownictwo medyczne.

Realizacja działań z zakresu tej inwestycji przyczyni się do:

- zwiększenia atrakcyjności studiów na kierunkach medycznych poprzez różne formy wsparcia finansowego dla studentów,
- ułatwienia podjęcia pracy w zawodzie pielęgniarki, położnej oraz ratownika medycznego poprzez mentoring,
- zwiększenia liczby studentów kierunków medycznych, a w dalszej perspektywie liczby personelu w ochronie zdrowia [21,22].

Istotna dla kształcenia przeddyplomowego jest także realizacja przez Ministerstwo Zdrowia KPO - Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększenia Odporności, którego celem strategicznym jest odbudowa potencjału rozwojowego gospodarki, utraconego w wyniku pandemii oraz wsparcie trwałej konkurencyjności gospodarki i wzrost poziomu życia społeczeństwa w dłuższym horyzoncie czasowym. Realizacja KPO przez Ministerstwo Zdrowia ma na celu poprawę: efektywności systemu ochrony zdrowia, dostępności świadczeń zdrowotnych oraz jakości świadczeń zdrowotnych.

Argument 5. W aspekcie kształcenia podyplomowego, należy podkreślić, że istnieje jasna ścieżka podnoszenia kwalifikacji zawodowych w ramach oferty Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych (CKPPiP) w Warszawie.

Na szczególną uwagę zasługują wprowadzone ostatnio zmiany systemowe mające na celu zwiększenie kompetencji zawodowych pielęgniarek i położnych, m.in.: możliwość wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, zleceń i recept na wyroby medyczne oraz skierowań na określone badania diagnostyczne; możliwość samodzielnego leczenia ran; możliwość udzielenia porady pielęgniarki i położnej w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ); możliwość udzielenia porady pielęgniarki i porady położnej w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS) [23,24].

Rozszerzeniu uległa także oferta w ramach specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia z dostępem dla pielęgniarek i położnych: „psychoterapia dzieci i młodzieży”, „chirurgiczna asysta lekarza” dla pielęgniarek posiadających tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa; „psychoterapia uzależnień” dla pielęgniarek i położnych posiadających odpowiednio tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa lub tytuł zawodowy magistra położnictwa [25].

Kształcenie podyplomowe od wielu lat realizowane jest w oparciu o wszelkie ułatwienia związane z czasem pracy. Obejmują one urlopy szkoleniowe, zwolnienie z obowiązku świadczenia pracy, a wynikają one zarówno z Kodeksu Pracy jak i z Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej [26].

Oczywiście mogą znaleźć się głosy niezadowolonych pielęgniarek. Nie mniej jednak jak wynika z badania Zdanowskiej i wsp. pielęgniarki mimo tego, że nie zawsze mogą liczyć na ułatwienia ze strony pracodawców, widzą potrzebę podnoszenia swoich kwalifikacji, chcą się szkolić i podejmują szkolenie z własnej inicjatywy. Większość pielęgniarek podejmuje naukę w różnych formach głównie po to, aby zaspokoić swoje ambicje, rzadziej liczą na wyższe zarobki; nie wszystkie pielęgniarki potrzebują urlopu szkoleniowego w celu właściwego przygotowania się do zajęć i egzaminów; część pielęgniarek sądzi, że wystarczający byłby urlop w wymiarze niższym, niż zakładają przepisy prawa [27]. Kolejne badanie Ogórek-Tęcza i wsp. także potwierdza determinacje pielęgniarek do podnoszenia kwalifikacji, bowiem jak twierdzą, opieka pielęgniarska świadczona przez personel z wyższymi kwalifikacjami ma wyższy poziom, w pracy wykorzystywane są nowe metody oraz wzrasta poczucie bezpieczeństwa u pacjentów [28].

Argument 6. Rozwój zawodowy to kolejny bardzo ważny aspekt pracy, który stanowi o satysfakcji zawodowej pielęgniarek. Przede wszystkim należy podkreślić możliwość rozwoju zawodowego na wielu płaszczyznach, są nimi: praca w bezpośredniej opiece nad pacjentem w szpitalach, przychodniach, hospicjach, medycynie środowiska nauczania i wychowania; zatrudnienie w ramach kontraktu- umowa cywilno-prawna; prowadzenie własnej działalności- jaką jest indywidualna lub grupowa praktyka pielęgniarska; zarządzanie w pielęgniarstwie; działalność dydaktyczna czy też naukowa. Ponadto każda pielęgniarka może liczyć na wsparcie samorządu zawodowego, a także rozwijać się działając w towarzystwach i stowarzyszeniach zawodowych. Na straży wykonywania zawodu stoi Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej, Kodeks Etyki Zawodowej oraz wiele rozporządzeń wykonawczych do ustaw, w ramach których przebiega praktyka pielęgniarska. Wsparciem dla praktyki pielęgniarskiej są także konsultanci w dziedzinach pielęgniarstwa, krajowi i wojewódzcy.

Sam fakt, że zawód pielęgniarki jest samodzielny, wolny, regulowanym oraz zaufania publicznego, daje wiele możliwości pracy zawodowej oraz rozwoju zawodowego.

Runda II. Rozwinięcie argumentacji przez Opozycję, uwzględniającej argumenty przeciwników - Propozycji.

Argument 1. Pielęgniarki wykonują zawód należący do zawodów społecznych, stąd w dużym stopniu dotyczy go zjawisko wypalenia zawodowego. Według Maslach, jest to „zespół wyczerpania emocjonalnego (EE), depersonalizacji (DEP) oraz obniżonego poczucia własnych dokonań osobistych (PA), który może wystąpić u osób pracujących z innymi ludźmi w pewien określony sposób” [29]. Natomiast za główną przyczyną wypalenia zawodowego uznaje się stres w pracy. Jak podkreśla Sęk „wypalenie pojawia się w sytuacji działania przewlekłego stresu charakterystycznego dla zawodów społecznych” [30].

Na podstawie dostępnych badań naukowych można pokusić się o pewne uogólnienia. Pielęgniarki są niezadowolone z wielu powodów m.in. z braku możliwości awansu zawodowego, małej szansy na objęcie coraz to wyższych stanowisk, systemu wynagradzania [31], skarżą się na wypalenie zawodowe głównie z powodu niskich wynagrodzeń, złych warunków pracy, nieporozumień wśród współpracowników, przeciążenia obowiązkami zawodowymi, małymi możliwościami doskonalenia zawodowego [32] oraz przemęczenia i ciągłego stresu w pracy [34].

Przykładem badania, w którym wykazane zostało chroniczne zmęczenie oraz bezsenność pielęgniarek jest badanie Dudek, w którym uczestniczyły pielęgniarki pracujące na oddziale pediatrycznym, chirurgicznym, internistycznym i w POZ. W badaniu wykorzystana została Skala Zmęczenia Chronicznego oraz Ateńska Skala Bezsenności, które są narzędziami pozwalającymi na ocenę objawów związanych z poziomem zmęczenia chronicznego oraz bezsennością. Wnioski płynące z badania:

1. Blisko połowa pielęgniarek w grupie badanej miała objawy zmęczenia chronicznego, a 36% pielęgniarek przejawiała bezsenność.
2. U pielęgniarek pracujących w systemie zmianowym zmęczenie chroniczne oraz zaburzenia snu były częściej spotykane w stosunku do pielęgniarek pracujących w systemie dziennym.
3. Pielęgniarki z krótszym stażem częściej miały lekkie zaburzenia snu, a pracownicy z dłuższym doświadczeniem zawodowym cierpieli częściej na bezsenność.
4. Nie wykazano, by chroniczne zmęczenie i bezsenność korelowały z występowaniem wybranych problemów w pracy, najczęściej były to problemy z komunikacją.
5. Zauważono wysoki poziom zaburzeń snu wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach pediatrycznych i chirurgicznych [35].

Najgroźniejszym jednak zjawiskiem dla pielęgniarek jest stres w pracy. Źródła stresu jakie zostały wyłonione podczas badania pilotażowego przez Tartas i wsp. związane są

z 4 obszarami: warunkami i organizacją pracy, opieką nad pacjentem, relacjami z rodziną pacjenta oraz wynikające ze współpracy w zespole terapeutycznym [30,34].

Sytuacja stresowe związane z warunkami i organizacją pracy: brak sprzętu, niskie zarobki, mała obsada personelu, brak możliwości rozwoju zawodowego i awansu, ryzyko zakażenia, duża odpowiedzialność, biurokracja, praca zmianowa, brak stabilizacji, przeciążenie pracą, złe zarządzanie.

Sytuacje stresowe związane z pacjentem: bezradność w obliczu śmierci i cierpienia, skomplikowane zabiegi terapeutyczne, śmierć pacjenta, brak szacunku, skomplikowany zabieg operacyjny i możliwość powikłań, brak poprawy stanu zdrowia pacjenta, brak zrozumienia ze strony chorych.

Sytuacje stresowe wynikające ze współpracy w zespole terapeutycznym: złe relacje interpersonalne, brak wsparcia ze strony przełożonych, brak zrozumienia i konflikty z przełożonymi, niekompetencje zawodowe współpracowników.

Sytuacje stresowe związane z relacjami z rodziną pacjenta: zawiadomienie rodziny pacjenta o jego zgonie, postawa roszczeniowa rodziny, konflikty, brak szacunku [34].

Natomiast w opinii pielęgniarek głównym źródłem stresu są: presja ponoszonej odpowiedzialności za zdrowie i życie drugiego człowieka, niezadowalająca gratyfikacja finansowa, niedoposażenie stanowisk pracy, niewystarczająca obsada personalna, brak wsparcia ze strony przełożonych, roszczeniowość rodzin chorych, która ponadto w opinii respondentów przyczynia się do braku poszanowania ich pracy [36], a także poczucie obciążenia emocjonalnego, duży wysiłek fizyczny i umysłowy, odpowiedzialność za zdrowie i życie pacjentów, praca pod presją czasu, konieczność podejmowania odpowiedzialnych decyzji oraz konieczność współpracy w zespole [37].

Argument 2. i 3. Pielęgniarki skarżą się na trudne warunki pracy:

- Nieprzestrzeganie norm zatrudnienia przez pracodawców (brak pielęgniarek na rynku pracy).
- Niedobory kadrowe, złą organizację pracy powodującą występowanie zjawiska racjonowania opieki pielęgniarskiej – negatywne skutki dla pacjentów i pielęgniarek.
- Ograniczony dostęp do zawodu pomocniczego dla zawodu pielęgniarki – czyli opiekuna medycznego.
- Trudne warunki pracy - niedobory w zakresie bezpiecznego sprzętu, sprzętu do przemieszczania pacjentów, podstawowego wyposażenia w zakresie opieki nad pacjentem.
- Formy zatrudnienia niedostosowane do oczekiwań pielęgniarek; zbyt długi czas pracy.

- Negatywny wpływ środowiska pracy na stan zdrowia pielęgniarek (wypalenie zawodowe, wypadki w pracy, choroby zawodowe).
- Trudne warunki adaptacji społeczno-zawodowej dla absolwentów pielęgniarstwa.

Nowym spojrzeniem na niedobory kadrowe są badania dotyczące racjonowania opieki pielęgniarzkiej/utruty opieki pielęgniarzkiej (ang. *Missed Nursing Care*, MNC), które dotyczą „wstrzymania lub zaniechania podjęcia niezbędnej opieki nad chorymi z powodu braku środków”. Do środków tych zalicza się trzy podstawowe składowe: personel, umiejętności i czas [38]. Po raz pierwszy MNC zostało opisane w 2006 roku przez amerykańską pielęgniarkę Beatrice Kalisch i wsp. i jest określane jako „każdy aspekt wymaganej opieki nad pacjentem, który został pominięty (częściowo lub w całości) lub opóźniony” [39]. Wśród przyczyn racjonowania opieki pielęgniarzkiej, można wskazać: braki kadrowe, redukcje zatrudnienia, błędy zarządzania, niewłaściwe delegowanie zadań, brak wsparcia ze strony rządzących, niedobory sprzętu, materiałów i zasobów; wzrost zapotrzebowania na opiekę pielęgniarzską ze względu na nowe technologie; problemy w komunikacji interpersonalnej i pracy zespołowej. Natomiast wśród przyczyn zależnych od cech osobowości pielęgniarki: wiek, doświadczenie zawodowe, różnice w umiejętnościach zawodowych, systemie pracy oraz liczby godzin w ciągu dnia [40,41]. Skutki racjonowania opieki pielęgniarzkiej niekorzystne są zarówno dla pacjentów jak i pielęgniarek. Do niekorzystnych skutków dla pacjenta można zaliczyć m.in.: pomyłki w dawkowaniu i podawaniu leków, zakrzepowe zapalenie żył, zakażenia, odleżyny, upadki, zwiększoną śmiertelność, spadek satysfakcji pacjentów. Natomiast do niekorzystnych skutków dla pielęgniarki można zaliczyć m.in.: wypalenie zawodowe, brak satysfakcji zawodowej, odejścia z zawodu, częstą rotację pracowników oraz wypadki w pracy.

Pielęgniarki narzekają także na zbyt długi czas pracy oraz brak możliwości podejmowania pracy w zależności od preferencji pielęgniarki - umowa o pracę na czas nieokreślony lub w ramach umowy o pracę. Jak podaje Cwanda i wsp. wybór formy zatrudnienia jest ważnym dla pielęgniarek czynnikiem motywującym w wykonywanej pracy [42].

Oprócz niezadowolenia z wysokości zarobków, pielęgniarki narzekają także na świadczenia pozapłacowe - brak uznania ze strony przełożonych, brak pochwały za dobrze wykonaną pracę. Jednym słowem pielęgniarki nie czują się doceniane w pracy przez swoich przełożonych [43].

Argument 4. Kształcenie przeddyplomowe na podstawie własnych obserwacji uczestników debaty – Opozycji - może zostać ocenione pod względem braku chętnych do studiowania pielęgniarstwa: obecnie na II roku jest 14 studentów, a na III roku 18, widoczny jest także brak chętnych do kontynuowania nauki na II stopniu. Niestety dostępne programy stypendialne nie

są atrakcyjne dla studiujących. W najbliższym otoczeniu było sporo koleżanek, które zrezygnowały ze studiów z braku możliwości pogodzenia studiów z pracą zarobkową.

Argument 5. Kształcenie podyplomowe także jest zniechęcające, chociażby z powodów, które utrudniają lub uniemożliwiają uczestnictwo w kształceniu podyplomowym np. względy finansowe i brak motywacji [44]. Niejednokrotnie pielęgniarki same finansują dodatkowe kursy i szkolenia, alarmują, że są niezadowolone z możliwości rozwoju i awansu zawodowego. Młodzi absolwenci pielęgniarstwa często wybierają tego pracodawcę, który oferuje „dodatek finansowy” za ukończone studia wyższe; często też pytają o możliwość odbycia szkolenia specjalizacyjnego. Mimo braków kadrowych, pielęgniarki nie mogą negocjować warunków płacowych, ponieważ szpitali nie stać na sprostanie oczekiwaniom pielęgniarek. Młodzi ludzie wybierają więc placówki, które stwarzają lepsze środowisko pracy [45].

Ponadto podnoszenie kwalifikacji nie zawsze uwzględniane jest we współczynniku pracy, zatem pielęgniarki walczą o podwyżki za wyższe wykształcenie, są dyrektorzy podmiotów leczniczych, którzy nie uznają tytułu magistra pielęgniarstwa [46]. Jak podaje radio RMF24 na podstawie danych z Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, co piąty szpital w Polsce nie uznał kwalifikacji pielęgniarek i w ten sposób nie wypłacił im gwarantowanych podwyżek [47].

Argument 6. Rozwój zawody pielęgniarek, zdaniem Opozycji jest utrudniony. Istnieją ograniczone możliwości podejmowania pracy w różnych obszarach z uwagi na relatywnie niższe wynagrodzenia w przypadku pracy na uczelni w porównaniu do pracy w podmiotach działalności leczniczej, ograniczone możliwości awansu zawodowego oraz brak jasnej ścieżki rozwoju zawodowego. Niestety jest wiele powodów do niezadowolenia, dlatego też część z pielęgniarek wyjeżdża z Polski. W badaniu z 2014 r. przeprowadzonym przez Babiarczyk i wsp. zostało wykazane, że najważniejszymi motywami podjęcia decyzji o migracji, niezależnie od kraju obecnego pobytu, były: kwestia materialna oraz lepsze warunki pracy. Prawie wszystkie badane były ogólnie zadowolone z pracy za granicą i zdecydowana większość ponownie zdecydowałaby się na migrację. Ponad połowa badanych nie planuje migracji powrotnej [48].

III runda - Podważanie argumentacji strony przeciwnej

Tabela 4. Wyniki podważenia argumentacji strony przeciwnej

Argumentacja Opozycji	Podważenie argumentacji przez Propozycję
1. Brak satysfakcji zawodowej, wypalenie zawodowe <ul style="list-style-type: none"> • Obniżona jakość życia pielęgniarek 	1. Przeciwdziałanie wystąpieniu wypalenia zawodowego <ul style="list-style-type: none"> • Dobór strategii walki ze stresem

<ul style="list-style-type: none"> • Chroniczne zmęczenie i bezsenność • Praca w ciągłym stresie • Nadmierna biurokracja i formalizmy 	<ul style="list-style-type: none"> • Szukanie wsparcia społecznego • Asertywność • Doskonalenie zawodowe • Doskonalenie umiejętności komunikacji interpersonalnej • Udział w grupach Balinta • Udział w Superwizji • Treningi redukcji stresu oparte na uważności • Techniki relaksacji • Zachowanie balansu praca - życie osobiste • Szukanie pomocy lekarskiej <p>2. Wdrożenie elektronicznej dokumentacji pielęgniarskiej - Aplikacja Dorothea - na szkoleniu zorganizowanym na Uczelni był tylko 1 student i 3 wykładowców.</p>
<p>2. Złe warunki pracy</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nieprzestrzeganie norm zatrudnienia przez pracodawców (brak pielęgniarek na rynku pracy) • Niedobory kadrowe, zła organizacja pracy powodują występowanie zjawiska racjonowania opieki pielęgniarskiej – niosące negatywne skutki dla pacjentów i pielęgniarek • Ograniczony dostęp do zawodu pomocniczego-opiekuna medycznego • Trudne warunki pracy- niedobory w zakresie sprzętu bezpiecznego, sprzętu do przemieszczania pacjentów, podstawowego wyposażenia w zakresie opieki nad pacjentem 	<p>2.Poprawa warunków pracy</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poprawa organizacji pracy - praca metodą procesu pielęgnowania • Szukanie wsparcia innych grup zawodowych • Podejmowanie inicjatywy wyposażania pielęgniarskich stanowisk pracy • Używanie sprzętu do przemieszczania pacjentów • Stosowanie prawidłowych technik przemieszczania pacjentów • Stosowanie środków ochrony indywidualnej.
<p>3. Niskie wynagrodzenia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nieprzestrzeganie przez pracodawców współczynników wynagrodzenia przewidzianych dla pielęgniarek • Niezadowolenie z poziomu wynagrodzenia-niska płaca wobec ciężkiej pracy jaką wykonuje pielęgniarka • Niezadowolenie ze świadczeń pozapłacowych 	<p>3.Poprawa wynagrodzenia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oddawanie spraw do rozstrzygnięć sądowych • Podejmowanie negocjacji przez związki zawodowe • Organizowanie pozapłacowych form nagradzania pracowników- np. programy motywujące.
<p>4.Kształcenie przeddyplomowe - utrudnienia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brak chętnych do studiowania pielęgniarstwa • Brak chętnych do kontynuowania edukacji na II stopniu. 	<p>4. Zmiana strategii w pozyskiwaniu studentów</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zachęcanie do studiowania pielęgniarstwa • Stosowanie systemu zachęt • Stosowanie mentoringu
<p>5.Kształcenie podyplomowe- utrudnienia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utrudnienia w podnoszeniu kwalifikacji- mały dostęp do urlopów szkoleniowych, zwolnienia z obowiązku świadczenia pracy na czas udziału w szkoleniu. 	<p>5.Zmiana podejścia pielęgniarek do kształcenia podyplomowego</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dla chcącego nic trudnego • Bardzo często jest to wymówka, ponieważ wiele osób podnosi kwalifikacje za zgodą pracodawcy
<p>5.Rozwój zawodowy- utrudnienia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ograniczone możliwości podejmowania pracy w różnych obszarach z uwagi na relatywnie niższe wynagrodzenia w przypadku pracy na uczelni w porównaniu do pracy w podmiotach działalności leczniczej • Ograniczone możliwości awansu zawodowego • Brak jasnej ścieżki rozwoju zawodowego 	<p>6. Rozwój zawodowy - możliwości</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inwestowanie w różne umiejętności przydatne na stanowisku pracy • Godzenie pracy np. w szpitalu i na uczelni • Uczestnictwo w konkursach na stanowiska kierownicze • Zapoznanie się z taryfikatorem kwalifikacyjnym
<p>Argumentacja Propozycji</p>	<p>Podważenie argumentacji przez Opozycję</p>
<p>1.Satysfakcja z pracy i życia - możliwość realizacji planów zawodowych na wielu płaszczyznach</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dobór strategii do walki ze stresem 	<p>1.Brak satysfakcji z życia i pracy</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gdyby tak było, to nie byłoby migracji zarobkowej oraz odejść z zawodu

	<ul style="list-style-type: none"> • Tak naprawdę brak dostępu do szkoleń związanych z zapobieganiem wypaleniu zawodowemu (walki ze stresem).
2.Dobre warunki pracy <ul style="list-style-type: none"> • Normy zatrudnienia • Dostępność zawodu pomocniczego dla zawodu pielęgniarki w systemie opieki zdrowotnej • Poprawa w zakresie bezpieczeństwa personelu medycznego - wymogi dotyczące wyposażenia oddziałów. 	2.Trudne warunki pracy <ul style="list-style-type: none"> • Mimo, że istnieją normy zatrudnienia to i tak nie są spełniane • Wyposażenie oddziałów poprawiło się ale - brak czasu na korzystanie z nich np. z podnośników i innych udogodnień z uwagi na niedobory personelu i ciągły pośpiech • Złe warunki pracy, niedobory kadrowe powodują pośpiech i przeciążenie obowiązkami, które prowadzą do ekspozycji zawodowych, chorób zawodowych, wypalenia zawodowego, odejścia z zawodu.
3.Warunki wynagrodzenia <ul style="list-style-type: none"> • Współczynniki wynagrodzenia • Atrakcyjne dodatki do wynagrodzenia 	3.Niesatysfakcjonujące wynagrodzenie <ul style="list-style-type: none"> • Mimo, że istnieją nie są spełniane i pielęgniarki uzyskują wynagrodzenia poniżej ustalonych współczynników
4.Kształcenie przeddyplomowe <ul style="list-style-type: none"> • Zwiększenie liczby uczelni prowadzących kierunek pielęgniarstwo • Poprawa jakości kształcenia przeddyplomowego np. powstanie Centrów Symulacji Medycznej • System zachęt do kontynuowania edukacji • Mentoring w ramach adaptacji społeczno-zawodowej dla absolwentów pielęgniarstwa 	4. Niesprzyjające warunki kształcenia przeddyplomowego <ul style="list-style-type: none"> • Brak chętnych do studiowania pielęgniarstwa • Konieczność pracy zarobkowej trudnej do pogodzenia ze studiowaniem.
5.Kształcenie podyplomowe <ul style="list-style-type: none"> • Ułatwienia w podnoszeniu kwalifikacji - urlopy szkoleniowe, zwolnienie z obowiązku świadczenia pracy • Zwiększanie uprawnień (m.in. rozszerzenie listy leków, które może zlecać pielęgniarka) • Wprowadzenie nowych specjalizacji 	5.Utrudnienia w kształceniu podyplomowym <p>Mimo, że jest oferta kształcenia podyplomowego pielęgniarki nie mogą korzystać ze względów finansowych lub z powodu braku zgody pracodawcy na podnoszenie kwalifikacji, czy też brak urlopu szkoleniowego/zwolnienia z obowiązku świadczenia pracy.</p>
6.Rozwój zawodowy <ul style="list-style-type: none"> • Możliwość podejmowania pracy w różnych obszarach: bezpośredniej opieki nad pacjentem, zarządzania, dydaktyki, nauki • Wsparcie samorządu zawodowego, towarzystw, stowarzyszeń zawodowych oraz Konsultantów w dziedzinach pielęgniarstwa. 	6. Rozwój zawodowy - utrudnienia <p>Przeciążenie obowiązkami zawodowymi –praca na więcej niż jeden etat oraz praca w godzinach nadliczbowych</p> <ul style="list-style-type: none"> • Udział w towarzystwach naukowych - zbyt duże składki, a publikacje naukowe w języku angielskim. • Konferencje zbyt drogie (koszt uczestnictwa, koszty dojazdu i noclegu).

Runda IV. Podsumowanie całej argumentacji przez Propozycję i Opozycję

Strony Debaty przywołały główne argumenty z naciskiem na kluczowe aspekty prezentowane przez Przedmówców.

3. Zarządzenie przez Marszałka Debaty II głosowania

Tabela 5. Wyniki z drugiego głosowania Publiczności

Opcja	Liczba głosów
Za tezą	3
Przeciw Tezie	44
Niezdecydowani	8
Razem	55

W wyniku głosowania doszło do wskazania, która strona debaty była dla Publiczności bardziej przekonująca. Przeważającą liczbę głosów uzyskała Opozycja.

Konkluzja: „Zawód pielęgniarstwa jest zawodem przynoszącym satysfakcję, zapewniającym dobre warunki pracy i płacy, należy jednak podejmować zdecydowane działania przeciwdziałające wypaleniu zawodowemu oraz poprawiające warunki i organizację pracy”.

Dyskusja. W literaturze naukowej problem satysfakcji zawodowej oraz wypalenia zawodowego jest przedmiotem licznych badań, które wykorzystane zostały w czasie debaty. Z dostępnych badań dużo wiadomo o znaczeniu satysfakcji z pracy i jej uwarunkowaniach, a także o przyczynach wypalenia zawodowego oraz jego skutkach zarówno dla samych pielęgniarek jak i pacjentów. Pojawiają się jednak nowe obszary negatywnych skutków wypalenia zawodowego, potwierdzone badaniami naukowymi m.in. w badaniach dotyczących racjonowania opieki pielęgniarskiej. Przykładem może być badanie Uchmanowicz i wsp., w którym zostało wykazane, że wypalenie zawodowe może obniżać satysfakcję z pracy personelu pielęgniarskiego i powodować niekorzystne skutki racjonowania opieki [49]. Znane są także metody podnoszenia satysfakcji zawodowej oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu, natomiast niestety brakuje doniesień/badań naukowych na temat faktycznego wdrażania różnych form podnoszących satysfakcję zawodową, czy też przeciwdziałających wypaleniu zawodowemu i ich rezultatów w miejscu pracy (przez pracodawców). Czy nie jest przypadkiem tak, że wiele mówimy, a mało robimy?.

Wśród nielicznych przykładów prezentowanych w literaturze można przedstawić: program motywujący rozwój zawodowy pielęgniarek i położnych realizowany w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu na przestrzeni 10 lat w okresie 2009-2019 roku [50-53], a także program przyVitaj Fit (także w USK we Wrocławiu), którego idea była promocja zdrowego stylu życia m.in. wśród pielęgniarek [54].

Podsumowując, Debata Oksfordzka w swoim założeniu odniosła sukces chociażby z uwagi na udział studentów - studiów I stopnia, z przewagą studentów II roku, ponieważ wymagała od studentów wykazania się pewnymi umiejętnościami: zdobycia literatury naukowej, analizy informacji, a potem syntezy i uogólnień do przedstawiania swoich

argumentów i kontrargumentów w czasie debaty; pracy zespołowej oraz dyskusji. Nauczyciele akademicy pełniący opiekę merytoryczną, są przekonani, że studenci po debacie oksfordzkiej są gotowi do dalszej drogi w pielęgniarstwie z dużo większą świadomością oraz, że formuła debaty stanowi doskonały warsztat/wstęp do podejmowania przez studentów własnych badań naukowych.

Wnioski

1. Debata wygrała siła argumentacji Opozycji.
2. Z uwagi jednak na wynik pierwszego głosowania - ani jedna osoba z publiczności nie była za tezą - należy rozważyć, czy kolejną debatę nie należy rozpocząć głosowaniem jeszcze przed rundą pierwszą. Chodzi o poznanie opinii uczestników debaty - najczęściej stereotypowej.
3. „Propozycja” mimo przegranej odniosła jednak sukces, ponieważ w drugim głosowaniu spadła liczba głosów przeciw tezie o 9 w porównaniu do głosowania pierwszego, co oznacza, że siła argumentacji Propozycji wpłynęła jednak na zmianę zdania osób głosujących „przeciw” tezie (na początku debaty nikt z Publiczności nie był za tezą).
4. Na zakończenie debaty przyjęta została konkluzja „Zawód pielęgniarki jest zawodem przynoszącym satysfakcję, zapewniającym dobre warunki pracy i płacy, należy jednak podejmować zdecydowane działania przeciwdziałające wypaleniu zawodowemu oraz poprawiające warunki i organizację pracy”.
5. Należy wspierać wszelkie działania poprawiające warunki pracy pielęgniarek, tak aby zmiany w ocenie pielęgniarzkich stanowisk pracy były widoczne, także w badaniach naukowych, które niewątpliwie wpływają na postrzeganie zawodu pielęgniarki oraz na decyzje w zakresie podjęcia studiów na kierunku pielęgniarstwo.
6. Należy wzmacniać poczucie satysfakcji zawodowej pielęgniarek oraz podejmować działania obniżające stres zawodowy, a tym samym przeciwdziałać występowaniu wypalenia zawodowego.
7. Studenci pielęgniarstwa biorący udział w debacie znacznie podnieśli swoje umiejętności w zakresie poszukiwania źródeł informacji naukowej oraz merytorycznej dyskusji opartej na argumentach, które w przyszłości mogą być wykorzystane także do prowadzenia własnych badań naukowych.

Piśmiennictwo

1. Debata oksfordzka. Centrum Edukacji Obywatelskiej. www.ceo.org.pl

https://solidarna.ceo.org.pl/sites/solidarna.ceo.org.pl/files/pliki/Scenariusze%20i%20%C4%87wiczenia/Scenariusze%20i%20%C4%87wiczenia%20-%20%C5%9Bcie%20%C5%BCka%20spo%20%C5%82eczna/material_pomocniczy_dla_nauczyciela_nr_1_retoryka_0.pdf [dostęp 2.03.23]

2. Pankowski R. Materiały o debatach udostępnione dzięki uprzejmości Stowarzyszenia Spotkania dla Edukacji i Kultury. Powstały w ramach programu „FREE2choose-debatydylematy” <https://web.archive.org/web/20171204144717/http://www.ceo.org.pl/pl/sejmmłodziezy/news/debata-oksfordzka-0>. [dostęp 2.03.23]
3. Myjak T. Wpływ formy zatrudnienia na zachowania organizacyjne. Empiryczne studium porównawcze. Wydawnictwo Naukowe PWSZ w Nowym Sączu, 2014.
4. Pietraszek A, Charzyńska-Gula M, Łuczyk M, Szadowska-Szlachetka Z, Kachaniuk H, Kwiatkowska J. Analiza przyczyn stresu zawodowego w opinii pielęgniarek. An analysis of the causes of occupational stress in the opinions of nurses. Journal of Education, Health and Sport. 2016;6(9):643-652. eISSN 2391-8306. <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.158951><http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/386>
5. Gawęda A, Śnieżek, Serzysko B. Satysfakcja z pracy w opinii badanych pielęgniarek. Piel Zdr Publ. 2018;8(4):269–276.
6. Cybulska AM, Starczewska M, Stanisławska M, Trembecka J, Grochans E. Pielęgniarstwo Polskie. 2019;1(71).
7. Ostrowicka M, Walewska-Zielecka B, Oejniczak D.: Czynniki motywujące i satysfakcja z pracy w wybranych placówkach publicznej i prywatnej służby zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 2013; 11 (2) 191-209. www.ejournals.eu/Zdrowie-Publiczne-i-Zarzadzanie, doi:10.4467/20842627OZ.14.017.162.
8. Kunecka D. Satysfakcja pracownika a jakość usług medycznych. Probl Hig Epidemiol 2010, 91(3): 451-457.
9. Kupcewicz E, Szczypiński W. Pielęgniarstwo Polskie. 2018; 2 (68).
10. Kurowska K, Klatt A. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne.2019;1.
11. Kicia M, Iwanowicz Palus G, Korzyńska Piętas M, Skurzak A, Krysa J, Szlendak B. The selection of strategies for coping with stress at midwife and nurse's work. Journal of Education, Health and Sport. 2018;8(3):312- 320. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.1199153> [dostęp 2.03.2023].
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2018 r. poz. 2012).
13. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych. Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa w Polsce. <https://nipip.pl/wp-content/uploads/2018/01/2018-01-Strategia-na-rzecz-rozwoju-piel%C4%99gniarstwa-i-po%C5%82o%C5%BCnictwa-w-Polsce.pdf> [dostęp. 22.01.2023].
14. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych. Bezpieczeństwo personelu medycznego to nasza wspólna sprawa. Stanowisko Rady Ekspertów Koalicji na rzecz bezpieczeństwa szpitali. Biuletyn Informacyjny DOIPiP we Wrocławiu. 2023;1.

15. Stanowisko Rady Ekspertów Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali do zapowiedzi zmian do projektu Ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjenta. <https://deklaracja-bezpiecznyszpital.pl/wp-content/uploads/2022/06/Stanowisko-Rady-Ekspertow-Koalicji-na-Rzecz-Bezpieczenstwa-Szpitali.pdf> Koalicja na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali [dostęp 2.03.2023].
16. Andruszkiewicz A, Banaszkiewicz M, Nowik M. Wybrane aspekty środowiska pracy a stan zdrowia pielęgniarek. W: Majchrzak-Kłokocka E, Woźniak A. (red.) Organizacja i zarządzanie wyzwaniem dla pielęgniarek i położnych w nowoczesnej Europie- część I. Przedsiębiorczość i zarządzanie Wydawnictwo SAN, ISSN 1733-2486, Tom XV, Zeszyt 12, część I, 2014: 73–88.
17. Ustawa z 26 maja 2022 r. o zmianie Ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw. Dz. U. 2022 poz. 1352.
18. Ministerstwo Zdrowia. Piotr Bromber. <https://nipip.pl/wp-content/uploads/2022/06/MZ-do-NIPiP.pdf> [dostęp 2.03.2023].
19. Wynagrodzenia pielęgniarek. Biuletyn Informacyjny DOIPiP we Wrocławiu. 2022; 7.
20. Trzeciak N, Chmielewski W, Brodowska A. Techniki pracy ze studentem. Podręcznik symulacji medycznej. Europejskie Centrum Doradztwa sp. z o. o. Lublin 2022: 128-129.
21. Uchwała nr 251 Rady Ministrów 16 grudnia 2022 r. w sprawie przyjęcia polityki publicznej pod nazwą „System zachęt do podejmowania i kontynuowania studiów na wybranych kierunkach medycznych oraz podjęcia zatrudnienia w zawodzie na lata 2022–2026”. Monitor Polski poz. 1237.
22. Informacja w sprawie „systemu zachęt do podejmowania i kontynuowania studiów na wybranych kierunkach medycznych. Biuletyn Informacyjny DOIPiP we Wrocławiu. 2023; 1:6-8.
23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2020 poz. 1255 z późn. zm.).
24. Czezelewska E. Porada Pielęgniarska - skrypt do przedmiotu poradnictwo w pielęgniarstwie. PZWL. <https://ebook.e-pzwl.pl/lp/porada-pielegniarska/> [dostęp 2.03.2023]
25. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 marca 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. 2022.744).
26. Karkowska D. Płatny urlop szkoleniowy dla pielęgniarek i położnych. Biuletyn Informacyjny DOIPiP we Wrocławiu. 2023; 2. LEX Medica prawo i praktyka dla całej placówki medycznej. www.produkty.LEX.pl/medica.
27. Zdanowska J, Sielska J, Głowacka DM. Założenia ustawowe a oczekiwania dotyczące ułatwień podczas podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Pielęgniarstwo Polskie. 2016; (60): 144-148.
28. Ogórek-Tęcza B, Skupnik R, Matusiak M. Motywacja do podnoszenia kwalifikacji na studiach niestacjonarnych I stopnia i ocena przygotowania pielęgniarek uzyskujących tytuł licencjata do sprawowania profesjonalnej opieki. Pielęgniarstwo XXI wieku. 2012; 2(39): 43-47.
29. Maslach C. Wypalenie - w perspektywie wielowymiarowej. W: Sęk H. (red.). Wypalenie zawodowe - przyczyny, mechanizmy, zapobieganie. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2000:13–31.
30. Sęk H. Uwarunkowania i mechanizmy wypalenia zawodowego w modelu społecznej psychologii poznawczej. W: Sęk H (red.). Wypalenie zawodowe, przyczyny i zapobieganie. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2007: 83–112.

31. Piotrkowska R, Jarzynkowski P, Książek J. Analiza poziomu satysfakcji z pracy wśród pielęgniarek onkologicznych: badanie wstępne. *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej. Kwartalnik międzynarodowy, Wydawnictwo Naukowe Mazowieckiej Uczelni Publicznej w Płocku/TERMEDIA Wydawnictwo Medyczne*, vol. 5, no. 3, 2020:229-237, DOI:10.19251/pwod/2020.3(5).
32. Sowińska K, Kretowicz K, Gaworska-Krzemińska A, Świetlik D. Wypalenie zawodowe i satysfakcja zawodowa w opinii pielęgniarek. *Nursing Topics* 2012; 20 (3): 361–368.
33. Kornakiewicz B, Krupa S, Widenka K. *Pielęgniarstwo w Anestezjologii i Intensywnej Opiece*. 2019;5(3):83-89.
34. Tartas M, Derkiewicz G, Walkiewicz M, Budziński W: Źródła stresu zawodowego w pracy pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach o dużym obciążeniu fizycznym i psychicznym – hospicjum oraz chirurgii ogólnej. *Ann. Acad. Med. Gedan.* 2009; 39: 145–153.
35. Dudek A. Chroniczne zmęczenie oraz bezsenność wśród pielęgniarek. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*. 2021; 3(6): 38-58.
36. Skorupska-Król A, Szabla A, Bodys –Cupak I. Opinie pielęgniarek na temat czynników stresogennych związanych z ich środowiskiem pracy. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2014; 1(16):23-26.
37. Kulczycka K, Kowalczyk A. Ocena zdolność do pracy zawodowej pielęgniarek oraz analiza zagrożeń psychospołecznych występujących na ich stanowiskach pracy – badania pilotażowe .Assessment of work ability of nurses and analysis of psychosocial risks occurring at their workplaces – pilot study. *Journal of Education, Health and Sport*. 2016;6(10):402-414. eISSN 2391-8306.DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.163272>
38. Schubert M, et al. Rationing of Nursing Care in Switzerland Effects of Rationing of Nursing Care in Switzerland on Patient’ Outcomes 2005. Basel, Switzerland: University of Basel; 2005: 1–95.
39. Kalisch BJ. Missed nursing care: a qualitative study. *J Nurs Care Qual.* 2006, Dec;21(4):306–13; quiz 314–5.
40. Uchmanowicz I. Racjonowanie opieki pielęgniarskiej a bezpieczeństwo pacjenta. *Biuletyn Informacyjny DOIPiP we Wrocławiu*. 2023;1: 13-15.
41. Uchmanowicz I, Gotlib J. Czym jest racjonowanie opieki pielęgniarskiej. *Współczesne Pielęgniarstwo Ochrona Zdrowia* Vo. 7. 2018, 2: 46-47.
42. Cwanda K, Jabłońska N, Bartczyk N, Stankiewicz-Mróż. Forma zatrudnienia i czas pracy jako czynniki budujące motywację pielęgniarek. *Zeszyty naukowe Politechniki Łódzkiej. Nr 1218 Organizacja i Zarządzanie*, z 69. 2017: 5-21.
43. Szykiewicz E, Filanowcz M, Jabłońska R, Popow A, Korzycka-Wilińska. Pozapłacowe czynniki motywujące pielęgniarki w oddziałach szpitalnych. W: (red.)Mroczkowska R, Molka E. *Współczesne pielęgniarstwo specjalistyczne. Wiedza, kompetencje, praktyka. Tom I Wiedza*. Bytom 2104: 189-198.
44. Cisoń-Apanasewicz U, Gawł G, Ogonowska D, Potok. Opinie pielęgniarek na temat kształcenia poddyplomowego. *Via Medica. Nursing Topics* 2008; 17 (1): 32–37.
45. Radosz Z, Paplacyk M. Zawód pielęgniarka- jakie możliwości mają młodzi absolwenci kierunku pielęgniarstwo we współczesnej Polsce. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. Vol.17, 2017; 4(61) DOI: 10.1515/pielxxiw-2017-0034.

46. Pielęgniarki walczą o podwyżki. <https://rrs24.net/2023/01/pielęgniarki-walczą-o-podwyżki-za-wyższe-wykształcenie-dyrektor-odmawia-bo-szpitala-nie-ma-na-to-pieniedzy/>[dostęp 2.03.2023].
47. Szpitale nie uznają kwalifikacji pielęgniarek. I nie wypłacają im podwyżek. Radio RMF24.https://www.rmf24.pl/fakty/polska/news-szpitala-nie-uznaja-kwalifikacji-pielęgniarek-i-nie-wypłacaj,nId,6559025#crp_state=1[dostęp 2.03.2023].
48. Babiarczyk B, Swół J, Schlegel-Zawadzka M. Analiza sytuacji polskich pielęgniarek pracujących za granicą. *Nursing Topics* 2014; 22 (2): 130–135.
49. Uchmanowicz I, Karniej P, Lisiak M, Chudiak A, Lopmer K, Wiśnicka A, Wleklík M, Rosińczuk J. The relationship between burnout, job satisfaction and the rationing of nursing care-A cross-sectional study.2020,Nov;28(8):2185-2195.DOI: 10.1111/jonm.13135
50. Milecka D, Dąbrowska B. Program Motywujący Rozwój Zawodowy Pielęgniarek, Położnych i Ratowników Medycznych. Biuletyn Informacyjny DOIPiP we Wrocławiu. 2015;3.
51. Milecka D, Dąbrowska B. Program Motywujący Rozwój Zawodowy Pielęgniarek, Położnych i Ratowników Medycznych- USK we Wrocławiu. Biuletyn Informacyjny DOIPiP we Wrocławiu. 2016;3.
52. Milecka D, Dąbrowska B, Gdesz M. VIII Finał Programu Motywującego Rozwój Zawodowy Pielęgniarek, Położnych i Ratowników Medycznych w USK we Wrocławiu. http://usk.wroc.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=1111:viiiifina&catid=41:zostatniejchwili&Itemid=64 [dostęp 2.03. 2023 r.]
53. Milecka D, Dąbrowska B, Gdesz M. IX Finał Programu Motywującego Rozwój Zawodowy Pielęgniarek, Położnych i Ratowników Medycznych w USK we Wrocławiu. Biuletyn Informacyjny DOIPiP we Wrocławiu. 2018; 3.
54. Zatoński T, Neubauer K, Kowalska M, Zatońska K. The University Hospital in Wrocław gives an example of how to live a healthy lifestyle. *J Health Inequal* 2017; 3 (2): 167–169. DOI: <https://doi.org/10.5114/jhi.2017.74212>

RELACJE INTERPERSONALNE POMIĘDZY PIEŁĘGNIARKĄ A PACJENTEM HOSPITALIZOWANYM

ANNA KRAKOWIAK-BURDZY, ANNA FAŁARA

Wprowadzenie. Komunikacja werbalna w relacji pacjent pielęgniarka jest bardzo istotnym kryterium oceny całościowej opieki pielęgniarskiej [1]. Relacje interpersonalne w procesie terapeutycznym są wektorem stanu emocjonalnego jak i fizycznego [2]. W obawie przed zlekceważeniem pacjent nie przekazuje istotnych informacji personelowi medycznemu [3-4]. Pacjent - klient usług medycznych może zadawać różne pytania, ma prawo otrzymywać informację dotyczące jego leczenia, pielęgnowania, stanu zdrowia. Badania w zakresie satysfakcji pacjenta z wykonywanych usług medycznych umożliwiają wzmocnienie poczucia własnej wartości, dają poczucie ważności, a także wzmacniają znaczenia pacjenta [5]. Kachaniuk i wsp. w badaniach dotyczących poglądów pacjentów na temat sposobu i zakresu przekazywania informacji zdrowotnych zaobserwowali, że chorzy zdecydowanie częściej nawiązują relacje z pielęgniarkami aniżeli z pozostałym personelem medycznym [6].

Istotne w prawidłowych relacjach pomiędzy pielęgniarką a pacjentem jest nieakceptowanie zachowań agresywnych, unikanie sytuacji prowadzących do zdenerwowania i lęku, umiejętność panowania nad własnymi emocjami, zachowania bezpieczeństwa podczas wykonywania świadczeń medycznych, chęć do pomocy, a także zapobieganie występowaniu kontrowersyjnych działań, sporów. Skuteczne porozumiewanie się ma zatem miejsce wówczas, gdy odbiorca informacji odczytał jej treść zgodnie z intencjami nadawcy. Celem komunikacji jest więc wzajemne zrozumienie. Warto jest więc unikać postawy oceniającej wobec osoby nieporadnej czy zagubionej. Wielopłaszczyznowe spojrzenie na komunikację ma charakter relacyjny i uruchamia różne emocje we wszystkich uczestnikach. Nadrzędnym celem komunikacji jest niewątpliwie uzyskanie porozumienia między uczestnikami. Tylko interakcja opierająca się na współpracy, na kooperacji i udzielaniu różnych form wsparcia pozwoli uzyskać porozumienie i aktywność pacjenta w realizacji określonych celów. Znajomość i przestrzeganie podstawowych zasad komunikacji przez świadczeniobiorców usług medycznych staje się więc warunkiem koniecznym do podmiotowego traktowania pacjenta [7].

Oczekiwania chorych wobec pielęgniarek – przegląd literatury polskiej i światowej.

Zdaniem Niedźwiedzkiej i wsp. ocena jakości oferowanych usług medycznych przez świadczeniobiorców zależy od różnych aspektów takich jak: przebieg procesu diagnostycznego i terapeutycznego, kwalifikacji zawodowych terapeutów, lekarzy, pielęgniarek, warunków organizacyjno-technicznych oraz zarządzania placówką [8]. W zarządzaniu placówką

medyczną niezmiernie istotne jest przeprowadzanie badań w zakresie satysfakcji z otrzymywanej opieki przez pacjentów [9]. Opieka może być oceniana przy pomocy triady Donabediana (kryteria struktury, procesu, wyniku), a także przy pomocy kwestionariusza służącego do badania satysfakcji [10-11]. Marcinowicz i wsp. twierdzą, że umożliwia to określenie przez świadczeniodawców co ma wpływ na potrzeby, oczekiwania i niezadowolenie klientów z otrzymywanej opieki [12-17]. Zdaniem Kapała i wsp. w pracach badawczych analizie poddawane są oczekiwania pacjentów-klientów usług medycznych, a także satysfakcja [18]. Według tych autorów większe oczekiwania hospitalizowanych pacjentów są związane z konkurencją wśród placówek medycznych, a także z coraz większym zapotrzebowaniem na różne usługi medyczne. Końcowa ocena wykonywanych usług medycznych zależy od spełniania oczekiwań klientów i poznania ich potrzeb [18-21]. Kryteria Maxwella pozwalają na ocenę jakości opieki zdrowotnej. W sposób rzetelny umożliwiają sprawdzenie skuteczności korzyści populacji i jednostki z opieki zdrowotnej, a także efektów zdrowotnych. Do zbudowania jakości na wysokim poziomie potrzebne jest spełnienie sześciu zasad:

- równości - opieka zdrowotna jest świadczona dla całej populacji bez względu na kulturę, społeczeństwo, rasę
- efektywności - przy używaniu najniższych kosztów wypracowuje się najwyższe standardy dzięki dostępnym zasobom: budynkom, wyposażeniu, finansom, pracownikom,
- adekwatności - wykonywane procedury, pakiet usług, świadczeń jest dopasowywany do rzeczywistych oczekiwań i potrzeb zdrowotnych w społeczeństwie,
- akceptacji - wartości religijne i kulturowe odbiorców uwzględniane są przez opiekę zdrowotną,
- dostępności - wiek, architektura, pieniądze, czas, odległość, położenie geograficzne [22].

Dla oceny tego problemu dokonano przeglądu piśmiennictwa z zakresu tematyki dotyczącej oczekiwań pacjentów hospitalizowanych w stosunku do personelu pielęgniarskiego. Pod uwagę wzięto badania przekrojowe, prospektywne i obserwacyjne oraz skorzystano z elektronicznej bazy piśmiennictwa: Springer, Polskiej Biblioteki Lekarskiej, Google Scholar, Elsevier. Kryteriami wyszukiwania – słowa kluczowe to: pielęgniarki, oczekiwania pacjentów hospitalizowanych, satysfakcja z opieki pielęgniarskiej.

Wykazano 713 publikacji z czego szczegółowo przeanalizowano 50 artykułów. Wynika z nich bezspornie, że potrzeby pacjentów są zależne od zawodowych czynności pielęgniarskich mając

charakter intelektualny lub motoryczny [23]. Na jakość świadczonych usług pielęgniarskich wpływ mają efekty leczenia [24]. Zdaniem Eng i wsp. poprawa jakości opieki pielęgniarskiej możliwa jest przez poznanie czynników wpływających na zadowolenie pacjentów, a podejmowanie odpowiednich działań i ich planowanie możliwe jest dzięki ocenie satysfakcji pacjentów z wykonywanych świadczeń dotyczących opieki pielęgniarskiej [25]. Gutysz-Wojnicka uważa, że pacjenci powyżej 40 roku życia lepiej oceniają świadczoną opiekę pielęgniarską niż inni pacjenci [26]. Obserwowano, że osoby powyżej 65 roku życia mieli zdecydowanie mniejsze oczekiwania niż młodsze osoby, a także wykazywali większe zadowolenie ze świadczonej opieki pielęgniarskiej byli bardziej zadowoleni z opieki pielęgniarskiej i mieli mniejsze oczekiwania niż osoby młodsze [27-29].

Pacjenci oceniają wykonywane usługi medyczne biorąc pod uwagę komponenty materialne procesów wynikających z wykonywanych usług, solidarność i niezawodność, odpowiedzialność, empatię, reaktywność, kompetencje i pewność [30]. Hajdukiewicz i wsp. uważają, że usługa nie może być oferowana „bezdusznie”, nawet w przypadku wykonywania jej przez najlepszego specjalistę [31]. Według Sierpińskiej i wsp. personel pielęgniarski ma wpływ na jakość wykonywanych świadczeń medycznych jak i satysfakcję pacjenta [32]. Badania Chmielnickiego wskazują, że pacjenci najbardziej oczekują od pielęgniarek fachowości (25%) i serdeczności (34%) [33]. Kapała i wsp. twierdzą, że dla 96% pacjentów umiejętności manualne są najważniejsze. W badaniach dowiedziono również, że 56% chorych oczekuje przekazywania rzetelnych informacji i umiejętności, zaś dla 54% respondentów najważniejsza jest uprzejmość, 46% troskliwość, 49% życzliwość [18]. Badania Mijała i wsp. wskazują na konieczność edukacji w zakresie samopielęgnacji, odpowiedniego przygotowania do badań i zabiegu, diety [34]. Zdaniem Özlu i wsp. na zadowolenie w pracy wpływa poziom wykształcenia badanych. Dowiedziono, że wraz ze wzrostem wykształcenia spada ocena jakości pracy pielęgniarek [27].

W opinii Smoleń i wsp. rola personelu pielęgniarskiego jest podstawowa i obejmuje cały proces leczenia i pielęgnacji. Profesjonalizm zawodowy pielęgniarek związany jest z realizacją zadań wynikających z funkcji zawodowych [23]. Kuriata i wsp. są zdania, że do najważniejszych zadań należą: świadczenia zdrowotne (właściwe rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych, rozpoznawanie warunków i potrzeb zdrowotnych, działania zapobiegawcze, lecznicze, rehabilitacyjne, opieka pielęgniarska, edukacja zdrowotna, lecznicze, zapobiegawcze), wykonywanie zleceń lekarskich. Pielęgniarki współpracują z innymi profesjonalistami, pacjentem i jego rodziną. Wykonywane działania mają interdyscyplinarny charakter [35-38].

Według Garczyk i wsp. zarówno wiedza pielęgniarek jak i dostępność opieki jest istotnym czynnikiem odpowiadającym za motywację chorego do współuczestniczenia w rehabilitacji i leczeniu [39-40]. Zdaniem Ździebło pielęgniarki stoją przed różnymi wyzwaniami w pracy zawodowej (m.in. stawianymi wymaganiami w systemie ochrony zdrowia, koniecznością dostosowania pracy do wymogów Unii Europejskiej w zakresie rynku, kultury, stylu życia, kultury). Niskie zarobki, małe zainteresowanie zawodem, częsta emigracja, konieczność podnoszenia kwalifikacji zawodowych i aktualizowania swojej wiedzy oraz słaba pozycja zawodowa nie przyczyniają się do poprawy sytuacji pielęgniarstwa polskiego [41].

Jacox i wsp. twierdzą, że do całościowej oceny z pobytu pacjenta w szpitalu przyczynia się opieka pielęgniarska [37-38]. Zdaniem Grabskiej i wsp. istotne w opinii pacjentów jest zapewnienie przez personel troskliwej opieki i bezpieczeństwa [1]. Według Kawczyńskiej-Butrym 100% pacjentów oczekiwało, aby pielęgniarki były serdeczne, opiekuńcze, troskliwe i miłe. W tym samym badaniu 70% ankietowanych liczyło na profesjonalne udzielanie świadczeń i ufało pielęgniarkom. Według 20% pacjentów czas wolny był tylko organizowany sporadycznie przez pielęgniarki, a 80% respondentów całkowicie negatywnie oceniła organizację wolnego czasu [42-43]. Ciok i wsp. twierdzą, że pielęgniarki na wysokim poziomie realizują proces edukacji pacjentów, a częsty kontakt z chorym wpływa na ten wynik znacząco [44-45]. Renz i wsp. są zdania, iż odpowiednie relacje interpersonalne chorych z pielęgniarkami znacząco poprawiają wyniki leczenia [46-47]. Według Marcinowicz i wsp. poczucie satysfakcji z opieki pielęgniarskiej wpływa istotnie na profesjonalną komunikację z chorym [48].

Niejednorodna oraz niepełna jest wiedza odbiorców i świadczeniodawców opieki zdrowotnej [49-50]. Analizując oczekiwania pacjentów objętych ambulatoryjną opieką medyczną w podstawowej opiece zdrowotnej udowodniono, że pacjenci przede wszystkim oczekują od pielęgniarek informacji z zakresu edukacji [9]. Zarówno odczucia jak i ocena pacjenta wpływają na jakość świadczonych usług. Klient usług medycznych określa subiektywnie swoje wymagania i oczekiwania. Jakość świadczonej usługi jest zależna od kwalifikacji personelu medycznego, sposobu zarządzania placówką medyczną, przebiegu procesu terapeutyczno - diagnostycznego, warunków techniczno – organizacyjnych [8].

Każdy człowiek może być pacjentem - klientem usług medycznych. Do poprawnych relacji interpersonalnych pomiędzy personelem medycznym, a pacjentem przyczynia jakość kształcenia, satysfakcja z warunków pracy, a także staranna kwalifikacja kandydatów do zawodu. Działania te znacząco zmniejszają niezadowolenie pacjentów z jakości wykonywanych usług medycznych.

Uwarunkowania pełnienia roli zawodowej pielęgniarki w relacjach zawodowych z pacjentem hospitalizowanym. Szpital to podmiot leczniczy odpowiadający za udzielanie całodobowych świadczeń medycznych. Zakres wykonywanych procedur z zakresu rehabilitacji, leczenia i diagnostyki, jest niejednokrotnie trudnym wyzwaniem dla pracującego personelu medycznego. Nieodłącznym elementem związanym z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych w placówce szpitalnej jest całościowy proces pielęgnacyjny [51].

Według Kuriata i wsp. całodobowa opieka u pacjentów hospitalizowanych zapewniana jest w systemie zmianowym [35]. Kodeks pracy definiuje pracę zmianową jako wykonywanie pracy wg ustalonego rozkładu czasu pracy. Praca zmianowa to czynności wykonywane poza godzinami 7-18 w ciągu dnia [52]. Możemy wyróżnić najbardziej popularne modele pracy zmianowej:

- system nieciągły - charakteryzuje się pracą dwuzmianową, pod koniec tygodnia jest przerwa nocna (art. 128, 146)
- system półciągły - praca przebiega w systemie trzymianowym, a pod koniec tygodnia jest przerwa,
- praca w ruchu ciągłym - przez cały tydzień jest 24 godzinny system pracy [53].

Zgodnie z Ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej w podmiocie leczniczym liczba godzin pracujących nie może przekraczać 7 godzin 35 minut (37 godzin i 55 minut w tygodniu) w okresie 5-dniowym rozliczeniowym [54]. W trakcie hospitalizacji świadczeniodawca musi zadbać o zapewnienie opieki całodobowej pełnionej przez lekarzy i pielęgniarki zarówno w święta, niedzielę i dni powszednie. Normy czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych regulują przepisy - ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618). Stanowi ona *lex specialis* w stosunku do przepisów Kodeksu pracy. W sprawach w niej uregulowanych Kodeks nie znajduje zastosowania. System pracy dwuzmianowej jest najczęściej spotykanym systemem pracy w polskich szpitalach (dyżur 12 godzin od 7.00 do 19.00 lub od 19 .00 do 7.00) [35].

Przez Dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej z 2003 określany jest wymóg podejmowania pracy przez pracownika oraz system pracy zmianowej [55]. Konwencja nr 171 Międzynarodowej Organizacji Pracy określa pracę w porze nocnej wykonywaną w sposób nieprzerwany w godzinach 24.00-5.00 [56]. Pracownik wykonujący pracę w nocy pracuje co najmniej 3 godziny w porze nocnej lub na okres rozliczeniowy przypada $\frac{1}{4}$ jego czasu pracy (art. 151) [57].

Pielęgniarstwo to zawód zajmujący się opieką nad pacjentami niezależnie od zamożności, wieku, choroby czy stanu zdrowia [58]. Zdaniem Doroty Orem pielęgniarstwo to społeczna służba charakteryzująca się troską o osoby, które nie potrafią samodzielnie funkcjonować w sposób zindywidualizowany i twórczy [59]. Wg Hidegard Peplau pielęgniarstwo stanowi istotny proces terapeutyczny. Pielęgniarka/pielęgniarz pełni istotną rolę w relacjach interpersonalnych, pomagając profesjonalnie w rozwiązywaniu różnych problemów. Na te problemy mają wpływ różne czynniki obyczajowe, kulturowe, religijne oraz środowiskowe [59]. Virginia Henderson definiuje pielęgniarstwo jako asystowanie człowiekowi choremu jak i zdrowemu w codziennych czynnościach.

Kandydatom do tego zawodu powinno stawiać się wymagania związane z odpowiednimi umiejętnościami, postawami, predyspozycjami, wartościami oraz wiedzą. Odporność na stres, dobra psychofizyczna kondycja ma duże znaczenie w zawodzie pielęgniarki. Nie bez znaczenia jest także bezkonfliktowość w relacjach interpersonalnych z ludźmi, łatwość w nawiązywaniu kontaktów, podzielność uwagi, umiejętności manualne, dokładność, odpowiedzialność, cierpliwość, szybkość reakcji czy dostrzeganie potrzeb pacjenta [36]. Pielęgniarką może zostać osoba, która ukończy kształcenie podstawowe i pozyska dokument w postaci prawa wykonywania zawodu wydawanym przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych [58].

Osobami pracującymi w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarza są głównie kobiety. Zawód ten wymaga zmagania się z trudnościami, wieloma problemami (pracy zmianowej mającej wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne, odpowiedzialności za zdrowie, ciągłego kontaktu z osobami potrzebującymi pomocy, umiejętności radzenia sobie w sytuacjach krytycznych m.in. z rodzinami, pacjentami oraz ze współpracownikami) [60]. Pielęgniarki pracują w szpitalu w systemie jednozmianowym - 7 godzin 35 minut, dwuzmianowym - 12 godzin, trzyzmianowym trwającym 8 godzin. Najczęściej spotykanym systemem pracy jest system pracy dwuzmianowy (trwający 12 godzin od 7.00 do 19.00 lub 19.00 do 7.00).

Pielęgniarki powinny pracować w warunkach zapewniających poczucie bezpieczeństwa niezależnie od tego w jakim miejscu wykonywany jest zawód, umożliwiającym podejmowanie działań, a także pozwalających na ochronę stanu zdrowia. Pielęgniarstwo jest zawodem wolnym i samodzielnym wykonywanym przez osobę o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych, pozwalającym na wykonywanie świadczeń medycznych (pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, leczniczych, rehabilitacyjnych, promocji zdrowia, diagnostycznych) [61]. Z kolei wyznacznikiem samodzielności zawodowej jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych

i rehabilitacyjnych [62]. Wielu badaczy analizując zakres funkcji zawodowych pielęgniarek udowodniło, że najbardziej znamienne są zadania wynikające z funkcji terapeutycznej, opiekuńczej i wychowawczej [63-66].

W Ustawie o Samorządzie Pielęgniarek i Położnych określona jest odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek [67]. Kodeks Etyki Zawodowej Polskich Pielęgniarek i Położnych to akt prawny określający rozwój osobisty, a także działalność zawodową i samorządową. Zawarte są w nim informacje w zakresie powinności wobec praktyki zawodowej, potrzebujących ludzi, własnego zawodu, a także współpracowników [68].

Według Poznańskiej i wsp. pielęgniarstwo to zawód wymagający odpowiedniej postawy. Społeczeństwo oczekuje coraz większych kompetencji ze strony pielęgniarek jak i ma wobec nich coraz większe wymagania. Pielęgniarka w swojej pracy zawodowej musi wykonywać swój zawód w odpowiedni sposób, a także budzić zaufanie publiczne [59]. Zdaniem De Berardis i wsp. otwartość na opiekę świadczeniodawców usług medycznych w szpitalu wiąże się z otwartością na proponowane zmiany jak i koniecznością pełnego zaangażowania. Najistotniejszym zadaniem jest promocja samoopieki i samodzielności samoopieki, a także w związku z tym dążenie do zminimalizowania nierówności w dostępie do usług medycznych [69].

Pielęgniarka powinna być zarówno pomocnikiem dla pacjenta i jego rodziny jak również doradcą. Wszystko to czyni relację pacjent – pielęgniarka szczególnie odpowiedzialną i trudną.

Podsumowanie. Odpowiednie relacje interpersonalne pomiędzy pielęgniarką a pacjentem hospitalizowanych są niezmiernie istotne. Pielęgniarka ma najczęstszy kontakt z chorym. W związku z tym pacjenci oczekują od tej grupy zawodowej wykonywania świadczeń medycznych na jak najwyższym poziomie, przekazywania rzetelnych informacji. Istotą właściwej opieki medycznej jest posiadanie umiejętności komunikowania się pielęgniarki z klientem usług medycznych. Ważne są również odpowiednie relacje z rodziną pacjenta, zachęcanie do aktywnego uczestnictwa w procesie pielęgnacyjnym jak również wprowadzenie do samego procesu. Poprawne relacje interpersonalne wpływają na złagodzenie nieprzyjemnych doświadczeń związanych z chorobą jak i na mniejszy lęk u pacjenta, a w przypadku personelu medycznego dają możliwość osiągnięcia lepszych efektów leczenia i większej satysfakcji zawodowej.

Piśmiennictwo

1. Grabska K, Stefańska W. Sylwetka zawodowa pielęgniarki w opinii pacjentów. *Probl Pielęg* 2009; 17(1): 8-12.

2. Zwolska H., Małysiak M., Nawiązywanie i utrzymywanie kontaktów międzyludzkich. Poradnik dla ucznia, Instytut Technologii Eksploatacji – Państwowy Instytut Badawczy, Radom 2007.
3. Steciwko A, Barański J. Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i jego rodziną. Wybrane zagadnienia, Elsevier, Urban & Partner, Wrocław 2012; 3 (8): 133–138.
4. Gołębiowska K, Górna K, Jaracz K, i wsp. Specyfika komunikowania się z chorym umierającym. *Pielęgniarstwo Polskie* 2011; 1 (39): 29–33.
5. Smoleń E, Ksykiewicz-Dorota A. Profesjonalizm pielęgniarek jako element oceny satysfakcji rodziców/opiekunów dzieci z opieki pielęgniarskiej. *Medycyna Pracy* 2015; 66 (4): 554.
6. Kachaniuk H, Gozdek N, Kachaniuk J. Poglądy pacjentów na zakres i sposób przekazywania informacji zdrowotnej osobom chorym i rodzinie. *Zdr Publ* 2003; 113 (3/4): 264–267.
7. Steciwko A, Barański J. Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i jego rodziną. Wybrane zagadnienia, Elsevier, Urban & Partner, Wrocław 2012; 3 (8): 133–138.
8. Niedźwiedzka A, Nowicki M, Tkaczyk M. Oczekiwania chorego dializowanego wobec personelu pielęgniarskiego w stacji dializ. *Pol Merk Lek* 2009; 24: 154, 311.
9. Kurowska K, Sawicka A, Oczekiwania pacjentów w opiece ambulatoryjnej *Forum Medycyny Rodzinnej. Via Medica* 2016; 10(3): 263–271.
10. Piątek A. Doskonalenie jakości opieki pielęgniarskiej. W: Ksykiewicz DA (red.). *Podstawy organizacji opieki pielęgniarskiej*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004; 162-173,
11. Szerbińska K. Jakość opieki zdrowotnej. W: Czupryna A, Poździuch S, Ryś A i wsp.(red.). *Zdrowie Publiczne*. Wydawnictwo Vesalius, Kraków 2001; 141-184
12. Marcinowicz L, Chlabicz S, Grebowski R. Patient satisfaction with healthcare provided by family doctors: primary dimensions and an attempt at typology. *BMC Health Serv Res* 2009; 9: 63,
13. Łukomska A, Roś D, Faleńczyk K. Satisfaction of patients who are treated by a family doctor. *Fam Med Primary Care Rev*. 2008; 10(2): 167-172,
14. Łukomska A, Szrajda J, Nowakowska I. Satysfakcja osób starszych z usług świadczonych przez lekarza rodzinnego. *Gerontol Pol*. 2012; 20(2): 68-72,
15. Sielska J, Wieja E, Głowacka MD. Badania satysfakcji pacjenta jako przejaw orientacji na klienta w systemie zarządzania jakością. *Pielęg Pol* 2009; 1: 25-31,
16. Kamińska M, Brodowski J, Bażydło M i wsp. Postawy personelu medycznego a poczucie bezpieczeństwa pacjenta. *Fam Med Primary Care Rev*. 2009, 11(4): 881-885,
17. Wierzbńska-Karakuła S, Binkowska-Bury M, Burzyńska J i wsp. Respektowanie oczekiwań i praw pacjentów w podkarpackich jednostkach podstawowej opieki zdrowotnej jako element jakości usług zdrowotnych. *Prz Med Uniw Rzesz Inst Leków* 2015; 1: 19-30.
18. Kapała W, Skrobisz J. Oczekiwania pacjentów hospitalizowanych w oddziale chirurgii trybem planowym względem zespołu lekarskiego, pielęgniarskiego i warunków lokalowych. *Nowiny Lekarskie* 2006; 75(4): 351–358.
19. Kapała W, Konieczny A. Postulowana jakość usług medycznych. Wyobrażenia i oczekiwania chorych hospitalizowanych w ankiecie Servqual. *Menedż Zdr* 2003; 1: 56–59,
20. Kapała W, Drygas P. Personel pielęgniarski w organizacji – ocena, wyobrażenia i oczekiwania potencjalnych klientów placówek służby zdrowia w Polsce. *Zdr Zarządz* 2001; 5: 33–41,

21. Łuczyńska B, Gorchans E, Berezowska E i wsp. Oczekiwania pacjentów na informacje wobec personelu pielęgniarskiego. *Zdr Publ* 2003; 3/4: 258–263.
22. Stojek M, Bania S. Kompleksowe zarządzanie przez jakość TQM w przedsiębiorstwie. *Nauki dla zarządzania. Od czasów Adamieckiego do współczesności*. 2013; 2: 358-360.
23. Smoleń E, Ksykiewicz-Dorota A. Profesjonalizm pielęgniarek jako element oceny satysfakcji rodziców/opiekunów dzieci z opieki pielęgniarskiej. *Medycyna Pracy* 2015; 66 (4): 554.
24. Kropornicka B, Baczevska B., Turowski K. Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej w grupie pacjentów hospitalizowanych z powodu dyskopatii lędźwiowej. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Lublin Polonia* 2003; 58(129): 132-138.
25. Eng HS, Kaur G, Wafa SR, Zulkifli S et al. Post-Cardiac Surgery Patient Satisfaction with Quality Nursing Care at Institute Jantung Negara (IJN). *Medicine and Health* 2011; 1: 14-19.
26. Gutysz-Wojnicka A. Zastosowanie polskiej wersji skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle do oceny opieki pielęgniarskiej. <http://www.wbc.poznan.pl/Content/167188/index.pdf> (01.02.2023).
27. Özlü Z.K. Uzun Ö. Evaluation of Satisfaction with Nursing Care of Patients Hospitalized in Surgical Clinics of Different Hospitals. *International Journal of Caring Sciences* 2015; 8 (1): 19-25.,
28. Özbaşaran F. International & VIII. National Nursing Congress. The Congress Book, 2001. Investigation Relating to the Status Granted glad Nursing Care of Hospitalized Adult Patients in the hospital. *Antalya-Turkey* 2001; 382-388,
29. Lochoro P. Measuring patient satisfaction in UCMB health institutions. *Health Policy and Development* 2004; 2(3): 243-248.
30. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry LA. Conceptual model of service quality and its implications for future research. *J Market* 1985; 49: 41-50.
31. Hajdukiewicz D. Rola otoczenia w kreowaniu polityki jakości szpitala. *Zdrowie i Zarządzanie, Kraków* 2013; 39-42.
32. Sierpińska L, Dzirba A. Poziom satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarskiej na oddziałach zabiegowych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2011; 1: 18-22.
33. Chmielnicki N. Oczekiwania pacjentów szpitala pod adresem lekarzy i pielęgniarek. *Zdr Publ* 1976; 8: 631– 638.
34. Mijała J, Kapała W. Edukacja i wsparcie pacjentów hospitalizowanych (na przykładzie oddziałów chirurgicznych). *Piel Pol* 2002; 2: 262–269.
35. Kuriata E, Felińczak A, Grzebieluch J i wsp. Specyfika pracy pielęgniarskiej w szpitalu – warunki pracy i aktualne wyzwania. Część I. *Piel Zdr Publ* 2011; 1(2): 163–167.
36. Brzezińska M, Kózka M. Krajowy Standard Kwalifikacji Zawodowych. *Pielęgniarka* (224101). MPiPS, Warszawa 2007.
37. Jacox AK, Bausell BR, Mahrenholz DM. Patient satisfaction with nursing care in hospitals. *Outcomes Management for Nursing Practice* 1997; 1: 20-28.
38. Rubin H.R. Can patients evaluate the quality of hospital care? *Medical Care* 1990; 47: 267-326.
39. Garczyk D. Zadowolenie chorego jako wyraz jakości opieki pielęgniarskiej u pacjentów leczonych chirurgicznie z powodu dyskopatii w odcinku szyjnym lub lędźwiowym kręgosłup. *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne* 2013; 2(2): 4.,

40. Johansson P, Oleni M, Fridlund B. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: A literature study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2002; 16: 337-344.
41. Ździebło K. Przyszłość zawodu w opinii pielęgniarek. *Zdrowie Publiczne* 2002; 112(4): 492-496.
42. Kawczyńska-Butrym Z. Koncepcje opieki i zawody opiekuńcze. *Pracownicy socjalni i pielęgniarki*. Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, Olsztyn 2005,
43. Grochans E, Wieder-Huszla S, Jurczak A i wsp. Wsparcie emocjonalne jako wyznacznik jakości opieki pielęgniarskiej. *Probl Hig Epidemiol* 2009; 90(2): 236-239.
44. Ciok J, Kamińska M, Dzieniszewski J. Przegląd metod prowadzenia edukacji żywieniowej wśród pacjentów szpitalnych. *Pol Merk Lek* 1999; 41: 236-241.
45. Sęk H, Woronkiewicz K, Pasikowski T. Znaczenie funkcji edukacyjnej pielęgniarki w ocenie pacjentów. *Piel Pol* 1994; 5-6: 95-103.
46. Renz C, Abeni D, Picardi A, Agostini E i wsp. Factors associated with patient satisfaction with care among dermatological outpatients. *Br J Dermato* 2001; 145(4): 617-623.
47. Suresh-Sharma K, Pawan-Kamra K. Patient Satisfaction with Nursing Care in Public and Private Hospitals. *Nursing and Midwifery Research Journal* 2013; 9(3): 130-141.
48. Marcinowicz. M. Grębowski R. Satysfakcja pacjentów w świetle polskich badań empirycznych – próba wyjaśnienia zagadki wysokiego poziomu zadowolenia z opieki. *Pol. Merkuriusz Lek* 2005; 18(108): 663-666.
49. Iwanowicz Palus G. Obciążenia i warunki pracy pielęgniarek w nocy a jakość opieki pielęgniarskiej. *Znajomość praw pacjenta*. *Zdrowie Publiczne* 2004; 114 (3): 350-355,
50. Kędzia A, Umiastowska D, Wieder-Huszla S i wsp. Poziom wiedzy pacjentów na temat ich praw. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2005; 3(12): 7.
51. Internetowy System Aktów Prawnych. Ustawa z dnia 05.07.1996. o zawodach pielęgniarki i położnej. <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19960910410/O/D19960410.pdf> (dostęp 01.03.2023).
52. Najwyższa Izba Kontroli. Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 roku. [https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/14/065/\(dostęp 01.03.2023\)](https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/14/065/(dostęp%2001.03.2023)).
53. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej. Kodeks pracy. (Dz.U. 2016 poz. 1666). <https://www.pip.gov.pl/pl/f/v/164772/KP.pdf> (dostęp 30.03.2023).
54. Internetowy System Aktów Prawnych. USTAWA z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej Dz.U. 2011 Nr 112 poz. 654. <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20111120654/T/D20110654L.pdf> (dostęp 02.03.2023).
55. Parlament Europejski i Rada Europejska. Dyrektywa 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 4 listopada 2003 r. –dotycząca niektórych aspektów organizacji czasu pracy. (Dz. Urz. UE L 299/9) <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32003L0088&from=EN> (dostęp30.03.2023).
56. Konwencja Międzynarodowej Organizacji Pracy. Konwencja Międzynarodowej Organizacji Pracy nr 171 z dn. 4.01.1995 i Zalecenie nr 178 z czerwca 1990 r. dot. pracy nocnej ratyfikowane przez Polskę. <http://www.mop.pl/doc/html/konwencje/k171.html> (dostęp 25.03.2023).

57. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej. Kodeks pracy. (Dz.U. 2016 poz. 1666). <https://www.pip.gov.pl/pl/f/v/164772/KP.pdf> (30.03.2023).
58. Ciechaniewicz W. Pielęgniarstwo. Ćwiczenia. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2006; 44.
59. Poznańska S. Płaszewska I. Wybrane modele pielęgniarstwa. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007; 72.
60. Kliszcz J, Nowicka-Sauer K. Kontrola gniewu, lęku i depresji u pielęgniarek nefrologicznych a satysfakcja z życia i z pracy zawodowej. *Pielęg Pol* 2003; 1(15): 88–91.
61. Ustawa z 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20010570602/U/D20010602Lj.pdf>. (Dz.U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602 z późn. zm. (dostęp 30.03.2023).
62. Rozporządzenie Ministra Zdrowia. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. z 2016 r. poz. 1251, 1579 i 2020 <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20170000497/O/D20170497.pdf> (dostęp 15.03.2023).].
63. Ciechaniewicz W. Pielęgniarka– świadczeniodawca opieki pielęgniarskiej. W: Ślusarska B, Zarzycka D, Zahradniczek K (red.). *Podstawy Pielęgniarstwa*. Wydawnictwo Czelej, Warszawa 2004; 1:336-346,
64. Glišńska J, Lewandowska M. Autonomiczność zawodu pielęgniarskiego w świadomości pielęgniarek z uwzględnieniem pełnionych funkcji zawodowych. *Problemy pielęgniarstwa* 2007; 15(4): 249-253,
65. Jankowiak B. Krajewska-Kułak E. i wsp. Przygotowanie pielęgniarek do wykonywania funkcji zawodowych. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2003; 5:42-46,
66. Płaszewska-Żywko L.: *Teoria Dorothei Orem*. W: Kózka M, Płaszewska - Żywko L. (red.). *Modele opieki nad chorym dorosłym*. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2010; 17-25.
67. Ustawa o Samorządzie Pielęgniarek i Położnych z dnia 19 kwietnia 1991 r. Ustawa o Samorządzie Pielęgniarek i Położnych z dnia 19 kwietnia 1991 r. ISAP Interaktywny System Aktów Prawnych. <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19910410178/O/D19910178.pdf> (03.03.2023).
68. Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarek i Położnych zatwierdzony na 4 Krajowym Zjeździe 9 XII 2004 r. Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarek i Położnych zatwierdzony na 4 Krajowym Zjeździe 9 XII 2004. <https://nipip.pl/prawo/samorzadowe/krajowy-zjazd-piellegniarek-i-poloznych/kodeks-etyki-zawodowej-piellegniarki-i-poloznej-rzeczypospolitej-polskiej/> (03.03.2023).
69. De Berardis G, Pellegrini F, Franciosi M et al. On behalf Of the QuED Study Group Quality of Care and Outcomes in Type 2 Diabetic Patients. A comparison between general practice and diabetes clinic. *Diabetes Care* 2004; 27(2): 398 – 406.

ZNAJOMOŚĆ ZAPISÓW I STOPIEŃ PRZESTRZEGANIA KODEKSU ETYKI ZAWODOWEJ PIELEŃNIARKI I POŁOŻNEJ RZECZPOSPOLITEJ POLSKIEJ

ELŻBIETA GARWACKA-CZACHOR, DOROTA MILECKA, EDYTA KĘDRA, KAROLINA BASZYŃSKA

Wstęp. Etyka zawodowa to „zespół norm wyznaczających określone obowiązki moralne związane z wykonywanym zawodem i społecznymi stosunkami zawodowymi” [1]. Normy, właściwe dla danego zawodu, w postaci uporządkowanej i zapisanej tworzą kodeks etyki zawodowej. Obowiązujący „Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej” (KEZ) został uchwalony przez IV Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych 9 grudnia 2003 roku. Jednak historia pielęgniarskich kodeksów etycznych sięga roku 1893, kiedy pojawiło się pierwsze przyrzeczenie pielęgniarskie, powszechnie znane jako przysięga Florence Nightingale.

Pierwszy Kodeks Etyki dla pielęgniarek został przyjęty przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek (ICN) w 1953 roku, a następnie był kilkakrotnie nowelizowany [2]. Kodeks zawiera wskazówki etyczne w odniesieniu do ról, obowiązków, zachowań, podejmowania decyzji i relacji pielęgniarek z pacjentami i osobami objętymi opieką pielęgniarską. Stosowany jest w połączeniu z przepisami prawa, unormowaniami i standardami zawodowymi regulującymi praktykę pielęgniarską w danym kraju. Kodeks pomaga pielęgniarkom w ich codziennych wyborach, ale także wspiera ich odmowę udziału w działaniach sprzecznych z ich sumieniem [3]. Kodeks ICN był podstawą tworzenia przez pielęgniarki podobnych dokumentów na całym świecie.

KEZ składa się z trzech części. Pierwsza – Przyrzeczenie - jest moralnym zobowiązaniem do profesjonalnej opieki nad zdrowiem i życiem ludzkim. Druga - ogólna – określa podstawy opracowania kodeksu oraz jego funkcję, zobowiązuje pielęgniarki/położne do działania zawsze w interesie pacjenta, nieszkodzenia, ale także dbania o prestiż zawodów. Ponadto, podkreśla, że działalność zawodowa to świadome i dobrowolne podejmowanie działań na rzecz pacjentów niezależnie od ich sytuacji zdrowotnej i materialnej oraz zwraca uwagę na osobistą odpowiedzialność pielęgniarki za swoje działania. Część trzecia – szczegółowa – to uściślenie zapisów części ogólnej oraz zasad postępowania etycznego w określonych sytuacjach, np.: obowiązek pomocy w nagłych przypadkach oraz sytuacji zagrożenia życia, zobowiązanie do udzielania pacjentom rzetelnej i zrozumiałej informacji dotyczącej procesu pielęgnowania, do zachowania tajemnicy zawodowej, obowiązek ustawicznego kształcenia zawodowego, działalności na rzecz promocji zdrowia, solidarnego wspierania samorządu i przestrzegania

uchwał jego organów, obowiązek wspierania młodszych koleżanek i kolegów w zdobywaniu wiedzy i doświadczenia zawodowego, czy przeciwdziałanie praktykom uznawanym przez naukę za bezwartościowe i szkodliwe dla zdrowia [4].

Wykonywanie zawodu pielęgniarki wymaga wiedzy, umiejętności oraz prezentowania postaw o najwyższych standardach moralnych. Swoistym drogowskazem jest KEZ, który stanowi dla każdej pielęgniarki punkt odniesienia w codziennej pracy, ale także w przypadku dylematów moralnych. Stanowi on również gwarancję bezpieczeństwa dla pacjentów. W przypadku zawinionego naruszenia zasad wykonywania zawodów lub przepisów regulujących wykonywanie zawodów pielęgniarka/położna ponosi odpowiedzialność zawodową przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej oraz sądem pielęgniarek i położnych.

Cel pracy. Głównym celem badań było poznanie wpływu cech socjodemograficznych i cech pracy na poziom wiedzy badanego personelu pielęgniarskiego na temat KEZ oraz wpływu powyższych zmiennych na sposób postępowania oraz stopień przestrzegania zasad etyki zawodowej.

Materiał i metody. Badanie zostało przeprowadzone w Instytucie Medycznym Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej (PWSZ) w Głogowie, przy współdziałaniu studentów Studenckiego Koła Naukowego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego (SKN PTP), metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankietową z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety. Badanie realizowano w Szpitalu Powiatowym w Głogowie oraz Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolesławcu w okresie marzec – kwiecień 2022 roku wśród tamtejszego personelu pielęgniarskiego. Kryteria włączenia: każda pielęgniarka i położna posiadająca prawo wykonywania zawodu, bez względu na wykształcenie i miejsce wykonywania praktyki. Kryteria wykluczenia: personel inny niż pielęgniarski. Rozdanych zostało 200 ankiet, zwrotność wyniosła 67% (n=134), ostatecznie do badania włączono 122 prawidłowo wypełnione ankiety (61%). Uczestnicy badania zostali poinformowani o celu badania i wykorzystania wniosków z niego płynących. Udział w ankiecie był anonimowy i dobrowolny. Badanie uzyskało zgodę Komisji Bioetycznej PWSZ w Głogowie z dnia 22 marca 2022 (nr 21/2022).

Autorski kwestionariusz ankiety składał się z pytań dotyczących danych socjodemograficznych i cech pracy badanej grupy pielęgniarek oraz pytań dotyczących zagadnień związanych z KEZ. Przyjęte w badaniu główne zmienne obejmowały: samoocenę poziomu wiedzy pielęgniarek na temat KEZ, ocenę poziomu wiedzy współpracowników w opinii badanych, liczbę i rodzaj przyczyn łamania KEZ w miejscu pracy przez badanych i współpracowników, sposób

postępowania w przypadku bycia świadkiem łamania zasad KEZ, postrzeganie ważności szkoleń. Zmienne dotyczące cech socjodemograficznych i cech pracy obejmowały: wiek, płeć, wykształcenie przed- i podyplomowe, staż zawodowy, stanowisko pracy, system pracy oraz uśrednioną liczbę pacjentów pod opieką pielęgniarki podczas dyżuru.

Zmienne dotyczące zagadnień związanych z kodeksem etyki zawodowej obejmowały: poziom samooceny wiedzy na temat KEZ, częstość łamania zasad KEZ, poziom znajomości KEZ przez współpracowników w ocenie badanego, bycie świadkiem łamania KEZ i sposób postępowania badanego w takim przypadku, liczbę szkoleń na temat zasad KEZ w miejscu pracy, ocenę ważności szkoleń z zakresu KEZ przez badanego, przyczyny łamania KEZ w miejscu pracy, rodzaj działań ograniczających zachowania nieetyczne, weryfikację działań nieetycznych w miejscu pracy. Autorski kwestionariusz ankiety łącznie zawierał 16 pytań dotyczących zasad KEZ oraz 8 dotyczących danych socjodemograficznych oraz związanych z cechami pracy.

Analizę zmiennych ilościowych (tj. wyrażonych liczbą) przeprowadzono wyliczając średnią, odchylenie standardowe, medianę oraz kwartyle. Analizę zmiennych jakościowych (tj. niewyrażonych liczbą) przeprowadzono wyliczając liczbę i procent wystąpień każdej z wartości. Porównanie wartości zmiennych jakościowych w grupach wykonano za pomocą testu chi-kwadrat (z korektą Yatesa dla tabel 2x2) lub dokładnego testu Fishera tam, gdzie w tabelach pojawiały się niskie licznosci oczekiwane. W analizie przyjęto poziom istotności 0,05, a więc wszystkie wartości p poniżej 0,05 interpretowano jako świadczące o istotnych zależnościach.

Analizę wykonano w programie R, wersja 4.2.2. [5]

Charakterystyka socjodemograficzna oraz zawodowa badanej grupy. Grupę badaną stanowił personel pielęgniarski - 122 osoby, w większości w wieku 51-60 lat oraz 41-50 lat - łącznie n=83 (68,04%). Pozostałe grupy wiekowe miały dużo mniejszy udział: blisko 17% (n=20) to osoby w wieku 31- 40 lat oraz porównywalne grupy blisko po 8% - w wieku 20-30 lat oraz 61 lat i więcej.

Wśród respondentów przeważały kobiety (n=118; 96,72%), mężczyźni stanowili jedynie 3,25% (n=4) badanych.

Wiodącym wykształceniem wśród respondentów było wykształcenie średnie - liceum medyczne (n=42; 34,43%) i wykształcenie wyższe - licencjat pielęgniarstwa (n=38; 31,15%) - łącznie blisko $\frac{2}{3}$ badanych. Liceum medyczne ukończyło 34,43% (n=42) ankietowanych, porównywalna, nieco mniejsza grupa - licencjat pielęgniarstwa (n=38; 31,15%). Pozostałe grupy to osoby z wykształceniem wyższym - magister pielęgniarstwa i pomaturalnym - studium medyczne (odpowiednio: n=27; 22,13% i n=13; 10,66%).

Blisko 50% badanych posiadało staż pracy w zawodzie 21 lat i więcej (n=60; 49,18%); ok. 20% badanych posiadało staż wynoszący 16-20 lat pracy (n=24; 19,67%).

W odniesieniu do wykształcenia podyplomowego (pytanie wielokrotnego wyboru), połowa respondentów wskazała na ukończony kurs kwalifikacyjny; porównywalne grupy badanych - po ok. 40% wskazało posiadanie kursu kwalifikacyjnego oraz specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa.

Najczęściej wskazane stanowiska pracy to pielęgniarka i starsza pielęgniarka, (łącznie n=88; 72,14% badanych). Na stanowisku specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa pracowało 21,31% (n=26) badanych; stanowisko „inne” wskazało jedynie 5,74% (n=7) badanych.

Wiodący system pracy to system zmianowy (n=92; 75,41%), praca w systemie jednozmianowym dotyczyła jedynie 24,59% (n=30;) respondentów.

Uśredniona liczba pacjentów pod opieką pielęgniarki podczas dyżuru w największym zakresie dotyczyła opieki nad 26-35 pacjentami (n=47; 30,33%), następnie 16-25 (n= 3; 24,59%) oraz 11-15 pacjentami (n=8; 14,75%) Niestety opieka nad mniejszymi grupami pacjentów była wskazana w dużo mniejszym zakresie i stanowiła porównywalne wartości: 8,2% (n=10) i 9,84% (n=12), a dotyczyła odpowiednio grup: 1-5 pacjentów i 6-10 pacjentów pod opieką pielęgniarki podczas dyżuru.

Tabela 1. Charakterystyka badanych pielęgniarek.

	Zmienne	n	%
Płeć	Kobieta	118	96,72%
	Mężczyzna	4	3,28%
Wiek	20-30 lat	10	8,20%
	31-40 lat	20	16,39%
	41-50 lat	41	33,61%
	51-60 lat	42	34,43%
	61 lat i więcej	9	7,38%
Wykształcenie	Liceum medyczne	42	34,43%
	Studium medyczne	13	10,66%
	Licencjat pielęgniarstwa	38	31,15%
	Magister pielęgniarstwa	27	22,13%
	Brak odpowiedzi	2	1,64%
Wykształcenie podyplomowe*	Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa	46	37,70%
	Kursy kwalifikacyjne	49	40,16%
	Kursy specjalistyczne	61	50,00%
	Inne formy	4	3,28%
Staż zawodowy	0-5 lat	13	10,66%
	6-10 lat	11	9,02%
	11-15 lat	14	11,48%
	16-20 lat	24	19,67%
	21 lat i więcej	60	49,18%

Stanowisko pracy	Pielęgniarka	43	35,25%
	Starsza pielęgniarka	45	36,89%
	Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa	26	21,31%
	Inne	7	5,74%
	Brak odpowiedzi	1	0,82%
System pracy	Jednozmianowy	30	24,59%
	Zmianowy	92	75,41%
Uśredniona liczba pacjentów pod opieką pielęgniarki podczas dyżuru	1-5	10	8,20%
	6-10	12	9,84%
	11-15	18	14,75%
	16-25	30	24,59%
	26-35	37	30,33%
	36 i więcej	14	11,48%
	Brak odpowiedzi	1	0,82%

* udzielano więcej niż jedną odpowiedź

Wyniki.

Tabela 2. Wyniki autorskiego kwestionariusza ankiety w zakresie zmiennych dotyczących zagadnień związanych z kodeksem etyki zawodowej

	zmiennie	n	%
Samocena wiedza badanych pielęgniarek	Brak wiedzy	1	0,82%
	Słaba znajomość	24	19,67%
	Dobra znajomość	78	63,93%
	Bardzo dobra znajomość	19	15,57%
Pytanie o złamanie zasad KEZ przez badanych	Tak	11	9,02%
	Nie	85	69,67%
	Czasami	23	18,85%
	Brak odpowiedzi	3	2,46%
Ocena znajomości KEZ u współpracowników	Brak wiedzy	0	0,00%
	Słaba znajomość	28	22,95%
	Dobra znajomość	68	55,74%
	Bardzo dobra znajomość	25	20,49%
	Brak odpowiedzi	1	0,82%
Pytanie o bycie świadkiem złamania KEZ	Tak	41	33,61%
	Nie	78	63,93%
	Brak danych	3	2,46%
Rodzaj postępowania w przypadku łamania zasad przez współpracownika*	Brak reakcji	5	4,10%
	Zwrócenie uwagi koledze/koleżance	97	79,51%
	Poinformowanie pielęgniarki oddziałowej/przełożonej/naczelnej	40	32,79%
	Poinformowanie ordynatora oddziału	1	0,82%
	Zgłoszenie do rzecznika odpowiedzialności zawodowej	2	1,64%
	Złożenie wniosku o przeprowadzenie na ten temat szkolenia	5	4,10%
	Przeproszenie pacjenta za zachowanie koleżanki/kolegi	12	9,84%

Częstość szkoleń na temat zasad etyki zawodowej w miejscu pracy	Raz w roku	58	47,54%
	Raz na 2 lata	8	6,56%
	Raz na 3 lata	6	4,92%
	Raz na 5 lat	4	3,28%
	Inna częstość	5	4,10%
	Brak szkoleń	37	30,33%
	Brak odpowiedzi	4	3,28%
Przyczyny łamania KEZ w miejscu pracy*	Niedobory kadrowe	77	63,11%
	Wielość zadań	49	40,16%
	Rytuał szpitalny	18	14,75%
	Wypalenie zawodowe	57	46,72%
	Zła organizacja pracy	27	22,13%
	Niewłaściwa dokumentacja lub niekorzystanie z dokumentacji	5	4,10%
	Brak selekcji kadry	12	9,84%
	Brak samooceny	8	6,56%
	Brak szkoleń	11	9,02%
	Błędy jatrogenne	9	7,38%
Działania mogące ograniczyć zachowania nieetyczne*	Więcej szkoleń w zakresie Etyki Zawodowej	68	55,74%
	Upublicznianie przykładów nieetycznych zachowań z zachowaniem RODO	31	25,41%
	Wyciąganie konsekwencji zawodowych wobec pielęgniarek naruszających zapisy Kodeksu Etyki Zawodowej	29	23,77%
	Publiczne wyróżnianie i nagradzanie pielęgniarek za prezentowanie wzorowej postawy etycznej	47	38,52%
Pytanie-czy zasady postępowania etycznego pielęgniarki są weryfikowane w miejscu pracy?	Tak	62	50,82%
	Nie	58	47,54%
	Brak odpowiedzi	2	1,64%
<i>*Odsetki nie sumują się do 100, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru</i>			

Tabela 3. Wynik wpływu wykształcenia na poziom samooceny wiedzy na temat zasad Kodeksu Etyki Zawodowej

	Liceum medyczne (N=42)	Studium medyczne (N=13)	Licencjat pielęgniarstwa (N=38)	Magister pielęgniarstwa (N=27)	Wynik dokładnego testu Fishera
Brak wiedzy	1 (2,38%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=0,33
Słaba znajomość	7 (16,67%)	5 (38,46%)	7 (18,42%)	5 (18,52%)	
Dobra znajomość	27 (64,29%)	5 (38,46%)	28 (73,68%)	16 (59,26%)	
Bardzo dobra znajomość	7 (16,67%)	3 (23,08%)	3 (7,89%)	6 (22,22%)	
Zależność nieistotna statystycznie (p>0,05).					

Tabela 4. Wynik wpływu wykształcenia poddyplomowego na poziomie wiedzy badanych

Specjalizacja	Nie (n=76)	Tak (n= 46)	Wynik dokładnego test Fishera	
Brak wiedzy	1 (1,32%)	0 (0,00%)	p=0,786	Zależność nieistotna statystycznie (p>0,05).
Słaba znajomość	16 (21,05%)	8 (17,39%)		
Dobra znajomość	49 (64,47%)	29 (63,04%)		
Bardzo dobra znajomość	10 (13,16%)	9 (19,57%)		
Kurs kwalifikacyjny	Nie (N=73)	Tak (N=49)		Zależność nieistotna statystycznie (p>0,05).
Brak wiedzy	1 (1,37%)	0 (0,00%)	p=0,845	
Słaba znajomość	16 (21,92%)	8 (16,33%)		
Dobra znajomość	45 (61,64%)	33 (67,35%)		
Kurs specjalistyczny	Nie (N=61)	Tak (N=61)		Zależność istotna statystycznie (p<0,05). Osoby po kursach specjalistycznych oceniały swoją wiedzę lepiej niż osoby, które w takich kursach nie brały udziału.
Brak wiedzy	0 (0,00%)	1 (1,64%)	p=0,011	
Słaba znajomość	18 (29,51%)	6 (9,84%)		
Dobra znajomość	37 (60,66%)	41 (67,21%)		
Bardzo dobra znajomość	6 (9,84%)	13 (21,31%)		

Tabela 5. Wynik wpływu stanowiska pracy na poziom samooceny wiedzy na temat zasad Kodeksu Etyki Zawodowej

	Pielęgniarka (N=43)	Starsza pielęgniarka (N=45)	Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa (N=26)	Inne (N=7)	Wynik dokładnego testu Fishera
Brak wiedzy	1 (2,38%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=0,33
Słaba znajomość	7 (16,67%)	5 (38,46%)	7 (18,42%)	5 (18,52%)	
Dobra znajomość	27 (64,29%)	5 (38,46%)	28 (73,68%)	16 (59,26%)	
Bardzo dobra znajomość	7 (16,67%)	3 (23,08%)	3 (7,89%)	6 (22,22%)	
Zależność nieistotna statystycznie (p>0,05).					

Tabela 6. Wynik wpływu częstości szkoleń na temat zasad etyki zawodowej na poziom samooceny wiedzy na temat zasad Kodeksu Etyki Zawodowej

	Raz w roku (N=58)	Raz na 2 lata (N=8)	Raz na 3 lata (N=6)	Raz na 5 lat (N=4)	Inna częstość (N=5)	Brak szkoleń (N=37)	Wynik dokładnego testu Fishera
Brak wiedzy	1 (1,72%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=0,279

Słaba znajomość	10 (17,24%)	0 (0,00%)	2 (33,33%)	0 (0,00%)	1 (20,00%)	10 (27,03%)	
Dobra znajomość	34 (58,62%)	5 (62,50%)	4 (66,67%)	3 (75,00%)	4 (80,00%)	25 (67,57%)	
Bardzo dobra znajomość	13 (22,41%)	3 (37,50%)	0 (0,00%)	1 (25,00%)	0 (0,00%)	2 (5,41%)	
Zależność nieistotna statystycznie ($p>0,05$).							

Tabela 7. Wynik wpływu oceny ważności zasad etyki na poziom samooceny wiedzy na temat zasad Kodeksu Etyki Zawodowej

	Tak (N=97)	Nie (N=3)	Nie mam zdania (N=22)	Wynik dokładnego testu Fishera
Brak wiedzy	1 (1,03%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	$p=0,001$
Słaba znajomość	12 (12,37%)	2 (66,67%)	10 (45,45%)	
Dobra znajomość	65 (67,01%)	1 (33,33%)	12 (54,55%)	
Bardzo dobra znajomość	19 (19,59%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Zależność istotna statystycznie ($p<0,05$). Osoby, które uważają, że szkolenia nt. zasad etyki zawodowej są ważne, oceniają swoją wiedzę wyżej niż pozostali respondenci.				

Tabela 8. Wynik wpływu poziom samooceny wiedzy na temat zasad Kodeksu Etyki Zawodowej na ocenę wiedzy współpracowników

	Brak wiedzy (N=1)	Słaba znajomość (N=24)	Dobra znajomość (N=78)	Bardzo dobra znajomość (N=19)	Wynik dokładnego testu Fishera
Brak wiedzy	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	$p<0,001$
Słaba znajomość	0 (0,00%)	19 (79,17%)	8 (10,26%)	1 (5,26%)	
Dobra znajomość	1 (100,00%)	4 (16,67%)	56 (71,79%)	7 (36,84%)	
Bardzo dobra znajomość	0 (0,00%)	0 (0,00%)	14 (17,95%)	11 (57,89%)	
Brak danych	0 (0,00%)	1 (4,17%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Zależność istotna statystycznie ($p<0,05$). Im wyższa ocena własnej wiedzy, tym wyższa ocena wiedzy współpracowników					

Tabela 9. Wynik wpływu poziom samooceny wiedzy na temat zasad Kodeksu Etyki Zawodowej na częstość bycia świadkiem łamania zasad Kodeksu Etyki Zawodowej

	Brak wiedzy (N=1)	Słaba znajomość (N=24)	Dobra znajomość (N=78)	Bardzo dobra znajomość (N=19)	Wynik dokładnego testu Fishera
Tak	1 (100,00%)	15 (62,50%)	21 (26,92%)	4 (21,05%)	$p=0,002$
Nie	0 (0,00%)	8 (33,33%)	55 (70,51%)	15 (78,95%)	
Brak danych	0 (0,00%)	1 (4,17%)	2 (2,56%)	0 (0,00%)	
Zależność istotna statystycznie ($p<0,05$). Im wyższa ocena własnej wiedzy, tym rzadsze spotykanie się z łamaniem KEZ.					

Tabela 10. Wynik wpływu poziomu samooceny wiedzy na temat zasad Kodeksu Etyki Zawodowej na sposób postępowania w przypadku bycia świadkiem łamania zasad Kodeksu Etyki Zawodowej

	Brak wiedzy (N=1)	Słaba znajomość (N=24)	Dobra znajomość (N=78)	Bardzo dobra znajomość (N=19)	p-test chi kwadrat lub dokładny test Fishera
Poinformowanie pielęgniarki oddziałowej/przełożonej/naczelnej	0 (0,00%)	14 (58,33%)	20 (25,64%)	6 (31,58%)	p=0,018 *
Poinformowanie ordynatora oddziału	0 (0,00%)	1 (4,17%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=0,361
Zgłoszenie do rzecznika odpowiedzialności zawodowej	0 (0,00%)	1 (4,17%)	0 (0,00%)	1 (5,26%)	p=0,139
Złożenie wniosku o przeprowadzenie na ten temat szkolenia	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (2,56%)	3 (15,79%)	p=0,074
Przeproszenie pacjenta za zachowanie koleżanki/kolegi	0 (0,00%)	2 (8,33%)	8 (10,26%)	2 (10,53%)	p=1
* Zależność istotna statystycznie (p<0,05). Odpowiedź "Poinformowanie pielęgniarki oddziałowej/przełożonej/naczelnej" najczęściej padała w grupie ze słabą wiedzą, a najrzadziej w grupie bez wiedzy i w grupie z dobrą wiedzą.					

Tabela 11. Wynik wpływu poziomu samooceny wiedzy na temat zasad Kodeksu Etyki Zawodowej na liczbę i rodzaj przyczyn powodujących łamanie zapisów KE w miejscu pracy w opinii badanych pielęgniarek

	Brak wiedzy (N=1)	Słaba znajomość (N=24)	Dobra znajomość (N=78)	Bardzo dobra znajomość (N=19)	p - test chi- kwadrat lub dokładny test Fishera
Niedobory kadrowe	0 (0,00%)	16 (66,67%)	50 (64,10%)	11 (57,89%)	p=0,628
Wielość zadań	0 (0,00%)	12 (50,00%)	27 (34,62%)	10 (52,63%)	p=0,248
Rytuał szpitalny	0 (0,00%)	4 (16,67%)	9 (11,54%)	5 (26,32%)	p=0,333
Wypalenie zawodowe	0 (0,00%)	13 (54,17%)	37 (47,44%)	7 (36,84%)	p=0,556
Zła organizacja pracy	0 (0,00%)	9 (37,50%)	12 (15,38%)	6 (31,58%)	p=0,062
Niewłaściwa dokumentacja lub niekorzystanie z dokumentacji	0 (0,00%)	2 (8,33%)	3 (3,85%)	0 (0,00%)	p=0,435
Brak selekcji kadry	1 (100,00%)	3 (12,50%)	7 (8,97%)	1 (5,26%)	p=0,132
Brak samooceny	0 (0,00%)	3 (12,50%)	4 (5,13%)	1 (5,26%)	p=0,464
Brak szkoleń	0 (0,00%)	4 (16,67%)	6 (7,69%)	1 (5,26%)	p=0,467
Błędy jatrogenne	0 (0,00%)	0 (0,00%)	7 (8,97%)	2 (10,53%)	p=0,327
Brak istotnych zależności (wszystkie p>0,05).					

Tabela 12. Wynik wpływu wykształcenia na liczbę i rodzaj przyczyn powodujących łamanie zapisów KE w miejscu pracy w opinii badanych pielęgniarek

	Liceum medyczne (N=42)	Studium medyczne (N=13)	Licencjat pielęgniarstwa (N=38)	Magister pielęgniarstwa (N=27)	p - test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera
Niedobory kadrowe	21 (50,00%)	8 (61,54%)	23 (60,53%)	24 (88,89%)	p=0,008 *
Wielość zadań	13 (30,95%)	6 (46,15%)	18 (47,37%)	12 (44,44%)	p=0,446
Rytuał szpitalny	12 (28,57%)	3 (23,08%)	3 (7,89%)	0 (0,00%)	p=0,002 *
Wypalenie zawodowe	21 (50,00%)	7 (53,85%)	14 (36,84%)	13 (48,15%)	p=0,588
Zła organizacja pracy	8 (19,05%)	5 (38,46%)	7 (18,42%)	7 (25,93%)	p=0,445
Niewłaściwa dokumentacja lub niekorzystanie z dokumentacji	1 (2,38%)	2 (15,38%)	2 (5,26%)	0 (0,00%)	p=0,125
Brak selekcji kadry	4 (9,52%)	1 (7,69%)	5 (13,16%)	2 (7,41%)	p=0,917
Brak samooceny	3 (7,14%)	0 (0,00%)	2 (5,26%)	3 (11,11%)	p=0,74
Brak szkoleń	2 (4,76%)	1 (7,69%)	4 (10,53%)	4 (14,81%)	p=0,477
Błędy jatrogenne	1 (2,38%)	0 (0,00%)	2 (5,26%)	6 (22,22%)	p=0,021 *
Wartości p poniżej 0,05 wskazują na istotne różnice pomiędzy grupami. - Odpowiedź „Niedobory kadrowe” najczęściej padała wśród osób z tytułem magistra, a najrzadziej wśród osób po liceum medycznym. - Odpowiedź „Rytuał szpitalny” najczęściej padała wśród osób po liceum medycznym, a najrzadziej wśród osób z tytułem magistra. - Odpowiedź „Błędy jatrogenne” najczęściej padała wśród osób z tytułem magistra, a najrzadziej wśród osób po studium medycznym.					

Tabela 13. Wynik wpływu wykształcenia podyplomowego na liczbę i rodzaj przyczyn powodujących łamanie zapisów KE w miejscu pracy w opinii badanych pielęgniarek

	Specjalizacja			Kurs kwalifikacyjny			Kurs specjalistyczny		
	Nie (N=76)	Tak (N=46)	p - test chi-kwadrat lub dokładny test	Nie (N=73)	Tak (N=49)	p - test chi-kwadrat lub dokładny test	Nie (N=61)	Tak (N=61)	p - test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera
Niedobory kadrowe	46 (60,53%)	31 (67,39%)	p=0,57	43 (58,90%)	34 (69,39%)	p=0,325	35 (57,38%)	42 (68,85%)	p=0,26
Wielość zadań	28 (36,84%)	21 (45,65%)	p=0,44	29 (39,73%)	20 (40,82%)	p=1	25 (40,98%)	24 (39,34%)	p=1
Rytuał szpitalny	11 (14,47%)	7 (15,22%)	p=1	11 (15,07%)	7 (14,29%)	p=1	10 (16,39%)	8 (13,11%)	p=0,799
Wypalenie zawodowe	34 (44,74%)	23 (50,00%)	p=0,706	30 (41,10%)	27 (55,10%)	p=0,182	29 (47,54%)	28 (45,90%)	p=1
Zła organizacja pracy	12 (15,79%)	15 (32,61%)	p=0,052	14 (19,18%)	13 (26,53%)	p=0,461	15 (24,59%)	12 (19,67%)	p=0,663
Niewłaściwa dokumentacja lub niekorzystanie z dokumentacji	4 (5,26%)	1 (2,17%)	p=0,649	3 (4,11%)	2 (4,08%)	p=1	3 (4,92%)	2 (3,28%)	p=1
Brak selekcji kadry	10 (13,16%)	2 (4,35%)	p=0,132	8 (10,96%)	4 (8,16%)	p=0,761	5 (8,20%)	7 (11,48%)	p=0,761
Brak samooceny	2 (2,63%)	6 (13,04%)	p=0,052	3 (4,11%)	5 (10,20%)	p=0,265	4 (6,56%)	4 (6,56%)	p=1
Brak szkoleń	9 (11,84%)	2 (4,35%)	p=0,205	6 (8,22%)	5 (10,20%)	p=0,754	7 (11,48%)	4 (6,56%)	p=0,527
Błędy jatrogenne	6 (7,89%)	3 (6,52%)	p=1	6 (8,22%)	3 (6,12%)	p=0,739	4 (6,56%)	5 (8,20%)	p=1
Brak istotnych zależności (wszystkie p>0,05).									

Tabela 14. Wynik wpływu stanowiska oraz systemu pracy na liczbę i rodzaj przyczyn powodujących łamanie zapisów KE w miejscu pracy w opinii badanych pielęgniarek

	Stanowisko pracy				System pracy			
	Pielęgniarka (N=43)	Starsza pielęgniarka (N=45)	Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa (N=26)	Inne (N=7)	p - test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera	Jednozmianowy (N=30)	Zmianowy (N=92)	p - test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera
Niedobory kadrowe	22 (51,16%)	32 (71,11%)	18 (69,23%)	4 (57,14%)	p=0,229	24 (80,00%)	53 (57,61%)	p=0,047 *
Wielość zadań	16 (37,21%)	22 (48,89%)	11 (42,31%)	0 (0,00%)	p=0,088	14 (46,67%)	35 (38,04%)	p=0,534
Rytuał szpitalny	9 (20,93%)	7 (15,56%)	2 (7,69%)	0 (0,00%)	p=0,387	5 (16,67%)	13 (14,13%)	p=0,769
Wypalenie zawodowe	15 (34,88%)	25 (55,56%)	14 (53,85%)	3 (42,86%)	p=0,219	14 (46,67%)	43 (46,74%)	p=1
Zła organizacja pracy	8 (18,60%)	7 (15,56%)	11 (42,31%)	1 (14,29%)	p=0,061	6 (20,00%)	21 (22,83%)	p=0,944
Niewłaściwa dokumentacja lub niekorzystanie z dokumentacji	3 (6,98%)	1 (2,22%)	1 (3,85%)	0 (0,00%)	p=0,803	0 (0,00%)	5 (5,43%)	p=0,332
Brak selekcji kadry	6 (13,95%)	4 (8,89%)	1 (3,85%)	1 (14,29%)	p=0,465	0 (0,00%)	12 (13,04%)	p=0,037 *
Brak samooceny	5 (11,63%)	0 (0,00%)	3 (11,54%)	0 (0,00%)	p=0,057	2 (6,67%)	6 (6,52%)	p=1
Brak szkoleń	7 (16,28%)	1 (2,22%)	1 (3,85%)	2 (28,57%)	p=0,021 *	4 (13,33%)	7 (7,61%)	p=0,461
Błędy jatrogenne	4 (9,30%)	1 (2,22%)	3 (11,54%)	1 (14,29%)	p=0,248	4 (13,33%)	5 (5,43%)	p=0,221

* Zależność istotna statystycznie (p<0,05)
 Odpowiedź "Niedobory kadrowe" częściej padała w grupie pracujących w systemie jednozmianowym.
 Odpowiedź "Brak selekcji kadry" częściej padała w grupie pracujących w systemie zmianowym.
 Odpowiedź "Wielość zadań" najczęściej padała w grupie ze stażem 11-15 lat, a najrzadziej w grupie ze stażem 21 lat i więcej.

Tabela 15. Wynik wpływu stażu pracy na liczbę i rodzaj przyczyn powodujących łamanie zapisów KE w miejscu pracy w opinii badanych pielęgniarek

	Staż pracy					p - test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera
	0-5 lat (N=13)	6-10 lat (N=11)	11-15 lat (N=14)	16-20 lat (N=24)	21 lat i więcej (N=60)	
Niedobory kadrowe	5 (38,46%)	8 (72,73%)	11 (78,57%)	12 (50,00%)	41 (68,33%)	p=0,111
Wielość zadań	5 (38,46%)	4 (36,36%)	9 (64,29%)	14 (58,33%)	17 (28,33%)	p=0,035 *
Rytuał szpitalny	2 (15,38%)	2 (18,18%)	0 (0,00%)	7 (29,17%)	7 (11,67%)	p=0,125
Wypalenie zawodowe	7 (53,85%)	4 (36,36%)	4 (28,57%)	8 (33,33%)	34 (56,67%)	p=0,152
Zła organizacja pracy	1 (7,69%)	1 (9,09%)	5 (35,71%)	8 (33,33%)	12 (20,00%)	p=0,218
Niewłaściwa dokumentacja lub niekorzystanie z dokumentacji	1 (7,69%)	0 (0,00%)	1 (7,14%)	2 (8,33%)	1 (1,67%)	p=0,281

Brak selekcji kadry	4 (30,77%)	1 (9,09%)	0 (0,00%)	3 (12,50%)	4 (6,67%)	p=0,077
Brak samooceny	1 (7,69%)	0 (0,00%)	1 (7,14%)	2 (8,33%)	4 (6,67%)	p=1
Brak szkoleń	3 (23,08%)	2 (18,18%)	0 (0,00%)	2 (8,33%)	4 (6,67%)	p=0,164
Błędy jatrogenne	0 (0,00%)	1 (9,09%)	3 (21,43%)	1 (4,17%)	4 (6,67%)	p=0,25
* Zależność istotna statystycznie (p<0,05) Odpowiedź „Wielość zadań” najczęściej padała w grupie ze stażem 11-15 lat, a najrzadziej w grupie ze stażem 21 lat i więcej.						

Tabela 16. Wynik wpływu liczby pacjentów pod opieką pielęgniarki podczas dyżuru na liczbę i rodzaj przyczyn powodujących łamanie zapisów KE w miejscu pracy w opinii badanych pielęgniarek

	1-5 pacjentów (N=10)	6-10 pacjentów (N=12)	11-15 pacjentów (N=18)	16-25 pacjentów (N=30)	26-35 pacjentów (N=37)	36 pacjentów lub więcej (N=14)	p - test chi- kwadrat lub dokładny test Fishera
Niedobory kadrowe	9 (90,00%)	9 (75,00%)	11 (61,11%)	20 (66,67%)	19 (51,35%)	8 (57,14%)	p=0,276
Wielość zadań	6 (60,00%)	4 (33,33%)	6 (33,33%)	17 (56,67%)	10 (27,03%)	5 (35,71%)	p=0,138
Rytuał szpitalny	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (11,11%)	6 (20,00%)	6 (16,22%)	4 (28,57%)	p=0,271
Wypalenie zawodowe	8 (80,00%)	6 (50,00%)	4 (22,22%)	12 (40,00%)	20 (54,05%)	7 (50,00%)	p=0,067
Zła organizacja pracy	6 (60,00%)	4 (33,33%)	3 (16,67%)	6 (20,00%)	7 (18,92%)	1 (7,14%)	p=0,062
Niewłaściwa dokumentacja lub niekorzystanie z dokumentacji	1 (10,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (6,67%)	1 (2,70%)	1 (7,14%)	p=0,557
Brak selekcji kadry	2 (20,00%)	0 (0,00%)	3 (16,67%)	0 (0,00%)	5 (13,51%)	2 (14,29%)	p=0,078
Brak samooceny	1 (10,00%)	0 (0,00%)	1 (5,56%)	2 (6,67%)	3 (8,11%)	1 (7,14%)	p=0,979
Brak szkoleń	1 (10,00%)	5 (41,67%)	2 (11,11%)	1 (3,33%)	2 (5,41%)	0 (0,00%)	p=0,008 *
Błędy jatrogenne	0 (0,00%)	3 (25,00%)	0 (0,00%)	2 (6,67%)	3 (8,11%)	1 (7,14%)	p=0,237
* Zależność istotna statystycznie (p<0,05). Odpowiedź "Brak szkoleń" najczęściej padała w grupie mających pod opieką 6-10 pacjentów, a najrzadziej w grupie mających pod opieką 36 pacjentów lub więcej.							

Tabela 17. Wynik wpływu częstości szkoleń na temat zasad etyki zawodowej na postępowanie pielęgniarek w przypadku łamania zasad KE przez współpracowników w miejscu pracy.

	Raz w roku (N=58)	Raz na 2 lata (N=8)	Raz na 3 lata (N=6)	Raz na 5 lat (N=4)	Inna częstość (N=5)	Brak szkoleń (N=37)	p - test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera
Poinformowanie pielęgniarki oddziałowej/przełożonej/naczelnej	16 (27,59%)	3 (37,50%)	3 (50,00%)	2 (50,00%)	1 (20,00%)	13 (35,14%)	p=0,73
Poinformowanie ordynatora oddziału	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (2,70%)	p=0,508
Zgłoszenie do rzecznika odpowiedzialności zawodowej	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (25,00%)	1 (20,00%)	0 (0,00%)	p=0,007 *
Złożenie wniosku o przeprowadzenie na ten temat szkolenia	3 (5,17%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (25,00%)	0 (0,00%)	1 (2,70%)	p=0,45
Przeproszenie pacjenta za zachowanie koleżanki/kolegi	8 (13,79%)	0 (0,00%)	1 (16,67%)	1 (25,00%)	0 (0,00%)	1 (2,70%)	p=0,203
* Zależność istotna statystycznie (p<0,05) Odpowiedź "Zgłoszenie do rzecznika odpowiedzialności zawodowej" padała tylko u osób szkolonych raz na 5 lat lub z częstotliwością „inną”.							

Tabela 18. Wynik wpływu częstości szkoleń na temat zasad etyki zawodowej na liczbę i rodzaj przyczyn powodujących łamanie zasad Kodeksu Etyki Zawodowej w miejscu pracy w opinii pielęgniarek

	Raz w roku (N=58)	Raz na 2 lata (N=8)	Raz na 3 lata (N=6)	Raz na 5 lat (N=4)	Inna częstość (N=5)	Brak szkoleń (N=37)	p - test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera
Niedobory kadrowe	36 (62,07%)	7 (87,50%)	4 (66,67%)	4 (100,00%)	2 (40,00%)	21 (56,76%)	p=0,321
Wielość zadań	32 (55,17%)	1 (12,50%)	2 (33,33%)	4 (100,00%)	3 (60,00%)	6 (16,22%)	p<0,001 *
Rytuał szpitalny	11 (18,97%)	1 (12,50%)	1 (16,67%)	0 (0,00%)	3 (60,00%)	2 (5,41%)	p=0,045 *
Wypalenie zawodowe	34 (58,62%)	4 (50,00%)	3 (50,00%)	3 (75,00%)	1 (20,00%)	11 (29,73%)	p=0,053
Zła organizacja pracy	16 (27,59%)	1 (12,50%)	0 (0,00%)	2 (50,00%)	0 (0,00%)	7 (18,92%)	p=0,312
Niewłaściwa dokumentacja lub niekorzystanie z dokumentacji	1 (1,72%)	0 (0,00%)	1 (16,67%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	3 (8,11%)	p=0,32
Brak selekcji kadry	3 (5,17%)	0 (0,00%)	1 (16,67%)	1 (25,00%)	0 (0,00%)	6 (16,22%)	p=0,21
Brak samooceny	3 (5,17%)	2 (25,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (20,00%)	1 (2,70%)	p=0,154
Brak szkoleń	2 (3,45%)	0 (0,00%)	1 (16,67%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	8 (21,62%)	p=0,061
Błędy jatrogenne	4 (6,90%)	0 (0,00%)	1 (16,67%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	4 (10,81%)	p=0,763
* Zależność istotna statystycznie (p<0,05). Odpowiedź "Wielość zadań" najczęściej padała w grupie szkolonych raz na 5 lat, a najrzadziej w grupie szkolonych raz na 2 lata. Odpowiedź "Rytuał szpitalny" najczęściej padała w grupie szkolonych z częstością „inną”, a najrzadziej w grupie szkolonych raz na							

Tabela 19. Wynik wpływu częstości szkoleń na temat zasad etyki zawodowej na liczbę i rodzaj działań mogących ograniczyć występowanie zachowań nieetycznych

	Raz w roku (N=58)	Raz na 2 lata (N=8)	Raz na 3 lata (N=6)	Raz na 5 lat (N=4)	Inna częstość (N=5)	Brak szkoleń (N=37)	p - test chi-kwadrat lub dokładny test Fishera
Więcej szkoleń w zakresie Etyki Zawodowej	34 (58,62%)	4 (50,00%)	1 (16,67%)	2 (50,00%)	3 (60,00%)	22 (59,46%)	p=0,513
Upublicznianie przykładów nieetycznych zachowań z zachowaniem RODO	22 (37,93%)	0 (0,00%)	1 (16,67%)	0 (0,00%)	2 (40,00%)	5 (13,51%)	p=0,024 *
Wyciąganie konsekwencji zawodowych wobec pielęgniarek naruszających zapisy Kodeksu Etyki Zawodowej	15 (25,86%)	1 (12,50%)	3 (50,00%)	2 (50,00%)	0 (0,00%)	7 (18,92%)	p=0,261
	22 (37,93%)	4 (50,00%)	3 (50,00%)	2 (50,00%)	2 (40,00%)	13 (35,14%)	p=0,925

* Zależność istotna statystycznie (p<0,05).
Odpowiedź "Upublicznianie przykładów nieetycznych zachowań z zachowaniem RODO" najczęściej padała w grupie szkolonych z częstością „inną”, a najrzadziej w grupie szkolonych raz na 2 lata i szkolonych raz na 5 lat.

Tabela 20. Wynik wpływu kontroli na częstość łamania zasad Kodeksu Etyki Zawodowej

	Tak (N=62)	Nie (N=58)	p - test chi-kwadrat
Tak	7 (11,29%)	4 (6,90%)	p=0,291
Nie	46 (74,19%)	37 (63,79%)	
Czasami	9 (14,52%)	14 (24,14%)	
Brak danych	0 (0,00%)	3 (5,17%)	

Zależność nieistotna statystycznie (p>0,05).

Tabela 21. Wynik wpływu kontroli zasad postępowania etycznego pielęgniarki na postrzeganie ważności szkoleń z zakresu etyki zawodowej

	Tak (N=62)	Nie (N=58)	p - dokładny test Fishera
Tak	60 (96,77%)	36 (62,07%)	p<0,001
Nie	0 (0,00%)	3 (5,17%)	
Nie mam zdania	2 (3,23%)	19 (32,76%)	

Zależność istotna statystycznie (p<0,05).
Zasady etyki są ważniejsze dla osób, których postępowanie jest weryfikowane.

Tabela 22. Wpływ liczby pacjentów pod opieką pielęgniarki podczas dyżuru na częstość łamania zasad Kodeksu Etyki Zawodowej

	1-5 pacjentów (N=10)	6-10 pacjentów (N=12)	11-15 pacjentów (N=18)	16-25 pacjentów (N=30)	26-35 pacjentów (N=37)	36 pacjentów lub więcej (N=14)	p - dokładny test Fishera
Tak	0 (0,00%)	2 (16,67%)	2 (11,11%)	3 (10,00%)	4 (10,81%)	0 (0,00%)	p=0,221
Nie	5 (50,00%)	5 (41,67%)	12 (66,67%)	23 (76,67%)	26 (70,27%)	13 (92,86%)	
Czasami	5 (50,00%)	3 (25,00%)	5 (16,67%)	4 (13,33%)	7 (18,92%)	1 (7,14%)	
Brak danych	0 (0,00%)	2 (16,67%)	1 (5,56%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	

Zależność nieistotna statystycznie (p>0,05).

Dyskusja. Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej jest zbiorem reguł oraz wartości etycznych, które wyznaczają standardy postępowania dla dobra pacjenta. Kodeks określa wybrane zachowania jako pożądane z punktu widzenia moralności. Są to zasady, do których należy się stosować podczas pełnienia obowiązków zawodowych, ale żeby je stosować niezbędna jest ich znajomość [6].

Analiza zebranego materiału pozwala wykazać, że uczestnicy badań własnych wysoko oceniają poziom swojej wiedzy na temat KEZ: 63,93% wskazało na dobrą znajomość, a na bardzo dobrą 15,57%. Natomiast blisko 20% badanych określa poziom swojej wiedzy jako słaby, a blisko 1% jako brak wiedzy. Również w badaniach innych autorów samoocena respondentów na temat znajomości KEZ jest wysoka. W doniesieniu do badań Rybki i Koszczki subiektywna ocena znajomości KEZ przez pielęgniarki/studentki II stopnia studiów na kierunku pielęgniarskim jest na bardzo dobrym poziomie - 98% uczestników deklaruje, że kodeks jest im znany, a tylko 2 osoby potwierdziły brak jego znajomości [7]. Nawalna i wsp. podają, że blisko trzy czwarte badanych (74%) określiło swoją znajomość KEZ wskazując odpowiedź „raczej tak”, a 16% „tak”. Pozostałe osoby wybrały: „raczej nie” (9%) i „nie” (1%) [8]. Gawęł i wsp. ustalili, że zdecydowana większość (87%) ankietowanych znała treść tego dokumentu, a 13% nie znała [9]. Również poziom znajomości KEZ przez współpracowników w ocenie badanych jest wysoki - łącznie ponad 76% wskazań dotyczyło dobrej i bardzo dobrej znajomości KEZ. Jedynie ok. 23% respondentów oceniło wiedzę współpracowników jako słabą.

Na pytanie dotyczące częstości łamania zasad KEZ przez uczestników badania, w większości twierdzili, że nie łamią zasad - 69,67%; do łamania zasad „czasami” przyznało się 23 uczestników badania (18,85%). Natomiast margines badanych - niespełna 10% zaznaczyła odpowiedź „tak”, świadcząca jednoznacznie o łamaniu zasad. Badania Irzyńca i wsp. dowodzą, iż respondenci, którzy sami dopuszczali się łamania zasad, wskazywali głównie na przyjmowanie przez telefon zleceń lekarskich i ich wykonywanie bez autoryzacji lekarza (23%) oraz wykonywanie czynności spoza zakresu obowiązków, na przykład pobieranie krwi z tętnicy (14%) [10]. Zaś Nawalna i wsp. podają, że prawie wszystkie studentki II stopnia przed przystąpieniem do wykonania czynności pielęgnacyjnych i leczniczych pytały pacjenta o zgodę (96%) i dbały o zachowanie intymności pacjenta (99%). Niepokojącym jednak jest, że 18% respondentek nie tłumaczyło pacjentowi celu i sposobu wykonania czynności, zabiegów, 16% nie zwracało uwagi na przyzwyczajenia i upodobania pacjenta, a 11% — nie angażowało w proces pielęgnacyjny pacjenta i jego rodziny [8]. Według Rybki i Koszczki spośród 100 ankietowanych pielęgniarek 91 deklarowało, że w pracy przestrzega zasad kodeksu etyki

pielęgniarskiej, natomiast co dziesiąta pielęgniarka biorąca udział w badaniu deklaruje brak przestrzegania zasad etycznych [7].

Do bycia świadkiem łamania zasad KEZ przyznaje się 33,61%. Natomiast zdecydowana większość, twierdzi, że nie była obserwatorem łamania zasad KEZ - 63,93% badanych. W badaniach Irzyńca i wsp. z przypadkami łamania zasad odpowiedzialności zawodowej w miejscu pracy przez innych, twierdząco odpowiedziało 21% badanych pielęgniarek, podobnie jak na pytanie, czy znają one ze słyszenia przypadki łamania zasad odpowiedzialności zawodowej. Natomiast na pytanie, czy były zmuszone do złamania zasad, pozytywnie odpowiedziało 8% respondentów [10]. Na pytanie z odpowiedziami wielokrotnego wyboru, dotyczące postępowania w przypadku bycia świadkiem łamania zasad KEZ, respondenci w większości wybrali „zwrócenie uwagi koledze/koleżance” - 97,51%. Kolejne, co do częstości wskazanie odpowiedzi to „poinformowanie pielęgniarki oddziałowej/przełożonej/naczelnej” - 32,79% oraz „przeproszenie pacjenta za zachowanie koleżanki/kolegi” - 9,84%. Postępowanie typu „poinformowanie ordynatora oddziału”, „zgłoszenie do rzecznika odpowiedzialności zawodowej” było wręcz wskazaniami pojedynczymi. Niepokojący jest fakt, że jedynie 5 osób (4,1%) złożyłoby wniosek o przeprowadzenie szkolenia na temat zasad KEZ, natomiast pocieszające, że jedynie 5 osób (4,1%) nie podjęłoby żadnej reakcji. Uzyskany wynik w badaniu własnym potwierdzają doniesienia Gawęł i wsp., gdzie zdecydowana większość pielęgniarek (96%) na bieżąco korygowała błędy koleżanek lub rozmawiała z nimi o zaistniałym fakcie [9].

Jedynie ok. 50% personelu pielęgniarskiego biorącego udział w badaniu, uczestniczyło w szkoleniach na temat zasad etyki zawodowej raz w roku. Uczestnictwo raz na 2,3,5 lat i w „innej częstości” – wskazało łącznie 18,86%. Niepokojące jest, że aż 39,33% badanych nie uczestniczyło w szkoleniach. Dla 79,51% ankietowanych szkolenia są ważne, chociaż 18,03% - nie ma zdania na ten temat. Znalazły się także pojedyncze odpowiedzi (2,46% badanych), że szkolenia z zasad etyki zawodowej - nie są ważne. Z badań Irzyńca i wsp. wynika, że tylko 39% badanych uczestniczyło w szkoleniach z zakresu odpowiedzialności zawodowej, ale 88% wyrażało chęć uzupełnienia wiedzy w tym zakresie [11].

Wśród przyczyn łamania KEZ w miejscu pracy, badani wskazują głównie na niedobry kadrowe - 63,11%, wypalenie zawodowe - 46,72%, wielość zadań - 40,16% oraz złą organizację pracy - 22,13%. Pozostałe przyczyny według ankietowanych są na dalszym planie i mieszczą się w przedziale od ok. 4% do 15% odpowiedzi na daną przyczynę. Irzyńiec i wsp. wśród przyczyn nieprzestrzegania zasad odpowiedzialności zawodowej wymieniają: pośpiech i przemęczenie (62%), nadmiar obowiązków (53%), niezajomość przepisów (48%) oraz zły przepływ

informacji (31%) [11]. Inne badania tych autorów wśród przyczyn łamania zasad wymieniały jeszcze brak określonego zakresu obowiązków, nieznamość przepisów i lekkomyślność. Natomiast osoby, które same dopuściły się postępowania niezgodnego z zasadami, zwróciły uwagę na małą liczbę personelu oraz polecenie służbowe [10].

Działania ograniczające zachowania nieetyczne w opinii badanych pielęgniarek, to głównie więcej szkoleń w zakresie etyki zawodowej - tak uważa powyżej 55% badanych oraz publiczne wyróżnianie i nagradzanie pielęgniarek za prezentowanie wzorowej postawy etycznej - 38,52% badanych. Blisko po jedna czwarta badanych uważa, że rozwiązaniem może być: upublicznianie przykładów nieetycznych zachowań z zachowaniem RODO oraz wyciąganie konsekwencji zawodowych wobec pielęgniarek naruszających zapisy KEZ.

Natomiast na pytanie dotyczące weryfikacji zasad etycznych w miejscu pracy, badani udzielili odpowiedzi w połowie, że „tak” i w połowie, że „nie”. Taki rozkład odpowiedzi wyraźnie wskazuje, że istnieje zbyt mały nadzór nad przestrzeganiem zasad etyki zawodowej w miejscu pracy. Badania przeprowadzone przez Gawęł i wsp. dotyczące działań kadry zarządzającej, które mogłyby zapobiec popełnianiu ewentualnych błędów podczas wykonywania pracy zawodowej badane wskazywały: zachęcanie i wspieranie podległego personelu w dążeniu do pogłębiania wiedzy i umiejętności praktycznych (92%), kształtowanie i stwarzanie właściwych warunków pracy (88%), zapoznanie lekarzy z zasadami wykonywania zawodu pielęgniarki wynikającymi z aktów normatywnych i z zakresem samodzielnych działań (68%), czytelne i jasno określone zakresy obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności oraz adekwatne przydzielanie zadań pielęgniarkom zgodnie z posiadanymi kompetencjami (16%) [9].

W badaniu własnym zostało wykazane, że uczestnicy badania po kursach specjalistycznych oceniają swoją wiedzę lepiej, niż osoby, które w takich kursach nie brały udziału, a także, że osoby, które uważają, że szkolenia nt. zasad etyki zawodowej są ważne, oceniają swoją wiedzę wyżej, niż pozostali respondenci. Uzyskany wynik w badaniu własnym potwierdza wyniki badań Kaczyńskiej i wsp. dotyczące położnych, gdzie wykształcenie miało wpływ na poziom wiedzy na temat aktualnych przepisów prawnych: osoby z wykształceniem wyższym posiadały wyższy poziom wiedzy dotyczący odpowiedzialności zawodowej [12].

Ponadto, w prezentowanym badaniu została wykazana zależność: im wyższa ocena własnej wiedzy, tym wyższa ocena wiedzy współpracowników oraz im wyższa ocena własnej wiedzy, tym rzadsze spotykanie się z łamaniem KEZ. Niestety brak dostępnych badań innych autorów w zakresie przedstawionych zależności uniemożliwia dyskusję na ten temat. Podobna sytuacja dotyczy uzyskanych wyników w zakresie wpływu:

- wykształcenia, stanowiska pracy, systemu pracy, stażu pracy, uśrednionej liczby pacjentów pod opieką pielęgniarki podczas dyżuru na liczbę i rodzaj przyczyn powodujących łamanie zapisów KE w miejscu pracy,
- liczby szkoleń na temat zasad etyki zawodowej na liczbę i rodzaj przyczyn powodujących łamanie zapisów KEZ w miejscu pracy - zdaniem badanych oraz liczbę i rodzaj działań mogących ograniczyć występowanie zachowań nieetycznych,
- kontroli zasad postępowania etycznego na postrzeganie ważności szkoleń z zakresu etyki zawodowej.

W związku z powyższym wymagane są dalsze badania na ten temat z przyjęciem narzędzia badawczego do zastosowania wielośrodkowego, dzięki czemu będzie możliwa analiza porównawcza.

Implementacja rozwiązań do praktyki

1. Zwiększenie dostępu do szkoleń oraz motywowanie pielęgniarek do udziału w szkoleniach.
2. Promowanie wzorców etycznych oraz nagradzanie pracowników za prezentowanie właściwych postaw etycznych.
3. Wzmoczenie nadzoru nad przestrzeganiem zasad etyki zawodowej
4. Z uwagi na wyniki badań własnych takich jak:
 - kontrola zasad postępowania etycznego nie wpływa na częstość łamania zasad KEZ oraz
 - na poziom wiedzy na temat zasad etyki zawodowej w miejscu pracy nie wpływa wykształcenie, wykształcenie podyplomowe, zajmowane stanowisko pracy oraz liczba szkoleń na powyższy temat,

być może należy położyć większy nacisk na promowanie autorytetów/wzorów etycznych w miejscu pracy niż dotychczas.

Wnioski.

1. Ocena dotycząca poziomu wiedzy własnej oraz współpracowników na temat KEZ jest wysoka. Ponadto im wyższa samoocena wiedzy uczestników badania, tym wyższa ocena wiedzy współpracowników.
2. Uczestnicy badania w większości deklarują, że nie łamią zasad, a w przypadku bycia świadkiem podejmują/podejmują działania polegające głównie na zwróceniu uwagi koledze/koleżance.

3. Istnieje deficyt w zakresie regularnych szkoleń na temat zasad etyki zawodowej oraz w zakresie większego nadzoru nad przestrzeganiem zasad etyki zawodowej w miejscu pracy.
5. Zasady etyki są ważniejsze dla osób, których postępowanie jest weryfikowane/kontrolowane. Natomiast nie został wykazany wpływ braku kontroli zasad postępowania etycznego na częstość łamania zasad KEZ. W badaniu własnym wykazana została zależność nieistotna statystycznie, wpływu braku kontroli zasad postępowania etycznego na częstość łamania zasad KEZ.
6. Wśród przyczyn łamania KEZ w miejscu pracy, badani wskazują głównie na niedobry kadrowe, wypalenie zawodowe, wielość zadań oraz złą organizację pracy.
7. Działania ograniczające zachowania nieetyczne w opinii badanych pielęgniarek, to głównie więcej szkoleń w zakresie etyki zawodowej oraz wyróżnianie i nagradzanie pielęgniarek za prezentowanie wzorowej postawy etycznej.
8. Na poziom wiedzy na temat zasad etyki zawodowej w miejscu pracy nie wpływa wykształcenie, wykształcenie podyplomowe, zajmowane stanowisko pracy oraz liczba szkoleń.
9. Pielęgniarki z tytułem magistra pielęgniarstwa częściej wskazują niedobory kadrowe oraz błędy jatrogenne jako przyczynę łamania zasad KEZ, niż osoby z innym wykształceniem, natomiast pielęgniarki z liceum medycznym częściej jako przyczynę łamania zasad KEZ wskazują „rytuał szpitalny”.
10. System pracy pielęgniarek wpływa na przyczyny łamania zasad KEZ. Pielęgniarki pracujące w systemie jednozmianowym częściej wskazują jako przyczynę - niedobory kadrowe, natomiast pielęgniarki pracujące w systemie zmianowym - brak selekcji kadry.
11. Liczba pacjentów pod opieką pielęgniarki podczas dyżuru nie wpływa na częstość łamania zasad KEZ, natomiast pielęgniarki które mają pod opieką 6-10 pacjentów częściej wskazują na „brak szkoleń” jako przyczynę łamania KEZ, niż pielęgniarki z inną grupą pacjentów (najczęściej przyczyna „ brak szkoleń” była wskazana przez pielęgniarki mające pod opieką 36 pacjentów lub więcej).
12. Liczby szkoleń w zakresie zasad etyki zawodowej w miejscu pracy w większości nie wpływa na sposób postępowania w przypadku bycia świadkiem łamania zasad KEZ przez współpracownika, poza jednym wyjątkiem - postępowanie: „Zgłoszenie do rzecznika odpowiedzialności zawodowej” zostało wybrane tylko przez osoby uczestniczące w szkoleniach raz na 5 lat lub z częstotliwością „inną”.

13. Liczba szkoleń w zakresie zasad etyki zawodowej w miejscu pracy w znikomym stopniu wpływa na liczbę i rodzaj przyczyn powodujących łamanie zapisów KEZ w miejscu pracy oraz liczbę działań mogących ograniczyć występowanie zachowań nieetycznych.

Piśmiennictwo

1. Internetowa encyklopedia PWN. <https://encyklopedia.pwn.pl/> (dostęp: 12.03.2023)
2. Dobrowolska B. Etyka w pielęgniarstwie. [w:] Różyńska J., Chańska W. (red.). Bioetyka. Wydawnictwo Wolters Kluwer SA, Warszawa 2013: 499–512.
3. International Council of Nurses launches Consultation to revise Code of Ethics for Nurses. 21 October 2020 <https://www.icn.ch/news/international-council-nurses-launches-consultation-revise-code-ethics-nurses> (dostęp: 12.03.2023)
4. Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej. <https://nipip.pl/prawo/samorzadowe/krajowy-zjazd-pielegniarek-i-poloznych/kodeks-etyki-zawodowej-pielegniarki-i-poloznej-rzeczypospolitej-polskiej/> (dostęp: 12.03.2023)
5. R Core Team (2022). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org>
6. Rogala-Pawelczyk G, Kita W, Etyka w zawodach pielęgniarki i położnej [w:] Rogala-Pawelczyk G. (red.) Prewencja wykroczeń zawodowych na stanowisku pielęgniarki i położnej. Wybrane aspekty odpowiedzialności zawodowej w kontekście praw pacjenta. Naczelna Izba Pielęgniarek i położnych 2022 ? 2023?
7. Rybka M, Koszczka R, Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu 2022; 3(7): 68-80
8. Nawalana A, Majda A, Mazur M. Opinie i wiedza na temat kodeksu etyki zawodowej. Problemy Pielęgniarstwa 2014; 22 (3): 333–338
9. Gawęł G. Pater B. Potok H. i in., Świadomość odpowiedzialności zawodowej wśród pielęgniarek. Problemy Pielęgniarstwa 2010; 18 (2): 105–110
10. Irzyniec T. Kulik H. Piechaczek W. i in. Świadomość pielęgniarek w zakresie nieprzestrzegania zasad odpowiedzialności zawodowej. Problemy Pielęgniarstwa 2017; 25 (1): 8–1
11. Irzyniec T. Kulik H. Eszyk J. Wiedza pielęgniarek na temat odpowiedzialności zawodowej. Problemy Pielęgniarstwa 2017; 25 (1): 14–19
12. Kaczyńska A. Kostro A. Kucharska A. i in. Ocena wiedzy położnych na temat odpowiedzialności zawodowej. Pielęgniarstwo Polskie 2015; 4 (58): 386-390

Wstęp. Złożoność systemów opieki zdrowotnej i udzielania świadczeń medycznych, w tym także świadczeń pielęgniarskich, pociąga za sobą niekorzystne zjawisko, jakim jest obserwowany wzrost występowania szkód doświadczanych przez pacjentów. Dlatego też zwrócono jeszcze większą uwagę na bezpieczeństwo pacjenta, traktując je jako swoistą dyscyplinę opieki zdrowotnej, której celem jest ograniczanie ryzyka, błędów i szkód dotyczących pacjentów korzystających z usług medycznych, oraz wdrażanie odpowiednich działań profilaktycznych. Podstawą tej dyscypliny jest ciągle doskonalenie oparte na uczeniu się na błędach i zdarzeniach niepożądanych [1].

Misją podmiotów udzielających świadczeń medycznych, jak również profesjonalistów odpowiedzialnych za ich udzielanie, jest przestrzeganie zasady: „Przede wszystkim nie szkodzić”. Rozumienie tego stwierdzenia powinno być szersze, i cytując za Izabelą Witczak, powinno się je rozumieć, jako podejmowanie działań „aby nie wyrządzać szkody pacjentom i robić wszystko, żeby pozytywne efekty (diagnostyczne, terapeutyczne i in.) przewyższały zarówno niezamierzone szkody dla systemów opieki zdrowotnej (finansowe, prestiżowe), jak i indywidualne szkody pacjentów oraz ich rodzin (cierpienie, ból, strata bliskiej osoby itd.)” [1].

Również WHO zwraca uwagę na ważność kwestii związanych z zapewnieniem bezpieczeństwa pacjentowi, co znajduje odzwierciedlenie w stwierdzeniu: „każdy pacjent powinien otrzymać bezpieczną opiekę zdrowotną, bez ryzyka i szkody, za każdym razem i wszędzie” [2].

Współczesne modele opieki zdrowotnej skupiają się na dążeniu do kompleksowego i skoordynowanego udzielania świadczeń medycznych, w tym również pielęgniarskich. Dlatego priorytetem powinno być stosowanie standardów zapewniających bezpieczeństwo pacjentów na każdym poziomie świadczenia usług zdrowotnych oraz we wszystkich procesach diagnostyczno-terapeutycznych, rehabilitacyjnych, pielęgnacyjnych i in. Mimo że najwięcej kompleksowych świadczeń medycznych jest realizowanych w stacjonarnej opiece zdrowotnej, nie można pomijać innych poziomów realizacji świadczeń zdrowotnych, np. podstawowej czy też specjalistycznej opieki zdrowotnej [1].

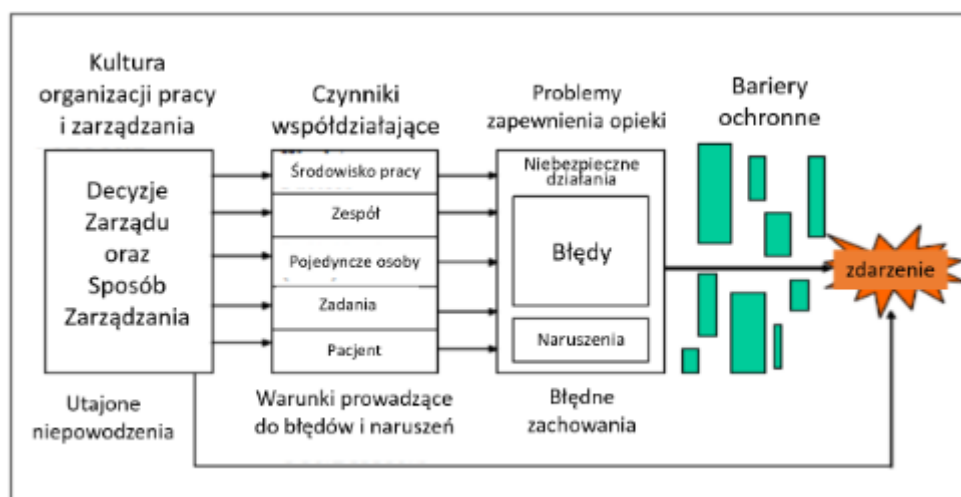
WHO zwraca uwagę, że nie tylko opieka szpitalna, ale również usługi opieki podstawowej stają się coraz ważniejszym elementem zintegrowanej opieki zdrowotnej. Zrozumienie wielkości i charakteru szkód, do których dochodzi podczas korzystania z usług w ramach podstawowej

opieki zdrowotnej, jest ważne, ponieważ większość świadczeń opieki zdrowotnej jest obecnie realizowana na tym poziomie [2].

Cel pracy. Celem jest przybliżenie zagadnień związanych ze zdarzeniami niepożądanymi ze szczególnym zwróceniem uwagi na pielęgniarstwo.

Rozwinięcie. Zdarzenia niepożądane występują w systemach opieki zdrowotnej na całym świecie. Są tym rodzajem zdarzeń, których nie da się wyeliminować całkowicie, co nie oznacza, że nie należy podejmować odpowiednich działań, które mogą wpłynąć na ograniczenie ich występowania.

Nie ma uniwersalnej definicji zdarzenia niepożądanego w systemach ochrony zdrowia, ponieważ znaczenie tego pojęcia zależy od szkody (choroba, uraz, cierpienie, niepełnosprawność, śmierć), jej charakteru (fizyczna, społeczna, psychologiczna) oraz ogólnego podejścia do tego problemu, a zwłaszcza rozwiązań prawnych w tym zakresie w poszczególnych systemach ochrony zdrowia. Zdarzeń niepożądanych nie powinno się mylić z naturalnym postępem choroby lub przewidywalnymi powikłaniami terapeutycznymi. Nie są one klasyfikowane jako zdarzenia niepożądane, gdyż zwykle nie można im zapobiec [1]. Inaczej ujmując, zdarzenie niepożądane jest konsekwencją określonych braków lub niedomagań systemowych, połączonych z konkretnymi uwarunkowaniami i elementami środowiska pracy [4].



Ryc. 1. Model błędów organizacyjnych [4]

Do zdarzeń niepożądanych zawartych w polskich standardach akredytacyjnych zalicza się takie sytuacje, jak: ciała obce pozostawione w polu operacyjnym; niewłaściwe: pacjent, miejsce, strona operowana, procedura operacyjna; odcewnikowa infekcja łożyska naczyniowego; uszkodzenie ciała i sepsa powstałe w wyniku zabiegu chirurgicznego; embolia płucna lub zakrzepica żył głębokich po zabiegu chirurgicznym; samobójstwo w szpitalu; niewłaściwe

podanie leku (nie ten lek, pacjent, czas podania, nie ta dawka, droga podania); upadek w szpitalu; nieterminowe dostarczenie opieki; reoperacje, nieplanowane, powtórne hospitalizacje; samowolne oddalenie się pacjenta ze szpitala [1].

Canadian Patient Safety Institute dzieli zdarzenia niepożądane na zdarzenia które: dosięgnęły pacjenta i wywołały szkodę, dosięgnęły pacjenta lecz nie wywołały szkody, nie dosięgnęły pacjenta i nie wywołały szkody oraz na zdarzenia niedoszłe [5]. Można je również podzielić na: błędy systemu, błędy ludzkie oraz nowe zdarzenia, których nie można było przewidzieć. Wśród błędów systemu zwraca się uwagę na błędy z zarządzaniu, złą kulturę organizacyjną lub jej brak, nieprawidłowy przepływ informacji, niedofinansowanie, braki kadrowe, złą dokumentację oraz brak zabezpieczeń i benchmarków. Mogą one być przyczyną błędów ludzkich [6]. Na błędy ludzkie składają się błędy systemu, ale również brak wiedzy, brak doświadczenia, przemęczenie, przepracowanie personelu, błędy „techniczne”, nieprzestrzeganie procedur i przepisów oraz niezdolność do spełnienia wymagań systemu opieki zdrowotnej [6]. Zdarzenia niepożądane w szpitalu są również dzielone na:

- zdarzenia w zakresie działalności leczniczej – ciało obce pozostawione w polu operacyjnym; mylna identyfikacja pacjenta, procedury, miejsca operowanego; zlecenie niewłaściwej profilaktyki żylnych chorób zakrzepowo – zatorowych; uszkodzenie ciała w wyniku zabiegu operacyjnego; niedostarczenie opieki;
- zdarzenia w obrębie farmakoterapii, najczęściej dotyczą pomyłek w podawaniu leku – niewłaściwa dawka leku, podanie leku niewłaściwemu pacjentowi, nieodpowiedni czas podania leku, niewłaściwa droga podania leku, niewłaściwy rozpuszczalnik, podanie leku przeterminowanego;
- zdarzenia związane z przetaczaniem krwi i jej składników – niewłaściwa identyfikacja pacjenta przed przetoczeniem; podanie niewłaściwej jednostki; niewłaściwe wskazania i odstąpienie od przetoczenia;
- zdarzenia dotyczące sprzętu medycznego i wyposażenia – brak wyposażenia, awarie sprzętu, zdarzenia niepożądane związane z brakiem prądu, wody itp.;
- zdarzenia związane z organizacją pracy – niewłaściwa identyfikacja pacjenta, niedostateczne obsady dyżurowe, błędy w komunikacji między personelem;
- pozostałe zdarzenia niepożądane – odleżyny powstałe w szpitalu, upadki w szpitalu, samobójstwa i próby samobójcze w szpitalu [7].

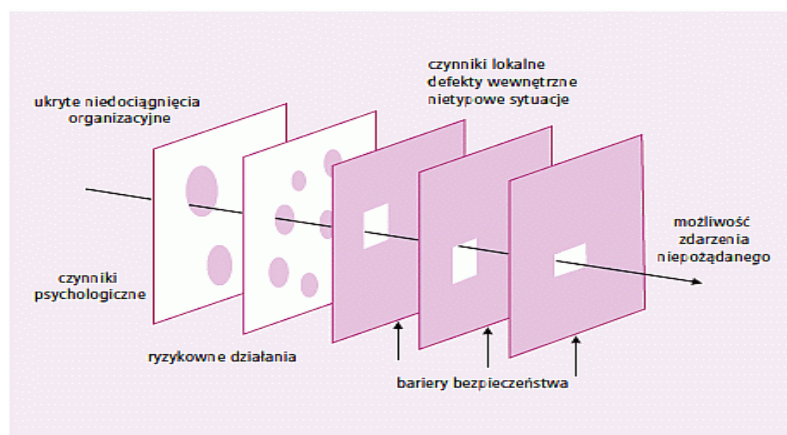
Według WHO czynnikami, które zwiększają ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych są: brak szkolenia tzw. terapeutycznego dla lekarzy i pielęgniarek; mylna identyfikacja pacjenta;

niedostrzeżenie ryzyka w procesach diagnostycznych, pielęgnacyjnych i terapeutycznych; przepracowanie i zmęczenie lekarzy, pielęgniarek; niedostateczna komunikacja interpersonalna, problemy z fizycznym środowiskiem pracy (oświetlenie, temperatura, wentylacja) [1].

Istnieje wiele przyczyn zdarzeń niepożądanych. Do najważniejszych można zaliczyć:

- złożoność procesów leczniczych - im więcej pojedynczych czynności składa się na określoną procedurę, tym większe jest ryzyko niepowodzenia (suma potencjalnych cząstkowych niepowodzeń); ryzyko popełnienia błędu rośnie także wraz z liczbą osób uczestniczących w danym procesie medycznym – nawet jeśli ryzyko niepowodzenia pojedynczej czynności jest małe (np. 0,001), to przy wykonaniu 50 takich czynności prawdopodobieństwo, że przynajmniej jedna z nich da niepożądany rezultat, będzie wynosiło 0,05;
- istnienie utajonych błędów w systemie świadczenia usług zdrowotnych – tzw. model „dziur w szwajcarskim serze” (ryc. 2);
- dysproporcję między postępami wiedzy i technologii medycznej a możliwościami ciągłego dokształcania się kadry medycznej - przyswojenie i praktyczne zastosowanie lawiny nowych informacji oraz nowoczesnych technologii jest możliwe tylko w zakresie ograniczonym czasem, zdolnościami i finansowaniem;
- ogólne słabości natury człowieka - błędy podczas prostych czynności (np. wykonywanie obliczeń w pamięci, pomyłki przy odczytywaniu wskazań instrumentów) mogą dotyczyć około 3% wykonywanych zadań; podczas powtarzających się sytuacji zagrożenia, wymagających szybkiego podejmowania decyzji i działania, częstość takich błędów może wzrastać nawet do 25%.
- stan zdrowia i sprawność personelu medycznego - zmęczenie, brak snu i stres to czynniki powszechnie znane, a na nie mogą się nakładać np. osobiste problemy, nadmiar obowiązków, hałas w miejscu pracy lub nienależyte oświetlenie; w krytycznym momencie mogą spowodować nagłe zmniejszenie wydolności;
- błędy poznawcze wynikające ze specyfiki funkcjonowania ludzkiego mózgu i narządów zmysłów - wynikają ze specyfiki funkcjonowania ludzkiego mózgu i narządów zmysłów:
 - efekt potwierdzenia – polega na skłonności do akceptowania wyłącznie faktów pokrywających się z własną opinią;

- selektywna percepcja – bardzo dobrze dostrzega się to, czego się człowiek spodziewa, gorzej zaś to, co nie pasuje do jego oczekiwań;
 - iluzja kontroli – polega na przekonaniu o możliwości sterowania rozwojem sytuacji, na którą w rzeczywistości nie ma się istotnego wpływu;
 - heurystyka dostępności – oznacza skłonność do rozumowania uwzględniającego tylko zapamiętane przypadki lub łatwo dostępne, zapisane w pamięci wiadomości;
 - skłonność do pochopnego przewidywania następstw wydarzeń będących jeszcze w toku;
 - myślenie w kategoriach „wszystko lub nic”, co utrudnia przeprowadzenie rozpoznania różnicowego.
- szczególne cechy osobowości i zachowania się odbiegające od przyjętego modelu [8].



Ryc. 2. Model powstawania zdarzeń niepożądanych [8]

Jak zwraca uwagę Monika Kwiatkowska źródeł przyczyn zdarzeń niepożądanych należy też poszukiwać u podstaw funkcjonowania danego podmiotu. Często zdarza się, że za zdarzenia niepożądane obarcza się personel medyczny, a faktycznie są one konsekwencją np. złego prawa, nieprawidłowego funkcjonowania danego podmiotu i związanymi z tym błędami w zarządzaniu, nieodpowiednich procedur, błędów po stronie kontrahentów szpitala czy też wadliwego sprzętu [9].

W analizowaniu zdarzeń niepożądanych warto zastosować RCA (*Root Cause Analysis* – analiza przyczyn źródłowych zdarzeń niepożądanych). Według RCA należy rzetelnie odpowiedzieć na następujące pytania: co i dlaczego się wydarzyło oraz w jaki sposób można temu zapobiec w przyszłości? RCA nie wskazuje osób odpowiedzialnych za konkretne wydarzenie. Posiłkując się analizą przyczyn źródłowych zdarzeń niepożądanych, należy wskazać słabe punkty organizacji, nieodpowiedni przebieg procesów oraz niewłaściwe komunikowanie się w trakcie powstania zdarzenia niepożądanego [10].

Z inicjatywy WHO powstał Światowy Sojusz na Rzecz Bezpieczeństwa Pacjentów (*World Alliance for Patient Safety*). Został on powołany do życia w związku z zagrożeniami, które mogą powstać w trakcie procesu diagnostyczno-leczniczego. Sojusz opisuje bezpieczeństwo pacjentów, zgłaszanie zakażeń oraz zdarzeń niepożądanych [11].

W pierwszych badaniach w Polsce, przeprowadzonych przez Towarzystwo Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej wykazano, że nie można określić konkretnej liczby zdarzeń niepożądanych występujących w systemie ochrony zdrowia. Nie wynika to jednak z braku takich incydentów, lecz z niepoprawnie działającego systemu monitorowania zdarzeń niepożądanych [12].

Analizując dostępne wyniki badań w rodzimej literaturze z zakresu zdarzeń niepożądanych w pielęgniarstwie i ich przyczyn, na uwagę zasługują dane dotyczące popełnienia błędu medycznego w praktyce zawodowej pielęgniarek. Otrzymane wyniki nie napawają zbytnim optymizmem: w badaniu Aftyka i wsp. aż 84% pielęgniarek przyznało, że przynajmniej raz w swojej praktyce zawodowej popełniło błąd medyczny [13]. Jeszcze wyższy wynik dostarczyły badania przeprowadzone w 2015 r. przez Polskie Towarzystwo Jakości Opieki Zdrowotnej, w którym ok. 90% lekarzy i pielęgniarek przyznało się do popełnienia błędu medycznego [14].

Badania Kawalec-Kajstura i wsp. pokazują, że 32,5% spośród 83 badanych deklarowało fakt wystąpienia zdarzenia niepożądanego, natomiast 47% było jego świadkiem [15]. Najczęściej wskazywane przez respondentów zdarzenia niepożądane, to te związane z błędami w zakresie przygotowywaniem i podania leków [14-16], związane z podaniem nieprawidłowej dawki lub stężenia leku [17]. Badania Katarzyny Kwiecień – Jagus i jej zespołu potwierdziły, że najistotniejszymi czynnikami wpływającymi na występowanie błędów w obszarze administrowania lekami jest, zbyt mała liczba personelu pielęgniarskiego na dyżurach (14%), stres i presja czasu (11%), złe oznakowanie etykiet (13%). Ponad 85% badanych mimo braku rejestru zdarzeń niepożądanych w swoim miejscu pracy zaistniałą pomyłkę związaną z podaniem leku zgłosiła pozostałym członkom zespołu terapeutycznego [18].

Towarzystwo Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej (TPJ), jak już wcześniej wspomniano, przeprowadziło pierwsze w Polsce badanie oceniające stan świadomości personelu medycznego i refleksji, jaka towarzyszy zdarzeniom niepożądanym. Obszerna ankieta zawierała case studies - przypadki z codziennej praktyki polskich szpitali - z pytaniem, jak byś postąpił w danej sytuacji. Ankieta była kopią projektu zrealizowanego przez *Danish Society for Patient Safety* [14]. Co prawda badania te były prowadzone na początku XXI wieku, ale otrzymane w ich toku wyniki nie odbiegają od tych, jakie otrzymano w późniejszych latach.

Przyczynami zdarzeń niepożądanych, na jakie najczęściej wskazywali ankietowani w badaniach TPJ były: zbytne obciążenie pracą (83%), brak motywacji (pielęgniarki 55%, lekarze 41%), przestarzałe bądź niekompletne procedury (53%), brak szkoleń (39%), brak nawyku zwracania sobie nawzajem uwagi (40%) oraz brak wsparcia ze strony doświadczonych kolegów (40%) [14]. Badania Anny Leńczuk – Gruby i jej zespołu pokazały, że 77% respondentów jako nadrzędną przyczynę występujących zdarzeń niepożądanych wskazało przeciążenie pracą oraz niewystarczającą ilość personelu medycznego [16]. Potwierdzają ten czynnik również badania Kawalec-Kajstura i wsp., w których ponad połowa badanych (59,1%) była zdania, że zatrudniony personel jest niewystarczający dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom i pielęgniarkom [15]. Według badań Pietraszkiewicz i wsp. najistotniejszym działaniem pozwalającym na uniknięcie błędu medycznego jest zwiększenie obsady pielęgniarskiej (66%) [17]. Potwierdzają to również wyniki badań prowadzonych w zagranicznych ośrodkach. Dowiodły one, że brak odpowiedniej ilości personelu pielęgniarskiego przypadającego na jednego pacjenta istotnie wpływa na występowanie zdarzeń niepożądanych [19,20], a przestrzeganie norm zatrudnienia pielęgniarek wpłynęło na zmniejszenie liczby występowania zgonów wśród pacjentów [20].

W badaniach TPJ wśród przyczyn obawy przed zgłaszaniem zdarzeń niepożądanych pielęgniarki najczęściej wskazywały strach przed tym, iż informacja o popełnionym błędzie przedostanie się do nadzoru specjalistycznego, a lekarze - że do mediów [14]. Zarówno lekarze, jak i pielęgniarki starają się ukryć zdarzenia niepożądane z obawy przed kompromitacją oraz wskazują na to, że w polskim środowisku medycznym brak ugruntowanego zwyczaju rozmawiania na temat błędów medycznych, niejednoznacznych z popularnym i przyjętym u nas określeniem „błąd w sztuce”. Również badania Szpakowskiego i wsp. potwierdziły, że w opinii 65% badanych pielęgniarek informacje na temat zdarzeń niepożądanych zaistniałych w ich miejscu pracy są dla nich niedostępne [21].

Podsumowanie. Podobnie jak w przypadku monitorowania zakażeń, istnieje potrzeba zorganizowania dużej ilości szkoleń celem przekonania pracowników do potrzeby monitorowania zdarzeń niepożądanych. Dlaczego personel nie zawsze chce informować o zdarzeniach niepożądanych? Najczęściej osoby pracujące w zakładzie opieki zdrowotnej: obawiają się przedstawienia oddziału/komórki organizacyjnej w niekorzystnym świetle, niepokoją się przed nagłaśnianiem przez media, obawiają się konsekwencji oraz możliwości wniesienia skargi przez pacjenta.

Monitorowanie zdarzeń niepożądanych wpływa na poprawę bezpieczeństwa opieki nad pacjentem. Otrzymuje się w ten sposób rzetelną informację dotyczącą ich występowania oraz

możliwość wdrożenia działań korygujących i profilaktycznych. Jak podaje WHO, u ok. 10% hospitalizowanych pacjentów występują zdarzenia niepożądane. Według Komisji Europejskiej jest to skala problemu dotycząca 8–10% hospitalizowanych. Badania hiszpańskie dotyczące zdarzeń niepożądanych wskazują na 9,3% pacjentów hospitalizowanych. W Polsce natomiast nie ma wiarygodnego źródła, z którego można dowiedzieć się o skali opisywanego problemu. Być może sytuację zmieni Ustawa z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta [22], która rozpatruje wprowadzenie centralnego rejestru zdarzeń niepożądanych.

Piśmiennictwo

1. Witczak I. Zdarzenia niepożądane oraz błędy medyczne występujące w procesach diagnostyczno-terapeutycznych usług zdrowotnych, [w:] Witczak I. Rypicz Ł. Bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego : uwarunkowania ergonomiczne. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. Wrocław 2020, str. 25-49
2. World Health Organization. Patient Safety: Making Health Care Safer. Genewa, Szwajcaria: World Health Organization; 2017. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255507>
3. World Health Organization. Human Factors: Technical Series on Safer Primary Care. Genewa, Szwajcaria: World Health Organization; 2016
4. Misiewska-Kaczur A. Zdarzenia niepożądane. Kraków 2017 www.cmj.org.pl/pas/zn/prezentacje.php [dostęp 20.05.2023].
5. Canadian Incident Analysis Framework <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/IncidentAnalysis/Documents/Canadian%20Incident%20Analysis%20Framework.PDF#search=canadian%20incident%20analysis%20framework> [dostęp 20.05.2023].
6. Kulikowski J. Kultura organizacji a zdarzenia niepożądane <https://docplayer.pl/68324768-Kultura-organizacji-a-zdarzenia-niepozadane.html> [dostęp 20.05.2023].
7. Dudzik – Urbaniak E. Bezpieczeństwo pacjenta i zgłaszanie zdarzeń niepożądanych w szpitalach – informacje o projekcie. Kraków 2017 www.cmj.org.pl/pas/zn/prezentacje.php [dostęp 20.05.2023].
8. Cranovsky RS. Krajewski R. Przyczyny zdarzeń niepożądanych i ogólne zasady postępowania lekarza w razie ich wystąpienia. <https://www.mp.pl/artykuly/58522,przyczyny-zdarzen-niepozadanych-i-ogolne-zasady-postepowania-lekarza-w-razie-ich-wystapienia> [dostęp 20.05.2023].
9. Kwiatkowska M. Zdarzenia niepożądane z lecznictwie szpitalnym i podstawowej opiece zdrowotnej. Wolters Kluwer. Warszawa 2020 r.
10. Wodzikowska E. Zdarzenia niepożądane w pielęgniarstwie. <https://nursing.com.pl/artukul/zdarzenia-niepozadane-w-pielęgniarstwie-5f3e9f1f99dc40003dcde3cc> [dostęp 21.05.2023].
11. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/about/world-alliance-for-patient-safety> [dostęp 21.05.2023].
12. Gwizdak T. Bezpieczeństwo pacjenta w szpitalu. Problemy Pielęgniarstwa 2008; 16: 180-185.

13. Aftyka A. Rozalska – Walaszek I. Medak E. i in. Opinie pielęgniarek na temat częstości występowania błędów medycznych w codziennej praktyce. *Pielęgniarstwo XXI w.*, 2014; 4: 5-10.
14. Raporty z Polskich Badań na temat Bezpieczeństwa Opieki. Badanie opinii personelu lekarskiego i pielęgniarskiego na temat zgłaszania zdarzeń niepożądanych oraz wymogów, jakie winny spełniać systemy raportowania w opiece zdrowotnej, Kraków 2015, <https://www.cmj.org.pl/raporty.php?&drukuj> [dostęp 21.05.2023].
15. Kawalec-Kajstura E. Bagińska K. Reczek A i in. Zdarzenia niepożądane w praktyce zawodowej pielęgniarek pracujących na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii. *Problemy Pielęgniarstwa* 2018; 26: 15-23.
16. Leńczuk – Gruba A. Dziedzic B. Żurawska A. Zdarzenia niepożądane – trudny problem w praktyce pielęgniarki chirurgicznej. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2020; 1: 7–11.
17. Pietraszkiewicz G. Członkowie sekcji anestezjologicznej i intensywnej opieki Oddziału Zachodniopomorskiego PTPAiO. Próba oceny występowania i charakteru błędu medycznego w obszarze pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w aspekcie poszukiwania rozwiązań problemu, 2011.
18. Kwiecień-Jaguś K. Paluch K. Małecka-Dubiela A. i in. Występowanie zdarzeń niepożądanych w obszarze administrowania lekami w praktyce pielęgniarskiej. *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne*, 2022; T. 11, nr 2: 65–73.
19. Needelman J. Buerhause P. Pankratz S. Nurse staffing and inpatient hospital mortality. *NEJM* 2011; 11: 1037-1045.
20. Aiken LH. Sloane DM. Bruyneel L. et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *Lancet* 2014; 383: 1824-1830.
21. Szpakowski R, Zając P. Bezpieczeństwo pacjenta z perspektywy pielęgniarki. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2015; 5: 33-39.
22. Ustawa z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz.U.2023.1692)

*Obcość zaczyna się nie na brzegu oceanów,
ale na granicy skóry
Clifford Geertz*

Podjęcie tematyki pracy pielęgniarki w środowisku wielokulturowych wynika z dynamicznie rozwijającego się modelu społeczeństw. „Wielka migracja”, która trwa od kilkudziesięciu lat rodzi problemy komunikacji międzyludzkiej, powoduje nieporozumienia i pomyłki, stwarza sytuacje konfliktowe. Dotyczy to oczywiście wszystkich dziedzin życia, ale bardzo delikatną a zarazem szalenie istotną jest kwestia zdrowia, choroby i śmierci.

Problemy te łączą kilka dyscyplin naukowych i czasem prowadzą do sporów kompetencyjnych. To warto zrozumieć, aby nie rozdzielać a łączyć rozproszoną wiedzę.

Etnologia (a dokładniej etnomedycyna): bada populację i praktyki związane z chorobą i jej leczeniem, jest szczególnie zainteresowana uzdrowicielami, kapłanami, szamanami i innymi specjalistami religijnymi, których praktyki mają silne komponenty terapeutyczne we wszystkich kulturach i we wszystkich czasach.

Antropologia zdrowia jako subdyscyplina etnologii, oprócz leczenia choroby, uwzględnia wszystkie społeczne i kulturowe komponenty, które są zaangażowane w zdrowie.

W obliczu takich wyzwań coraz częściej stają pracownicy medyczni – lekarze, pielęgniarki, położne czy ratownicy. Można znaleźć się w kraju odległym geograficznie i kulturowo – gdzie paradoksalnie szybciej i lepiej potrafimy rozeznaczyć zwyczaje czy odmienne sytuacje za względu na ich powszechność. Łatwiej jest o niezręczność we własnym kraju, gdy taki problem pojawia się incydentalnie. Aby tego uniknąć należy już w czasie studiów, nauki i praktyki zadbać o nabycie odpowiedniej wiedzy i kompetencji.

Austriacki pediatra Erich Drobec w 1956 roku stworzył definicję etnopediatrii.

Skoro etnomedycyna stanowi przedłużenie historii medycyny w przestrzeni i w czasie - tym samym etnopediatria będzie przedłużeniem historii opieki nad ludźmi chorymi w przestrzeni i w czasie. Etnopediatria zajmuje się zatem badaniem sposobów pełnienia opieki nad jej potrzebującymi w różnych kulturach i okresach historycznych.

Wychodząc naprzeciw tym potrzebom w 2012 roku ukazała się książka pod redakcją Anny Majdy z Uniwersytetu Jagiellońskiego – „Pielęgniarstwo transkulturowe”. Wzbudziła zainteresowanie, ale również słowa krytyki, zwłaszcza ze strony socjologów i etnografów.

„Pracownice naukowe z Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego napisały podręcznik bez poprzedzających go badań, w oparciu o nie zawsze naukowe dane.

Podręcznik nie zawiera podstaw wiedzy z zakresu etnopedagogiki.

W pracy postawiono znak równości pomiędzy kulturą a religią. Tego typu działania obniżają nie tylko rangę pielęgniarstwa jako nowej dyscypliny naukowej, lecz godzą w tradycje prawie 650-letniego Uniwersytetu Jagiellońskiego.” (L. Wdowiak - Med Og Nauk Zdr. 2012; 18(3): 193-199.)

Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego już w 2012 r. wpisało do standardów kształcenia na kierunkach medycznych posiadanie wiedzy w zakresie kulturowych, etnicznych i narodowych uwarunkowań zachowań ludzkich (Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego, 2012). Pielęgniarki będą musiały przeanalizować wiedzę i narzędzia, dokonując rzeczywistej oceny istotnych czynników kulturowych, które należy wziąć pod uwagę w kontekście specyfiki osoby, którą się opiekują.

W stopniowym doskonaleniu podejścia do pacjentów należących do różnych kręgów kulturowych konieczne jest:

- zidentyfikowanie koncepcji i modeli opieki w celu uwzględnienia międzykulturowego wymiaru opieki.
- identyfikacja podejść i narzędzi dostosowanych do rozwijania kompetencji kulturowych w pielęgniarstwie
- zrozumienie wpływu kultury opiekunów i osób pielęgnowanych na sytuacje związane z opieką.

Problemy te autorzy przedstawiają opierając się na dość obszernej już literaturze a także z perspektywy własnej pracy i wieloletnich pobytach. na kilku kontynentach, w różnych obszarach kulturowych.

Sama definicja kultury doczekała się wielu wersji. Według Geerta Hofstede kultura to zbiorowe programowanie mentalne właściwe dla danej grupy jednostek. Opisuje on 4 uniwersalne wymiary tożsamości kulturowej

- dystans hierarchiczny (*Hierarchical distance*)
- stopień indywidualizmu/kolektywizmu
- stopień męskości i kobiecości
- kontrola niepewności.

Kultura to sposób życia podzielany przez dużą grupę ludzi. Wartości i postawy, zasady społeczne, język, wierzenia. Cross, Bazron, Dennis, Isaacs (1989, s. 7) definiują kulturę jako wyuczony wzór ludzkiego postępowania obejmujący: myśli, sposoby komunikowania się, działania, zwyczaje, przekonania, wartości oraz organizację grup społecznych. Dreachslin, Gilbert, Malone (2013, s. 109) - kultura jest to wiedza oraz symbole, które są wyuczone i wspólnie podzielane przez daną grupę, służące wyjaśnianiu rzeczywistości społecznej i stanowiące drogowskaz tego, jak członkowie tej grupy powinni się zachowywać w sytuacjach życia codziennego.

Brytyjski lingwista Richard Lewis, podróżujący po świecie i władający dziesięcioma językami, uznał, że ma kwalifikacje, by nanieść na mapę kultury świata. Zrobił to, podkreślając jednocześnie niebezpieczeństwa związane ze stereotypami. „Określanie cech narodowych to stąpanie po polu minowym niedokładnych ocen i zaskakujących wyjątków,” napisał Lewis. „Istnieje jednak coś takiego jak norma narodowa”.

Według Halla - kultura jest wyuczonym zbiorem podzielanych interpretacji. Dotyczy przekonań, wartości i norm. Wpływa na zachowanie stosunkowo dużej grupy ludzi. W 1976 roku Hall opracował analogię kultury do góry lodowej. Gdyby kultura społeczeństwa była górą lodową, rozumował Hall, to niektóre aspekty są widoczne nad wodą, ale większa część jest ukryta pod powierzchnią. Ponad powierzchnią widzimy jedynie niewielką, powierzchną część, na którą składa się formalna polityka, systemy i praktyka. Łatwo można ocenić ubiór, akcent, wiek, rasę, płeć, język, gry, sport, gotowanie. Znacząca część jest ukryta i rozpoznawana przy bliższej obserwacji. Są to nieformalne praktyki i działania symboliczne. Przekonania, wartości i postawy. Pojęcia skromności, koncepcje piękna, wychowanie dzieci, stosunek do rzeczy, pojęcie sprawiedliwości, motywacja do pracy, śmierć, idee czystości, przestrzeń fizyczna, przyjaźń, miłość, koncepcja czasu, radzenie sobie z emocjami, akceptacja frustracji czy bólu. Ten model uzmysławia nam, że w spotkaniach międzykulturowych podobieństwa zidentyfikowane na pierwszy rzut oka mogą okazać się oparte na założeniach, które nie odzwierciedlają rzeczywistości.

Kim jestem? Należymy - z wyboru lub z konieczności - do kilku grup, podgrup i tradycji kulturowych. Ta sama osoba może być pochodzenia hinduskiego, muzułmaninem, wegetarianinem, robotnikiem, artystą, obywatelem francuskim, mieszkańcem Madagaskaru...; kobietą, mieszkanką Reunionu, Francuzką, Europejką, hinduską, poetką...; deklorować się jako chrześcijanin kultury hinduskiej, lub muzułmanin kultury berberyjskiej, lub buddysta, Afrykanin, kultury zachodniej, itd. Tak więc każdą jednostkę może charakteryzować kilka jednoczesnych lub następujących po sobie przynależności.

Niektórzy specjaliści używają pojęcia wielu tożsamości: tożsamość osobista (subiektywna), tożsamość społeczna (obiektywna), tożsamość kulturowa... „Tożsamość” nie jest tylko zestawieniem wielu tożsamości. Jest ona połączeniem ich w zorganizowaną, mniej lub bardziej spójną i funkcjonalną całość. Jest zarówno procesem, jak i trwałą strukturą, w ciągłej przebudowie przy zachowaniu stabilnej organizacji. „Pomimo zmiennego - w zależności od sytuacji - i zmiennego - w czasie - charakteru tożsamości, podmiot pozostaje świadomy swojej jedności i ciągłości, tak jak jest uznawany przez innych za autonomiczny” - pisze Camilleri.

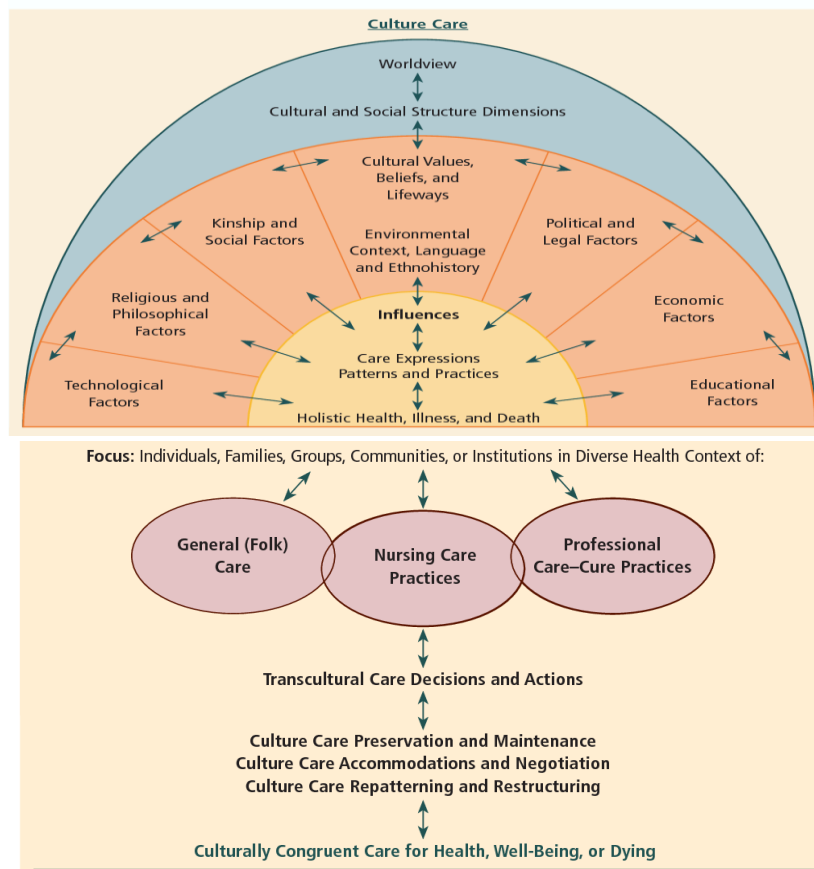
Według Edmonda Marca Lipiansky'ego: aspekty tożsamości kulturowej zawierają w sobie sposoby odczuwania, myślenia i działania, które każda osoba lub określona społeczność czerpie ze swoich przynależności kulturowych. We wszystkich kulturach znajdują się utrwalone tradycją sposoby postrzegania świata oraz specyficzne odniesienia do ważnych wydarzeń zarówno w życiu jednostki jak i określonej grupy osób.

Kulturowe sposoby wyrażania się można określić jako pewne mity. Mogą służyć jako system wyjaśniania świata. Zawsze można spotkać bajeczną opowieść opowiadającą o działaniach i przygodach istot uosabiających siły przyrody oraz wyczynach bogów. Podobną rolę pełnią również tłumaczenia wierzeń i uczuć religijnych. Jest to również zbiorowe przedstawienie postaw i zachowań pewnych grup społecznych (np. mit o grzeczności francuskiej).

Madeleine M. Leininger (1925-2012) była pierwszą amerykańską pielęgniarką, która uzyskała tytuł doktora antropologii. Badała fenomen zapewnienia opieki i zachowań związanych z opieką w ponad stu różnych kulturach na świecie (miedzy innymi przebywała na Nowej Gwinei, aby żyć z ludźmi Gadsu przez prawie dwa lata). Model wschodzącego słońca opracowany przez nią w 1970 r. prezentuje części składowe teorii różnorodności i uniwersalności opieki kulturowej oraz dostarcza wizualnego schematu kluczowych komponentów i związków między nimi. Model jest przedstawiony w postaci półkola podzielonego na siedem części przez promienie rozchodzące się od jego środka na zewnątrz jak promienie wschodzącego słońca. Części te to: czynniki technologiczne, religijne i filozoficzne, rodzinne i społeczne, wartości kulturowe i styl życia, czynniki polityczne i prawne, czynniki ekonomiczne oraz czynniki edukacyjne. Czynniki te wpływają wzajemnie na siebie, a tym samym na sposób sprawowania opieki i praktyki pielęgniarskiej, jak również na znajdujące się nad i pod półkolem poziomy.

Na szczycie półkola znajduje się poziom pierwszy w postaci światopoglądu oraz podstawowych składowych struktury systemu kulturowego i społecznego. Pod półkolem znajdują się: poziom drugi (jednostki, rodziny, grupy, społeczności i instytucje w różnych

systemach opieki zdrowotnej), poziom trzeci (systemy opieki zdrowotnej) i poziom czwarty (decyzje i działania opieki pielęgniarskiej).



Teoria cech uniwersalnych i różnic kulturowych w opiece pielęgniarskiej, sformułowana i wprowadzona w życie przeszło 40 lat temu przez Leininger, jest dzisiaj przydatna bardziej niż kiedykolwiek, ponieważ świat opieki zdrowotnej jest coraz bardziej wielokulturowy.

W każdej kulturze możemy mieć odmienne sposoby wyrażania się. Obrzędy to zespół reguł ustanowionych w celu puentowania jakiegoś wydarzenia w życiu codziennym, skodyfikowany zestaw wypowiedzianych słów, wykonywanych gestów, obsługiwanych przedmiotów, które mają być przestrzegane skrupulatnie według ustalonego porządku. Wierzenia to fakt uznania za prawdę, twierdzenia bez możliwości podania dowodu; zapewniają rolę cementu społecznego. Magia to moc nawiązywania kontaktu z duchami, przekształcania się, opuszczania ziemi i łączenia się ze światem duchów. Racjonalne i irracjonalne oddziaływanie magii silnie osadzone w życiu ludzi.

Zespół zjawisk, które wynikają z ciągłego i bezpośredniego kontaktu między grupami jednostek o różnych kulturach i które prowadzą do zmian w wyjściowych modelach kulturowych jednej lub obu grup został określony jako akulturacja. Zachodzi również na poziomie indywidualnym, w konfrontacji z kulturą odmienną od własnej (Couet J.-F. et A. Davie, 1999)

Integracja to proces, w którym jednostka przyswaja normy i wartości kultury, z którą się styka, w sposób prowadzący do udanej integracji z tą kulturą. Ale spotkanie różnych kultur może również prowadzić do segregacji lub marginalizacji. Przypomina nam, że w spotkaniach międzykulturowych podobieństwa zidentyfikowane na pierwszy rzut oka mogą okazać się oparte na założeniach, które nie odzwierciedlają rzeczywistości.

Etnorelatywizm - kultury można zrozumieć tylko w porównaniu ze sobą, dane zachowanie można zrozumieć tylko w jego kontekście kulturowym. różnica nie jest już postrzegana jako zagrożenie, ale jako wyzwanie. Jednostka stara się wtedy rozwijać nowe kategorie rozumienia, zamiast zachowywać istniejące. Bennett (1993) definiuje wrażliwość międzykulturową w kategoriach etapów rozwoju osobistego.

1. Zaprzeczenie: najniższy poziom otwartości na różnice kulturowe. Człowiek jest nieświadomy ich istnienia lub postrzega je na bardzo ogólnym poziomie: skutkuje to fizyczną lub społeczną izolacją w odniesieniu do tych różnic.
2. Obrona: wystarczająco silna percepcja różnic kulturowych, aby stanowiły one zagrożenie. Najczęstszą formą obrony jest ta polegająca na negatywnym podejściu do różnic
3. Minimalizacja: osoby na tym etapie poszukują spokoju lub komfortu, którego nie można doświadczyć na etapie Obrony. Zakłada się, że cała ludzkość rządzi się wspólnymi podstawowymi zasadami.
4. Akceptacja: Ludzie na etapie akceptacji starają się zgłębiać różnice i nie postrzegają ich już jako zagrożenia, akceptują, że ludzie mogą mieć inne kulturowe ramy odniesienia niż ich własne.
5. Adaptacja: Najbardziej powszechną formą adaptacji jest empatia, która polega na tymczasowej zmianie układu odniesienia, gdzie człowiek postrzega sytuację tak, jakby był drugą osobą.
6. Integracja: Jest ostatnim etapem otwartości na różnice kulturowe.

Według Adlera (1977) osoba wielokulturowa „nie jest po prostu osobą, która jest wrażliwa na wiele różnych kultur. Jest to raczej osoba, która stale staje się częścią i jednocześnie czuje się poza danym kontekstem kulturowym”.

Istnieją również mechanizmy i poglądy, które skutkują utrudnieniem komunikacji w zróżnicowanym środowisku. Są nimi: rasizm (teoria mówiąca o istnieniu hierarchii ras), stereotypy (elementarne i upraszczające przedstawienie, względnie stałe, używane do kategoryzacji obiektu lub grupy) oraz uprzedzenia (pozytywny lub negatywny osąd sformułowany przez przewidywanie, bez wcześniejszego doświadczenia (obektu, osoby,

sytuacji). Aby towarzyszyć osobie objętej opieką, ważne jest ich przewyciężenie, aby nie działać na szkodę godności osoby).

Można też powiedzieć, że w postrzeganiu obcokrajowca bierze udział kilka mechanizmów:

- efekt kontrastu, który ma tendencję do akcentowania różnic między obywatelami należącymi do różnych narodowości;
- efekt stereotypizacji, który prowadzi do postrzegania obcokrajowca poprzez gotowe reprezentacje społeczne niesione przez kulturę, do której należy i do przekonania, że wszyscy obywatele tej samej narodowości odpowiadają tym "prototypom";
- efekt asymilacji, który prowadzi do akcentowania podobieństw między jednostkami tej samej narodowości.

Edward T. Hall zauważa, że można zróżnicować kultury jako wysokiego lub niskiego kontekstu w stosunku do czasu, interakcji osobistych i komunikacji. Te schematy bardzo często pozwalają przewidzieć relacje w określonych krajach lub regionach. Niski kontekst – charakteryzuje się logicznością, prostoliniowością, preferuje podejście indywidualistyczne i ukierunkowany jest pragmatycznie na działanie. Wysoki kontekst – jest wieloaspektowy, podkreśla pracę kolektywną, działanie często jest intuicyjne, a działanie poprzedzane jest wieloma przemyśleniami.

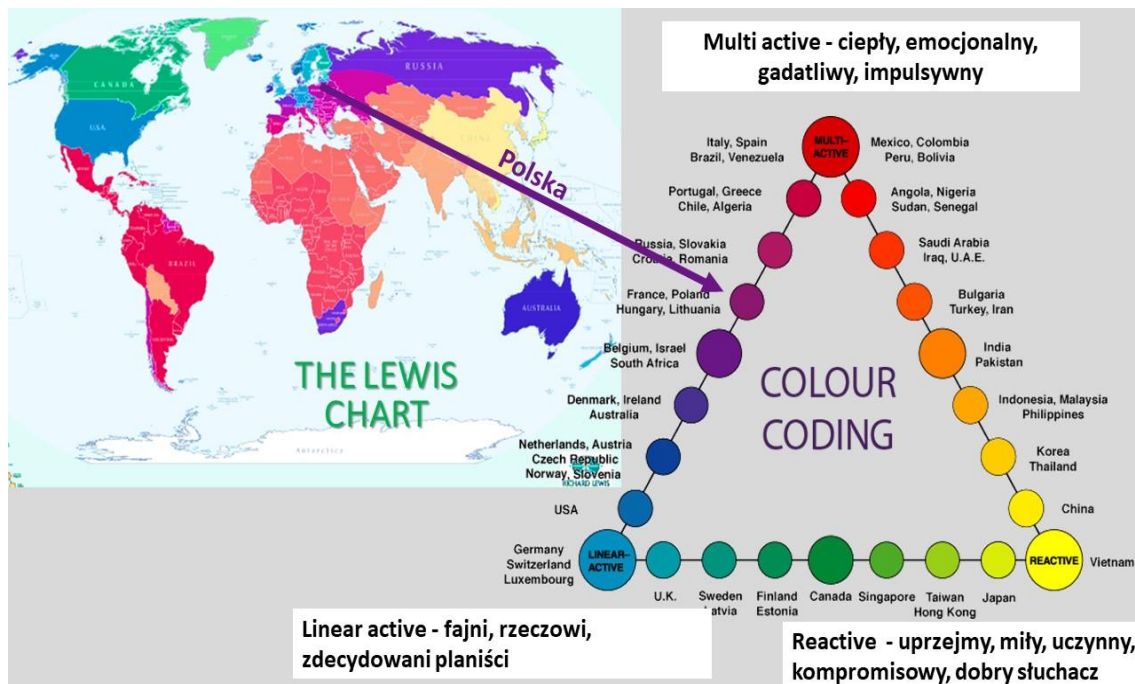
Różne jest też komunikowanie się. Niski kontekst - dobra komunikacja jest precyzyjna, prosta i jasna. Komunikaty są wyrażane i rozumiane według wartości nominalnej. Powtórzenia są doceniane, jeśli pomagają wyjaśnić komunikację. Wysoki kontekst - dobra komunikacja jest wyrafinowana, zniuansowana i wielowarstwowa. Komunikaty są zarówno wypowiedziane, jak i czytane między wierszami. Wiadomości są często sugerowane, ale nie wyrażone wprost. Ewaluacja - ocenia preferencje dla szczerych albo dyplomatycznych negatywnych informacji zwrotnych krajach niskiego kontekstu ten przekaz jest szczerzy i bezpośredni. W krajach wysokiego kontrastu negatywne informacje zwrotne przekazywane są w sposób dyplomatyczny, pośredni.

Kierowanie - skala ta mierzy stopień szacunku i poważania okazywanego autorytetom, umieszczając kraje na spektrum od hierarchicznych do egalitarnych. Hierarchiczny - idealny dystans między szefem a podwładnym jest duży. Najlepszym szefem jest silny dyrektor, który kieruje jednoosobowo. Egalitarny - idealny dystans między szefem a podwładnym jest niewielki. Najlepszy szef jest moderatorem wśród równych sobie. Decydowanie - najbardziej egalitarne kultury będą jednocześnie najbardziej demokratyczne, podczas gdy te najbardziej zhierarchizowane pozwolą szefowi na podejmowanie jednostronnych decyzji.

Rozwiązywanie konfliktów - ta skala mierzy tolerancję dla otwartej niezgody i skłonność do postrzegania jej jako korzystnej lub szkodliwej dla relacji.

Lewis określił kraje w odniesieniu do trzech kategorii:

- Linear-actives – to ci, którzy planują, mają harmonogram, organizują, realizują łańcuchy działań, robią jedną rzecz na raz. W tej grupie są Niemcy i Szwajcarzy, USA.
- Multi-actives - żywiołowi, gadatliwi ludzie, którzy robią wiele rzeczy naraz, planując swoje priorytety nie według harmonogramu, ale według względnego dreszczyku emocji lub znaczenia, jakie niesie ze sobą każde spotkanie. Do tej grupy należą Włosi, Latynosi i Arabowie.
- Reactives - to te kultury, które na pierwszym miejscu stawiają uprzejmość i szacunek, słuchając cicho i spokojnie swoich rozmówców i ostrożnie reagując na propozycje drugiej strony. W tej grupie znajdują się Chińczycy, Japończycy i Finowie.



W celu ustalenia oceny atrybutów etniczno-kulturowych jednostki, rodziny lub grupy został opracowany przez Purnella model transkulturowy, który wskazuje niezbędnych 12 obszarów: miejsce zamieszkania, komunikacja, role i organizacja rodziny, problematyka pracy, ekologia biokulturowa, zachowania zdrowotne - wysokiego ryzyka, żywienie, praktyki w okresie ciąży i porożu, obrzędy pogrzebowe, duchowość, praktyki pielęgnacyjne, praktyki pracowników służby,

Rozwój wrażliwości międzykulturowej można prześledzić na podstawie modelu OPAR, który przedstawia przejście od obojętności do różnorodności, traktując ją jako wyzwanie i potencjał do zmiany

- O - obojętność: „ślepotą kulturową”, etnocentryzm, stereotypy, mikronierówności (drobne, często nieuświadomione i nieintencjonalne, deprecjonujące zachowania werbalne i niewerbalne. Język nienawiści (wypowiedzi krzywdzące, poniżające grupy i jednostki z powodu cech od nich niezależnych), makronierówności (uprzedzenia - postawy zbudowane na podstawie stereotypów i uczuć; dyskryminacja — zachowania wobec osób przynależących do grupy ocenianej wg stereotypów);
- P — podobieństwa: dostrzeganie jedynie podobieństw między ludźmi;
- A — antydyskryminacja: zachowania równościowe, akceptacja, adaptacja, mikroafirmacje (drobne zachowania werbalne i niewerbalne, często ledwo zauważalne, świadomie wysyłane i odbierane, które przeciwdziałają wykluczeniu);
- R — różnorodność: szacunek wobec pluralizmu.

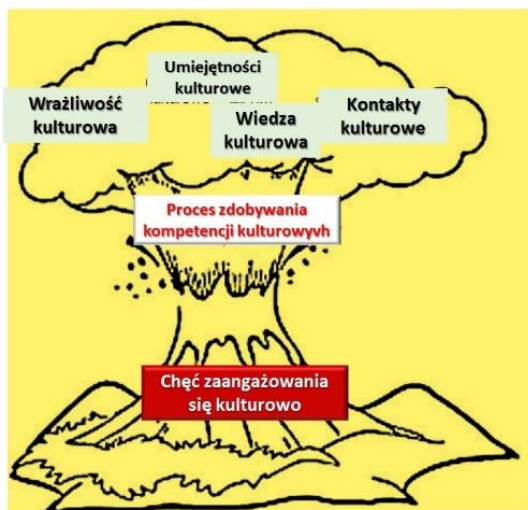
Pięć celów, do których powinien dążyć pracownik opieki medycznej podczas kontaktu z przedstawicielem innej kultury zostało przedstawionych w modelu rozwoju kompetencji kulturowych LEARN – opracowanych przez Berlin i Fowkes (1983).

- Listen – słuchaj swojego pacjenta, biorąc pod uwagę jego perspektywę kulturową;
- Explain – wyjaśniaj jak rozumiesz, jako lekarz reprezentujący podejście biomedyczne, przyczynę choroby;
- Acknowledge – przyjmij i omów podobieństwa i różnice, które mogą pojawić się w zakresie zrozumienia przyczyny choroby lub procesu leczenia;
- Recommend – przedstaw plan leczenia, szanując odmienne przekonania pacjenta;
- Negotiate – przedyskutuj z pacjentem plan leczenia, który będzie zawierał elementy kultury pacjenta oraz stylu jego życia.

Nabywanie kompetencji międzykulturowych powinno zatem obejmować świadomość (wrażliwość międzykulturową) w aspektach: własnego systemu wartości i wynikających z tego faktu ograniczeń, punktu widzenia pacjenta, istnienia różnych perspektyw, hierarchii wartości, norm zachowań, wzorów; wiedzy dostarczającej informacji specyficznych kulturowo; umiejętności wielokulturowych strategii interwencyjnych.

Campinha-Bacote definiuje kompetencje kulturowe. Jest to proces, w którym pielęgniarka ciągle stara się i dąży do skutecznej pracy z pacjentem, uwzględniając kontekst kulturowy pacjenta, jego rodziny i społeczności, w której żyje, rozumiejąc kulturowy kontekst wielu

przekazów werbalnych i pozawerbalnych. Kompetencje obejmują kulturową świadomość (wrażliwość), wiedzę, umiejętności i doświadczenie kulturowych konfrontacji. Metaforą przyswajania jest według Campinha-Bacote wulkan, z którego krateru po gwałtownej erupcji wydobywa się spokojnie lava, symbolizując proces budowania kompetencji kulturowych.



Personel medyczny, w tym pielęgniarki, powinien znać kulturowe zasady obsługi pacjentów–cudzoziemców. Powinien znać sposoby przekazywania złych wieści w poszczególnych kulturach, daty ważnych świąt w krajach pacjentów i uwzględniać je w planowaniu zabiegów, możliwe sposoby płatności za usługi medyczne, odmienności w systemach podatkowych i ubezpieczeniowych, wymowę imion, nazwisk i kolejność ich używania w poszczególnych kulturach, język lub mieć możliwość skorzystania z pomocy doradcy/pośrednika międzykulturowego.

Niemcy i Skandynawowie cenią profesjonalizm, punktualność, perfekcyjność, małomówność (nie mylić z brakiem zainteresowania). Są bezpośredni, nie lubią chwalić, mimo że są zadowoleni z opieki.

Wśród Europejczyków ceniona jest rodzina dwupokoleniowa, dopuszczalne jest, aby starsi członkowie rodziny mieszkali w domach opieki, jeśli nie są w stanie zaopiekować się sobą.

Azjaci uważają za uprzejme udzielenie takiej odpowiedzi, jakiej oczekuje pytający (lekarz, pielęgniarka), aby go nie urazić. To może prowadzić do pomyłek, przedawkowania leków, mylenia objawów. Wietnamczycy, Chińczycy – u nich dobro rodziny jest ważniejsze niż dobro jednostki. Choroby i jedzenie dzielą na ciepłe i zimne, uważają, że balans między nimi zapewnia powodzenie). Korzystają z akumasazu, akupresury, akupunktury.

Amerykanie jako pacjenci oczekują od personelu punktualności, lubią mocny uścisk dłoni i patrzenie prosto w oczy. Oczekują szczegółowego przedstawienia im ich stanu zdrowia, ale i wsparcia psychicznego.

Dla osób pochodzących z Afryki ważne są więzi w rodzinie, w kościele czy organizacjach społecznych. Dużą wartość dla nich stanowi religia. W codziennym życiu nastawieni są na terażniejszość.

Dla pacjentów pochodzących z Bliskiego Wschodu lub północnej Afryki ważne jest praktykowanie religii i przestrzeganie diety bez wieprzowiny. Zalecane jest przeprowadzanie zabiegów przez personel tej samej płci, w przypadku kobiet często w obecności męża lub brata. Kontakt bezpośredni wzrokowy z osobą przeciwnej płci, zwłaszcza kobiety z obcym mężczyzną, może być uznany za przejaw seksualnego zainteresowania. Z obserwacji własnej kilkuletniej pracy w „prowincjonalnej” części Algierii warto przytoczyć kilka sytuacji, które mogą zaskoczyć.

Istnieje olbrzymia różnica kulturowa pomiędzy pasem wybrzeża (z europeizowanego) a głębokim interiorom - na obrzeżach Sahary, gdzie powszechny jest analfabetyzm. Dotyczy to szczególnie kobiet, które mogą opuszczać dom wyłącznie towarzystwie ojca lub najstarszego brata.

Powszechnie jest używanie wobec chorych numerów zamiast nazwisk, często nie do końca jednoznacznych (alfabet arabski czy łaciński).

W okresie Ramadanu – życie jakby spowalnia, duża część personelu bierze urlop, aby „przetrwać” te dni bez jedzenia i picia (nadrabiają to z nawiązką po zachodzie słońca).

Zaskakująca była ceremonia obrzezania, wykonywana przez miejscowego „specjalistę”, często pielęgniarza. W szpitalu w tych dniach przed salą zabiegową zgromadzonych było kilkunastu chłopców (8-10 lat) w białych długich do kostek koszulach, często potem zakrwawionych. Niestety kilka razy po zabiegu konieczna była interwencja chirurgiczna z powodu zmian bliznowatych.

Rosjanie jako pacjenci preferują relacje osobiste. Należy być uważnym, aby ich nie urazić, gdyż przywiązują dużą wagę do tego, co się o nich myśli i mówi. Mają wysoki próg bólu, wstydzą się do niego przyznać, nie tolerują zażywania dużych ilości leków, mówią donośnie i gestykują.

Romscy pacjenci są tłumnie odwiedzani przez członków rodziny, co spowodowane jest przekonaniem, że rodzina bliższa i dalsza musi pożegnać się z pacjentem na wypadek jego ewentualnej śmierci.

Należy podkreślić, że (zwłaszcza w szpitalu) z uwagi na organizację pracy oraz konieczność zapewnienia właściwych procedur medycznych i pielęgnacyjnych należy akceptować przykładowe rytuały opieki pielęgniarstwa:

- związane z czasem: harmonogram wizyt lekarskich, toalety, planowa opieka, podawanie posiłków, zmianowość pracy zespołu.
- relacja hierarchiczna: lekarze, menedżerowie zdrowia, pielęgniarki, personel pomocniczy.
- komunikacja: transmisja, spotkania personelu, przerwy na kawę itp.
- stosunek do higieny: zapobieganie zakażeniom, mycie rąk, maski, rękawiczki.

Warto skrótowo zasygnalizować przykłady częstych sytuacji mogących prowadzić do sytuacji konfliktowych.

Kobieta wyznania muzułmańskiego odmawiająca przeprowadzenia badania ginekologicznego przez mężczyznę.

Pacjent pochodzenia chińskiego wymagający stałej opieki, każdej nocy członek jego rodziny jest przy jego łóżku.

Pacjent odmawiający transfuzji w nagłych przypadkach

Kobieta z kultury, w której poród odbywa się w pozycji kucznej, odmawiająca położenia na stole porodowym.

Nieporozumienia między afrykańską pacjentką wieloródką a pielęgniarką uczącą ją technik obchodzenia się z niemowlęciem

Kulturowe negowanie choroby przez pacjentki, które interpretują ją jako złe zaklęcie lub jego brak (np. niektóre kraje afrykańskie).

Zespół depresyjny u migrantów w spirali dezintegracji społecznej.

Upoważnienie do opieki udzielane tylko przez głowę rodziny.

Duży lęk u pacjenta zagranicznego w sytuacji kryzysowej

Pacjent, który musi dokonać ablucji przed modlitwą

Sytuacje przemocy w rodzinie nasilające się wraz z kontekstem migracyjnym

Dotyk i spojrzenie w opiece

Niedostosowanie diety

Kompetencje kulturowe w pielęgniarstwie potrzebne są aby:

- umieć analizować i rozumieć sytuacje kontaktu między ludźmi i grupami o różnych kulturach;

- rozpoznawać i odczytywać procesy kulturowe zachodzące w interakcji pomiędzy opiekunem a pacjentem;
- nabrać odpowiedniego dystansu do sytuacji konfrontacji kulturowej, w którą zaangażowana jest pielęgniarka, aby dostosować swoją interwencję.

Pomimo dużego otwarcia na świat i jego problemy, pomimo wielu ułatwień w przemieszczaniu się turystycznym czy zarobkowym – temat kompetencji wielokulturowych jest mało podkreślany. Jak wynika z pracy Zdziebło K. i wsp. 43% pielęgniarek nie zetknęło się z tym pojęciem. Autorki przedstawiają również podejście studentów pielęgniarstwa do znaczenia wiedzy, umiejętności i postaw - do zrozumienia problemu i przydatności w swojej późniejszej pracy z chorymi pacjentami reprezentującymi. odmienne kultury.



Wszystkie omówione powyżej zagadnienia, mocno i obszernie podbudowane teorią powinny posłużyć zbudowaniu postaw, które sprostają wielu wyzwaniom współczesnej opieki medycznej w wielu zróżnicowanych środowiskach i sytuacjach.

Piśmiennictwo

1. Kutalek R. Erich Drobec – Pionier der Ethnomedizin im Spannungsfeld. Religion und Medizin. Anthropos. 2009; 2(104): 527-532.
2. Majda A, Zalewska-Puchała J, Ogórek-Tęcza B, red. Pielęgniarstwo transkulturowe. Podręcznik dla studiów medycznych. Warszawa: PZWL; 2010.
3. Wdowiak L. - Med Og Nauk Zdr. 2012; 18(3): 193-199.)
4. Cross, T., Bazron, B., Dennis, K., & Isaacs, M. (1989). Towards a culturally competent system of care (Vol. 1). Washington, DC: Georgetown University Child Development Center, CASSP Technical Assistance Center.

5. Richard D. Lewis, *When Cultures Collide*, Printed in Finland by WS Bookwell. Edition: *Leading Across Cultures*, 1996 ISBN-I 3: 978-I -
6. Meyer E., *The Culture Map (INTL ED): Decoding How People Think, Lead, and Get Things Done Across Cultures*, Public Affairs, 2016, ISBN 1610392760, 9781610392761
7. Zdziebło K., Nowak-Starz G., Makiela E., Stępień R., Wiraszka G. Kompetencje międzykulturowe w pielęgniarstwie. *Problemy Pielęgniarstwa* 2014; 22 (2): 367–372
8. Campinha-Bacote, J., A Model and Instrument for Addressing Cultural Competence in Health Care, *Journal of Nursing Education*, 2013;38(5):203–207
9. Berlin E A, Fowkes W C Jr., A teaching framework for cross-cultural health care. Application in family practice, PMID: 6666112, PMCID: PMC1011028
10. Bennett Milton J *Towards Ethnorelativism: A Development Model of Intercultural Sensitivity* » dans *Education for the Intercultural Experience*. Paige, R M (ed) Yarmouth ME: Intercultural Press. 1993
11. Couet J.-F. et A. Davie, *Dictionnaire de l'essentiel en sociologie*, Ed. Liris, Paris, 1999, p. 56