



**IV Ogólnopolska Konferencja Naukowo  
– Szkoleniowa**

**Nasze Pielęgniarki. Nasza  
przyszłość. Troska o pielęgniarki  
wzmacnia gospodarkę**

**STRESZCZENIA**

**PANS w Głogowie  
17-18 KWIETNIA 2025**

**IV Ogólnopolska Konferencja Naukowo  
– Szkoleniowa**

**Nasze Pielęgniarki. Nasza  
przyszłość. Troska o pielęgniarki  
wzmacnia gospodarkę**

**STRESZCZENIA**

POD REDAKCJĄ:

DR N. MED. EDYTY KĘDRY

MGR PIEL. EWY TODROV

MGR PIEL. ZBIGNIEWA NOWAKA

DR N. O ZDR. PIOTRA JERZEGO GUROWCA

GŁOGÓW 2025

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](mailto:wydawnictwo@pans.glogow.pl)

[www.pans.glogow.pl](http://www.pans.glogow.pl)

ISBN

978-83-63349-39-4

Copyright 2025 © by PANS w Głogowie

Projekt okładki i skład:

Edyta Kędra

Ewa Todorov

Zbigniew Nowak

Piotr Jerzy Gurowiec

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

# SPIS TREŚCI

---

<b>Psychiczne i emocjonalne wyzwania w pracy pielęgniarki/pielęgniara .....</b>	<b>12</b>
<b>Współczesne zagrożenia zdrowia psychicznego wśród personelu pielęgniarskiego – przegląd literatury</b>	
Wioletta Ławska, Maria Póltorak, Kinga Fecko – Gałowicz.....	13
<b>Wpływ pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne personelu medycznego - doniesienie wstępne</b>	
Anna Michalik, Karina Bizoń, Celina Pająk, Katarzyna Kroczyk, Kornelia Skoczylas .....	13
<b>Postawa pielęgniarek wobec śmierci w pracy zawodowej</b>	
Piotr Szyszko, Magdalena Szyszko.....	14
<b>Typ osobowości a występowanie stresu zawodowego wśród pielęgniarek i pielęgniarzy</b>	
Antoni Wolanin, Aneta Paterak , Grzegorz Wojdyła, Marta Wolanin .....	15
<b>Analiza porównawcza występowania zjawiska wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek zatrudnionych na oddziałach szpitalnych oraz w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego</b>	
Katarzyna Kociuba- Adamczuk, Żaneta Syroka- Walkiewicz, Wojciech Lipski.....	16
<b>Wpływ dobrostanu psychicznego pielęgniarek na jakość opieki nad pacjentem</b>	
Monika Brankiewicz, Monika Juszczyk, Diana Syposz .....	17
<b>Inteligencja emocjonalna pielęgniarek psychiatrycznych i jej znaczenie w opiece nad pacjentem – przegląd badań</b>	
Karolina Pikur, Michalina Cendrowska, Magdalena Dziurka .....	17
<b>Wypalenie zawodowe i stres wśród pielęgniarek pracujących z chorymi umierającymi</b>	
Adriana Borodziej, Edyta Ośmiałowska, Anna Larysz, Elżbieta Ostrowska .....	18
<b>Jakość życia, a poziom wypalenia zawodowego wśród personelu pielęgniarskiego pracującego w oddziałach zabiegowych oraz zachowawczych</b>	
Anna Felińczak, Agata Kasprzyk, Katarzyna Malewicz, Iwona Klisowska, Aneta Kubisa .....	19
<b>Wypalenie zawodowe wśród pielęgniarek - wpływ stresu i strategie radzenia sobie</b>	
Roksana Papierkowska, Julia Serwatka, Kamila Jonak, Stanisław Manulik, Katarzyna Malewicz .....	20
<b>Warunki pracy i ich wpływ na zdrowie pielęgniarek/pielęgniarzy .....</b>	<b>22</b>
<b>Wpływ pracy zmianowej na rytm dobowy i zdrowie pielęgniarek/pielęgniarzy...</b>	
Gabriela Kuziel, Małgorzata Marć.....	23

<b>Analiza czynników stresogennych w pracy instrumentariuszki w bloku operacyjnym: Studium zagrożeń psychospołecznych w środowisku medycznym</b>	
Klaudia Wenderlich, Igor Kacprzak .....	24
<b>Jak śpią pielęgniarki?</b>	
Katarzyna Malewicz, Barbara Betlej, Anna Felińczak, Iwona Klisowska.....	25
<b>Od pasji do wypalenia – przyczyny, skutki i sposoby zapobiegania wypaleniu zawodowemu wśród medyków</b>	
Zuzanna Daniel .....	26
<b>Zakażenia krwiopochodne o etiologii wirusowej – wyzwanie dla współczesnej medycyny</b>	
Mariola Mendrycka, Zuzanna Trześniewska-Ofiara, Katarzyna Kuszewska, Agnieszka Woźniak-Kosek.....	27
<b>Wpływ stresu zawodowego na jakość życia pielęgniarek i pielęgniarzy</b>	
Edyta Ośmiałowska, Adriana Borodzicz, Anna Larysz, Katarzyna Machajska....	28
<b>Zachowania zdrowotne pielęgniarek pracujących w trybie zmianowym</b>	
Aneta Kubisa, Małgorzata Błaszczyk, Anna Felińczak, Katarzyna Malewicz, Iwona Klisowska.....	29
<b>Postępowanie poekspozycyjne oraz zapobieganie zakażeniom szpitalnym w opinii personelu pielęgniarskiego</b>	
Dominika Groń, Kinga Fecko-Gałowicz, Maria Półtorak, Wioletta Ławska, Magdalena Nieckula.....	30
<b>Świadomość obciążeń związanych z zawodami medycznymi na przykładzie zawodu pielęgniarki, ratownika medycznego oraz fizjoterapeuty</b>	
Monika Lipa, Dominika Kachel, Marika Gaj, Olimpia Żaglewska, Krzysztof Pliszczak .....	31
<b>Uzależnienia wśród personelu medycznego – przegląd sytuacji w Polsce i na świecie</b>	
Piotr Szyszko, Matylda Ekstowicz, Magdalena Szyszko, Ewa Kupcewicz.....	33
<b>Praca zmianowa a ryzyko wystąpienia wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek i pielęgniarzy</b>	
Dorota Nalepa, Magdalena Pańczyk, Beata Żółkiewska, Anna Jendrzejczak .....	34
<b>Wpływ pracy w systemie zmianowym na stan zdrowia personelu pielęgniarskiego w porównaniu z personelem pielęgniarskim pracującym w systemie jednozmianowym</b>	
Anna Larysz, Alicja Krasieńska, Adriana Borodzicz, Edyta Ośmiałowska .....	35
<b>Wypalenie zawodowe pielęgniarek a miejsce pracy</b>	
Anna Dąbek, Katarzyna Malewicz, Iwona Zborowska, Stanisław Manulik .....	36

<b>Pielęgniarstwo i pielęgniarki w opinii społecznej .....</b>	<b>38</b>
<b>Wizerunek współczesnego pielęgniarstwa w opinii społeczeństwa</b>	
Katarzyna Majka, Małgorzata Kaszuba, Marzena Jaciubek, Paweł Oskwarek, Paweł Wiktorzak .....	39
<b>Niewidzialna praca pielęgniarek – jak społeczeństwo postrzega naszą rolę?</b>	
Natalia Bogucka.....	40
<b>Ciągła edukacja i doskonalenie zawodowe pielęgniarek/pielęgniarzy– możliwości i ograniczenia .....</b>	<b>41</b>
<b>Zakażenia <i>Clostridioides difficile</i> obecny stan wiedzy</b>	
Mariola Mendrycka, Zuzanna Trześniewska-Ofiara, Renata Serafin, Katarzyna Kuszevska, Agnieszka Woźniak-Kosek.....	42
<b>Edukacja przyszłości: wykorzystanie symulacji i technologii w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych</b>	
Małgorzata Kaszuba, Paweł Oskwarek, Paweł Wiktorzak, Katarzyna Majka.....	43
<b>Pielęgniarstwo wczoraj i dziś – ciągłość czy zmiana .....</b>	<b>45</b>
<b>Opieka koordynowana w opinii położnych POZ</b>	
patrycja Soszyńska-Zielińska, joanna Matysiak .....	46
<b>Zjawisko racjonowania opieki pielęgniarstwa w oddziałach pediatrycznych</b>	
Iwona Klisowska, Joanna Peterman, Anna Felińczak, Katarzyna Malewicz, Anna Rozensztrauch .....	46
<b>Satysfakcja zawodowa pielęgniarek pracujących w wybranych podmiotach lecniczych województwa małopolskiego</b>	
Alicja Wojtaszek, Maria Zięba, Justyna Buksa .....	47
<b>Postawy personelu pielęgniarstwa wobec systemu wynagrodzeń, a ich satysfakcja z wykonywanej pracy</b>	
Julia Ryszka, Beata Babiarczyk .....	48
<b>Inwestycja w pielęgniarstwo – fundament silnej gospodarki</b>	
Igor Kacprzak, Klaudia Wenderlich .....	49
<b>Wybrane ramy wdrażania innowacji w ochronie zdrowia</b>	
Katarzyna Zalewska, Jakub Zalewski, Joanna Grzesik Gąsior, Edyta Kwilosz, Mateusz Ptak, Dawid Oblój, Tomasz Ilczak .....	50
<b>Rola pielęgniarki/pielęgniara w zespole interprofesjonalnym – nowym wyzwaniem dla profesji pielęgniarstwa</b>	
Małgorzata Marć, Sara Sarosiek.....	51
<b>Zaawansowana Praktyka Pielęgniarska lekarstwem na bolączki polskiego systemu opieki zdrowotnej</b>	
Klaudia Biskup, Irena Puszkarz .....	52

<b>Rozwój pielęgniarstwa środowiskowego w powiecie cieszyńskim</b>	
Beata Kudłacik, M. Fraś, M. Nogowczyk, B. Ryś, Kornelia Skoczylas, Katarzyna Kroczek.....	53
<b>Pozytywne i negatywne aspekty wykorzystywania systemów do ciągłego monitorowania glikemii - przegląd literatury</b>	
Kinga Sobczak .....	54
<b>Niedobór pielęgniarek a konsekwencje dla gospodarki i systemu zdrowia</b>	
Julia Buczyńska .....	55
<b>Analiza porad pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej realizowanych u pacjentów po wszczępieniu endoprotezy stawu biodrowego</b>	
Stanisława Molas, Alicja Głazowska, Elżbieta Chmiel, Beata Zams .....	56
<b>Tworzenie zasobów własnych a poczucie pewności zawodowej pielęgniarki</b>	
Anna Hiller- Janik, Dominika Kachel, Szymon Kursik .....	57
<b>Od bandaży do nowoczesnych technologii – jak pielęgniarstwo zmieniało sposoby leczenia ran na przestrzeni lat?</b>	
Karolina Biłas .....	58
<b>Przyczyny błędów medycznych pielęgniarek</b>	
Klaudia Iwaniszczuk, Izabela Grzelka, Kamil Iwaniszczuk, Agnieszka Lutkowska .....	59
<b>Lider czy przywódca w pielęgniarstwie – wyobrażenia i oczekiwania .....</b>	<b>60</b>
<b>Pielęgniarka jako lider zespołu – rzeczywistość czy perspektywa</b>	
Natalia Bogucka.....	61
<b>Życie społeczno-gospodarcze i środowisko zawodowe pielęgniarek – wpływy i zależności.....</b>	<b>62</b>
<b>Zaufanie do kierowniczej kadry a stres doświadczany w środowisku pracy pielęgniarek i pielęgniarzy</b>	
Jadwiga Klukow, Gabriela Policht, Marzena Omelewska – Kowalczyk, Edyta Marzec, Marta Szara .....	63
<b>Relacja praca - życie społeczne w grupie zawodowej pielęgniarek</b>	
Emilia Wawszczak.....	63
<b>Wsparcie organizacyjne a lojalność kadry pielęgniarskiej wobec organizacji</b>	
Jadwiga Klukow, Wioletta Sołtys, Małgorzata Dziura, Edyta Szydło .....	65
<b>Klimat organizacyjny a poziom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek</b>	
Izabela Ewa Filipiuk, Marta Szara, Patrycja Ozdoba, Magdalena Dziurka.....	66
<b>Satysfakcja z życia pielęgniarek pracujących na stanowisku instrumentariuszki</b>	
Angelika Frątczak, Jolanta Glińska, Beata Kunikowska.....	67

<b>Varia .....</b>	<b>69</b>
<b>Zalety chustonoszenia – wsparcie dla rodziców i dzieci na wyciągnięcie ręki ...</b>	
Alicja Gacek .....	70
<b>Wpływ wybranych czynników socjodemograficznych i klinicznych na poziom samodzielności w radzeniu sobie z chorobą przez pacjentów z niewydolnością serca</b>	
Żaneta Ada Przybylska, Dorota Milecka, Elżbieta Garwacka-Czachor .....	71
<b>Jakość życia osób po przebytych zakażeniu SARS-CoV-2</b>	
Daria Kulikowska, Dorota Trybusińska, Małgorzata Chmielewska .....	73
<b>Zadania pielęgniarki w opiece nad dzieckiem z astmą oskrzelową – studium przypadku</b>	
Alicja Szymańska, Dorota Milecka .....	74
<b>Problemy psychofizyczne występujące w okresie przed i po rehabilitacji u pacjentów w wieku 40-80 lat po przebytych udarze niedokrwiennym mózgu</b>	
Celina Pająk, Anna Michalik, Karolina Madej .....	75
<b>Realizacja programu edukacji odnośnie raka piersi na przykładzie jednostki medycyny pracy</b>	
Barbara Waltoś – Tutak, Aleksandra Abrachamowicz, Marlena Lonc .....	76
<b>Opieka pielęgniarska nad dzieckiem z celiakią - studium przypadku</b>	
Amelia Żachowska, Dorota Milecka, Edyta Kędra, Elżbieta Garwacka-Czachor ..	77
<b>Problemy emocjonalne kobiet po urodzeniu dziecka wymagającego leczenia w Klinice Patologii Noworodka podczas pandemii SARS-CoV-2</b>	
Wioletta Pollok-Waksmańska, Natalia Kurowska, Karolina Zimmer .....	78
<b>Zachowania zdrowotne pacjentów będących w wieku 45-80 lat chorujących na nadciśnienie tętnicze i leczących się w POZ na terenie Gminy Maków Podhalański- doniesienie wstępne</b>	
Celina Pająk, Anna Michalik, Paulina Wójcik .....	79
<b>Obciążenie bliskich sprawujących opiekę nad chorymi po udarze mózgu</b>	
Julia Kostka, Ewelina Bąk, Bogusław Ryś, Lukáš Kober .....	80
<b>Edukacja Opiekuna/ Rodziny chorego na alzheimera</b>	
Daria Szymańska, Julia Szymona .....	81
<b>Mowa osoby chorej psychicznie (na przykładzie schizofrenii) w ocenie pielęgniarki psychiatrycznej</b>	
Wojciech Lipski, Katarzyna Kociuba-Adamczuk .....	82
<b>Wiedza kobiet na temat profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy</b>	
Agnieszka Krygowska, Marta Szara, Magdalena Dziurka, Patrycja Ozdoba.....	83
<b>Zadania pielęgniarki wobec opiekuna pacjenta z chorobą Alzhaimera</b>	
Karolina Pikur, Aleksandra Pecio .....	84



<b>Wiedza pacjentów przebywających na oddziale Kardiologii Inwazyjnej Polsko-Amerykańskiej Kliniki Serca w Bielsku-Białej na temat czynników ryzyka ostrych zespołów wieńcowych</b>	
Bożena Krawczyk, Grażyna Krutak, Monika Kadłubowska, Jolanta Kolonko.....	85
<b>Ocena zapotrzebowania na edukację pacjentek z chorobą nowotworową – badanie pilotażowe</b>	
Marta Gierek, Marzena Turczyn, Renata Rogala , Ewa Puchacz, Magdalena Michalczuk .....	86
<b>Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem ze stwardnieniem rozsianym</b>	
Katarzyna Adamska, Wiktoria Konaszczuk, Gabriela Płazio .....	86
<b>Jakość życia pacjentów po operacji wyłonienia stomii jelitowej</b>	
Ewa Agnieszka Bobkiewicz, Zbigniew Orzeł, Aleksandra Zając, Mariusz Sutryk, Ewa Guz, Malwina Bajer, Katarzyna Iskra .....	87
<b>Wypalenie zawodowe wśród dietetyków - problem dla pielęgniarek specjalistek ochrony zdrowia pracujących</b>	
Izabela Jarosz, Magdalena Ruszel, Marta Szara, Jadwiga Klukow .....	88
<b>Analiza funkcjonalności wybranych aplikacji mobilnych dotyczących przyjmowania leków</b>	
Kinga Tadla, Joanna Błajda .....	89
<b>Banki mleka kobiecego: wyzwania i doświadczenia kobiet - przegląd badań</b>	
Amelia Grzybowska, Kamila Krasucka, Magdalena Dziurka .....	90
<b>Być z pacjentem do końca</b>	
Marta Polanowska, Sylwia Krzeminska .....	91
<b>Opieka pielęgniarska nad 53-letnim pacjentem z rdzeniowym zanikiem mięśni w środowisku domowym</b>	
Vira Abram, Katarzyna Kroczek, Kornelia Skoczylas .....	92
<b>Doświadczenia osób transpłciowych w korzystaniu z opieki ginekologicznej – przegląd wyników badań</b>	
Kamila Krasucka, Amelia Grzybowska, Karolina Pikur, Magdalena Dziurka .....	93
<b>Opieka pielęgniarska nad 64-letnim pacjentem po przeszczepie autologicznym komórek macierzystych w przebiegu szpiczaka mnogiego w Oddziale Transplantacji Szpiku</b>	
Sabina Skotnicka, Katarzyna Kroczek, Anna Michalik .....	94
<b>Wiedza kobiet w wieku 18 - 40 lat przebywających z dzieckiem na oddziale pediatrycznym na temat zespołu FAS</b>	
Anna Żak, Wioletta Pollok -Waksmańska, Katarzyna Kroczek, Agnieszka Foltyn	95
<b>Przystosowanie do choroby nowotworowej kobiet z rakiem piersi z uwzględnieniem metody leczenia chirurgicznego</b>	
Aneta Mielnik, Katarzyna Golonka, Elżbieta Cipora .....	96

**Czy warsztaty edukacyjne mają wpływ na świadomość młodzieży w zakresie profilaktyki nowotworowej i regularnego samobadania piersi i jąder? – analiza porównawcza**

Gracjan Szprejda, Nikola Jurczyńska, Kinga Grzybkowska, Agnieszka Mazur, Agnieszka Jeżycka, Oliwia Pinkowska ..... 97

**Sposoby radzenia sobie z chorobą nowotworową wśród pacjentów leczonych hematoonkologicznie**

Sylwia Krzemińska, Anna Kostka, Marta Polanowska, Adriana Borodnicz ..... 98

**Naturalne metody łagodzenia bólu porodowego – rola zapachów w doświadczeniu rodzącej kobiety**

Magdalena Nawojcka, Martyna Kutkowska ..... 99

**Zespół serotoninowy (ZS) – wyzwania diagnostyczne, terapeutyczne dla pielęgniarki i położnej**

Magdalena Nawojcka, Martyna Kutkowska ..... 100

**Zachowania zdrowotne i poczucie własnej skuteczności osób uczęszczających na zajęcia Uniwersytetu Trzeciego Wieku**

Mariola Seń, Emilia Senicka Iwona Klisowska ..... 101

**Rola położnej w łagodzeniu bólu porodowego metodami nefarmakologicznymi**

Martyna Kutkowska Magdalena Nawojcka ..... 102

**Wpływ jakości opieki pielęgniarskiej na doświadczenie bólu wśród pacjentów oddziału Chirurgii Urazowo- Ortopedycznej**

Katarzyna Piasek, Paula Lech, Aneta Lesiak, Paweł Więch ..... 103

**Opieka okołoperacyjna nad pacjentką z mięśniakami macicy**

Martyna Kutkowska, Magdalena Nawojcka ..... 104

**Występowanie zjawiska prezenteizmu wśród studentów kierunku pielęgniarstwo**

Kinga Duda, Piotr Adamczyk, Dominika Niewierowska, Tomasz Piątek, Marta Hreńczuk ..... 105

**Oczekiwania pacjentów a satysfakcja z opieki pielęgniarskiej w oddziale radioterapii**

Maria Dorota Kwika, Agata Zając, Iwona Kobel, Beata Wojdyła, Łukasz Kot.... 106

**Dynamika zmian jakości życia pacjentów z nowotworem jelita grubego po cyklu chemioterapii**

Joanna Chowaniec, Magdalena Brodowicz-Król, Małgorzata Juda, Gabriela Bałabas, Paweł Więch ..... 106

**Wpływ stresu na ocenę stanu zdrowia wśród osób z niewydolnością serca**

Aleksandra Lisowska, Karolina Bajor, Jerzy Twardak, Agnieszka Kraińska, Iwona Twardak..... 107

<b>Rola i zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem z otępieniem</b>	
Aleksandra Lisowska, Katarzyna Krzysztoforska, Agnieszka Kraińska, Iwona Klisowska, Iwona Twardak.....	108
<b>Występowanie powikłań wczesnych u pacjentów poddawanych zabiegom wewnątrznaczyniowym</b>	
Oliwia Bierska, Jolanta Kolonko, Bożena Krawczyk, Ewa Zaród, Monika Kadłubowska .....	109
<b>Przyszłość demograficzna Polski: analiza dzietności i urodzeń (1980-2023)</b>	
Natalia Florek .....	110
<b>Jakość życia osób starszych w Polsce</b>	
Izabela Duda.....	111
<b>Model interdyscyplinarnej opieki nad dzieckiem z nadwagą i otyłością</b>	
Barbara Waltoś – Tutak, Edyta Barnaś .....	112
<b>Wpływ pandemii COVID-19 na stan emocjonalny kobiet w okresie okołoporodowym</b>	
Maja Polnik-Lonc, Anna Kremska, Justyna Możdżan .....	113
<b>Zespół napięcia przedmiesiączkowego a jakość życia młodych kobiet</b>	
Anna Kremska, Karolina Nykiel, Romana Wróbel, Elżbieta Kraśnianin, Katarzyna Wardak, Aldona Miazga, Edyta Wróbel-Kosior, Barbara Zych.....	114
<b>Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem z POChP</b>	
Kamila Ostrowska, Martyna Chachaj, Karolina Oklińska .....	115
<b>Poziom wiedzy kobiet rodzących na temat farmakologicznych i niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego</b>	
Anna Kremska, Gabriela Kuźmińska, Romana Wróbel, Elżbieta Kraśnianin, Katarzyna Wardak, Aldona Miazga, Maja Polnik- Lonc, Barbara Zych.....	116
<b>Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem z nowotworem płuca</b>	
Karolina Oklińska, Kamila Ostrowska, Martyna Chachaj .....	117
<b>Poziom wiedzy kobiet w wieku rozrodczym na temat czynników niepłodności oraz ich wpływu na jakość życia</b>	
Magdalena Dwornik .....	118
<b>Rozwój indywidualnych praktyk położnych środowiskowo-rodzinych w województwie podkarpackim w latach 1999-2020</b>	
Anna Kremska, Barbara Korona, Romana Wróbel, Elżbieta Kraśnianin, Katarzyna Wardak, Aldona Miazga, Barbara Zych.....	119
<b>Poziom wiedzy kobiet w wieku prokreacyjnym na temat przygotowania do ciąży</b>	
Natalia Czernik .....	119

<b>Znaczenie komunikacji pielęgniarki z pacjentem pediatrycznym w łagodzeniu stresu związanego z hospitalizacją</b>	
Weronika Kochanowska, Dominika Pogorzelec .....	120
<b>Opieka nad noworodkiem urodzonym skrajnie przedwcześnie z zespołem zaburzeń oddychania</b>	
Aldona Miazga, Joanna Błajda, Anna Kremska, Romana Wróbel, Elżbieta Kraśnianin, Barbara Zych, Katarzyna Wardak, Gabriela Ingot .....	121
<b>Antropozoonozy jako wyzwanie zdrowia publicznego w kontekście koncepcji One Health</b>	
Maria Kosek, Mariola Mendrycka, Agnieszka Woźniak-Kosek.....	122
<b>Ocena wiedzy pierwiastek na temat przebiegu porodu</b>	
Paulina Wojdyła .....	123
<b>Zastosowanie Terapii Larwalnej Rany w procesie miejscowego leczenia cukrzycowej choroby stóp – case study</b>	
Aneta Obrzut, Kamila Pytlak .....	124
<b>Samoopieka u pacjentów z przewlekłą niewydolnością serca</b>	
Izabella Czykieta, Daniel Tenerowicz, Alicja Cedzyńska.....	124
<b>Edukacja opiekuna osoby chorej na Alzheimera</b>	
Monika Gulaś, Kamil Iwaniszczuk .....	126
<b>Najczęstsze interwencje pielęgniarskie w opiece nad pacjentem z zespołem Alporta z wykorzystaniem terminologii ICNP®</b>	
Wiktoria Szczurowska, Kornelia Wrocławska, Alicja Szopińska, Oliwia Żurawska. ....	127
<b>Jakość życia kobiet z endometriozą</b>	
Elżbieta Kraśnianin, Romana Wróbel, Anna Kremska, Justyna Wojdyło .....	128
<b>Wiedza kobiet w wieku rozrodczym na temat metod rozpoznawania płodności</b>	
Julia Dydek .....	129
<b>Niefarmakologiczne metody łagodzenia bólu</b>	
Wiktoria Biernat .....	130
<b>Stanowisko polskich matek w zakresie szczepień profilaktycznych potomstwa przeciwko zakażeniom wirusami brodawczaka ludzkiego</b>	
Romana Wróbel, Wiktoria Durołek, Anna Kremska, Elżbieta Kraśnianin, Katarzyna Wardak .....	131
<b>O autorach .....</b>	<b>133</b>

# **PSYCHICZNE I EMOCJONALNE WYZWANIA W PRACY PIEŁĘGNIARKI/PIEŁĘGNIARZA**

---

## **WSPÓŁCZESNE ZAGROŻENIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO WŚRÓD PERSONELU PIEŁĘGNIARSKIEGO – PRZEGLĄD LITERATURY**

---

**WIOLETTA ŁAWSKA, MARIA PÓLTORAK, KINGA FECKO – GAŁOWICZ**

Pielęgniarstwo jest zawodem szczególnie trudnym, złożonym i wielozadaniowym. Wymaga od personelu empatii, odpowiedzialności, pracy pod presją co może stanowić zagrożenie dla zdrowia psychicznego. Permanentny stres powoduje zmęczenie, spadek aktywności i koncentracji uwagi, nadmierną nerwowość, a w konsekwencji spadek wydajności pracy. Czynniki stresogenne związane z ciągłym kontaktem człowiekiem chorym, jego rodziną oraz miejscem pracy mogą przyczyniać się do wypalenia zawodowego, depresji i doświadczania lęku. Artykuł jest przeglądem doniesień naukowych dotyczących zagrożeń zdrowia psychicznego personelu pielęgniarskiego w latach 2017 - 2024. Na podstawie przeanalizowanej literatury można wnioskować, że istotnym warunkiem utrzymania zdrowia psychicznego personelu pielęgniarskiego jest umiejętność radzenia sobie ze stresem poprzez wykorzystanie odpowiednich strategii oraz edukacja personelu medycznego w tym zakresie.

**Słowa kluczowe:** pielęgniarstwo, zagrożenie, zdrowie psychiczne

## **WPLYW PANDEMII COVID-19 NA ZDROWIE PSYCHICZNE PERSONELU MEDYCZNEGO - DONIESIENIE WSTĘPNE**

---

**ANNA MICHALIK, KARINA BIZOŃ, CELINA PAJĄK, KATARZYNA KROCZEK,  
KORNELIA SKOCZYŁAS**

**Wstęp.** Pandemia COVID-19 wywołana wirusem SARS-CoV-2 spowodowała ogromne obciążenia zdrowotne. Pracownicy ochrony zdrowia kontynuowali opiekę nad pacjentami pomimo wyczerpania, osobistego ryzyka zakażenia, strachu przed przeniesieniem wirusa na członków rodziny, choroby lub śmierci przyjaciół i współpracowników oraz utraty wielu pacjentów, co miało swoje konsekwencje w aspekcie zdrowia psychicznego i fizycznego.

**Cel.** Celem niniejszej pracy było zbadanie wpływu pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne personelu medycznego.

**Materiał i metody.** Badania zostały przeprowadzone z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety własnej, składającej się z 25 pytań, oraz dwóch narzędzi standaryzowanych – Skali Odczuwanego Stresu (PSS-10), składającej się z 10 pytań i Skali Depresji Becka, składającej się z 21 pytań. Badania przeprowadzono w Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej,

w okresie od grudnia 2022 roku do marca 2023 roku. W badaniu wzięło udział 100 osób wykonujących zawód medyczny.

**Wyniki.** Pandemia COVID-19 miała bezpośredni wpływ na kondycję psychiczną personelu medycznego. Kobiety i osoby w młodszym wieku były szczególnie narażone na spadek kondycji psychicznej w trakcie trwania pandemii. Doświadczenie zawodowe nie miało wpływu na kondycję psychiczną badanych osób. Sytuacja epidemiologiczna związana z COVID-19 przyczyniła się do powstania bądź nasilenia się depresji i stresu u personelu medycznego.

**Wnioski.** Konieczne jest wprowadzenie monitorowania kondycji zdrowia psychicznego osób wykonujących zawód medyczny w czasie wystąpienia trudnej sytuacji epidemiologicznej.

**Słowa kluczowe:** pandemia, COVID-19, SARS-CoV-2, zdrowie psychiczne, personel medyczny

## **POSTAWA PIELEŃNIAREK WOBEC ŚMIERCI W PRACY ZAWODOWEJ**

---

**PIOTR SZYSZKO, MAGDALENA SZYSZKO**

**Wstęp.** Śmierć pacjenta w kontekście opieki zdrowotnej stanowi jedno z najbardziej trudnych doświadczeń zawodowych pielęgniarek. Postawa pielęgniarek wobec śmierci w pracy zawodowej może wpływać na jakość świadczonej opieki, a także na ich własne samopoczucie i dobrostan. Pojawiają się różnorodne podejścia do tego zagadnienia, z uwzględnieniem aspektów emocjonalnych, etycznych i psychologicznych. Istnieje potrzeba szczegółowego zrozumienia, jak pielęgniarki radzą sobie z takimi doświadczeniami i jakie mechanizmy obronne stosują w kontekście śmierci pacjentów

**Cel pracy.** Celem pracy jest zbadanie postawy pielęgniarek wobec śmierci pacjentów w ich codziennej pracy zawodowej. Badanie miało na celu identyfikację emocjonalnych, psychicznych i zawodowych reakcji pielęgniarek na doświadczenie śmierci w kontekście opieki medycznej oraz analizę wpływu tych doświadczeń na ich zdrowie psychiczne i postawy zawodowe.

**Materiał i metody.** Badanie przeprowadzono metodą jakościową, wykorzystując wywiady pogłębione z pielęgniarkami pracującymi w różnych oddziałach szpitalnych. Do analizy materiału badawczego wykorzystano metodę analizy treści. Badanie przeprowadzono w latach 2024-2025. Przeanalizowano także dostępne źródła literaturowe z zakresu psychologii, etyki zawodowej oraz teorii opieki nad pacjentem (źródła takie jak PubMed, Google Scholar, Scopus).

**Wyniki.** Wyniki badania wskazują na różnorodność postaw pielęgniarek wobec śmierci pacjenta. Większość respondentek wskazuje na silny ładunek emocjonalny związany z takimi doświadczeniami, które prowadzą do lęku, stresu, a w niektórych przypadkach także wypalenia zawodowego. Pielęgniarki, które pracują w oddziałach paliatywnych, wykazują większą akceptację i spokój wobec śmierci pacjentów, podczas gdy pielęgniarki z oddziałów intensywnej terapii częściej doświadczają lęku i bezradności. Z kolei pielęgniarki młodsze wiekowo oraz te z krótszym stażem pracy często mają trudności w radzeniu sobie z emocjami związanymi ze śmiercią pacjenta.

**Wnioski.** Postawa pielęgniarek wobec śmierci pacjenta jest wynikiem wielu czynników, w tym doświadczenia zawodowego, specyfiki oddziału, a także wsparcia społecznego i profesjonalnego. Ważne jest, aby systematycznie wprowadzać szkolenia oraz wsparcie psychologiczne dla personelu medycznego, szczególnie w kontekście radzenia sobie ze stresem związanym ze śmiercią pacjentów. Konieczne jest także promowanie podejścia opartego na empatii i zrozumieniu w pracy pielęgniarskiej, aby zminimalizować ryzyko wypalenia zawodowego i poprawić jakość opieki nad pacjentem.

**Słowa kluczowe:** śmierć, stres zawodowy, pielęgniarka, postawy, personel medyczny

## **TYP OSOBOWOŚCI A WYSTĘPOWANIE STRESU ZAWODOWEGO WŚRÓD PIELEŃNIAREK I PIELEŃNIARZY**

---

**ANTONI WOLANIN, ANETA PATERAK, GRZEGORZ WOJDYŁA, MARTA  
WOLANIN**

**Wstęp.** Kadra pielęgniarska jest stale narażona na działanie bodźców stresowych o różnym nasileniu. Stres zawodowy może doprowadzić do zespołu wypalenia zawodowego, odczuwania negatywnych emocji oraz braku satysfakcji z wykonywanej pracy, dlatego też istotne jest poszukiwanie czynników, które mogłyby w jakikolwiek sposób minimalizować jego konsekwencje.

**Cel.** Celem pracy była ocena związku między typem osobowości o stresem zawodowym występującym wśród pielęgniarek i pielęgniarzy.

**Materiał i metoda.** W badaniu uczestniczyło 183 pielęgniarek i 17 pielęgniarzy, zatrudnionych na oddziałach zachowawczych (N=84; 42%) oraz zabiegowych (N=116; 58%). Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, narzędziem był autorski kwestionariusz ankiety.

**Wyniki.** Stres zawodowy odczuwało często 53,5%, zaś bardzo często 35,5% pielęgniarek/pielęgniarzy. Najwyższy poziom stresu u pielęgniarek/pielęgniarzy związany był



z wykonywaniem pracy w pośpiechu (86,25%) oraz poczuciem odpowiedzialności za życia i zdrowie pacjentów (86,13%). Ponad połowa badanych określiła swój typ osobowości jako typ B (53,5%, N=107), natomiast najmniej liczną grupę reprezentowały pielęgniarki i pielęgniarze z osobowością typu D (9,5%).

**Wnioski.** Stres zawodowy wśród kadry pielęgniarskiej jest wysoki, a niektóre dane socjodemograficzne jak: wiek, staż pracy i system pracy różnicują poziom odczuwanego stresu. Prezentowany typ osobowości ma istotny związek z poziomem odczuwanego stresu, przy czym największy stres odczuwają pielęgniarki i pielęgniarze z osobowością typu B, natomiast najmniejszy z typem osobowości D. Uzyskane wyniki mogą stanowić przesłankę do stosowania metod radzenia sobie ze stresem uwzględniających posiadany typ osobowości.

**ANALIZA PORÓWNAWCZA WYSTĘPOWANIA ZJAWISKA  
WYPALENIA ZAWODOWEGO WŚRÓD PIELEŃNIAREK  
ZATRUDNIONYCH NA ODDZIAŁACH SZPITALNYCH ORAZ  
W SYSTEMIE PAŃSTWOWEGO RATOWNICTWA MEDYCZNEGO**

---

**KATARZYNA KOCIUBA- ADAMCZUK, ŻANETA SYROKA- WALKIEWICZ,  
WOJCIECH LIPSKI**

**Wstęp:** Wypalenie zawodowe stanowi istotny problem w zawodach, które wymagają intensywnej interakcji z ludźmi, takich jak pielęgniarstwo. Celem niniejszej opracowania jest dokonanie analizy różnic w występowaniu wypalenia zawodowego pomiędzy pielęgniarkami pracującymi na oddziałach szpitalnych a pielęgniarkami zatrudnionymi w Państwowym Ratownictwie Medycznym.

**Cel pracy:** Głównym celem badania było określenie poziomu wypalenia zawodowego w dwóch grupach pielęgniarek oraz identyfikacja czynników wpływających na jego występowanie w kontekście charakterystyki środowiska pracy.

**Material i metody:** Badanie przeprowadzono na grupie pielęgniarek zatrudnionych w szpitalach i ratownictwie medycznym. Do pomiaru wypalenia zawodowego wykorzystano kwestionariusz Maslach Burnout Inventory (MBI). Wyniki analizowano statystycznie, porównując poziomy wypalenia zawodowego oraz jego komponenty w obu grupach.

**Wyniki:** Analiza wykazała, że pielęgniarki zatrudnione w systemie ratownictwa medycznego częściej wykazują wyższy poziom emocjonalnego wyczerpania w porównaniu do pielęgniarek pracujących na oddziałach szpitalnych. Natomiast depersonalizacja i poczucie mniejszej

skuteczności zawodowej były bardziej widoczne u pielęgniarek pracujących na oddziałach szpitalnych.

**Wnioski:** Wyniki badania wskazują na konieczność wdrażania spersonalizowanych programów wsparcia psychologicznego i/lub psychoterapeutycznego dla pielęgniarek w obu grupach badanych, uwzględniających specyfikę ich środowiska pracy. Poprawa dobrostanu psychicznego i zawodowego może wpłynąć pozytywnie na jakość opieki nad pacjentami.

## **WPLYW DOBROSTANU PSYCHICZNEGO PIELEŃNIAREK NA JAKOŚĆ OPIEKI NAD PACJENTEM**

---

**MONIKA BRANKIEWICZ, MONIKA JUSZCZAK, DIANA SYPOSZ  
OPIEKUN: DR N.MED. I DR N. O ZDR. MARIA DOROTA KWIKA**

**Wstęp.** Dobrostan psychiczny pielęgniarek ma kluczowe znaczenie dla jakości opieki nad pacjentem. Współczesne realia pracy pielęgniarek wiążą się z licznymi wyzwaniami. Może to prowadzić do pogorszenia standardów opieki.

**Cel pracy.** Podkreślenie znaczenia odpowiednich warunków pracy i wsparcia psychologicznego dla personelu pielęgniarskiego.

**Materiał i metoda.** Dane zebrane poprzez ankietę online z odpowiedziami jednokrotnego i wielokrotnego wyboru.

**Wyniki.** Największy stres odczuwa grupa wiekowa 25-35 lat, szczególnie w środowisku szpitalnym. Głównym źródłem stresu jest nadmiar obowiązków, brak wsparcia ze strony przełożonych oraz konflikty w miejscu pracy.

**Wnioski.** Konieczna jest poprawa warunków pracy wśród pielęgniarek, wprowadzenie strategii redukcji stresu.

## **INTELIGENCJA EMOCJONALNA PIELEŃNIAREK PSYCHIATRYCZNYCH I JEJ ZNACZENIE W OPIECE NAD PACJENTEM – PRZEGLĄD BADAŃ**

---

**KAROLINA PIKUR, MICHALINA CENDROWSKA, MAGDALENA DZIURKA**

**Wstęp.** Pielęgniarki psychiatryczne na co dzień wykonują znaczną „pracę emocjonalną”, czyli zarządzają swoimi emocjami w sposób korzystny dla pacjentów i sytuacji zawodowych (Mann & Cowburn 2005). Opieka psychiatryczna wymaga od nich umiejętności budowania relacji,

jednak trudne zachowania pacjentów, takie jak lęk, agresja czy brak zaufania, mogą wywoływać silny stres (Akerjordet & Severinsson 2004, Megens & van Meijel 2006).

**Rozwinięcie.** Inteligencja emocjonalna pomaga pielęgniarcom/pielęgniarkom radzić sobie z tymi wyzwaniami, wspierając zarówno proces podejmowania decyzji, jak i efektywne zarządzanie emocjami (Mayer & Salovey 1995, Mayer et al. 2001). Celem pracy było przeprowadzenie przeglądu badań na temat inteligencji emocjonalnej pielęgniarek psychiatrycznych oraz jej znaczenia w opiece nad pacjentem. Wykonano niesystematyczny przegląd piśmiennictwa w trzech bazach: PubMed, Scopus oraz CINAHL, przy użyciu kombinacji słów kluczowych. Wyniki przeglądu zawężono do artykułów opublikowanych w języku polskim i angielskim, począwszy od 2010 roku.

**Podsumowanie.** Istnieje wiele badań dotyczących psychicznych i emocjonalnych trudności w pracy pielęgniarek psychiatrycznych. Analiza istniejącej literatury pozwoliła na przedstawienie wpływu inteligencji emocjonalnej na jakość relacji terapeutycznych, radzenie sobie ze stresem oraz skuteczność interwencji pielęgniarstkich w opiece psychiatrycznej. Inteligencja emocjonalna jest istotna w radzeniu sobie z emocjonalnymi trudnościami, które pielęgniarki psychiatryczne napotykają w pracy. Jest także składową ważnych umiejętności pielęgniarstkich, takich jak empatia, samoświadomość czy asertywność, wrażliwość. Wyniki przeglądu wskazują na konieczność dalszego badania tego obszaru oraz wprowadzenia skutecznych strategii wsparcia, aby zmniejszyć negatywne skutki stresu zawodowego.

## **Wypalenie zawodowe i stres wśród pielęgniarek pracujących z chorymi umierającymi**

**ADRIANA BORODZICZ, EDYTA OŚMIAŁOWSKA, ANNA LARYSZ, ELŻBIETA OSTROWSKA**

**Wstęp.** Pielęgniarki pracujące na oddziałach opieki paliatywnej są szczególnie narażone na wystąpienie zjawiska wypalenia zawodowego. Sprawowanie opieki nad pacjentem cierpiącym, bliski kontakt emocjonalny z chorym i jego rodziną oraz nieustanne doświadczanie śmierci, generuje dużo bodźców stresowych i negatywnych emocji.

**Cel pracy.** Ocena występowania zjawiska wypalenia zawodowego i poziomu odczuwanego stresu wśród pielęgniarek pracujących z chorymi w terminalnej fazie choroby w wybranych hospicjach domowych i stacjonarnych na terenie województwa Dolnośląskiego.

**Materiały i metody badawcze.** Badaniem objęto 110 pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w hospicjach na terenie Dolnego Śląska, Posłużono się ankietą własną w celu oceny

socjodemograficzne badanej grupy oraz wykorzystano Oldenburski Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego (OLBI) i Skalę Odczuwanego Stresu (PSS10).

**Wyniki.** Personel pielęgniarski pracujący w hospicjach reprezentował średni poziom wypalenia zawodowego oraz wysoki poziom odczuwanego stresu. Pielęgniarki z krótszym stażem pracy doświadczały wyższy poziom wypalenia zawodowego. Narażenie na stres predysponuje do wystąpienia zjawiska wypalenia zawodowego. Wykształcenie nie różnicuje nasilenia stresu i poziomu wypalenia zawodowego. Osoby pracujące na 3 i więcej etatach charakteryzują się największym nasileniem odczuwanego stresu. Respondenci poświęcający większą ilość wolnego czasu na realizowanie pasji hobby odczuwają mniejszy poziom natężenia odczuwanego stresu.

**Wnioski.** Z przeprowadzonych badań wynika, że w badanej grupie średni poziom wypalenia zawodowego oraz duży poziom natężenia stresu. Pielęgniarki z dłuższym stażem w przedziale 30 i więcej lat pracy odczuwały najwyższą satysfakcję z pracy. Częstotliwość realizowania hobby/pasji w wolnym czasie zwiększa satysfakcję z życia i pracy oraz obniża poziom odczuwanego stresu.

**Słowa kluczowe.** opieka paliatywna, hospicjum, wypalenie zawodowe, stres.

## **JAKOŚĆ ŻYCIA, A POZIOM WYPALENIA ZAWODOWEGO WŚRÓD PERSONELU PIELEŃNIARSKIEGO PRACUJĄCEGO W ODDZIAŁACH ZABIEGOWYCH ORAZ ZACHOWAWCZYCH**

---

**ANNA FELIŃCZAK, AGATA KASPRZYK, KATARZYNA MALEWICZ, IWONA  
KLISOWSKA, ANETA KUBISA**

**Wstęp.** Personel pielęgniarski to niezwykle ważny filar systemu opieki zdrowotnej. Ze względu na charakter pracy oraz nieustanny kontakt międzyludzki, w szczególnym stopniu narażony jest na wystąpienie syndromu wypalenia zawodowego. Zjawisko to opisywane jest jako stan emocjonalnego, fizycznego jak i psychicznego wyczerpania. Wśród wielu czynników predysponujących do jego wystąpienia takich jak chroniczny stres, należy zwrócić uwagę na wpływ jakości życia na powstanie tego syndromu. Opisywana jakość życia jest często odzwierciedleniem dobrostanu jednostki oraz jej satysfakcji i zadowolenia z życia.

**Cel pracy.** Celem głównym pracy jest próba oceny oraz porównania jakości życia i ryzyka wypalenia zawodowego wśród badanego personelu pielęgniarskiego, pracującego w oddziałach zabiegowych oraz zachowawczych.

**Materiał i metody.** Badaniami objęto grupę N= 207 pielęgniarek/ pielęgniarzy aktywnych zawodowo, pracujących w oddziałach zabiegowych oraz zachowawczych. Wśród analizowanej grupy średni wiek wynosił 37 lat. Narzędziem badawczym umożliwiającym zebranie zaprezentowanych danych była ankieta własnego autorstwa składająca się z 27 pytań, dodatkowo zostały użyte standaryzowane kwestionariusze: skrócona wersja kwestionariusza badającego poziom jakości życia WHQOL BREEF oraz Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego OLBI (w polskiej adaptacji T. Chirkowskiej-Smolak), pozwalający na ocenę ryzyka wypalenia zawodowego.

**Wyniki.** Niemal połowa respondentów oceniła jakość swojego życia jako dobrą (49,8%). Z kolei 35,7% badanych uważało, że ich jakość życia nie była ani dobra, ani zła. W przypadku 9,2% osób ocena jakości życia była zła. W wyniku oceny kwestionariuszem OLBI uzyskano dwie podskale opisujące stopień wypalenia zawodowego w sposób zagregowany: wyczerpanie oraz wycofanie zaangażowania. Średni wynik dla wyczerpania wynosił 2,93 i wahał się między 1,25 a 4,00. Z kolei średni wynik dla wycofania zaangażowania wynosił 2,63 i wahał się od 1,00 do 3,75, co wskazuje na odczuwanie przez respondentów w wyższym stopniu wypalenia zawodowego w obszarze wyczerpania pracą, niż w obszarze wycofania zaangażowania.

**Wnioski.** Personel pielęgniarski pracujący w oddziałach zabiegowych w większym stopniu narażony jest wystąpieniu zjawiska wypalenia zawodowego, w porównaniu do personelu pielęgniarskiego pracującego na oddziałach zachowawczych.

**Słowa kluczowe:** wypalenie zawodowe, jakość życia, personel pielęgniarski, oddziały zabiegowe, oddziały zachowawcze.

## **WYPALENIE ZAWODOWE WŚRÓD PIELEŃNIAREK - WPŁYW STRESU I STRATEGIE RADZENIA SOBIE**

**ROKSANA PAPIERKOWSKA, JULIA SERWATKA, KAMIŁA JONAK,  
STANISŁAW MANULIK, KATARZYNA MALEWICZ**

**Wstęp.** Wypalenie zawodowe stanowi istotny problem wśród przedstawicieli zawodów pomocowych, w tym szczególnie wśród pielęgniarek, co wynika ze specyfiki tej profesji. Christina Maslach definiuje je jako zespół obejmujący wyczerpanie emocjonalne, depersonalizację oraz obniżone poczucie dokonań osobistych. Skuteczną formą profilaktyki może być rozwijanie indywidualnych strategii regeneracji oraz technik radzenia sobie ze stresem w sytuacjach zawodowych.

**Cel pracy.** Celem głównym niniejszej pracy jest ocena wpływu stresu na występowanie wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek.

**Material i metody.** Badania przeprowadzono w marcu–kwietniu 2024 roku na grupie 107 anonimowych pielęgniarek i pielęgniarzy, wykorzystując sondaż diagnostyczny oraz kwestionariusze: autorski, MBI i Mini-COPE. Uczestnicy zostali poinformowani o celu i anonimowości badania.

**Wyniki.** Poziom wypalenia zawodowego mierzony kwestionariuszem MBI wykazał najwyższą średnią dla depersonalizacji (67,38 punktów), najniższą dla braku satysfakcji zawodowej (47,77 punktów), a wyczerpanie emocjonalne osiągnęło 57,41 punktów. W strategiach radzenia sobie ze stresem według Mini-COPE najwyższą średnią uzyskała strategia poszukiwania wsparcia emocjonalnego (1,90 punktów), a najniżej oceniono zaprzeczanie (0,97 punktów) i zażywanie substancji psychoaktywnych (0,62 punktów).

**Wnioski.** Poziom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek jest przeciętny. Istnieje korelacja między jego poziomem a stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem. Liczba miejsc pracy, staż i atmosfera pracy istotnie wpływają na wypalenie, natomiast korzystanie z opieki psychiatrycznej nie ma istotnego wpływu.

# **WARUNKI PRACY I ICH WPLÝW NA ZDROWIE PIEŁĘGNIAREK / PIEŁĘGNIARZY**

---

# WPLYW PRACY ZMIANOWEJ NA RYTM DOBOWY I ZDROWIE PIELĘGNIAREK/PIELĘGNIARZY

GABRIELA KUZIEL, MAŁGORZATA MARĆ

**Wstęp.** Wykonywanie regularnych czynności zawodowych poza zwyczajowo przyjętymi godzinami pracy w ciągu dnia (tj. 7:00-18:00) nazwana jest pracą zmianową. Praca w systemie zmianowym oznacza każdą formę organizacji pracy na tym samym stanowisku według określonego harmonogramu, przy czym pracownicy rotują się na tych samych stanowiskach. Praca zmianowa jest powszechnym modelem organizacji czasu pracy w zawodzie pielęgniarstwa, wynikającym z konieczności zapewnienia całodobowej opieki nad pacjentami.

**Rozwinięcie.** Pielęgniarki/pielęgniarze najczęściej zatrudniane są wg wydłużonego do 12 godzin dobowego wymiaru czasu pracy i rozliczane są z wykonanej pracy w okresie rozliczeniowym wynoszącym nawet trzy miesiące. Profesjonaliści pielęgniarstwa pracują w szpitalu zazwyczaj w systemie równoważnym od poniedziałku do niedzieli, zgodnie z harmonogramem czasu pracy. Najczęściej jest to dwuzmianowy system: I zmiana od 7:00 do 19:00 i II zmiana od 19:00 do 7:00. Praca zmianowa zakłóca naturalny rytm dobowy, prowadząc do problemów ze snem, zmęczenia oraz zwiększonego ryzyka chorób sercowo-naczyniowych i metabolicznych. U pielęgniarek często występuje także obniżenie nastroju, stres oraz problemy z koncentracją.

Nieregularne godziny pracy w zawodzie pielęgniarstwa (świadczenie pracy w soboty, niedziele, święta) utrudniają zachowanie równowagi między życiem zawodowym a prywatnym, co negatywnie wpływa na relacje społeczne i rodzinne. Aby zminimalizować skutki pracy zmianowej, warto wdrażać strategie poprawiające jakość snu, dostosowywać grafik do indywidualnych potrzeb oraz zapewniać wsparcie psychologiczne.

**Podsumowanie.** Praca zmianowa negatywnie wpływa na rytm dobowy i zdrowie pielęgniarek. W celu minimalizacji skutków zaleca się wdrażanie strategii wspierających adaptację do pracy zmianowej, takich jak edukacja w zakresie higieny snu, optymalizacja harmonogramów pracy oraz wsparcie psychologiczne. Tworzenie przyjaznych warunków pracy może przyczynić się do poprawy jakości życia i zdrowia personelu medycznego.



# **ANALIZA CZYNNIKÓW STRESOGENNYCH W PRACY INSTRUMENTARIUSZKI W BLOKU OPERACYJNYM: STUDIUM ZAGROŻEŃ PSYCHOSPOŁECZNYCH W ŚRODOWISKU MEDYCZNYM**

**KLAUDIA WENDERLICH, IGOR KACPRZAK**

**OPIEKUN ORGANIZACYJNY KOŁA: MGR ADRIANNA FRYDRYSIAK-BRZozowska**

**OPIEKUN NAUKOWY KOŁA: DR HAB. N O ZDR. MARIOLA GŁOWACKA- PROF. UCZ.**

**Wstęp.** Praca instrumentariuszki w bloku operacyjnym jest jednym z najbardziej wymagających zawodów w ochronie zdrowia, narażającym pracowników na liczne stresory związane z wysoką odpowiedzialnością, intensywnym tempem pracy oraz obciążeniem emocjonalnym. Codzienna konfrontacja z trudnymi sytuacjami, takimi jak interakcje z pacjentami w stanie krytycznym, a także konieczność podejmowania szybkich decyzji, może prowadzić do wystąpienia przewlekłego stresu i wypalenia zawodowego.

**Cel.** Celem niniejszej pracy jest analiza czynników stresogennych występujących w tym specyficznym środowisku pracy oraz ich wpływu na zdrowie psychiczne i fizyczne personelu medycznego. Zrozumienie tych zagrożeń pozwala na opracowanie skutecznych metod wsparcia, które mogą poprawić jakość pracy oraz samopoczucie instrumentariuszek.

**Materiał i metody.** Badania oparto na analizie literatury przedmiotu oraz przeprowadzeniu wywiadów z pracownikami bloków operacyjnych. Dodatkowo zastosowano kwestionariusze oceny poziomu stresu zawodowego oraz jego skutków psychospołecznych. Zbierane dane umożliwiły identyfikację najistotniejszych czynników stresowych oraz ocenę ich wpływu na funkcjonowanie zawodowe i emocjonalne personelu medycznego.

**Wyniki.** Analiza wykazała, że głównymi czynnikami stresogennymi w pracy instrumentariuszki są: presja czasu, odpowiedzialność za bezpieczeństwo pacjentów, obciążenie emocjonalne związane z interakcją z pacjentami w stanie krytycznym oraz konflikty interpersonalne w zespole medycznym. Ponadto, występuje zauważalna korelacja między poziomem stresu a objawami wypalenia zawodowego.

**Wnioski.** Zidentyfikowane stresory wymagają działań mających na celu zmniejszenie ich negatywnego wpływu na pracowników, takich jak wprowadzenie szkoleń z zakresu zarządzania stresem, poprawa komunikacji w zespole oraz wprowadzenie systemów wsparcia psychologicznego. Rekomenduje się także organizację pracy w sposób, który pozwoli na lepsze radzenie sobie z presją czasową i odpowiedzialnością.

**Słowa kluczowe :** stres zawodowy, instrumentariuszka, blok operacyjny, wypalenie zawodowe,

stresory psychospołeczne, zarządzanie stresem, wsparcie psychologiczne.

## JAK ŚPIĄ PIEŁĘGNIARKI?

---

**KATARZYNA MALEWICZ, BARBARA BETLEJ, ANNA FELIŃCZAK, IWONA KLISOWSKA**

**Wstęp.** Zaburzenia snu występujące w postaci jego niewystarczającej ilości bądź pogorszonej jakości prowadzą do gorszego samopoczucia, odczuwania negatywnych emocji, zaburzenia koncentracji, upośledzają umiejętność radzenia sobie w stresujących sytuacjach. Objawy te są szczególnie niebezpieczne w przypadku pielęgniarek, których praca opiera się na opiece nad innymi osobami, podejmowaniu decyzji, podawaniu leków, uczestnictwie w procesie terapeutycznym.

**Cel badania.** Celem pracy była ocena oraz analiza czynników ryzyka występowania zaburzeń snu w grupie zawodowej pielęgniarek.

**Materiały i metody.** W badaniu wzięły udział 104 pielęgniarki pracujące w różnych placówkach medycznych. W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, z wykorzystaniem narzędzi badawczych: ankiety własnego autorstwa, oraz trzech standaryzowanych kwestionariuszy: Ateńskiej Skali Bezsenności (AIS Athens Insomnia Scale), Skali Senności Epworth (ESS- Epworth Sleepiness Scale) oraz Skali depresji Becka. Ankiety zebrano drogą elektroniczną, za pomocą Google Forms.

**Wyniki.** Obserwuje się istotny statystycznie związek pomiędzy występowaniem bezsenności w grupie badanych pielęgniarek a posiadaniem potomstwa. U pielęgniarek chorujących na choroby przewlekłe oraz zaburzenia depresyjne obserwuje się zwiększone występowanie bezsenności oraz zwiększoną senność w ciągu dnia. Nie wykazano, aby u badanych pielęgniarek na zaburzenia snu wpływały: zmiany 12 godzinne i zmiany nocne, miejsce pracy, palenie wyrobów tytoniowych, stan cywilny czy BMI.

**Wnioski.** W grupie zawodowej pielęgniarek występują zaburzenia snu. Mają one charakter bezsenności oraz zwiększonej senności w ciągu dnia. Występowanie chorób przewlekłych w grupie zawodowej pielęgniarek wpływa negatywnie na występowanie zaburzeń snu w tej grupie. Pielęgniarki posiadające potomstwo częściej chorują na bezsenność w porównaniu do bezdzietnych pielęgniarek. Zaburzenia depresyjne wpływają negatywnie na występowanie zaburzeń snu w grupie badanych pielęgniarek.

**Słowa kluczowe:** pielęgniarki, zaburzenia snu, praca zmianowa, skala AIS, skala ESS, skala Becka

# **OD PASJI DO WYPALENIA – PRZYCZYNY, SKUTKI I SPOSOBY ZAPOBIEGANIA WYPALENIU ZAWODOWEMU WŚRÓD MEDYKÓW**

**ZUZANNA DANIEL**

**OPIEKUN PRACY: DR N. O ZDR. JOANNA BŁAJDA**

**Wstęp.** Wypalenie zawodowe w zawodach medycznych to poważny problem, który dotyka wielu pracowników służby zdrowia. Charakteryzuje się ono stanem emocjonalnego, psychicznego i fizycznego wyczerpania, spowodowanym długotrwałym stresem związanym z pracą.

**Rozwinięcie.** Celem pracy jest przedstawienie przyczyn wypalenia zawodowego wśród personelu medycznego, wpływu tego zjawiska na efektywność wykonywanej pracy oraz działań profilaktycznych. Wypalenie zawodowe to syndrom wynikający z chronicznego stresu w miejscu pracy, którego nie udało się skutecznie opanować. Charakteryzuje się trzema cechami: uczuciem wyczerpania lub utratą energii, zwiększonym dystansem psychicznym do wykonywanej pracy (poczuciem negatywizmu czy cynizmu związanym z wykonywaną pracą) oraz obniżoną efektywnością zawodową. Determinantami tego syndromu są warunki pracy oraz cechy osobowości. Wśród pracowników medycznych rezultatem obciążenia psychicznego jest zmęczenie, co wywołuje obecność typowych objawów zmęczenia w wymiarze aktywności, motywacji i objawów fizycznych. Ponadto, istnieją badania, które wykazują że presja czasu oraz wysoki poziom wypalenia zawodowego zagrażają bezpieczeństwu pacjenta u personelu medycznego. Wysoki poziom stresu wśród personelu medycznego, wynikający z intensywnego obciążenia pracą i nieoptymalnych warunków psychospołecznych, znacząco zwiększa ryzyko błędów medycznych. Wsparcie organizacyjne okazuje się kluczowe w minimalizacji tych niebezpieczeństw. Wysoki poziom stresu zawodowego koreluje z niższą satysfakcją z pracy oraz wyższym ryzykiem wypalenia zawodowego. Wypalenie zawodowe nie ogranicza się tylko do pracy. Zaczyna wpływać na relacje z rodziną i przyjaciółmi. Medyk staje się drażliwy i wycofany, a czas wolny nie przynosi odpoczynku. W skrajnych przypadkach może dojść do depresji, lęków i uzależnień.

**Podsumowanie.** Ważne jest, aby nie bagatelizować objawów wypalenia zawodowego i jak najwcześniej podjąć działania, które pomogą odzyskać równowagę. Warto szukać wsparcia w grupach wsparcia dla medyków, gdzie można dzielić się swoimi doświadczeniami i uzyskać pomoc od innych osób, które rozumieją specyfikę tej pracy. Organizacje medyczne powinny aktywnie promować zdrowie psychiczne swoich pracowników i tworzyć środowisko pracy, które sprzyja redukcji stresu i zapobieganiu wypaleniu zawodowemu.

## **ZAKAŻENIA KRWIPOCHODNE O ETIOLOGII WIRUSOWEJ – WYZWANIE DLA WSPÓŁCZESNEJ MEDYCZYNY**

**MARIOLA MENDRYCKA, ZUZANNA TRZEŚNIEWSKA-OFIARA, KATARZYNA KUSZEWSKA,  
AGNIESZKA WOŹNIAK-KOSEK**

**Wstęp.** Wirusowe zakażenia krwiopochodne, wywoływane głównie przez wirusy HIV, HBV i HCV, pozostają istotnym problemem zdrowia publicznego na całym świecie. Mimo postępu medycyny, wdrażania skutecznych szczepień oraz rozwoju terapii przeciwwirusowych, zakażenia te nadal prowadzą do ciężkich powikłań zdrowotnych i stanowią wyzwanie dla systemów ochrony zdrowia. Wysoka zakaźność, przewlekły przebieg choroby oraz trudności diagnostyczne potęgują skalę problemu.

**Rozwinięcie.** Do głównych dróg transmisji wirusów krwiopochodnych należą: kontakt z zakażoną krwią i płynami ustrojowymi, iniekcyjne używanie narkotyków, ekspozycja zawodowa personelu medycznego oraz niejałowe procedury medyczne i niemedyce. Każdy z omawianych wirusów cechuje się odmiennym przebiegiem klinicznym i potencjałem do wywoływania poważnych powikłań, takich jak marskość wątroby, nowotwory wątroby czy niedobór odporności. Skuteczną metodą profilaktyki HBV jest szczepienie, natomiast brak szczepionki przeciwko HCV znacząco utrudnia kontrolę zakażeń. Szczególne znaczenie mają również standardowe środki ostrożności w placówkach medycznych, postępowanie poekspozycyjne oraz edukacja personelu w zakresie profilaktyki i kontroli zakażeń.

**Podsumowanie.** Zakażenia wirusami przenoszonymi drogą krwi nadal stanowią poważne wyzwanie dla współczesnej medycyny, wymagające wielokierunkowych działań - od profilaktyki i diagnostyki po skuteczne leczenie i nadzór epidemiologiczny. Kluczowe jest zwiększenie dostępu do szczepień przeciw HBV, intensyfikacja badań nad szczepionką przeciw HCV oraz stałe podnoszenie świadomości i kompetencji personelu medycznego. Skuteczna walka z tym problemem wymaga globalnego zaangażowania i współpracy, by ograniczyć ryzyko transmisji, poprawić wykrywalność zakażeń i zmniejszyć ich długofalowe konsekwencje zdrowotne.

**Słowa kluczowe:** HBV, HCV, HIV, kontrola zakażeń, profilaktyka zakażeń

# WPLYW STRESU ZAWODOWEGO NA JAKOŚĆ ŻYCIA PIELĘGNIAREK I PIELĘGNIARZY

EDYTA OŚMIAŁOWSKA, ADRIANA BORODZICZ, ANNA LARYSZ,  
KATARZYNA MACHAJSKA

**Wstęp.** Z biegiem lat tempo życia stale przyspiesza, co może przynosić zarówno korzyści, jak i negatywne skutki. Wzrost tempa życia często idzie w parze ze wzrastającą presją otoczenia, rosnącymi oczekiwaniami zawodowymi oraz dążeniem do osiągania coraz wyższych celów i ambicji. Praca zawodowa, choć kluczowa dla stabilności finansowej i osobistej satysfakcji, często stanowi również źródło stresu, który stał się nieodłącznym elementem życia współczesnego społeczeństwa. Pielęgniarki, jako grupa zawodowa, szczególnie narażone są na stres w miejscu pracy, musząc radzić sobie z różnymi czynnikami stresogennymi, co może prowadzić do problemów zdrowotnych i społecznych. Badania nad wpływem stresu na jakość życia pielęgniarek i pielęgniarzy wykazały, że pielęgniarki charakteryzują się wyższym poziomem stresu, co negatywnie wpływa na ich jakość życia, zwłaszcza pod względem zdrowia fizycznego. Dodatkowo, wykazano, że poziom stresu zawodowego nie maleje wraz z dłuższym stażem pracy, co może wymagać opracowania nowych strategii zarządzania stresem wśród pielęgniarek, aby poprawić jakość ich życia codziennego.

**Cel pracy.** Celem pracy jest przeprowadzenie oceny wpływu stresu związanego z pracą pielęgniarek i pielęgniarzy na jakość ich życia, z uwzględnieniem radzenia sobie z nim oraz ewentualnych różnic w doświadczanym stresie i jakości życia w zależności od różnych czynników.

**Materiał i metody.** Badaną grupę stanowiło 146 osób (w tym 134 kobiety i 12 mężczyzn) aktywnie wykonujących zawód pielęgniarki i pielęgniarza.. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem następujących narzędzi badawczych: Skrócona Wersja Ankiety Oceniającej Jakość Życia (The World Health Organization Quality Of Life – WHOQOL -BREF, Skala – Postrzegany Stres w Pracy (PSwP) w oparciu o PSS-10 oraz ankiety własnego autorstwa.

**Wyniki.** Uzyskane w przeprowadzonym badaniu, wykazały że pielęgniarki, pielęgniarze:

- posiadający więcej niż jedno miejsce pracy cechowały się wyższym poziomem stresu i niższą oceną jakości życia
- odczuwają istotne różnice w jakości życia w zależności od obecności chorób przewlekłych

- którym towarzyszy większy poziom stresu zawodowego, odczuwają niższą jakość życia.

### **Wnioski:**

1. Im wyższy poziom stresu zawodowego doświadczają pielęgniarki i pielęgniarze, tym niższa jest ich jakość życia.
2. Wiek pracowników nie jest powiązany ze stresem zawodowym i jakością życia.
3. Wraz z wyższym wykształceniem badanych pielęgniarek, nie maleje poziom stresu zawodowego.
4. Badani pracujący w kilku miejscach pracy nie cechują się wyższym poziomem stresu zawodowego niż badani podejmujący pracę tylko w jednym miejscu, ale ich jakość życia jest częściowo gorsza.
5. Wraz z dłuższym stażem pracy u badanych nie zmniejsza się poziom stresu zawodowego, ale częściowo pogarsza się jakość życia.
6. Im wyższy jest poziom stresu zawodowego w badanej grupie, tym gorsze samookreślenie własnego stanu zdrowia.
7. Osoby chorujące przewlekłe cechują się obniżoną jakością życia, ale nie wyższym poziomem stresu zawodowego niż osoby bez chorób przewlekłych.

## **ZACHOWANIA ZDROWOTNE PIEŁĘGNIAREK PRACUJĄCYCH W TRYBIE ZMIANOWYM**

---

**ANETA KUBISA, MAŁGORZATA BŁASZCZYK, ANNA FELIŃCZAK,  
KATARZYNA MALEWICZ, IWONA KLISOWSKA**

**Wstęp.** Praca zmianowa wiąże się ze zmniejszoną ilością snu oraz nieregularnym trybem życia. Powyższe czynniki prowadzą do wieloletniego przewlekłego zmęczenia i stresu, co prowadzi do zwiększenia częstości spożywania używek, zmniejszenia poziomu aktywności fizycznej oraz pogorszenia jakości diety. Wspomniane zachowania zdrowotne pracowników zmianowych prowadzą do zwiększenia ryzyka występowania chorób niezakaźnych.

Podstawą wprowadzenia odpowiednich nawyków zdrowotnych jest posiadanie wiedzy w zakresie poszczególnych zachowań zdrowotnych. Do stosowania prawidłowej diety niezbędna jest świadomość zapotrzebowania naszego ciała na różne składniki odżywcze.

**Cel badań.** Celem pracy była charakterystyka zachowań zdrowotnych w grupie pielęgniarek pracujących w trybie zmianowym.

**Material i metody.** Badania przeprowadzono w grupie 202 pielęgniarek pracujących zmianowo. Wykorzystano kwestionariusz własnego autorstwa pozwalający scharakteryzować grupę pod względem socjodemograficznym. W celu opisanie zachowań zdrowotnych grupy badanej przeprowadzono kwestionariusz KOMPAN oraz Międzynarodowy kwestionariusz aktywności fizycznej (IPAQ).

**Wnioski.** Pielęgniarki ze stażem pracy powyżej 20 lat charakteryzowały się istotnie większym nasileniem niezdrowej diety niż osoby ze stażem do 5 lat. Indeks niezdrowej diety był wyższy wśród osób ze średnim niż z wyższym wykształceniem. Staż pracy i wykształcenie pielęgniarek nie miały wpływu na prowadzenie prozdrowotnej diety. Poziom wiedzy żywieniowej respondentów nie był zależny od ich poziomu wykształcenia. Staż pracy nie miał wpływu na poziom aktywności fizycznej badanych. Częstość spożycia napojów alkoholowych nie była zależna od stażu pracy, ale osoby ze stażem powyżej 20 lat częściej od osób z krótszym stażem paliły obecnie tytoń. Poziom wiedzy żywieniowej badanych pracowników nie był zależny od stażu ich pracy. Poziom wiedzy pielęgniarek miał pozytywny wpływ na prowadzenie prozdrowotnej diety.

**Słowa kluczowe:** praca zmianowa, zachowania zdrowotne, jakość diety, aktywność fizyczna.

## **POSTĘPOWANIE POEKSPOZYCYJNE ORAZ ZAPOBIEGANIE ZAKAŻENIOM SZPITALNYM W OPINII PERSONELU PIELĘGNIARSKIEGO**

---

**DOMINIKA GROŃ, KINGA FECKO–GAŁOWICZ, MARIA PÓLTORAK,  
WIOLETTA ŁAWSKA, MAGDALENA NIECKULA**

**Wstęp.** Problematyka ekspozycji zawodowych oraz zakażeń szpitalnych dotyczy szpitali na całym świecie. Na żadnym z kontynentów nie udało się całkowicie wyeliminować tej znaczącej przeszkody. Staranność w przestrzeganiu procedur medycznych i higienicznych staje się niejednokrotnie wyzwaniem dla niektórych z personelu pielęgniarskiego, ze względu na dużą ilość obowiązków, a niewystarczającą ilość personelu. Nie tłumaczy to takich zachowań, lecz wskazują na problem w systemie ochrony zdrowia.

**Cel pracy.** Celem głównym pracy było: Poznanie poziomu wiedzy oraz opinii ankietowanego personelu pielęgniarskiego na temat postępowania poekspozycyjnego oraz zapobiegania zakażeniom szpitalnym.

**Material i metody.** W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, natomiast narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety składający się z 26 pytań. Ankieta została



utworzona dla personelu pielęgniarskiego. Odpowiedzi na pytania były przeprowadzone w formie zamkniętej jednokrotnego lub wielokrotnego wyboru oraz z możliwością odpowiedzi własnej w niektórych pytaniach. Pytania dotyczyły doświadczeń pielęgniarek odnośnie ekspozycji zawodowej, wiedzy na temat chorób poekspozycyjnych, a także możliwościach zapobiegania zakażeniom szpitalnym.

**Wyniki.** Ankietowany personel pielęgniarski w większości (63% - 83) ocenił na dobrym poziomie swoją wiedzę na temat zakażeń szpitalnych. Pozostali ankietowani stwierdzili, że ich wiedza na przedmiotowy temat jest niewystarczająca (21% - 27) oraz bardzo dobra (16% - 21). Wśród ankietowanych przeważały (82% - 107) osoby deklarujące znajomość procedur dotyczących postępowania po ekspozycji zawodowej.

**Wnioski.** Przeprowadzone badanie podkreśla istotność ciągłej edukacji personelu medycznego w zakresie profilaktyki zakażeń krwiopochodnych oraz postępowania po ekspozycji na potencjalnie zakaźny materiał biologiczny a także w zakresie profilaktyki zakażeń szpitalnych.

**Słowa kluczowe:** postępowanie poekspozycyjne, zakażenia szpitalne

## **ŚWIADOMOŚĆ OBCIĄŻEŃ ZWIĄZANYCH Z ZAWODAMI MEDYCZNYMI NA PRZYKŁADZIE ZAWODU PIELEŃNIARKI, RATOWNIKA MEDYCZNEGO ORAZ FIZJOTERAPEUTY**

---

**MONIKA LIPA, DOMINIKA KACHEL, MARIKA GAJ, OLIMPIA ŻAGLEWSKA,  
KRZYSZTOF PLISZCZAK**

**Wstęp.** Zawody medyczne takie jak pielęgniarstwo, ratownictwo medyczne czy fizjoterapia cieszą się ostatnimi czasy dużą popularnością. Jest to ważne szczególnie dlatego, że duży odsetek dotychczasowych pracowników służby zdrowia zbliża się do wieku emerytalnego. Zastąpienie ich nowym personelem medycznym wymaga osiągnięcia docelowego wykształcenia medycznego oraz świadomego wykonywania zawodu. Ustawa o zawodach medycznych reguluje 15 profesji. Zawody te choć niosą za sobą szacunek społeczny podlegają wielu czynnikom obciążającym sferę psycho- fizyczną osób je wykonujących.

**Cel pracy.** Ocena świadomości studentów kierunków medycznych na obciążenia psychologiczno fizyczne związane z zawodem pielęgniarki, ratownika oraz fizjoterapeuty. W badaniu chciano także uzyskać odpowiedź jakie konkretnie są to czynniki.

**Materiał i metody.** W badaniu skorzystano z kwestionariusza własnej konstrukcji metodą ankiety. Pytania dotyczyły konkretnych czynników obciążeń w zawodach medycznych oraz sposobu radzenia sobie z nimi. Kwestionariusz został udostępniony studentom Wyższej Szkoły



Medycznej w Kłodzku za pomocą sieci Internet oraz wewnętrznego systemu informatycznego Wyższej Szkoły Medycznej. Czas badania- od 10.03- 20.03.2025.

**Wyniki:** Kwestionariusz wypełniło 28 studentów w tym 5 mężczyzn oraz 23 kobiety. Wszyscy respondenci byli studentami pielęgniarstwa w wieku 36- 45 (38,38%), 26- 35 (35,71%) oraz 19- 34 (7,14%). Większość stanowiły osoby będące wcześniej absolwentami uczelni (82,14%). Powodem wyboru studiów była w większości chęć zmiany zawodu (28,57%), najmniej ważne okazały się kwestie zwiększenia zarobków (10,71%). Badanie wykazało, że zdecydowana większość studentów posiada zdefiniowaną ścieżkę zawodową po studiach, była w nim praca w szpitalu 15 osób, jedynie 3 osoby nie były zdecydowane co do przyszłej kariery. Wszyscy badani byli świadomi charakteru pracy po studiach oraz związanych z nią obciążeń. Respondenci są zdecydowani na kontynuację studiów (60,71%), 21,41% myślało nad rezygnacją z podjętego kierunku studiów ale zdecydowało się na pozostanie. Ponad 90% osób wie, że zetknął się w swojej pracy ze śmiercią i akceptuje jej obecność, 4 osoby uznały ten fakt za obciążenie. Podobnie wysoką świadomość (>90%) wykazało pytanie o obciążenie związane z presją czasu. Radzenie sobie ze stresem poprzez sport zadeklarowało 9 osób, 6 chce osiągnąć balans psychiczny poprzez rozmowę z bliskimi, natomiast 5 osób nie wie jeszcze w jaki sposób poradzi sobie ze stresem. Na pytanie o obawy związane z przyszłą pracą ankietowane osoby mogły odpowiedzieć w sposób opisowy – zaprezentowane wyniki znajdują się na wykresie (praca główna).

**Wnioski:**

1. Studia na kierunku pielęgniarstwo wybierają osoby posiadające już inny zawód.
2. Przyszli/ły pielęgniarze/ki są świadomi obciążeń zawodowych.
3. Śmierć nie jest traktowana jako temat tabu.
4. Praktyki zawodowe są źródłem refleksji nad zawodem medycznym oraz w sposób prawidłowy wdrażają nowych kandydatów do pracy zawodowej.

# UZALEŻNIENIA WŚRÓD PERSONELU MEDYCZNEGO – PRZEGLĄD SYTUACJI W POLSCE I NA ŚWIECIE

PIOTR SZYSZKO, MATYŁDA EKSTOWICZ, MAGDALENA SZYSZKO,  
EWA KUPCEWICZ

**Wprowadzenie.** Uzależnienia wśród personelu medycznego stanowią istotne wyzwanie zarówno w kontekście zdrowia publicznego, jak i aspektów społecznych. Problem ten oddziałuje nie tylko na jakość świadczonej opieki zdrowotnej, lecz również na kondycję fizyczną i psychiczną samych pracowników sektora medycznego. Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), uzależnienie jest stanem o podłożu psychicznym i fizycznym, wynikającym z interakcji organizmu z substancjami chemicznymi, do których zaliczają się przede wszystkim alkohol, narkotyki, nikotyna oraz leki. Konsekwencje uzależnień mogą obejmować zarówno negatywne skutki zdrowotne, jak i zaburzenia funkcjonowania społecznego. Wśród personelu medycznego obserwuje się narastający problem stosowania substancji psychoaktywnych, spożywania alkoholu oraz palenia tytoniu. Jednakże zjawisko to często pozostaje nieujawnione, co utrudnia jego wczesne rozpoznanie i wdrożenie adekwatnych działań interwencyjnych.

**Cel pracy.** Analiza zakresu problemu uzależnień wśród personelu medycznego, identyfikację kluczowych czynników ryzyka oraz ocenę konsekwencji zdrowotnych, zawodowych i społecznych związanych z tym zjawiskiem. Ponadto, istotnym aspektem opracowania jest porównanie sytuacji w Polsce z warunkami panującymi w innych krajach.

**Materiał i metody.** Jako metodę badawczą przyjęto systematyczny przegląd literatury naukowej dotyczącej uzależnień wśród personelu medycznego. Dane pozyskano z renomowanych baz naukowych, takich jak PubMed, Scopus, Elsevier, Springer oraz Web of Science, a także z raportów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) oraz krajowych instytucji zajmujących się zdrowiem publicznym. Przegląd przeprowadzono zgodnie z metodologią systematycznego przeglądu literatury, uwzględniając kryteria jakościowe w doborze źródeł.

**Wyniki.** Analiza zebranych danych wskazuje, że uzależnienia wśród personelu medycznego najczęściej dotyczą substancji psychoaktywnych, w szczególności alkoholu, opioidów oraz leków przeciwbólowych i nasennych. W Polsce problem ten dotyczy około 5–10% pracowników sektora medycznego, natomiast w skali globalnej odsetek ten jest zróżnicowany i w niektórych krajach sięga nawet 15–20%. Do kluczowych czynników sprzyjających rozwojowi uzależnień należą wysokie wymagania zawodowe, przewlekły stres oraz łatwy dostęp do substancji leczniczych.

**Wnioski.** Problem uzależnień wśród personelu medycznego jest przedmiotem licznych badań na świecie, co umożliwiło wdrożenie programów wsparcia psychologicznego i zdrowia psychicznego dla pracowników ochrony zdrowia w wielu krajach. Uzależnienia te stanowią istotne zagrożenie zarówno dla zdrowia samych pracowników, jak i dla jakości świadczonej opieki zdrowotnej. W Polsce, mimo rosnącej świadomości tego problemu, nadal istnieje ograniczona liczba badań oraz programów prewencyjnych, co wskazuje na potrzebę dalszych działań w tym obszarze.

**Słowa kluczowe:** uzależnienia, stres zawodowy, alkoholizm, nikotynizm, personel medyczny

## **PRACA ZMIANOWA A RYZYKO WYSTĄPIENIA WYPALENIA ZAWODOWEGO WŚRÓD PIEŁĘGNIAREK I PIEŁĘGNIARZY**

**DOROTA NALEPA, MAGDALENA PAŃCZYK, BEATA ŻÓŁKIEWSKA, ANNA  
JENDRZEJCZAK**

**Wstęp.** Wypalenie zawodowe pielęgniarek jest poważnym problemem, który wpływa nie tylko na ich dobrostan, ale także na jakość opieki nad pacjentami. Przyczyny wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek są złożone i wieloaspektowe. W czerwcu 2019 roku wypalenie zawodowe zostało wpisane do Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD11) przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) i obowiązuje od 1 stycznia 2022 roku, nie jest jednak uznawane za chorobę, a za syndrom mogący mieć wpływ na stan zdrowia.

**Cel pracy.** Ukazanie zależności między pracą zmianową, a wypaleniem zawodowym pielęgniarek i pielęgniarzy

**Materiał i metody.** Badania zostały przeprowadzone wśród 103 pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w zamojskich oddziałach szpitalnych, z czego 95 osób stanowiły kobiety i 7 mężczyźni. Do przeprowadzenia badań wykorzystano ankietę składającą się z trzech standaryzowanych narzędzi badawczych: Kwestionariusza wypalenia zawodowego (MBI), Skalę satysfakcji z pracy (SSP), Kwestionariusza stresu postrzeganego w pracy.

**Wyniki badań.** W badaniach własnych współczynnik istotności w teście Welcha wyniósł  $p < 0,05$ , zatem wskazuje na fakt, że zagrożenie wypaleniem zawodowym jest zależne od stażu pracy. Wykazano, że czynnikami determinującymi wypalenie zawodowe jest system pracy, na co wskazują odpowiedzi dotyczące obniżenia poczucia osiągnięć osobistych ze średnią punktacją o 2,6 punktu większą dla osób pracujących w systemie zmianowym w stosunku do systemu pracy stałego. Wyniki badań ukazują, że staż pracy, wiek badanych, praca w systemie zmianowym ma istotny związek z odczuciami związanymi z wypaleniem zawodowym.

**Wnioski.** Z badań własnych wynika, że osoby pracujące w systemie zmianowym wykazują większy poziom wypalenia zawodowego niż osoby pracujące w stałych godzinach pracy. Zdecydowanie bardziej zagrożone wypaleniem zawodowym są pielęgniarki, które odczuwają mniejszą satysfakcję z pracy oraz większy stres.

**Słowa kluczowe:** praca zmianowa, wypalenie zawodowe, pielęgniarki

## **WPLYW PRACY W SYSTEMIE ZMIANOWYM NA STAN ZDROWIA PERSONELU PIELEŃNIARSKIEGO W PORÓWNANIU Z PERSONELEM PIELEŃNIARSKIM PRACUJĄCYM W SYSTEMIE JEDNOZMIANOWYM**

---

**ANNA LARYSZ, ALICJA KRASIŃSKA, ADRIANA BORODZICZ, EDYTA  
OŚMIAŁOWSKA**

**Wstęp.** System zmianowy jest nieodłącznym elementem funkcjonowania współczesnych placówek medycznych, szczególnie w przypadku personelu pielęgniarskiego. Taki system pracy obejmuje nieregularne godziny, częste nocne zmiany oraz pracę w weekendy i święta, co może mieć negatywny wpływ na zdrowie pracowników. W przeciwieństwie do systemu jednozmianowego, który zazwyczaj zapewnia bardziej regularne godziny pracy, system zmianowy naraża personel na różnorodne obciążenia, zarówno fizyczne, jak i psychiczne.

**Cel pracy.** Celem pracy jest zbadanie wpływu pracy w systemie zmianowym na stan zdrowia personelu pielęgniarskiego w porównaniu do personelu pracującego w systemie jednozmianowym.

**Materiał i metody.** W badaniu wzięło udział 150 osób, 89 osób pracowało w systemie zmianowym, natomiast 61 osób wykonywało pracę w systemie jednozmianowym. Zdecydowaną większość osób badanych stanowiły kobiety. Grupa kobiet liczyła 109 osób, natomiast grupa mężczyzn 41 osób.

W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem następujących narzędzi badawczych: Ateńskiej Skali Bezsenności, Kwestionariusza SWING, Skalę Depresji Becka oraz ankiety własnego autorstwa. Wyniki poddano analizie statystycznej.

### **Wyniki:**

Pielęgniarki pracujące w systemie zmianowym w porównaniu do pielęgniarek pracujących w systemie jednozmianowym, wykazały że :

- praca utrudnia podjęcie dodatkowej aktywności
- odczuwają większe przemęczenie i wyczerpanie

- częściej zapadają na choroby przewlekłe
- przenoszą emocje związane z pracą na życie rodzinne.

#### **Wnioski:**

1. Długotrwała praca w systemie zmianowym wykazuje istotnie szkodliwy wpływ na zdrowie pielęgniarek, co sugerują wyższe wskaźniki problemów zdrowotnych w tej grupie.
2. Pielęgniarki pracujące w systemie zmianowym częściej doświadczają zaburzeń snu oraz bezsenności, co zostało potwierdzone wyższymi wynikami w ocenie jakości snu.
3. Wyższa zapadalność na infekcje w grupie pracowników systemu zmianowego wskazuje na pogorszenie odporności, prawdopodobnie związane z nieregularnym rytmem pracy.
4. Pielęgniarki pracujące w systemie zmianowym częściej cierpią na depresję, co może wymagać szybszej interwencji terapeutycznej.
5. Pracownicy systemu zmianowego zgłaszają większe trudności w utrzymaniu relacji rodzinnych oraz społecznych, co odzwierciedla negatywny wpływ pracy na życie prywatne.
6. Praca w systemie zmianowym wiąże się również z poczuciem izolacji społecznej i trudnościami w organizowaniu wolnego czasu, co dodatkowo wpływa na obniżenie jakości życia personelu pielęgniarskiego.

---

## **WYPALENIE ZAWODOWE PIELEŃNIAREK A MIEJSCE PRACY**

**ANNA DĄBEK, KATARZYNA MALEWICZ, IWONA ZBOROWSKA,  
STANISŁAW MANULIK**

**Wstęp.** Wypalenie zawodowe jest jednym z najpoważniejszych wyzwań dzisiejszego rynku pracy. Problem ten dotyczy również zawodów medycznych, w tym pielęgniarek i pielęgniarzy. Pracownicy tego sektora są narażeni na wypalenie zawodowe w wyniku wysokiego poziomu stresu w codziennej pracy, dużą odpowiedzialnością związaną z wykonywanymi czynnościami oraz intensywnymi kontaktami z pacjentami.

**Cel.** Celem badania było sprawdzenie czy miejsce pracy wpływa na poziom wypalenia zawodowego.

**Materiał i metody.** Badanie zostało przeprowadzone za pomocą kwestionariusza socjodemograficznego własnego autorstwa oraz narzędzia standaryzowanego - Kwestionariusza Zawodowego Maslach (MBI). Badania przeprowadzono na terenie całej

Polski, w terminie luty-marzec 2024. W badaniu wzięło 117 osób z dyplomem zawodowym pielęgniarki/- rza.

**Wyniki.** Analiza wykazała, że poziom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek i pielęgniarzy w palcówkach podstawowej opieki zdrowotnej w porównaniu z innymi ośrodkami medycznymi jest różny. Badania nie wykazały jednak, żeby personel pielęgniarski pracujący w POZ był bardziej bądź mniej narażony od personelu pracującego w innych ośrodkach medycznych, pomimo różnic z jakimi muszą się mierzyć.

**Wnioski.** Miejsce pracy pielęgniarek i pielęgniarzy nie wpływa znacząco na poziom wypalenia zawodowego.

# **PIEŁĘGNIARSTWO I PIEŁĘGNIARKI W OPINII SPOŁECZNEJ**

---

## **WIZERUNEK WSPÓŁCZESNEGO PIEŁĘGNIARSTWA W OPINII SPOŁECZEŃSTWA**

**KATARZYNA MAJKA, MAŁGORZATA KASZUBA, MARZENA JACIUBEK,  
PAWEŁ OSKWAREK, PAWEŁ WIKTORZAK**

**Wstęp.** W ostatnich latach zaszło wiele zmian w pielęgniarstwie, które wpłynęły na jakość usług świadczonych przez pielęgniarki. Zmienił się system kształcenia, zakres działań, odpowiedzialności, powstały nowe dziedziny wiedzy pielęgniarstwa. Zwiększyła się również świadomość pacjentów a ich rosnące oczekiwania, ukształtowały współczesny wizerunek pielęgniarstwa.

**Cel pracy.** Ocena stanu wiedzy mieszkańców Warszawy na temat pielęgniarstwa oraz poznanie opinii na temat kompetencji, roli i znaczenia pielęgniarek w ochronie zdrowia. Diagnoza najważniejszych wyzwań, przed jakimi stoi pielęgniarstwo.

**Material i metody badawcze.** Badania przeprowadzono wśród 117 osób, w okresie od 30 sierpnia do 10 września 2023 roku za pomocą mediów społecznościowych - na Facebookowych grupach: Mieszkam w Warszawie, Warszawa- moje Miasto. Wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety.

**Wyniki.** Z analizy badań własnych wynika, że pozycja zawodowa pielęgniarki wzrosła w ostatnich kilkunastu latach. 42% respondentów dostrzegło pozytywne zmiany w postrzeganiu zawodu pielęgniarki. Większość badanych (84,7%), jest zadowolona z opieki pielęgniarstwa. Wśród głównych czynników, które wzmacniają wizerunek pielęgniarki, badani wymieniali: wynagrodzenie(59%) oraz podnoszenie kwalifikacji i doskonalenie zawodowe( 59%). Największa grup badanych (49,6%) oceniła swoją wiedzę, na temat zawodu pielęgniarki, jako "średnią", 24,8% respondentów stwierdziło, że ich wiedza jest "duża". Tylko 6% badanych uznało pielęgniarstwo za zawód samodzielny.

**Wnioski.** Wiedza społeczeństwa na temat aktualnej sytuacji pielęgniarek w Polsce wymaga systematycznej aktualizacji. Należy edukować społeczeństwo odnośnie kompetencji i uprawnień pielęgniarek. Istnieje potrzeba promowania pielęgniarstwa jako dyscypliny naukowej i praktyki zawodowej. Dotychczasowe uwarunkowania prawne w dalszym stopniu trzeba modyfikować i rozszerzać w celu wzmocnienia roli pielęgniarek w systemie opieki zdrowotnej, a tym samym zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Należy poprawić warunki pracy w celu wzrostu atrakcyjności zawodu i prestiżu.

**Słowa kluczowe:** pielęgniarstwo, pielęgniarki, wizerunek społeczny, wizerunek zawodowy, postrzeganie zawodu.



# NIEWIDZIALNA PRACA PIEŁĘGNIAREK – JAK SPOŁECZEŃSTWO POSTRZEGA NASZĄ ROLE?

NATALIA BOGUCKA

**Wprowadzenie.** Pielęgniarki stanowią największą grupę zawodową w systemie ochrony zdrowia, a ich rola jest kluczowa w zapewnianiu jakościowej i holistycznej opieki pacjentom. Mimo to ich praca jest często niedostrzegana i niedoceniana przez społeczeństwo, a ich kompetencje są bagatelizowane. Zjawisko to prowadzi do zmniejszenia prestiżu zawodowego, obciążeń emocjonalnych oraz problemów związanych z wynagrodzeniem i warunkami pracy

**Cel pracy.** Celem niniejszej pracy jest analiza postrzegania zawodu pielęgniarki przez społeczeństwo oraz identyfikacja czynników prowadzących do niedoceniania ich roli w systemie ochrony zdrowia.

**Założenia pracy.** 1. Stereotypy a rzeczywistość – jak społeczeństwo postrzega pielęgniarki?

- Historyczne uwarunkowania stereotypów
- Niedocenywanie kompetencji pielęgniarek
- Społeczne uznanie vs. rzeczywista wartość pracy pielęgniarek

2. Konsekwencje niedostrzegania roli pielęgniarek

- Wypalenie zawodowe i niezadowolenie z pracy
- Niedobory kadrowe i odpływ personelu z zawodu

3. Jak zwiększyć społeczną świadomość na temat pracy pielęgniarek?

**Podsumowanie.** Mimo kluczowej roli pielęgniarek w systemie ochrony zdrowia, ich praca często pozostaje „niewidzialna” dla społeczeństwa. Stereotypy, niedocenywanie kompetencji oraz brak adekwatnego wynagrodzenia przyczyniają się do wypalenia zawodowego i problemów kadrowych. Edukacja społeczna, zmiana wizerunku pielęgniarek w mediach oraz zwiększenie ich autonomii mogą pomóc w poprawie statusu zawodowego i społecznego tej grupy zawodowej.

**Słowa kluczowe:** rola pielęgniarki, postrzeganie przez społeczeństwo

**CIĄGŁA EDUKACJA I DOSKONALENIE  
ZAWODOWE  
PIEŁĘGNIAREK / PIEŁĘGNIARZY–  
MOŻLIWOŚCI I OGRANICZENIA**

---

## **ZAKAŻENIA *CLOSTRIDIODES DIFFICILE* OBECNY STAN WIEDZY**

**MARIOLA MENDRYCKA, ZUZANNA TRZEŚNIEWSKA-OFIARA, RENATA SERAFIN, KATARZYNA KUSZEWSKA, AGNIESZKA WOŹNIAK-KOSEK**

**Wstęp.** *Clostridioides difficile* (CD) to Gram-dodatnia bakteria beztlenowa, tworząca przetrwalniki i powodująca uporczywe biegunki, szczególnie u osób powyżej 65. roku życia, pacjentów leczonych antybiotykami lub po zabiegach chirurgicznych. Celem pracy był przegląd piśmiennictwa dotyczącego czynników ryzyka, epidemiologii, diagnostyki, metod leczenia oraz sposobów zapobiegania zakażeniom w placówkach ochrony zdrowia i w środowisku pozaszpitalnym.

**Rozwinięcie.** Najczęstszymi czynnikami ryzyka zakażenia *C. difficile* są antybiotyki o szerokim spektrum działania, takie jak cefalosporyny II i III generacji, fluorochinolony, klindamycyna, amoksyklaw, a także stosowanie inhibitorów pompy protonowej, antagonistów H<sub>2</sub>, metotreksatu oraz preparatów alkoholowych do dezynfekcji, które są nieskuteczne wobec form przetrwalnikowych bakterii. Główne rezerwuary patogenu stanowią osoby zakażone oraz przedmioty codziennego użytku, takie jak muszle klozetowe, umywalki, armatura czy kabiny prysznicowe. Badania laboratoryjne polegają na wykonaniu testu immunoenzymatycznego dzięki któremu możliwe jest wykrycie antygenu GDH (dehydrogenazy glutaminianowej) oraz toksyn A i/lub B w pobranym materiale od pacjenta. Materiałem do analizy jest próbka kału. W leczeniu objawowego zakażenia *C. difficile* stosuje się doustnie wankomycynę, fidaksomycynę lub metronidazol. W przypadkach wielokrotnych nawrotów, zwłaszcza gdy leczenie antybiotykami jest nieskuteczne, zaleca się transfer mikrobioty jelitowej od zdrowego dawcy. Kluczowym elementem prewencji zakażeń jest wdrożenie strategii „pakietu kontroli infekcji”, obejmującej odpowiednio zaprojektowane pomieszczenia szpitalne z osobnymi łazienkami i toaletami, skuteczne środki do mycia rąk, zachowanie ostrożności podczas kontaktu z pacjentem oraz regularne czyszczenie jego otoczenia.

**Podsumowanie.** Szybkie rozpoznanie zakażenia *C. difficile* jest kluczowe dla wdrożenia odpowiednich procedur, rozpoczęcia leczenia zakażonego pacjenta oraz ograniczenia rozprzestrzeniania się patogenu. Istotnym elementem jest ciągła edukacja personelu medycznego, pacjentów oraz ich rodzin w zakresie higieny rąk, izolacji zakażonego pacjenta i stosowanych metod leczenia.

**Słowa kluczowe:** antybiotykoterapia, biegunka, *Clostridium difficile*, patogen alarmowy, zakażenia szpitalne

# **EDUKACJA PRZYSZŁOŚCI: WYKORZYSTANIE SYMULACJI I TECHNOLOGII W KSZTAŁCENIU PODYPLOMOWYM PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

**MAŁGORZATA KASZUBA, PAWEŁ OSKWAREK, PAWEŁ WIKTORZAK,  
KATARZYNA MAJKA**

**Wstęp.** Współczesne kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych coraz częściej wykorzystuje symulację medyczną oraz technologie cyfrowe w odpowiedzi na rosnące wymagania stawiane personelowi medycznemu. Nowoczesne narzędzia edukacyjne wspierają rozwój praktycznych umiejętności i zwiększają bezpieczeństwo pacjenta.

**Rozwinięcie.** Analiza programów edukacyjnych w krajach takich jak Australia, Norwegia, Hiszpania i Stany Zjednoczone wskazuje, że symulacja medyczna jest tam trwale zintegrowana z kształceniem zawodowym. W Australii badania objęły 26 programów edukacyjnych, które stosowały symulację wysokiej wierności w celu rozwijania kompetencji związanych z bezpieczeństwem pacjenta. Zastosowanie realistycznych scenariuszy oraz strukturalnego debriefingu przyczyniło się do poprawy jakości opieki klinicznej i komunikacji. W Norwegii wykorzystano symulację w edukacji pielęgniarek środowiskowych, koncentrując się na pracy z rodziną i społecznością lokalną. Efektem było wzmocnienie pewności siebie i przygotowania do wyzwań zdrowia publicznego. W Stanach Zjednoczonych rozwijane są modele edukacyjne oparte na wirtualnej i rozszerzonej rzeczywistości, a symulacje zdalne umożliwiają naukę w czasie rzeczywistym, niezależnie od lokalizacji uczestników. Badania przeprowadzone w Europie Środkowej i Wschodniej wskazują, że Polska, mimo rozwijającej się infrastruktury, nadal nie wdrożyła w pełni symulacji do programów kształcenia podyplomowego. Główne przeszkody to brak standardów, niewystarczające przeszkolenie kadry oraz ograniczony czas na zajęcia praktyczne.

**Podsumowanie.** Doświadczenia międzynarodowe potwierdzają, że symulacja medyczna oraz technologie cyfrowe zwiększają skuteczność kształcenia podyplomowego i poprawiają przygotowanie pielęgniarek oraz położnych do pracy w dynamicznym środowisku klinicznym. Wdrożenie tych metod w Polsce wymaga zintegrowanego podejścia, w tym aktualizacji programów nauczania, rozwoju kompetencji dydaktycznych oraz inwestycji w infrastrukturę. Wykorzystanie sprawdzonych wzorców z krajów o zaawansowanych systemach edukacyjnych może przyczynić się do podniesienia jakości kształcenia oraz bezpieczeństwa pacjentów w krajowym systemie ochrony zdrowia.

**Słowa kluczowe:** symulacja medyczna, kształcenie podyplomowe, pielęgniarstwo, technologie cyfrowe, szkolenie kliniczne

# **PIEŁĘGNIARSTWO W CZORAJ I DZIŚ – CIĄGŁOŚĆ CZY ZMIANA**

---

## **OPIEKA KOORDYNOWANA W OPINII POŁOŻNYCH POZ**

---

**PATRYCJA SOSZYŃSKA-ZIELIŃSKA, JOANNA MATYSIAK**

**Wstęp** Opieka koordynowana to system działań i metod organizacji opieki medycznej nad pacjentem, mający na celu ich personalizację. Nadzór ten nie jest skupiony na udzielaniu indywidualnych świadczeń medycznych i wykonywaniu procedur, lecz koncentruje się na pacjencie. Obecnie jest to system niezwykle ceniony w opiece zdrowotnej nie tylko w Polsce ale i na całym świecie.

**Cel pracy** Celem pracy było poznanie punktu widzenia położnych Podstawowej Opieki Zdrowotnej na temat opieki koordynowanej.

**Materiał i metody** Badaniem objęto 150 położnych. Kryterium włączenia do badania stanowiło wykonywanie zawodu położnej oraz praca w podstawowej opiece zdrowotnej. Respondentki zostały zbadane za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety poprzez zamknięte grupy dyskusyjne dedykowane dla położnych.

**Wyniki** Wszyscy respondenci byli płci żeńskiej, najwięcej badanych było powyżej 50 roku życia- 50,7%; 62,7% były to mieszkanki miast, a 50,6% miało wykształcenie wyższe (studia II stopnia) wraz ze specjalizacją. 88% ankietowanych pracowało jako położne podstawowej opieki zdrowotnej. 55,3% wskazało że w ich placówkach jest tylko częściowo wymagany sprzęt, a 46% zaakcentowało, iż brakuje merytorycznych materiałów dotyczących ścieżek opieki koordynowanej. Dla 26,7% respondentek trudności stanowiło realizowanie wizyt kompleksowych, a dla 25,3% brak narzędzi w postaci ankiet, materiałów czy instrukcji postępowania z pacjentką w danej sytuacji.

**Wnioski** 1. Żadna ze zmiennych demograficznych (wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie) nie wpływała na opinię badanych o opiece koordynowanej.

2. Ankietowane średnio oceniły założenia opieki koordynowanej.

## **ZJAWISKO RACJONOWANIA OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ W ODDZIAŁACH PEDIATRYCZNYCH**

---

**IWONA KLISOWSKA, JOANNA PETERMAN, ANNA FELIŃCZAK,  
KATARZYNA MALEWICZ, ANNA ROZENSZTRAUCH**

**Wstęp.** Zjawisko racjonowania opieki pielęgniarskiej stało się realnym problemem w polskich szpitalach. Obniża ono jakość opieki nad pacjentem, jego satysfakcję i poczucie bezpieczeństwa, ale również stanowi duże obciążenie dla personelu pielęgniarskiego. Główne

przyczyny racjonowania to: niedobory kadrowe, niewłaściwe normy zatrudnienia, brak posiadanych umiejętności, niekorzystne środowisko pracy. Skutki tego zjawiska to pogorszenie jakości opieki, zwiększenie obciążenia pracy personelu pielęgniarskiego, zmniejszenie jego satysfakcji z pracy i zadowolenia pacjentów. Szczególną sferą, w której problem racjonowania postrzegany jest jako zjawisko negatywne jest pediatria. Kulturowo jesteśmy mocno wyczuleni na chorobę dziecka, a zaniechanie opieki jest podwójnie źle postrzegane i nieetyczne. Nie zmienia to faktu, że racjonowanie opieki nad pacjentem pediatrycznym to również polska rzeczywistość.

**Cel pracy.** Analiza wybranych czynników mających wpływ na poziom racjonowania opieki pielęgniarskiej w wybranych oddziałach pediatrycznych.

**Materiał oraz metody badawcze.** W poniższym badaniu zastosowano metodę ankiety internetowej, używając techniki sondażu przy wykorzystaniu narzędzi takich jak ankieta własna oraz standaryzowana ankieta dotycząca racjonowania opieki w obszarze pediatrycznym dla pielęgniarek NEWRI.

**Wyniki.** W badaniu udział wzięło 121 pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w oddziałach pediatrycznych, grupa była zróżnicowana pod względem wieku, wykształcenia, stażu. Istotnie statystycznie wpływające na racjonowanie opieki okazały się czynniki takie jak wiek, stan cywilny, staż pracy, liczba dzieci.

**Wnioski.** 1. Personel pielęgniarski w obszarze pediatrycznym racjonuje opiekę. 2. Wraz z wiekiem personelu pielęgniarskiego i dłuższym stażem pracy, poziom racjonowania opieki w obszarze pediatrycznym jest większy. 3. Personel pielęgniarski, który doświadcza większego wymiaru pracy, obejmuje opieką większą liczbę pacjentów częściej racjonuje opiekę pielęgniarską obszarze pediatrycznym. 4. Personel pielęgniarski, który doświadcza wysoki poziom satysfakcji z pracy, rzadziej racjonuje opiekę w obszarze pediatrycznym.

## **SATYSFAKCJA ZAWODOWA PIELEŃNIAREK PRACUJĄCYCH W WYBRANYCH PODMIOTACH LECZNICZYCH WOJEWÓDZTWA MAŁOPOLSKIEGO**

---

**ALICJA WOJTASZEK, MARIA ZIĘBA, JUSTYNA BUKSA**

**Wstęp.** W rozpatrywaniu ujęcia satysfakcji zawodowej, należy rozwinąć i zróżnicować pojęcia zadowolenie od satysfakcji. Zadowolenie jest to chwilowe odczuwanie pozytywnych i negatywnych afektów, dzięki wypełnianiu swoich zadań. Satysfakcja jest to idea, określana przez



socjologów jako silne uczucie zadowolenia i przyjemności, które wynika z wypełnienia zadań dążących do wypełnienia ról i zaspokojenia potrzeb.

**Cel pracy.** Celem pracy było zbadanie poziomu satysfakcji zawodowej pielęgniarek pracujących w wybranych podmiotach leczniczych w województwie małopolskim.

**Material i metody.** Badaniem zostało objętych 159 pielęgniarek oraz 13 pielęgniarzy czynnych zawodowo, pracujących w podmiotach leczniczych na terenie województwa małopolskiego. Do zebrania danych została wykorzystana metoda sondażu diagnostycznego techniką ankietowania z użyciem narzędzia badawczego jakim był autorski kwestionariusz ankiety składający się z 30 pytań o charakterze zamkniętym, półotwartym, tabelarycznym, a także wielokrotnego wyboru. Dane zgromadzono w programie Exel a za poziom istotności statystycznej przyjęto  $p < 0,05$ . Analizę wykonano w programie statistica 10.

**Wyniki.** Znaczna większość badanych (83,7%), określiła, że wpływ na satysfakcję zawodową miały dobre stosunki w pracy ze współpracownikami, 80,2% badanych odpowiedziało, że odpowiednie wynagrodzenie za wykonaną pracę a 43,6% ankietowanych twierdziło, że możliwość awansu w miejscu pracy. Niewielki odsetek, 1,2% osób wybrało pochwały słowne, efektywność podejmowanej pracy, możliwość wykazania się umiejętnościami.

**Wnioski.** Respondenci wykazują, że dobre stosunki w pracy ze współpracownikami, odpowiednie wynagrodzenie za wykonaną pracę, możliwość awansu w miejscu pracy a nawet pochwały słowne, efektywność podejmowanej pracy, możliwość wykazania się umiejętnościami są istotnymi warunkami do czerpania zadowolenia i satysfakcji z życia zawodowego.

## **POSTAWY PERSONELU PIELEŃNIARSKIEGO WOBEC SYSTEMU WYNAGRODZEŃ, A ICH SATYSFAKCJA Z WYKONYWANEJ PRACY**

**JULIA RYSZKA, BEATA BABIARCZYK**

**Wstęp.** Wynagrodzenie i uznanie to jeden z najważniejszych czynników wpływających na poziom zadowolenia z pracy. Satysfakcja zawodowa pielęgniarek/pielęgniarzy odgrywa także kluczową rolę w jakości opieki zdrowotnej oraz utrzymaniu jej stabilności.

**Cel pracy.** Analiza i ocena postaw pielęgniarek/pielęgniarzy wobec siatki płac wprowadzonej w lipcu 2022 roku, wraz z ustaleniem zależności pomiędzy tymi postawami, a poziomem ich satysfakcji z wykonywanej pracy.

**Material i metody.** Badanie przeprowadzono w okresie od maja do czerwca 2024 roku. Grupę badaną stanowiło 157 pielęgniarek oraz pielęgniarzy będących członkami grup zrzeszających

osoby wykonujące ten zawód na popularnym portalu społecznościowym. Zastosowano sondaż diagnostyczny, a techniką była ankieta o charakterze internetowym. Narzędziami badawczymi były kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji oraz walidowana skala satysfakcji z pracy (SSP).

**Wyniki.** Średnia wieku badanych wynosiła  $39,6 \pm 12$  lat (22-64 lat), a średnia ich stażu w zawodzie -  $15,9 \pm 13$  lat (0,2-49 lat). 54,8% miało wykształcenie magisterskie; 40,1% - licencjackie, a 5,1% - średnie medyczne. Większość badanych była zatrudniona na umowę o pracę (89,2%). Im wyższe wykształcenie tym istotnie częściej badani znali założenia obowiązującej siatki płac ( $p < 0,001$ ). Prawie połowa badanych podała, że w ich miejscu pracy nie respektuje się założeń siatki płac, przy czym częściej byli to mieszkańcy wsi ( $p = 0,042$ ). Większość badanych oceniła siatkę płac pozytywnie (34,4%) lub neutralnie (26,8%), a 22,3% badanych oceniła ją negatywnie. Na ocenę wpływało istotnie wykształcenie ( $p = 0,018$ ), wiek ( $p = 0,006$ ), staż pracy w zawodzie ( $p = 0,006$ ) i samoocena sytuacji finansowej ( $p < 0,001$ ). 68,8% badanych potwierdziło, że siatka płac jest źródłem konfliktów w ich miejscu pracy. Im wyższe wykształcenie tym istotnie częściej badani tak twierdzili ( $p = 0,005$ ). Zadowolenie z pracy badanych kształtuje się na poziomie średnim.

**Wnioski.** Wprowadzenie w lipcu 2022 roku siatki płac miało być krokiem w stronę ujednolicenia i poprawy wynagrodzeń pielęgniarek w Polsce, ale nadal jest ona źródłem dysproporcji, niezadowolenia i konfliktów w miejscu pracy, co wpływa na zadowolenie z pracy i życia badanych.

**Słowa kluczowe:** pielęgniarki, siatka płac, satysfakcja z pracy, konflikt

## **INWESTYCJA W PIELEŃNIARSTWO – FUNDAMENT SILNEJ GOSPODARKI**

**IGOR KACPRZAK, KLAUDIA WENDERLICH**

**OPIEKUN NAUKOWY KOŁA: DR HAB. N. O ZDR. MARIOLA GŁOWACKA – PROF. UCZ.**

**OPIEKUN ORGANIZACYJNY KOŁA: MGR ADRIANNA FRYDRYSIAK – BRZOWSKA**

**Wstęp.** Pielęgniarstwo odgrywa kluczową rolę w systemie ochrony zdrowia i ma istotny wpływ na rozwój gospodarki. Inwestowanie w ten sektor przekłada się na poprawę jakości opieki medycznej, redukcję kosztów leczenia oraz wzrost efektywności pracy społeczeństwa.

**Rozwinięcie.** Niedobór pielęgniarek prowadzi do wydłużenia hospitalizacji, zwiększenia liczby powikłań oraz dodatkowych obciążeń finansowych dla systemu ochrony zdrowia. Badania pokazują, że każde dodatkowe środki przeznaczone na pielęgniarstwo przynoszą

korzyści w postaci zmniejszonej absencji chorobowej pracowników, lepszej kondycji zdrowotnej społeczeństwa oraz wzrostu gospodarczego. Kraje, które wdrożyły skuteczne strategie wspierania pielęgniarek, takie jak Niemcy czy Szwecja, odnotowały poprawę jakości opieki zdrowotnej i stabilizację kosztów leczenia. Pomimo licznych korzyści, sektor pielęgniarstwa nadal zmagają się z wieloma wyzwaniami, takimi jak starzenie się kadry, niskie wynagrodzenia oraz niewystarczające finansowanie edukacji przyszłych pielęgniarek. Konieczne jest wdrażanie polityk wspierających rozwój zawodu, aby zapewnić stabilność systemu ochrony zdrowia oraz dalszy rozwój gospodarki.

**Podsumowanie.** Inwestycje w pielęgniarstwo to nie tylko kwestia humanitarna, ale także strategiczna decyzja wpływająca na całą gospodarkę i jakość życia społeczeństwa.

## **WYBRANE RAMY WDRAŻANIA INNOWACJI W OCHRONIE ZDROWIA**

---

**KATARZYNA ZALEWSKA, JAKUB ZALEWSKI, JOANNA GRZESIK GAŚSIOR,  
EDYTA KWIŁOSZ, MATEUSZ PTAK, DAWID OBLÓJ, TOMASZ ILCZAK**

**Wstęp.** Postęp w naukach o zdrowiu oparty na dowodach naukowych stwarza możliwość nowej ery w opiece zdrowotnej, charakteryzującej się nieustanną innowacyjnością, integracją najnowocześniejszych technologii i zmieniającymi się trendami w edukacji i praktyce. Wysokie koszty, konieczność nauki nowych technik i zmiany istniejących systemów, a także obawy przed zastąpieniem przez nową technologię to wybrane aspekty stanowiące realne bariery przed wdrażaniem innowacyjnych metod.

**Rozwinięcie.** Stale rozwijająca się opieka medyczna wymusza rozwój coraz nowszych technologii także w edukacji medycznej. Pojawiające się po raz pierwszy innowacje, często pozbawione są konkretnych informacji dostępnych dla potencjalnych użytkowników, co sprawia, że pojawia się szum komunikacyjny, generujący szereg obaw. Wdrażanie innowacji w nauczaniu zawodów medycznych powinno być oparte o określone ramy, których podstawą jest ocena gotowości kapitału ludzkiego do podjęcia procesu zmiany. **Generic Implementation Framework (GIF) – Ogólne Ramy Wdrażania**, pomagają systematycznie planować, realizować i oceniać proces implementacji innowacji, szczególnie w sektorze ochrony zdrowia. Inne ramy wspierające placówki medycznym w skutecznym wdrażaniu nowych rozwiązań, zwiększających jakość opieki i efektywność systemu zdrowia to **A Framework for Innovation in Healthcare**. W ochronie zdrowia podobnie jak w innych branżach **Hype Cycle** identyfikuje

i analizuje technologie, które w znacznym stopniu przynoszą korzyści dostawcom opieki zdrowotnej.

**Podsumowanie.** Działania polegające na poprawie jakości poprzez wdrażanie innowacji wymagają zmian organizacyjnych lub praktycznych, które mogą mieć wpływ na wiele aspektów opieki zdrowotnej. Pomimo rosnącego zapotrzebowania na innowacje w opiece zdrowotnej, badania naukowe w tej dziedzinie są nadal bardzo ograniczone. Innowacyjność to nie tylko technologia, ale także sposób myślenia i działania, który sprzyja postępowi i rozwiązywaniu problemów w zmieniającym się świecie. Zrozumienie teoretycznych podstaw adaptacji innowacji do praktyki przez każdego użytkownika jest elementem wspierającym edukację przyszłych kadr medycznych, co przełoży się bezpośrednio na zwiększenie świadomości oraz stworzy realne możliwości na bycie „liderem innowacyjności”.

## **ROLA PIELEŃNIARKI/PIELEŃNIARZA W ZESPOLE INTERPROFESJONALNYM – NOWYM WYZWANIEM DLA PROFESJI PIELEŃNIARSKIEJ**

---

**MAŁGORZATA MARC, SARA SAROSIEK**

**Wstęp.** W opiece zdrowotnej zespoły tworzy się w celu rozwiązania trudnych problemów klinicznych za pomocą innowacyjnych rozwiązań. Ideą tworzenia zespołów jest założenie wielowymiarowej, szybszej i większej skuteczności rozwiązywania problemu

**Rozwinięcie.** Wśród terminów określających zespoły w opiece zdrowotnej należą takie jak: interdyscyplinarny, multidyscyplinarny, interprofesjonalny czy transdyscyplinarny są często traktowane zamiennie, pomimo etymologicznych czy semantycznych różnic, które pomiędzy nimi występują. Analizując określenia czy definicje używane do opisu zespołów, można zauważyć, że terminy, którymi posługują się zarówno teoretycy i praktycy składają się zazwyczaj z dwóch elementów. Pierwszym z nich jest użycie przedrostka w formie inter-/multi-/trans-, natomiast drugim jest określenie grupy: profesja/dyscyplina. Według WHO współpraca interprofesjonalna obejmuje pracowników ochrony zdrowia z różnych środowisk zawodowych pracujących razem w celu zapewnienia opieki, w tym opieki klinicznej i nieklinicznej. Współpraca obejmuje rozwijanie i utrzymywanie dobrych relacji zawodowych na etapie kształcenia -między uczącymi się; w praktyce zawodowej – między specjalistami, pacjentami, rodzinami i społecznościami, a głównym jej celem jest poprawa wyników opieki zdrowotnej. Wśród głównych wyzwań, z jakimi mierzą się członkowie zespołu są: konflikt interesów, konflikt strukturalny, konflikt wartości, konflikt relacji oraz konflikt danych. Konflikt

interesów jest współzawodnictwem o pewne dobra lub wynika z odmiennych potrzeb stron. Konflikt strukturalny uwarunkowany jest zewnętrznymi ograniczeniami, np. deficyt narzędzi i zasobów, brak odpowiedniej ilości czasu. Konflikt wartości wywołany jest odmiennymi systemami wartości członków zespołu. Sytuacje o silnym natężeniu emocji, mocji lub problemów z komunikacją może spowodować powstanie konfliktu relacji. Natomiast konflikt danych najczęściej związany jest z brakiem niezbędnych a zarazem potrzebnych danych oraz wyciąganiem odmiennych wniosków z tych samych przesłanek.

**Podsumowanie.** Podstawową zasadą i celem działania zespołów interprofesjonalnych w opiece zdrowotnej jest budowanie kultury opartej na wzajemnym szacunku, przejrzystej komunikacji oraz wspólnym zaangażowaniu w dobro pacjenta, a sprzyjają temu: jasno określone role i obowiązki członków zespołu; otwarta i szanująca różnice komunikacja; wspólne wartości, takie jak dobro pacjenta i poszanowanie godności ludzkiej.

## **ZAAWANSOWANA PRAKTYKA PIELEŃNIARSKA LEKARSTWEM NA BOLĄCZKI POLSKIEGO SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ**

---

**KLAUDIA BISKUP, IRENA PUSZKARZ**

**Wstęp.** Zaawansowana Praktyka Pielęgniarska (ZPP) jest innowacyjnym podejściem w organizacji systemów opieki zdrowotnej, polegającym na poszerzeniu zakresu kompetencji i samodzielności zawodowej wysoko wykwalifikowanych pielęgniarek. W polskich realiach, pomimo obiecujących rezultatów wdrożeń pilotażowych, model ten nie doczekał się jeszcze pełnej implementacji systemowej, pozostając w sferze dyskusji eksperckich.

**Cel pracy.** Celem niniejszego przeglądu było zebranie i analiza dostępnych danych naukowych dotyczących klinicznych, organizacyjnych i ekonomicznych efektów wprowadzenia modelu ZPP w różnych systemach ochrony zdrowia, a także identyfikacja kluczowych czynników warunkujących skuteczne wdrożenie tego rozwiązania w Polsce.

**Podstawowe założenia.** Analiza międzynarodowych doświadczeń wskazuje, że właściwie wdrożony model Zaawansowanej Praktyki Pielęgniarskiej (ZPP) przynosi kompleksowe korzyści dla całego systemu ochrony zdrowia. Dla pacjentów oznacza to lepszą dostępność świadczeń, zwłaszcza w regionach z ograniczonym dostępem do lekarzy. System zdrowia zyskuje poprzez racjonalne wykorzystanie kadr i odciążenie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Środowisko pielęgniarskie otrzymuje nowe możliwości rozwoju zawodowego i specjalizacji, co może wpłynąć na zatrzymanie wykwalifikowanych kadr w kraju.

W wymiarze gospodarczym, ZPP przyczynia się do optymalizacji wydatków na ochronę zdrowia przy jednoczesnym utrzymaniu wysokiej jakości świadczonych usług medycznych.

**Podsumowanie.** Wprowadzenie ZPP w Polsce stanowi szansę na poprawę funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Wymaga to jednak odpowiednich rozwiązań prawnych, organizacyjnych i finansowych, uwzględniających specyfikę krajowego systemu. Kluczowe będzie właściwe przygotowanie kadry pielęgniarskiej i wypracowanie modelu współpracy z lekarzami.

**Słowa kluczowe:** zaawansowana praktyka pielęgniarska, system ochrony zdrowia, rozwój zawodowy, dostępność świadczeń, optymalizacja zasobów

## **ROZWÓJ PIELEŃNIARSTWA ŚRODOWISKOWEGO W POWIECIE CIESZYŃSKIM**

---

**BEATA KUDŁACIK, M. FRAŚ, M. NOGOWCZYK, B. RYŚ, KORNELIA  
SKOCZYLAS, KATARZYNA KROCZEK**

**Wstęp.** Pielęgniarstwo to termin wieloznaczny, współcześnie używany w takich znaczeniach jak szeroko rozumiana różnorodna działalność zarówno w zakresie kształcenia jak i doskonalenia zawodowego pielęgniarek oraz system organizacyjny tych działań.

Definicja pielęgniarstwa środowiskowego według Środowiskowej Opieki Zdrowotnej (ŚOZ) z roku 1966 przedstawia ją jako współczesną formę działalności pielęgnacyjno--profilaktycznej, opiekuńczo-społecznej i wychowawczej w obszarze zapobiegawczo--lecniczym. Terenem pracy pielęgniarki środowiskowej jest środowisko rodziny, szkoły czy pracy. Pielęgniarka rodzinna dawniej określana jako środowiskowa, a następnie środowiskowo--rodzinna, to obecnie pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej.

**Rozwinięcie.** Na terenie Śląska Cieszyńskiego w XIX wieku dużą rolę w opiece nad chorymi odegrały zakony żeńskie m.in były to Zgromadzenie Szarych Sióstr św. Elżbiety oraz Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia św. Karola Boremeusza. Siostry z rodzimych zgromadzeń śląskich prowadziły kilkaset stacji opieki ambulatoryjnej, zapewniały więc elementarną opiekę zdrowotną w dużej części wsi i miasteczek. Współtworzyły rodzący się wówczas na Śląsku system służby zdrowia. Duży udział w rozwoju pielęgniarstwa przypadł również siostron Diakonisom z diakonatu dziegielowskiego. W okresie Polski Ludowej do szkoły pielęgniarskiej siostry zakonne mogły zostać przyjęte tylko po uzyskaniu pisemnego pozwolenia z Ministerstwa Zdrowia.

W niniejszym opracowaniu wykorzystano wywiad przeprowadzony z panią Marią Legierską, która swoją przygodę z pielęgniarstwem środowiskowym rozpoczęła w latach 80, XX wieku. Była jedną z pierwszych pielęgniarek, które rozpoczęły pracę w środowisku obejmującym obszar Istebnej, Koniakowa, Jaworzynki. Jako pielęgniarka pracowała również w ośrodku zdrowia, w gabinecie zabiegowym. Ośrodki zdrowia w latach 80, XX wieku, podlegały w danym powiecie pod szpital. Obowiązkiem pielęgniarki środowiskowej, było współdziałanie z lekarzami rejonowym czy lekarzami poradni specjalistycznych, z oddziałami szpitalnymi, z pracownikiem socjalnym przychodni, ośrodka zdrowia oraz szpitala, jak i z innymi organizacjami społecznymi.

Kompetencje pielęgniarki rodzinnej wynikają z art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Pielęgniarstwo środowiskowe stanowi obecnie współczesną formę działalności pielęgnacyjno-profilaktycznej, opiekuńczo-społecznej i wychowawczej w rejonie zapobiegawczo-leczniczym, którego celem jest podnoszenie stanu zdrowia społeczeństwa przez jego wzmocnienie i zapobieganie chorobom, wypadkom oraz uczestniczenie w procesie leczenia, i pielęgnowania w chorobie, rehabilitacji, a także opieka nad obłożnie chorym w domu.

**Podsumowanie.** Na terenie Śląska Cieszyńskiego duży wpływ na rozwój pielęgniarstwa w środowisku domowym miały zgromadzenia zakonne, głównie siostry zakonne.

Pielęgniarstwo to dziedzina ciągle rozwijająca się, ulegająca przemianom. Pielęgniarstwo rodzinne również ewoluuje pod kątem nowych zadań, ról, kompetencji będących wynikiem zmieniającego się otoczenia.

## **POZYTYWNE I NEGATYWNE ASPEKTY WYKORZYSTYWANIA SYSTEMÓW DO CIĄGŁEGO MONITOROWANIA GLIKEMII - PRZEGLĄD LITERATURY**

**KINGA SOBCZAK**

**OPIEKUN NAUKOWY: DR HAB. N. O ZDR. MARIOLA GŁOWACKA – PROF.  
UCZELNI**

**OPIEKUN ORGANIZACYJNY: MGR ADRIANNA FRYDRYSIAK-BRZozowska**

**Wstęp.** Systemy do ciągłego monitorowania glikemii (CGM) stanowią nowoczesne narzędzie w zarządzaniu cukrzycą, umożliwiając precyzyjne monitorowanie poziomu glukozy we krwi w czasie rzeczywistym. Wprowadzenie tej technologii znacznie wpłynęło na poprawę kontroli choroby oraz komfort pacjentów. Celem pracy jest analiza pozytywnych i negatywnych aspektów stosowania CGM.



**Rozwinięcie.** Systemy CGM poprawiają kontrolę glikemii, zmniejszają ryzyko epizodów hipoglikemii i hiperglikemii, oraz integrują się z innymi technologiami, ułatwiając zarządzanie cukrzycą. Jednak ich stosowanie wiąże się z wysokimi kosztami, możliwością wystąpienia problemów technicznych i wpływem na stan psychiczny pacjentów.

**Podsumowanie.** Systemy CGM stanowią istotny postęp w leczeniu cukrzycy, umożliwiając pacjentom i lekarzom precyzyjne monitorowanie poziomu glukozy i lepsze dostosowanie terapii. Ich zastosowanie może znacznie wpłynąć na poprawę jakości życia pacjentów, redukując epizody hipoglikemii oraz zmniejszając konieczność wykonywania częstych pomiarów z palca. Jednak ich używanie wymaga świadomości możliwych ograniczeń, takich jak koszty, awaryjność systemów oraz potencjalny wpływ psychologiczny. W przyszłości należy dążyć do obniżenia kosztów tych technologii oraz dalszego ich udoskonalania, aby mogły stać się bardziej dostępne dla szerszego grona pacjentów. Wprowadzenie szerszej refundacji oraz edukacja pacjentów w zakresie stosowania CGM mogłyby przyczynić się do jeszcze skuteczniejszej kontroli cukrzycy na poziomie globalnym.

## **NIEDOBÓR PIEŁĘGNIAREK A KONSEKWENCJE DLA GOSPODARKI I SYSTEMU ZDROWIA**

**JULIA BUCZYŃSKA**

**Wstęp.** Pielęgniarki odgrywają znaczącą rolę w systemie ochrony zdrowia, zapewniając odpowiednią opiekę pacjentom. W ostatnich latach w wielu krajach obserwuje się niedobór personelu pielęgniarskiego, co wynika z niskiej atrakcyjności zawodu, starzenia się kadry oraz emigracji. Problem ten jest szczególnie istotny w kontekście starzejącego się społeczeństwa, co prowadzi do wzrostu zapotrzebowania na usługi zdrowotne i długoterminową opiekę. Zwiększona liczba seniorów oznacza większe obciążenie systemu zdrowia, wzrost liczby hospitalizacji oraz konieczność zapewnienia opieki domowej i paliatywnej. W połączeniu z malejącą liczbą pielęgniarek, prowadzi to do wydłużonych kolejek do specjalistów, zmniejszonej jakości świadczonych usług oraz obniżonej efektywności leczenia. Brak pielęgniarek prowadzi do pogorszenia jakości opieki zdrowotnej oraz ma poważne skutki ekonomiczne.

**Rozwinięcie.** Jednym z głównych skutków niedoboru pielęgniarek jest przeciążenie pracowników, w kontekście wypalenia zawodowego, wzrostu liczby błędów medycznych oraz spadku satysfakcji pacjentów.



Ponadto, zmniejszona liczba pielęgniarek wpływa na wydłużone czasy hospitalizacji oraz zmniejszoną dostępność opieki ambulatoryjnej. Wzrost hospitalizacji generuje wyższe koszty leczenia, które obciążają budżet państwa oraz wpływają na wydatki gospodarstw domowych. Jednakże, brak odpowiedniej liczby pielęgniarek w domowej opiece długoterminowej oznacza, że obowiązki te często spadają na bliskich pacjentów, co może prowadzić do ograniczenia ich aktywności zawodowej i zmniejszenia dochodów rodzin.

Niedobór pielęgniarek ma także skutki makroekonomiczne. Wzrost zachorowalności w społeczeństwie obniża produktywność pracowników, zwiększa liczbę zwolnień lekarskich oraz wpływa na wzrost kosztów ubezpieczeń zdrowotnych.

**Podsumowanie.** Niedobór pielęgniarek jest problemem wymagającym pilnych rozwiązań. Konieczne są reformy systemu edukacji i wynagrodzeń, poprawa warunków pracy oraz strategie zachęcające do pozostania w zawodzie. Inwestowanie w kadrę pielęgniarską jest niezbędne nie tylko dla systemu zdrowia, ale także dla stabilności gospodarki.

## **ANALIZA PORAD PIELEŃNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ REALIZOWANYCH U PACJENTÓW PO WSZCZEPIENIU ENDOPROTEZY STAWU BIODROWEGO**

**STANISŁAWA MOLAS, ALICJA GŁAZOWSKA, ELŻBIETA CHMIEL, BEATA  
ZAMS**

**Wstęp.** Postępujące zmiany systemowe w ochronie zdrowia, a szczególnie rozwój kompetencji zawodowych pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej, umożliwiły rozszerzenie ich roli o czynności wcześniej zarezerwowane dla lekarzy. Uprawnienia do wystawiania recept, ordynowania wyrobów medycznych oraz udzielania porad edukacyjnych stanowią nową jakość w świadczeniach pielęgniarskich.

Celem pracy jest analiza porad pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej realizowanych u pacjentów po wszczępieniu endoprotezy stawu biodrowego.

**Materiał i metody.** Badaniem objęto 142 pacjentów, po zabiegu wszczępienia endoprotezy stawu biodrowego, w tym 95 kobiet i 47 mężczyzn, którzy zostali objęci opieką pielęgniarską w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Medyk” w Zamościu. Średni wiek badanych wyniósł 77,8 lat (SD=7,78). Ponad połowa chorych n=74 (52%) pochodziła z obszarów wiejskich. Dane pochodziły z dokumentacji medycznej, która zawierała informację o realizacji usług pielęgniarskich oraz dane demograficzne: wiek, płeć, miejsce zamieszkania.

**Wyniki.** Najczęściej realizowanymi usługami były świadczenia lecznicze (n=142) i pielęgniacyjne (N=142). Pacjenci nieco mniej wymagali świadczeń rehabilitacyjnych (n=122)

i porady edukacyjnej (n=98). Natomiast najmniejszy udział pielęgniarki zaobserwowano w przypadku świadczeń z zakresu ordynowania wyrobów medycznych (n=76) oraz wystawiania recept (N=45).

**Wnioski.** Świadczenia w ramach nowych kompetencji tj. wystawianie recept, ordynowanie wyrobów medycznych oraz porady edukacyjne współwystępowały z tradycyjną opieką obejmującą świadczenia pielęgnacyjne, lecznicze i rehabilitacyjne, co świadczy o ich uzupełniającym charakterze. Nowe kompetencje pielęgniarek POZ są używane w praktyce, jednak ich implementacja jest selektywna i zależy od miejsca zamieszkania, płci i wieku pacjenta.

## **TWORZENIE ZASOBÓW WŁASNYCH A POCZUCIE PEWNOŚCI ZAWODOWEJ PIELEŃNIARKI**

**ANNA HILLER- JANIK, DOMINIKA KACHEL, SZYMON KURSIK**

**Wstęp.** Pielęgniarstwo jest zawodem wymagającym nie tylko szerokiej wiedzy teoretycznej i praktycznej, ale także pewności zawodowej, która pozwala na podejmowanie trafnych decyzji w dynamicznym środowisku pracy. Poczucie pewności siebie w zawodzie pielęgniarki jest kluczowym czynnikiem wpływającym na jakość świadczonej opieki. Praca analizuje czynniki wpływające na wybór zawodu i satysfakcję zawodową pielęgniarek, porównując wyniki ankiety studentów z oczekiwaniami pracujących pielęgniarek. Zawiera także refleksje doradcy zawodowego z WSM Kłodzko.

**Cel pracy.** Ocena znaczenia kompetencji zawodowych w budowaniu pewności zawodowej wśród aktywnych zawodowo pielęgniarek oraz wykazanie wpływu kształtowania ukierunkowanego systemu świadomego wyboru ścieżki kariery ucznia, a następnie studenta kierunku pielęgniarstwo, co może przełożyć się na realne stworzenie dobrostanu w zawodzie pielęgniarka/pielęgniarz.

**Materiał i metody.** W badaniach zastosowano metodę ankietową z użyciem kwestionariusza własnej konstrukcji. Badania przeprowadzono wśród aktywnych zawodowo pielęgniarek i pielęgniarzy, w tym studentów kierunku Pielęgniarstwo II stopnia. Badanie przeprowadzono w czasie od 13.03.2025 do 23.03.2025. Zwrotnie otrzymano 54 ankiety, które zostały poddane analizie.

**Wyniki.** Badanie 54 pielęgniarek i pielęgniarzy wykazało, że większość respondentów rozwijała kompetencje poprzez studia i kursy. Motywacje do rozwoju to awans, wyższe wynagrodzenie i poprawa jakości opieki. Rozwój zawodowy pozytywnie wpływał na pewność

siebie i bezpieczeństwo zawodowe. Główne źródła stresu to odpowiedzialność zawodowa, trudni pacjenci i brak umiejętności praktycznych. Połowa respondentów oceniała studia jako dobre przygotowanie do zawodu, choć 48,1% wskazywało na niedobór zajęć praktycznych.

#### **Wnioski:**

1. Konieczne jest wdrażanie rozwiązań, które poprawią jakość kształcenia praktycznego oraz wsparcie młodych pielęgniarek w pierwszych latach pracy.
2. Rozwój kompetencji zawodowych zarówno poprzez formalną edukację jak i szkolenia specjalistyczne bezpośrednio wpływa na pewność siebie pielęgniarek.
3. Poradnictwo zawodowe nie jest popularne, jednak wybór kierunku pielęgniarstwo powinien być przemyślaną decyzją.
4. Ważne jest wspieranie świadomego wyboru zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza poprzez edukację zawodową na etapie kształcenia i przekwalifikowania.
5. Plany rozwoju kariery powinny powstawać we współpracy centrów kariery z placówkami zatrudniającymi pielęgniarki.

## **OD BANDAŻY DO NOWOCZESNYCH TECHNOLOGII – JAK PIELĘGNIARSTWO ZMIENIAŁO SPOSOBY LECZENIA RAN NA PRZESTRZENI LAT?**

**KAROLINA BIŁAS**

**Wstęp.** Leczenie ran jest jednym z kluczowych obszarów pielęgniarstwa, który na przestrzeni wieków ulegał znaczącym zmianom. Od prostych bandaży i naturalnych środków antyseptycznych po nowoczesne technologie, pielęgniarki odgrywały i nadal odgrywają istotną rolę w opiece nad pacjentami z ranami. Postęp medyczny i technologiczny wpłynął na skuteczność terapii oraz komfort pacjentów, zmieniając podejście do gojenia ran.

**Rozwinięcie.** Tradycyjne metody leczenia ran opierały się na stosowaniu bandaży, maści roślinnych oraz podstawowych zasad higieny. Przełom nastąpił w XIX wieku, kiedy wprowadzono antyseptykę i aseptykę, co znacząco ograniczyło zakażenia ran. W XX wieku rozwój antybiotyków i specjalistycznych opatrunków przyczynił się do skuteczniejszego leczenia, a współczesne metody, takie jak terapia podciśnieniowa, opatrunki bioaktywne czy biotechnologia, otworzyły nowe możliwości regeneracji tkanek.

**Podsumowanie.** Ewolucja metod leczenia ran pokazuje, jak dynamicznie rozwija się pielęgniarstwo, dostosowując się do nowych odkryć naukowych i technologicznych. Nowoczesne podejście do gojenia ran wymaga nie tylko zaawansowanego sprzętu, ale także

nieustannego doskonalenia zawodowego pielęgniarek. Dalszy rozwój tej dziedziny pozwoli na jeszcze skuteczniejsze i bardziej komfortowe leczenie pacjentów, podkreślając kluczową rolę pielęgniarstwa w procesie terapeutycznym.

## **PRZYCZYNY BŁĘDÓW MEDYCZNYCH PIEŁĘGNIAREK**

**KLAUDIA IWANISZCZUK, IZABELA GRZELKA, KAMIL IWANISZCZUK,  
AGNIESZKA LUTKOWSKA**

**OPIEKUN PRACY: DR N. O ZDR. ANETA KOŚCIOŁEK, DR IWONA LASEK-  
SUROWIEC, MGR EMILIA GRZEGORCZYK- PUZIO**

**Wstęp.** Błędy medyczne w pracy pielęgniarek to poważny problem, który może negatywnie wpłynąć na zdrowie i bezpieczeństwo pacjentów. Wynikają one z różnych czynników, takich jak brak aktualnej wiedzy, nieprawidłowo wykonane procedury, niewłaściwe leczenie czy problemy organizacyjne. Często są efektem przeciążenia pracą, stresu oraz niedostatecznej komunikacji w zespole medycznym. Zrozumienie przyczyn i mechanizmów tych błędów jest kluczowe dla poprawy jakości opieki zdrowotnej oraz zmniejszenia ryzyka ich występowania.

**Cel.** Celem pracy jest analiza błędów medycznych pielęgniarek oraz sposobów ich ograniczania w celu poprawy bezpieczeństwa pacjentów.

**Materiał i metoda.** Przeprowadzono niesystematyczny przegląd dostępnej literatury podmiotu opublikowanej w okresie 15 lat (2010-2025). Wykorzystano bazy danych tj.: Google Scholar, Pub Med.

**Wyniki.** Analiza wykazała, że błędy pielęgniarek wynikają głównie z braku wiedzy, przeciążenia pracą i problemów organizacyjnych. Najczęstsze to błędy diagnostyczne, techniczne, terapeutyczne i organizacyjne. Ich minimalizacja wymaga lepszego szkolenia, usprawnienia organizacji pracy i skutecznej komunikacji, co zwiększa bezpieczeństwo pacjentów.

**Wnioski.** Błędy medyczne pielęgniarek są najczęściej efektem przeciążenia pracą, niedostatecznej organizacji i braków w komunikacji. Ich ograniczenie wymaga lepszego zarządzania personelem, systematycznych szkoleń oraz skutecznych procedur monitorowania. Wprowadzenie tych zmian może znacząco poprawić bezpieczeństwo pacjentów i jakość opieki.

**Słowa kluczowe:** pielęgniarka, błąd medyczny,

# **LIDER CZY PRZYWÓDCA W PIEŁĘGNIARSTWIE – WYOBRAŻENIA I OCZEKIWANIA**

---

# **PIELĘGNIARKA JAKO LIDER ZESPOŁU – RZECZYWISTOŚĆ CZY PERSPEKTYWA**

**NATALIA BOGUCKA**

**Wprowadzenie.** Współczesne pielęgniarstwo przechodzi dynamiczne zmiany, a rola pielęgniarki ewoluje od tradycyjnych funkcji opiekuńczych do bardziej zaawansowanych ról, w tym przywódczych. W kontekście zespołów terapeutycznych, pielęgniarki coraz częściej pełnią funkcje liderów, co ma istotny wpływ na jakość opieki nad pacjentem oraz efektywność pracy zespołu.

**Cel pracy.** Celem pracy jest analiza roli pielęgniarki jako lidera zespołu terapeutycznego, identyfikacja wyzwań w pełnieniu tej funkcji oraz przedstawienie działań wspierających rozwój kompetencji przywódczych w pielęgniarstwie

**Założenia pracy.** 1. Rola lidera w zespole terapeutycznym.

2. Kompetencje interpersonalne a efektywność współpracy
3. Wyzwania w pełnieniu roli lidera przez pielęgniarki
4. Przykłady dobrych praktyk

**Podsumowanie.** Pielęgniarki mają potencjał, by stać się liderami w zespołach terapeutycznych, lecz wymaga to rozwoju ich kompetencji przywódczych, zmiany postrzegania ich roli oraz instytucjonalnego wsparcia w awansie zawodowym. Tylko kompleksowe działania w tych obszarach pozwolą w pełni wykorzystać ich możliwości, co przełoży się na wyższą jakość opieki nad pacjentami i większą efektywność systemu zdrowotnego.

**Słowa kluczowe:** pielęgniarka, lider zespołu

**ŻYCIE SPOŁECZNO-GOSPODARCZE  
I ŚRODOWISKO ZAWODOWE PIEŁĘGNIAREK –  
WPŁYWY I ZALEŻNOŚCI**

---

## **ZAUFIANIE DO KIEROWNICZEJ KADRY A STRES DOŚWIADCZANY W ŚRODOWISKU PRACY PIELEŃNIAREK I PIELEŃNIARZY**

**JADWIGA KLUKOW, GABRIELA POLICHT, MARZENA OMELEWSKA –  
KOWALCZYK, EDYTA MARZEC, MARTA SZARA**

**Wstęp.** Różnorodne czynniki środowiska pracy, w tym zaufanie do kadry kierowniczej może wpływać na odczuwany stres przez pracowników będący źródłem niskiej jakości sprawowanej opieki, a także jakości życia oraz braku motywacji i zaangażowania w pracę.

**Cel pracy.** Określenie związku między zaufaniem do kierowniczej kadry a stresem doświadczanym w środowisku pracy pielęgniarek i pielęgniarzy.

**Material i metody.** W badaniach wzięło udział 187 osób, w tym 169 pielęgniarek i 18 pielęgniarzy. Średni wiek badanych wynosił 36 lat (SD=11,69), a staż pracy 13 lat (SD=11,95). Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, wykorzystując standaryzowane narzędzia badawcze tj. Skalę Zaufania do Przełożonego oraz Kwestionariusz Postrzeganego Stresu w Pracy.

**Wyniki i wnioski:** Zaufanie pielęgniarek i pielęgniarzy do przełożonych występuje na umiarkowanym poziomie. Większym poziomem zaufania do przełożonego charakteryzują się pielęgniarze (wymiar ogólny oraz życzliwości i integracji), kadra pielęgniarska posiadająca wykształcenie średnie (wymiar ogólny), zatrudniona na oddziałach zabiegowych i oddziałach intensywnej opieki medycznej, oddziałach anestezjologii oraz na blokach operacyjnych (wymiar umiejętności i kwalifikacje).

Wśród pielęgniarek i pielęgniarzy występuje umiarkowany poziom stresu organizacyjnego. Wyższy poziom stresu deklarują pielęgniarki oraz kadra pielęgniarska posiadająca wykształcenie na poziomie studiów magisterskich oraz pracująca w systemie dziennym. Występuje istotna, ujemna korelacja o umiarkowanej sile między zaufaniem do przełożonego a poziomem stresu organizacyjnego, co oznacza, że im większe pielęgniarki i pielęgniarze posiadają zaufanie do przełożonego tym mniejszy odczuwają stres w pracy.

## **RELACJA PRACA - ŻYCIE SPOŁECZNE W GRUPIE ZAWODOWEJ PIELEŃNIAREK**

**EMILIA WAWSZCZAK**

**Wstęp** Nowelizacja przepisów i procedur mająca na celu zapewnienie bezpieczeństwa i ciągłości opieki pacjentom przebywającym w obrębie bloku operacyjnego wymusiła określoną ilość personelu medycznego, która byłaby optymalna do zabezpieczenia tego



procesu. Wymóg ten uruchomił popyt na usługi medyczne oraz możliwości dla personelu medycznego zatrudnienia w ramach różnych form zatrudnienia: oprócz najpopularniejszej umowy o pracę również kontrakt gospodarczy i umowę zlecenie. Z perspektywy lat uwidacznia się poważny problem niedoboru specjalistów zarówno w grupie lekarzy, jak i pielęgniarek, a obecny system z jednej strony stwarza dla profesjonalistów obecnych na rynku pracy możliwość dodatkowego zarobku, ale niesie też duże zagrożenia związane z brakiem zachowania równowagi na linii praca – rodzina, czego konsekwencją są niekorzystne skutki.

**Cel pracy** – ocena wpływu przepracowania pracowników bloku operacyjnego na ich życie rodzinne.

**Materiał i metoda** Materiał badawczy pozyskano metodą sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety składający się z danych socjo-demograficznych oraz części głównej badającej wpływ formy zatrudnienia pracowników bloku operacyjnego na ich życie rodzinne. Badania przeprowadzono w okresie od 10.01. do 20.04.2024 na Bloku Operacyjnym Szpitala św. Anny w Piasecznie oraz wśród pracowników Bloku Operacyjnego Szpitala Medicover w Warszawie.

**Wyniki badań** Wśród zawodów wykonywanych przez respondentów przeważał zawód pielęgniarki/pielęgniarska -77,4%; położne-20,8%; lekarze – 1,9%. Analiza deklarowanej liczby przepracowanych godzin w ciągu doby przez respondentów wykazała, że najczęściej czas ten stanowi więcej niż 15h na dobę. Zdecydowana większość respondentów (83%) ma w miesiącu przepracowaną większą liczbę godzin niż wymiar etatu: ponad 200 godz. - 44,5%, ponad 300 godz. – 27,4%. Rodziny pracowników bloku operacyjnego wskazują na negatywny wpływ zbyt dużej liczby godzin w pracy spędzanych przez ich najbliższych. Przejawia się to w ich zmęczeniu fizycznym z dolegliwościami bólowymi, rozdrażnieniu, nadmiernej wybuchowości, konfliktowości. Są też pozytywne skutki takiego stanu, do których należą zdecydowanie wyższe dochody finansowe, czy radość medyka z przebywania w środowisku domowym.

**Wnioski** Analiza badań własnych wskazuje na istnienie zróżnicowania w postrzeganiu aktywności zawodowej przez rodzinę w zależności od liczby przepracowanych godzin. Aż 51,0% respondentów zgłasza, że ich rodzina uważa, iż pracują za dużo, przy czym połowa tej grupy ocenia, że ma to negatywny wpływ na życie rodzinne (25,5%). Personel medyczny również zauważa zbyt dużą liczbę przepracowanych godzin przez swoich współpracowników – wskazuje na to 31,1% respondentów. Znamienym jest także fakt, iż zarówno koszty wynikające ze zmianowego trybu pracy, jak i z nadmiernej ilości na ogół są kompensowane większą aktywnością współmałżonka/partnera, który przejmuje ciężar obowiązków

domowych. Problem i wyzwanie stanowi sytuacja choroby członka rodziny czy dziecka, niepełnosprawności oraz inne losowe okoliczności.

## **WSPARCIE ORGANIZACYJNE A LOJALNOŚĆ KADRY PIELĘGNIARSKIEJ WOBEC ORGANIZACJI**

---

**JADWIGA KLUKOW, WIOLETTA SOŁTYS, MAŁGORZATA DZIURA,  
EDYTA SZYDŁO**

**Wstęp.** Pozytywne wsparcie organizacyjne skutkuje większą lojalnością pracowników, co z kolei przekłada się na satysfakcję z pracy oraz skłonność do poświęceń na rzecz pracodawcy.

**Cel pracy.** Określenie związku między wsparciem organizacyjnym a lojalnością wobec organizacji kadry pielęgniarskiej.

**Materiał i metod.** W badaniach wzięło udział 206 aktywnych zawodowo pielęgniarek i pielęgniarzy. Średnia wieku badanych wynosiła 43 lata (SD=10,83). Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, z użyciem standaryzowanych narzędzi: Przeglądu Spostrzeganego Wsparcia Organizacyjnego oraz Skali Lojalności Wobec Organizacji.

**Wyniki i wnioski.** Wsparcie organizacyjne pielęgniarki i pielęgniarze oceniają poniżej poziomu przeciętnego. Istnieje istotny związek między oceną wsparcia organizacyjnego a płcią, miejscem pracy oraz zajmowanym stanowiskiem pracy. Wsparcie organizacyjne lepiej oceniają pielęgniarze, osoby zatrudnione w hospicjum oraz zajmujące stanowiska kierownicze. Pielęgniarki i pielęgniarze wykazują się przeciętnym poziomem lojalności wobec organizacji, przy czym wyżej zostało ocenione dbanie o pozytywny wizerunek organizacji niż skłonność do poświęceń na rzecz organizacji. Istotnie większym poziom lojalności wobec organizacji charakteryzuje się kadra pielęgniarska posiadająca wykształcenie średnie, zatrudniona w hospicjum oraz zajmująca stanowiska kierownicze. Ponadto istnieje pozytywna korelacja między wiekiem, ogólnym stażem i w obecnym miejscu pracy a lojalnością organizacyjną. Wykazano istotną, pozytywną korelację między wsparciem organizacyjnym a lojalnością pielęgniarek i pielęgniarzy wobec organizacji.

# **KLIMAT ORGANIZACYJNY A POZIOM WYPALENIA ZAWODOWEGO WŚRÓD PIELEŃNIAREK**

**IZABELA EWA FILIPIUK, MARTA SZARA, PATRYCJA OZDOBA,  
MAGDALENA DZIURKA**

**Wstęp.** Klimat organizacyjny jest powiązany z poziomem satysfakcji zawodowej pracowników. Dążenie do stworzenia odpowiedniego klimatu organizacyjnego w środowisku pracy niesie za sobą wiele korzyści, wśród których można wymienić zwiększenie efektywności wykonywanej pracy, wzrost poziomu zadowolenia z pracy, a także zmniejszenie rotacji pracowniczej.

**Cel pracy.** Celem niniejszej pracy jest przedstawienie wpływu klimatu organizacyjnego na poziom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek.

**Material i metody.** Badania przeprowadzono za pomocą metody sondażu diagnostycznego, techniki ankiety oraz narzędzi badawczych: Kwestionariusz Klimatu Organizacyjnego D.A. Kolba oraz Kwestionariusz do pomiaru wypalenia zawodowego OLBI. W badaniu udział wzięło 136 pielęgniarek i pielęgniarzy. Średni wiek badanych wynosił 39,4 lat ( $\pm 12,2$ ), staż pracy ogółem 16,9 lat ( $\pm 12,9$ ), staż pracy w obecnym miejscu pracy 11,8 lat ( $\pm 10,7$ ). Analizy statystyczne wykonano w programie Statistica v.13.1 PL, przyjęto poziom istotności  $p < 0,05$ .

**Wyniki.** Aktualnie panujący klimat organizacyjny w pracy badanych najczęściej przybierał charakter autokratycznego (43,4%) i pośredniego (41,9%), znacznie rzadziej wspierającego (14,7%). Większość badanych jako idealny uważało klimat wspierający (57,4%). Wypalenie zawodowe wśród pielęgniarek i pielęgniarzy stwierdzono na poziomie wyższym niż przeciętny (III kwartyl). Wyższe wartości stwierdzono w zakresie skali wyczerpania ( $2,57 \pm 0,44$ ) aniżeli skali braku zaangażowania ( $2,41 \pm 0,38$ ). Wykazano, iż wraz ze zmniejszaniem się aktualnego stanu klimatu organizacyjnego w aspektach: odpowiedzialność, wymagania, nagrody, zorganizowanie, poczucie ciepła i poparcia, kierowanie – istotnie statystycznie zwiększało się nasilenie wypalenia zawodowego u badanych, zarówno w wymiarze braku zaangażowania, jak i wyczerpania ( $p < 0,01$ ).

## **Wnioski.**

1. Istnieje związek pomiędzy klimatem organizacyjnym a poziomem wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek i pielęgniarzy.
2. Wraz ze zmniejszaniem się aktualnego stanu klimatu organizacyjnego w pracy w zakresie aspektów: odpowiedzialność, wymagania, nagrody, zorganizowanie,

- poczucie ciepła i poparcia, kierowanie – istotnie statystycznie zwiększa się nasilenie wypalenia zawodowego w wymiarze braku zaangażowania i w wymiarze wyczerpania.
3. W zespołach pielęgniarskich dominuje klimat autokratyczny, natomiast jako idealny uznano klimat wspierający.
  4. Wyższy poziom wypalenia zawodowego stwierdza się w aspekcie wyczerpania aniżeli braku zaangażowania.

## **SATYSFAKCJA Z ŻYCIA PIEŁĘGNIAREK PRACUJĄCYCH NA STANOWISKU INSTRUMENTARIUSZKI**

**ANGELIKA FRĄTCZAK, JOLANTA GLIŃSKA, BEATA KUNIKOWSKA**

**Wstęp.** Pielęgniarstwo operacyjne jest specjalistycznym obszarem medycyny. Dziedzina ta wymaga skupienia i zaangażowania w instrumentowaniu. Praca na tym stanowisku obciążona jest wieloma czynnikami szkodliwymi dla zdrowia psychicznego.

**Celem pracy** była ocena poziomu satysfakcji z życia i kontroli tłumienia negatywnych emocji pielęgniarek operacyjnych.

**Material i metody.** Grupę badaną stanowiły pielęgniarki instrumentariuszki, pracujące w szpitalach klinicznych na terenie Łodzi. Badanie przeprowadzono w 2024 r., w którym uczestniczyło 100 pielęgniarek/pielęgniarzy operacyjnych. Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny. Do pozyskania danych wykorzystano ankietę własnego autorstwa oraz dwa kwestionariusze standaryzowane SWLS (The Satisfaction With Life Scale) oraz CECS (Courtauld Emotional Control Scale) służący do pomiaru subiektywnej kontroli gniewu, lęku i depresji. Im wyższy wynik, tym większe tłumienie negatywnych emocji. Analizy badawcze przeprowadzono przy użyciu programu Microsoft Excel oraz SPSS 29.

**Wyniki.** Analizy statystyczne wykazały, że średni wynik poziomu satysfakcji z życia pielęgniarek operacyjnych wyniósł 21,21, co potwierdziło przeciętną satysfakcję z życia. Ogólny wskaźnik kontroli emocji ukształtował się na poziomie 52,37, co wskazuje na dość wysokie tłumienie negatywnych emocji. Analiza danych kontroli gniewu, lęku i depresji, przedstawiła zróżnicowany ich poziom wśród badanych, z niewielkimi różnicami między płciami. Badania wykazały zależność, wskazującą, że poziom satysfakcji z życia różnicuje system pracy, spożywanie alkoholu oraz palenie wyrobów tytoniowych, natomiast liczba miejsc pracy oraz poziom komunikacji z personelem nie wpływają na ten poziom. Istotne znaczenie w kontroli emocji odgrywa stosowanie różnych metod relaksacyjnych. Satysfakcję

z życia oraz kontrolę negatywnych emocji pielęgniarek operacyjnych różnicuje zadowolenie z pracy, podatność na czynniki szkodliwe występujące w zawodzie pielęgniarstwa, a także styl życia.

**Wnioski.** Satysfakcja z życia pielęgniarek operacyjnych jest przeciętna. Do najczęściej wskazywanych czynników wpływających niekorzystnie na zadowolenie z życia zdaniem badanych są: relacje między personelem, niskie wynagrodzenie, dźwiganie narzędzi oraz długotrwała praca stojąca, stanowiąca najczęściej wymieniany czynnik fizyczny utrudniający pracę. Zauważa się skłonność do hamowania emocji wśród instrumentariuszek.

## **VARIA**

---

## **ZALETY CHUSTONOSZENIA – WSPARCIE DLA RODZICÓW I DZIECI NA WYCIĄGNIĘCIE RĘKI**

**ALICJA GACEK**

**OPIEKUN NAUKOWY: DR N. O ZDR. JOANNA BŁAJDA**

**Wstęp.** Chustonoszenie to praktyka noszenia dziecka w specjalnie przeznaczonych do tego chuście, która umożliwia bliski kontakt między maluchem a opiekunem. Jest to rozwiązanie, które od wieków było stosowane w różnych kulturach na całym świecie i obecnie zyskuje na popularności także wśród współczesnych rodziców. Noszenie dziecka w chuście nie tylko ułatwia codzienne funkcjonowanie, ale także wspiera rozwój emocjonalny i fizyczny malucha, wzmacniając jednocześnie więź z opiekunem. Dzięki chustonoszeniu rodzice mogą mieć wolne ręce, a jednocześnie zapewniać dziecku poczucie bezpieczeństwa i bliskości.

**Cel pracy.** Omówienie korzyści związanych z chustonoszeniem dla dziecka i rodziców

**Podstawowe założenia.** Chustonoszenie opiera się na kilku kluczowych założeniach, które sprawiają, że jest to bezpieczna i korzystna praktyka zarówno dla dziecka, jak i opiekuna, do których zaliczyć należy:

1. **Bliskość i budowanie więzi** – Noszenie dziecka w chuście umożliwia mu stały kontakt z rodzicem lub opiekunem, co sprzyja budowaniu silnej więzi emocjonalnej. Bliskość ciała i bicie serca opiekuna dają dziecku poczucie bezpieczeństwa, co jest szczególnie ważne w pierwszych miesiącach życia.
2. **Wspieranie prawidłowego rozwoju dziecka** – Prawidłowo zawiązana chusta zapewnia ergonomiczną pozycję dziecka, wspierając zdrowy rozwój kręgosłupa i bioder. Pozycja „żabki” (czyli ułożenie nóżek w literę „M”) sprzyja profilaktyce dysplazji stawów biodrowych.
3. **Wygoda i funkcjonalność dla rodziców** – Chustonoszenie pozwala rodzicom mieć wolne ręce, co ułatwia wykonywanie codziennych obowiązków. Dzięki temu mogą jednocześnie zajmować się dzieckiem i realizować inne zadania, bez konieczności rezygnowania z bliskości z maluchem.
4. **Regulacja emocji i lepszy sen dziecka** – Noszone dzieci często są spokojniejsze, rzadziej płaczą i łatwiej się uspokajają. Chusta może pomóc w regulacji emocji, redukcji stresu oraz ułatwiać zasypianie, ponieważ delikatne kołysanie przypomina dziecku warunki, jakie znało z życia płodowego.

5. Naturalna kontynuacja noszenia z okresu ciąży – Chustonoszenie jest zgodne z koncepcją „czwartego trymestru”, według której noworodek przez pierwsze miesiące życia potrzebuje warunków zbliżonych do tych, jakie miał w łonie matki. Noszenie w chuście pozwala mu stopniowo i łagodnie adaptować się do nowego świata.
6. Bezpieczeństwo i odpowiednia technika – Kluczowym założeniem chustonoszenia jest prawidłowe wiązanie chusty oraz dbanie o odpowiednią pozycję dziecka. Nauka poprawnego noszenia, np. poprzez konsultację z doradcą noszenia, pozwala uniknąć błędów i zapewnić maksymalny komfort oraz bezpieczeństwo.

Chustonoszenie to więc nie tylko praktyczne rozwiązanie, ale także filozofia bliskości i świadomego rodzicielstwa, która wspiera harmonijny rozwój dziecka oraz ułatwia codzienne życie całej rodziny.

**Podsumowanie.** Chustonoszenie to praktyka, która przynosi liczne korzyści zarówno dzieciom, jak i ich opiekunom. Umożliwia budowanie bliskiej więzi, wspiera rozwój emocjonalny i fizyczny malucha, a także ułatwia rodzicom codzienne funkcjonowanie. Dzięki prawidłowemu noszeniu w chuście dziecko czuje się bezpieczne, jest spokojniejsze i lepiej się rozwija, natomiast opiekunowie zyskują wygodę oraz większą swobodę ruchu. Kluczowe jest jednak stosowanie się do zasad ergonomii i bezpieczeństwa, by chustonoszenie było komfortowe i korzystne dla obu stron. To nie tylko sposób na praktyczne rozwiązanie codziennych wyzwań, ale także wyraz świadomego i bliskiego rodzicielstwa.

**Słowa kluczowe:** chustonoszenie, noworodek, rozwój dziecka

## **WPLYW WYBRANYCH CZYNNIKÓW SOCJODEMOGRAFICZNYCH I KLINICZNYCH NA POZIOM SAMODZIELNOŚCI W RADZENIU SOBIE Z CHOROBA PRZEZ PACJENTÓW Z NIWYDOLNOŚCIĄ SERCA**

---

**ŻANETA ADA PRZYBYLSKA, DOROTA MILECKA, ELŻBIETA  
GARWACKA-CZACHOR**

**Wstęp.** Schorzenia układu krążenia są we współczesnym świecie główną przyczyną zgonu. Niewydolność serca jest jednym z najpowszechniejszych schorzeń, szacuje się, że 1 na 5 Polaków w pewnym momencie życia cierpi na niewydolność serca.

**Cel pracy.** Głównym celem przeprowadzonych badań była ocena zależności poziomu samodzielności w radzeniu sobie z chorobą przez pacjentów z niewydolnością serca od wybranych czynników klinicznych i socjodemograficznych.



**Material i metody.** Badaniem objęto pacjentów z niewydolnością serca w Wielospecjalistycznym Szpitalu SPZOZ w Nowej Soli w 2023 roku. Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankietową. Jako narzędzie badawcze wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety, standaryzowany kwestionariusz ankiety- Europejska Skala samoopieki pacjentów z niewydolnością serca- EHFScB scale (ang. *European Heart Failure Self-care Behaviour Scale*) oraz wskaźnik BMI.

**Wyniki.** Grupę badawczą stanowiło 105 pacjentów z niewydolnością serca, z czego 100 pacjentów oddało ankiety, które zakwalifikowane zostały do badania, co stanowi 95,23% ogółu rozdanych. Ocena za pomocą ankiety EHFScB po przeliczeniu wyników według Vellone wykazała, że średni poziom opieki to 68,69 punktów na 100 możliwych przy odchyleniu standardowym 18,96 punktu; wynik oznacza, że respondenci są raczej przekonani o swoich zdolnościach do samoopieki. W badaniu nie wykazano zależności pomiędzy przyjętymi w badaniu czynnikami socjodemograficznymi i klinicznymi a poziomem samoopieki pacjentów.

#### **Wnioski:**

1. Ogólny poziom wiedzy pacjentów na temat zadań pacjentów (zaleceń dla pacjentów w zakresie samoopieki) z niewydolnością serca jest niezadawalający, aż 1/3 badanych prezentuje niedostateczny poziom wiedzy w tym zakresie. 2. Do najczęściej wskazanych przez uczestników badania zadań/zaleceń, które powinien przestrzegać każdy pacjent z HR należą: regularne przyjmowanie leków, regularne pomiary parametrów życiowych, codzienna kontrola masy ciała oraz zaprzestanie spożywania alkoholu; do najrzadziej: regularny wysiłek fizyczny, szczepienia przeciwko meningokokom oraz zdrowe odżywianie. 3. Ponad 2/3 pacjentów nie uczestniczy w jakimkolwiek stowarzyszeniu pacjenckim. 4. Głównym źródłem wiedzy na temat choroby jest lekarz oraz pielęgniarka podczas hospitalizacji. 5. Uczestnictwo w profesjonalnej edukacji w zakresie samoopieki jest na niskim poziomie, aż 1/3 badanych uczestniczyła tylko jeden raz (w chwili zachorowania). 6. Do najczęściej wymienianych czynników negatywnie wpływających na efektywną samoopiekę badani zaliczyli: lęk przed utratą samodzielności i niezależności, lęk przed śmiercią oraz ograniczenie sprawności ruchowej. 7. Największe oczekiwania wobec opieki zdrowotnej dotyczą: lepszego dostępu do diagnostyki, do diety oraz grup wsparcia. 8. Poziom samoopieki pacjentów z niewydolnością serca w samoocenie pacjentów jest na dość wysokim - ankietowani raczej byli przekonani do swoich zdolności samoopieki. 9. Na poziom samoopieki pacjentów z niewydolnością serca nie wpływają: czynniki socjodemograficzne oraz kliniczne badanej grupy pacjentów; wiedza pacjentów na temat zaleceń w ramach samoopieki oraz źródła jej

pochodzenia; a także uczestnictwo w stowarzyszeniu pacjenckim czy też uczestnictwo w profesjonalnej edukacji w zakresie samoopieki.

**Słowa kluczowe:** niewydolność serca, samoopieka pacjentów z niewydolnością serca, EHFSaB scale

## **JAKOŚĆ ŻYCIA OSÓB PO PRZEBYTYM ZAKAŻENIU SARS-CoV-2**

**DARIA KULIKOWSKA, DOROTA TRYBUSIŃSKA, MAŁGORZATA  
CHMIELEWSKA**

**Wstęp.** Jakość życia, która warunkuje stan zdrowia ma wymiar subiektywny jak i obiektywny. Oba wskazane wymiary jakości życia mogą wpływać korzystnie, bądź niekorzystnie na dobrostan jednostki. Choroba w sposób znaczący rzutuje na większość sfer życia człowieka i jest kluczowym elementem, który wywołuje komplikacje w codziennym funkcjonowaniu, znacznie obniżając jakość życia.

**Cel pracy.** Celem głównym przeprowadzonego badania była analiza jakości życia osób po przebytych zakażeniu SARS-CoV-2.

**Material i metody.** Badania zostały przeprowadzone od stycznia do marca 2024 r., wzięło w nich udział 97 osób, które przeszły zakażenie COVID-19. Posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankietowania, narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety oraz kwestionariusz WHOQOL-BREF.

**Wyniki.** Osoby, które przeszły zakażenie, oceniały swoją jakość życia jako dobrą lub przeciętną, ale z pewnymi różnicami w poszczególnych domenach. Poziom jakości życia w zakresie domeny psychologicznej był niższy w porównaniu do jakości życia w zakresie trzech pozostałych domen. Jakość życia w domenie środowiskowej był zasadniczo statystycznie niższy aniżeli w zakresie domeny somatycznej. Choroba miała istotny wpływ na zdrowie psychiczne ozdrowieńców, prowadząc do zaburzeń lękowych i innych problemów psychicznych. **Zauważono zróżnicowanie według wieku i miejsca zamieszkania**, starsze osoby oraz mieszkańcy dużych miast i wsi odczuwali gorszą jakość życia w porównaniu do mieszkańców mniejszych miast. Liczba przebytych zakażeń nie wiązała się w znaczącym stopniu z poziomem jakości życia ozdrowieńców.

**Wnioski.** Zakażenie SARS-CoV-2 miało wpływ na odczuwaną jakość życia badanych. Zagrożenia wynikające z choroby COVID-19, w tym problemy zdrowia psychicznego, wymagają rozsądnych i precyzyjnych systemowych działań, które będą obejmowały nie tylko

usługi medyczne nakierowane na zdrowie psychiczne i jego ochronę, ale także na wsparcie i możliwość jak najszybszej interwencji.

## **ZADANIA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD DZIECKIEM Z ASTMĄ OSKRZELOWĄ – STUDIUM PRZYPADKU**

**ALICJA SZYMAŃSKA, DOROTA MILECKA**

**Wstęp.** Astma jest przewlekłą chorobą dróg oddechowych. Typowymi objawami są: świszczący oddech, duszność, ucisk w klatce piersiowej i kaszel. U dzieci i młodzieży z alergicznym nieżytem błony śluzowej nosa lub atopowym zapaleniem skóry, istnieje zwiększone prawdopodobieństwo wystąpienia astmy. Czynniki takie jak kontakt z alergenami, infekcje wirusowe, wysiłek fizyczny, dym papierosowy i zanieczyszczone powietrze mogą prowadzić do zaostrzenia objawów.

**Cel pracy.** Celem głównym pracy jest zaplanowanie, realizacja i ocena planu opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem z astmą oskrzelową.

**Materiał i metody.** Badanie zostało przeprowadzone metodą indywidualnego przypadku za pomocą technik badawczych takich jak: wywiad, pomiar, obserwacja, elementy badania przedmiotowego oraz analiza dokumentacji medycznej. W pracy wykorzystano narzędzia badawcze: kwestionariusz wywiadu, skalę oceny bólu VAS, wzrostomierz, wagę, termometr, ciśnieniomierz, pikflometr, pulsoksymetr, siatki centylowe do oceny wzrostu, masy ciała i BMI. Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej PANS w Głogowie nr 39/2023.

**Opis przypadku.** Badanie dotyczy sześciolatniego chłopca, który został przyjęty na oddział pediatriczny w szpitalu powiatowym w Głogowie, w trybie nagłym z kaszlem i narastającą dusznością. Wśród 12 diagnoz pielęgniarskich najistotniejsze to: duszność napadowa spowodowana atakiem astmy oskrzelowej; trudności w odksztuszaniu zalegającej wydzieliny; ból w klatce piersiowej spowodowany napadami kaszlu i dodatkową pracą mięśni oddechowych; dolegliwości związane z alergicznym nieżytem nosa oraz atopowym zapaleniem spojówek.

**Wnioski.** Astma oskrzelowa jest chorobą przewlekłą, która wymaga od pacjenta zmiany trybu życia, dyscypliny w stosowaniu leków oraz unikaniu alergenów powodujących napady astmy oskrzelowej. Z uwagi na przewlekły charakter choroby, szczególne interwencje pielęgniarskie wynikają z konieczności przygotowania dziecka i jego rodziców do życia z astmą oskrzelową. Edukacja obejmowała m.in. istotę i przebieg choroby, postępowanie lecznicze rutynowe oraz

w czasie napadu astmy oskrzelowej, znaczenie fizjoterapii oraz aktywności fizycznej, unikanie alergenów na które dziecko jest uczulone. Wskazówki udzielone rodzicom dziecka obejmowały: konieczność regularnych kontroli w poradni astmy; wykonywania testów kontroli astmy; wykonywanie pomiarów PEF rano i wieczorem przed przyjęciem leków przeciwastmatycznych; korzystania ze wsparcia organizacji/stowarzyszeń działających na rzecz dzieci z astmą oskrzelową oraz zapobieganie wystąpieniu powikłań miejscowych oraz ogólnych w związku z przyjmowaniem GKS; zaszczepienie dziecka przeciw pneumokokom oraz corocznie przeciw grypie.

**Słowa kluczowe:** astma oskrzelowa, dziecko, opieka pielęgniarska, GKS, SABA.

## **PROBLEMY PSYCHOFIZYCZNE WYSTĘPUJĄCE W OKRESIE PRZED I PO REHABILITACJI U PACJENTÓW W WIEKU 40-80 LAT PO PRZEBYTYM UDARZE NIEDOKRWIENNYM MÓZGU**

**CELINA PAJĄK, ANNA MICHALIK, KAROLINA MADEJ**

**Wstęp.** Udar niedokrwienny mózgu jest drugą przyczyną wszystkich zgonów na świecie. Po udarze niedokrwiennym mózgu u pacjentów pojawiają się problemy psychofizyczne, a ich sprawność zostaje ograniczona w znacznym stopniu. Terapia usprawniająca jest ważnym elementem postępowania po wystąpieniu udaru niedokrwiennego mózgu. Intensywna rehabilitacja na oddziale udarowym oraz wielospecjalistyczne działania zespołu terapeutycznego znacząco poprawiają rokowania pacjenta.

**Cel pracy.** Głównym celem pracy było porównanie stanu psychofizycznego pacjentów będących w wieku 40- 80 lat po wystąpieniu udaru niedokrwiennego mózgu, zarówno przed, jak i po zastosowaniu u nich rehabilitacji neurologicznej.

**Materiał i metody.** Badania zostały przeprowadzone w okresie od listopada 2021 roku do marca 2022 roku, wśród 80 pacjentów będących w przedziale wiekowym 40-80 lat, u których wystąpił udar niedokrwienny mózgu. Pacjenci hospitalizowani byli w Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym Szpitala Powiatowego na terenie Suchej Beskidzkiej. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego przy użyciu kwestionariusza ankiety własnego autorstwa. dane zostały poddane analizie w programie statystycznym STATISTICA.

**Wyniki.** Aż 65% ankietowanych wskazało na poprawę swojego stanu zdrowia po rehabilitacji, tylko 5% była przeciwnego zdania, 30% badanych nie było w stanie ocenić, czy nastąpiła poprawa. W badanej grupie, aż 70% ankietowanych jest zadowolonych z efektów

przeprowadzonej rehabilitacji. Osoby, które rozpoczęły rehabilitację dzień po udarze istotnie częściej wskazują na poprawę stanu zdrowia niż osoby, które rozpoczęły rehabilitację w późniejszym czasie.

**Wnioski.** Wprowadzenie wczesnej rehabilitacji neurologicznej na oddziałach udarowych pozytywnie wpływa na fizyczny i psychiczny stan zdrowia pacjentów. Dzięki zastosowanemu leczeniu jakość życia pacjentów poprawiła się.

**Słowa kluczowe:** Udar niedokrwienny mózgu, rehabilitacja neurologiczna, problemy psychofizyczne, jakość życia

## **REALIZACJA PROGRAMU EDUKACJI ODNOŚNIE RAKA PIERSI NA PRZYKŁADZIE JEDNOSTKI MEDYCyny PRACY**

**BARBARA WALTOŚ – TUTAK, ALEKSANDRA ABRACHAMOWICZ, MARLENA  
LONC**

**OPIEKUN PRACY: PROF. DR HAB. N.O ZDR. EDYTA BARNAŚ**

**Wstęp.** Zasadniczym celem medycyny pracy jest ochrona zdrowia osób pracujących przed wpływem niekorzystnych warunków środowiska pracy i sposobem jej wykonywania. Realizowane świadczenia zwykle nie są zbieżne z dostępnymi w Polsce programami profilaktyki onkologicznej.

**Celem pracy** jest ocena nowatorskiego programu edukacji odnośnie raka piersi na przykładzie wybranej jednostki medycyny pracy na Podkarpaciu.

**Materiał i metoda.** Badanie o charakterze retrospektywnym, oparte o metodą desk research. Materiał stanowiły dane pochodzące od 31 619 kobiet, które w latach 2016 – 2021 korzystały z autorskiego programu edukacyjnego odnośnie profilaktyki raka piersi w ramach porad medycyny pracy. Dane zebrano w oparciu o bazę danych poradni medycyny pracy Centrum Medycznego Medyk.

**Wyniki.** Średnio miesięcznie z edukacji onkologicznej w tym nauce samobadania piersi korzystało 45 kobiet. Największą liczbę kobiet biorących udział w programie odnotowano latach 2016-2018, w stosunku do roku 2019 i 2020 ( $p < 0,001$ ). Najchętniej samobadanie piersi wykonywały kobiety w miesiącach jesiennych, choć nie wykazano tu istotnych różnic ( $p = 0,845$ ). Najwięcej zmian w piersiach stwierdzono w roku 2019. Ogółem w całym badanym okresie wykryto 62 zmiany, które skierowano do pogłębionej diagnostyki.

**Wnioski.** Realizacja projektu wskazuje na potrzebę prowadzenia poszerzenia świadczeń ukierunkowanych na działania profilaktyczne w Medycynie Pracy, z uwzględnieniem nauki

samobadania piersi. Istotną rolę w tym zakresie mogą odgrywać pielęgniarki zatrudnione w medycynie pracy.

**Słowa kluczowe:** kobieta, samobadanie piersi, rak piersi, medycyna pracy.

## **OPIEKA PIELEŃNIARSKA NAD DZIECKIEM Z CELIAKIĄ - STUDIUM PRZYPADKU**

---

**AMELIA ŻACHOWSKA, DOROTA MILECKA, EDYTA KĘDRA,  
ELŻBIETA GARWACKA-CZACHOR**

**Wstęp.** Celiakia jako przewlekła choroba trzewna może manifestować się w bardzo zróżnicowany sposób pod względem liczby i rodzaju objawów. Powikłania nieleczonej celiakii mogą w negatywny sposób wpływać na jakość życia oraz funkcjonowanie różnych narządów i układów, dlatego tak ważne jest wczesne wdrożenie odpowiedniej diagnostyki oraz leczenia. Stosując ścisłą dietę bezglutenową, która jest jedyną skuteczną metodą leczenia tej autoimmunologicznej choroby można zapobiec występowaniu niepożądanych objawów.

**Cel pracy.** Przedstawienie procesu pielęgnowania nad dzieckiem z celiakią.

**Material i metody.** W przeprowadzonym badaniu została wykorzystana metoda indywidualnego przypadku. W celu uzyskania informacji o stanie zdrowia chorego dziecka wykorzystano technikę: wywiadu, obserwacji, pomiaru, badania fizykalnego oraz analizy dokumentacji medycznej. Zastosowano następujące narzędzia badawcze: kwestionariusz wywiadu, stadiometr, wagę, BMI, ciśnieniomierz, siatki centylowe - wzrostu, masy ciała, BMI, termometr, skalę VAS, pediatryczną skalę Glasgow, Skalę Baxter oraz do oceny odwodnienia organizmu skalę CDS. Na badanie uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej PANS w Głogowie nr 40/2023. Przed rozpoczęciem badania uzyskano także stosowne zgody na jego przeprowadzenie od władz szpitala, a także od rodziców pacjentka.

**Opis przypadku.** Indywidualnym studium przypadku została objęta dziewczynka w wieku 5 lat i 10 miesięcy. Pacjentka została przyjęta na oddział pediatryczny w trybie nagłym z powodu nasilających się objawów gastrycznych tj. długo utrzymujący się ból brzucha o charakterze kolkowym, przewlekła biegunka, wymioty oraz rozwijające się odwodnienie organizmu. Analiza informacji o stanie zdrowia dziewczynki pozwoliła na zaplanowanie i zrealizowanie opieki pielęgniarskiej nad pacjentką. W trakcie opieki wyłoniono 11 wiodących diagnoz pielęgniarskich z których najważniejsze to m.in: ból brzucha, przewlekła biegunka, odwodnienie organizmu, afty i pleśniawki w jamie ustnej, ból w okolicy odbytu, zmniejszony

apetyt i łaknienie oraz niska masa ciała. Dziecko zostało otoczone opieką pielęgniarską zgodnie z modelami opieki wg Henderson oraz Roy.

**Wnioski.** Z uwagi na przebieg i sposób leczenia celiakii, tuż po złagodzeniu uciążliwych objawów somatycznych związanych z chorobą, szczególny nacisk został położony na edukację dziecka i rodziców na temat zaistniałej choroby a w szczególności na zasady prawidłowego stosowania diety bezglutenowej. Zalecono również stałą obserwację stanu zdrowia dziecka szczególnie w okresie intensywnego wzrostu i dojrzewania w celu uniknięcia wszelkich niedoborów żywieniowych i rozwojowych. Ważnym aspektem opieki jest również sfera psychologiczna która wiąże się z akceptacją choroby, dlatego wskazana jest współpraca z psychologiem.

**Słowa kluczowe:** gluten, celiakia, dziecko, opieka pielęgniarska

## **PROBLEMY EMOCJONALNE KOBIEC PO URODZENIU DZIECKA WYMAGAJĄCEGO LECZENIA W KLINICE PATOLOGII NOWORODKA PODCZAS PANDEMII SARS-CoV-2**

**WIOLETTA POLLOK-WAKSMAŃSKA, NATALIA KUROWSKA,  
KAROLINA ZIMMER**

**Wstęp.** Negatywny wpływ pandemii SARS-CoV-2 na życie ludzkie jest niezaprzeczalny. Poza następstwami medycznymi, obserwowane są także negatywne skutki psychiczne, przyczyniające się do powstawania zaburzeń emocjonalnych. Na występowanie problemów natury psychicznej dużo bardziej narażone są matki dzieci wymagających hospitalizacji po narodzinach. Konieczność leczenia noworodka uznawana jest za jeden z czynników przyczyniających się do rozwoju zaburzeń na tle psychologicznym, jednak w czasach pandemii i wynikających z tej sytuacji obostrzeń, problem ten niewątpliwie jeszcze bardziej się nasilił.

**Cel pracy.** Cel pracy stanowiło przybliżenie zagadnień dotyczących wpływu pandemii SARS-CoV-2 na społeczeństwo w aspekcie psychologicznym. Przeprowadzone badania umożliwiły ocenę zależności pomiędzy stanem psychicznym kobiet w trakcie oraz po przebytej hospitalizacji noworodka, a obecnymi w szpitalu restrykcjami sanitarnymi związanymi z aktualną sytuacją epidemiologiczną w kraju.

**Materialy i metody.** Grupa badana obejmowała sto kobiet, które urodziły dziecko wymagające leczenia w Oddziale Patologii Noworodka. Do przeprowadzenia badania wykorzystano kwestionariusz anonimowej ankiety składający się z 32 pytań jedno- lub wielokrotnego wyboru.



**Wyniki.** Pandemia SARS-CoV-2 i związane z nią ograniczenia spowodowały pogorszenie stanu zdrowia psychicznego kobiet w trakcie trwania ciąży oraz po urodzeniu dziecka wymagającego hospitalizacji. Najczęstszymi emocjami odczuwanymi przez ankietowane były: strach, lęk o zdrowie dziecka, bezradność oraz poczucie winy.

**Wnioski.** Bardzo istotnym elementem opieki poporodowej nad matkami dzieci wymagających leczenia w szpitalnym Oddziale Patologii Noworodka jest zapewnienie kobietom wsparcia emocjonalnego, szczególnie ze strony personelu medycznego.

## **ZACHOWANIA ZDROWOTNE PACJENTÓW BĘDĄCYCH W WIEKU 45-80 LAT CHORUJĄCYCH NA NADCIŚNIENIE TĘTNICZE I LECZĄCYCH SIĘ W POZ NA TERENIE GMINY MAKÓW PODHALAŃSKI- DONIESIENIE WSTĘPNE**

---

**CELINA PAJĄK, ANNA MICHALIK, PAULINA WÓJCIK**

**Wstęp.** Nadciśnienie tętnicze, to globalny problem zdrowotny dotykający coraz większą liczbę osób w coraz młodszym wieku. Ta choroba cywilizacyjna stanowi największą przyczynę przedwczesnych zgonów na świecie. Skuteczne zarządzanie nadciśnieniem tętniczym, opiera się nie tylko na farmakoterapii, lecz również na pozytywnych zachowaniach zdrowotnych pacjentów.

**Cel badania.** Głównym celem pracy była analiza zachowań zdrowotnych Pacjentów w wieku 45-80 lat chorujących na nadciśnienie tętnicze, leczących się w POZ na terenie Gminy Maków Podhalański.

**Material i metoda.** Badania na potrzeby niniejszej pracy zostały przeprowadzone w okresie od sierpnia 2023 roku do października 2023 roku. Badaną grupę stanowili pacjenci w liczbie 102, leczący się w Wiejskim Ośrodku Zdrowia w Juszczynie. W badaniach została zastosowana metoda sondażu diagnostycznego wraz z wykorzystaniem techniki ankietowej.

**Wyniki.** U 71% ankietowanych nadciśnienie tętnicze jest chorobą występującą rodzinnie. Aż 67% odczuwa wsparcie ze strony rodziny. U 55% ankietowanych najczęściej występującą chorobą współistniejącą jest cukrzyca. Z chorobą ponad 5 lat boryka się 67% badanych, 48% regularnie monitoruje ciśnienie tętnicze krwi, a 57% zna prawidłową wartość ciśnienia. Aż 90% badanych regularnie przyjmuje leki, a 59% regularnie uczęszcza na wizyty kontrolne. Natomiast 63% nie prowadzi w ogóle dzienniczka samokontroli, a także 42% nie prowadzi aktywnego trybu życia. Średnia BMI wynosi 29,4; co stanowi nadwagę. Aż 52% respondentów ma świadomość powikłań związanych z nadciśnieniem tętniczym. Łącznie 89% badanych



ograniczyło lub całkowicie zrezygnowało ze spożywania alkoholu, 80% nie pali papierosów, 60% ogranicza spożywanie soli w diecie. Natomiast 69% dąży do utrzymania prawidłowej masy ciała, a 65% dba o regularność i jakość snu. Prawie wszyscy badani (90%) wykazują chęć zmiany stylu życia na bardziej sprzyjający zdrowiu.

**Wnioski.** Większość ankietowanych reprezentuje pozytywne zachowania zdrowotne. Głównym źródłem wiedzy ankietowanych na temat profilaktyki nadciśnienia tętniczego jest lekarz. Niemal wszyscy ankietowani wykazują chęć zmiany stylu życia na bardziej sprzyjający zdrowiu. Ważna jest edukacja i wsparcie właściwych zachowań zdrowotnych pacjentów przez personel medyczny w walce z nadciśnieniem tętniczym.

**Słowa kluczowe:** nadciśnienie tętnicze, zachowania zdrowotne, profilaktyka, edukacja, postępowanie nefarmakologiczne

## **OBCIĄŻENIE BLISKICH SPRAWUJĄCYCH OPIEKĘ NAD CHORYMI PO UDARZE MÓZGU**

**JULIA KOSTKA, EWELINA BĄK, BOGUSŁAW RYŚ, LUKĄŚ KOBER**

**Wstęp.** Udar mózgu stanowi jedno z najpoważniejszych wyzwań zdrowotnych XXI wieku, będąc trzecią najczęstszą przyczyną zgonów i główną przyczyną długotrwałej niepełnosprawności na świecie. Udar jest poważnym problemem zdrowotnym, który niesie za sobą znaczące konsekwencje społeczne. Opieka nad osobą, która przeszła udar, stanowi ogromne wyzwanie, zarówno pod względem fizycznym, jak i emocjonalnym. Opiekun pacjenta po udarze mózgu to często osoba, która zapewnia wsparcie, opiekę i pomoc w codziennym funkcjonowaniu z powodu choroby, niepełnosprawności lub ograniczeń wynikających z wieku.

**Cel pracy.** Celem pracy była ocena poziomu obciążenia ponoszonego przez opiekunów osób po udarze mózgu pod względem fizycznym, emocjonalnym i społecznym.

**Materiał i metody.** Badania przeprowadzono wśród pacjentów hospitalizowanych w oddziale neurologicznym z pododdziałem udarowym oraz opiekunów tych chorych. W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Badania zostały przeprowadzone z użyciem kwestionariusza *Caregiver Burden Scale* oraz kwestionariusza własnego.

**Wyniki.** Otrzymane wyniki wykazały wysoki poziom obciążenia ogólnego 90,9 %, w tym podskala izolacji społecznej 48,2 %, rozczarowania 90 % oraz otoczenia 50,9 %. Niski poziom wykazywała tylko podskala zaangażowania emocjonalnego 41,8 %.

Im cięższy stan neurologiczny pacjenta tym większe obciążenie ogólne opiekuna oraz rozczarowanie, a wyższe zaangażowanie emocjonalne. W badanej grupie opiekunów

największym obciążeniem są pacjenci w wieku powyżej 70 lat. Im dłuższy czas opieki nad chorym tym większe obciążenie ogólne opiekuna oraz większa izolacja społeczna.

Im dłuższy czas poświęcony na opiekę nad chorym w ciągu dnia tym wyższy poziom ogólnego obciążenia, izolacji społecznej, zaangażowania emocjonalnego, otoczenia. Jeśli opiekun ma wsparcie w opiece to przyczynia się to do mniejszego stanu obciążenia opiekuna głównie w obszarze izolacji społecznej.

## **Edukacja Opiekuna/ Rodziny chorego na alzheimera**

**DARIA SZYMAŃSKA, JULIA SZYMONA**

**OPIEKUN PRACY: DR N. MED. ELŻBIETA PRZYCHODZKA**

**Wstęp.** Choroba alzheimera jest chorobą zwyrodnieniową mózgu, charakteryzującą się postępującymi zaburzeniami pamięci oraz zachowania, które całkowicie uniemożliwiają prawidłowe funkcjonowanie chorego w codziennym życiu.

W opiece nad osobą chorą na alzheimera istotna jest edukacja opiekuna oraz rodziny chorego. W opiece należy zadbać o zapewnienie podopiecznemu właściwych ćwiczeń dostosowanych do stanu zdrowia, zachowanie odpowiednich emocji, a także dostosowanie pomieszczeń w domu, aby środowisko pacjenta było dla niego bezpieczne.

**Celem pracy** było przedstawienie edukacji Opiekuna/ Rodziny chorego na alzheimera.

Jako **material i metodę** wykorzystano niesystematyczny przegląd dostępnej literatury dotyczącej choroby alzheimera opublikowanej w okresie pięciu ostatnich lat (2021-2024).

Do analizy zakwalifikowano dziesięć prac o charakterze oryginalnym i przeglądowym w języku polskim. Kryterium kwalifikującym artykuły do przeglądu były: tytuł, treść streszczenia oraz słowa kluczowe, związane z aspektami edukacji, choroby alzheimera.

Choroba alzheimera to częsta choroba spotykana u pacjentów wieku geriatrycznego, dlatego edukacja opiekuna pacjenta lub jego rodziny jest niezwykle ważna w przebiegu terapii i leczenia.

**Podsumowując**, w referacie pokazano znaczenie edukacji opiekuna pacjenta lub jego rodziny. Sprawując całodobą opiekę nad osobą chorą na alzheimera należy roznieć chorobę, znać metody ćwiczeń i umieć zapewnić podopiecznemu bezpieczeństwo.

**Słowa kluczowe:** edukacja, choroba alzheimera.

## **MOWA OSOBY CHOREJ PSYCHICZNIE (NA PRZYKŁADZIE SCHIZOFRENII) W OCENIE PIELEŃNIARKI PSYCHIATRYCZNEJ**

**WOJCIECH LIPSKI, KATARZYNA KOCIUBA-ADAMCZUK**

**Wprowadzenie.** Przedmiotem wystąpienia jest kwestia odbioru i oceny wypowiedzi pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Jednym z podstawowych zadań pielęgniarki psychiatrycznej jest ocena werbalnych i niewerbalnych zachowań występujących u pacjentów z różnymi chorobami psychicznymi.

**Cel pracy.** Zaburzenia mowy i komunikacji wpisują się w spektrum objawów większości chorób psychicznych. Zgodnie ze stwierdzeniem Andrew Simsa „język jest oknem do umysłu”, dlatego odpowiednia ocena wypowiedzi pozwala wnikać w wewnętrzny świat przeżyć osoby chorej. Propozycja oceny zaburzeń językowych zostanie przedstawiona na podstawie schizofrenii. Zaburzenia językowe w schizofrenii zgodnie z klasyfikacjami ICD-11 oraz DSM-5 stanowią objaw osiowy tej psychozy. W psychiatrii od samego początku budowy refleksji naukowej na temat schizofrenii podkreślano ważność tego typu objawów. Ich obraz określano metaforycznie jako „sałatka słowna”. Obecnie w nomenklaturze naukowej określane są one pojęciem schizofazji.

**Opis przypadku.** W pracy zaprezentowane zostaną dwa przypadki pacjentów z zaburzeniami schizofatycznymi. Ocena ich wypowiedzi może w znacznym stopniu pomóc w ocenie ich stanu psychicznego. Przykłady prezentują najczęściej występujące objawy schizofazji w grupie pacjentów z dezorganizacją oraz wskazują obraz rozpadu języka w schizofrenii i możliwy kierunek diagnostyczno-terapeutyczny.

**Wnioski.** Wykorzystując odpowiednie narzędzia, osoba nie będąca lingwistą, ma możliwość oceny charakteru i natężenia występowania fenomenów językowych właściwych schizofazji. Co przekłada się na ocenę ogólnego stanu chorego, poziomu i charakterystyki jego objawów oraz efektów leczenia. Należy pamiętać, że natężenie i jakość zaburzeń językowych jest istotnym predyktorem w ocenie skuteczności leczenia. Ocena wypowiedzi powinna być jednym z najważniejszych elementów diagnozy oraz monitorowania zmian w trakcie leczenia.

# WIEDZA KOBIET NA TEMAT PROFILAKTYKI RAKA PIERSI I RAKA SZYJKI MACICY

AGNIESZKA KRYGOWSKA, MARTA SZARA, MAGDALENA DZIURKA,  
PATRYCJA OZDOBA

**Wstęp.** Rak piersi oraz rak szyjki macicy to nowotwory, które są najczęściej występującymi wśród kobiet. Ważnym elementem walki z oboma nowotworami jest profilaktyka. Wczesnemu wykrywaniu zmian nowotworowych zdecydowanie sprzyja wzrost świadomości kobiet oraz wprowadzenie programów profilaktycznych, stanowiących główne narzędzie w walce z chorobami nowotworowymi.

**Cel pracy.** Celem pracy jest ocena poziomu wiedzy kobiet na temat profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy.

**Materiał i metody.** Badania przeprowadzono za pomocą metody sondażu diagnostycznego, techniki ankiety oraz narzędzi badawczych: Kwestionariusz Breast Cancer Awareness Measure (BCAM), Kwestionariusz Cervical Cancer Awareness Measure (Cervical CAM). W badaniu udział wzięło 107 kobiet w wieku od 18 do 60 lat. Średni wiek badanych wynosił 29,16 lat ( $\pm 10,83$ ). W celu przeprowadzenia analiz statystycznych zastosowano język programowania R w wersji 4.2.2 oraz środowiska RStudio w wersji 2022.12.0. Za statystycznie istotny przyjęto poziom  $\alpha < 0,05$ .

**Wyniki.** W badanej grupie kobiet przeciętny poziom wiedzy na temat raka piersi wynosił  $43,54 \pm 15,36$ , natomiast przeciętny poziom wiedzy na temat raka szyjki macicy wynosił  $48,92 \pm 17,60$ . Wykazano, istotną statystyczną zależność, że im wyższy wiek badanych, tym niższy poziom wiedzy na temat raka piersi ( $r = -0,304$ ;  $p = 0,001$ ) oraz na temat raka szyjki macicy ( $r = -0,245$ ;  $p = 0,011$ ). Stwierdzono także, że im wyższy poziom wykształcenia, tym wyższy poziom wiedzy na temat raka piersi ( $\gamma = 0,267$ ;  $p = 0,007$ ) i raka szyjki macicy ( $\gamma = 0,242$ ;  $p = 0,018$ ). Analizy nie wykazały istotnego statystycznie związku pomiędzy poziomem wiedzy na temat raka piersi/raka szyjki macicy a innymi cechami socjodemograficznymi.

## Wnioski

5. Poziom wiedzy kobiet na temat profilaktyki w raka piersi i raka szyjki macicy jest umiarkowany.
6. Wykazano istotny statystycznie związek pomiędzy wiekiem, wykształceniem badanych a poziomem wiedzy na temat raka piersi i raka szyjki macicy.
7. Im wyższy wiek badanych, tym niższy poziom wiedzy na temat raka piersi i raka szyjki macicy.

8. Im wyższe wykształcenie, tym wyższy poziom wiedzy na temat raka piersi i raka szyjki macicy.

## **ZADANIA PIEŁĘGNIARKI WOBEC OPIEKUNA PACJENTA Z CHOROBAŁ ALZHAIMERA**

**KAROLINA PIKUR, ALEKSANDRA PECIO**

**OPIEKUN PRACY: DR N. MED. ELŻBIETA PRZYCHODZKA, PROF. UCZELNI**

**Wstęp.** Choroba Alzheimera jest przewlekłym, postępującym schorzeniem neurodegeneracyjnym, prowadzącym do stopniowego pogarszania się funkcji poznawczych, takich jak pamięć, myślenie i zdolność do wykonywania codziennych czynności. Pomimo licznych badań, etiologia choroby nie jest w pełni poznana; jednakże wiek pozostaje najistotniejszym czynnikiem ryzyka. W miarę postępu choroby pacjenci stają się coraz bardziej zależni od opiekunów, co stawia przed personelem medycznym, zwłaszcza pielęgniarkami, szereg wyzwań związanych z zapewnieniem kompleksowej opieki choremu.

**Celem pracy** było określenie zadań pielęgniarki wobec opiekuna pacjenta z chorobą Alzheimera.

**Podstawowe założenia.** Pielęgniarka odgrywa kluczową rolę w opiece nad pacjentem z chorobą Alzheimera, zapewniając holistyczną opiekę i wsparcie w codziennych czynnościach, co wpływa na jakość życia i samodzielność pacjenta. Ważnym zadaniem jest również edukacja opiekunów, przekazująca wiedzę o chorobie, metodach pielęgnacji i radzeniu sobie z napotykanymi trudnościami. Ponadto pielęgniarka współpracuje z innymi specjalistami, monitorując postępy choroby i dostosowując plan opieki do zmieniających się potrzeb pacjenta.

**Podsumowanie.** Choroba Alzheimera, będąca przewlekłym i postępującym schorzeniem neurodegeneracyjnym, prowadzi do stopniowego pogarszania się funkcji poznawczych, co w konsekwencji zmienia codzienne życie pacjentów oraz ich opiekunów. Poprzez holistyczne podejście, które łączy wiedzę medyczną z empatią, pielęgniarki przyczyniają się do poprawy jakości życia pacjentów, opóźniając utratę samodzielności i minimalizując stres związany z opieką. Podkreśla to kluczową rolę pielęgniarki w edukacji opiekuna pacjenta z tą chorobą oraz udowadnia, że dostosowanie podejmowanych działań w kierunku pacjenta do jego potrzeb ma szczególne znaczenie w zahamowaniu, częściej w skutecznym opóźnieniu postępu choroby.

**Słowa kluczowe:** choroby neurodegeneracyjne, demencja, koordynacja opieki, pielęgniarka

# **WIEDZA PACJENTÓW PRZEBYWAJĄCYCH NA ODDZIALE KARDIOLOGII INWAZYJNEJ POLSKO-AMERYKAŃSKIEJ KLINIKI SERCA W BIELSKU-BIAŁEJ NA TEMAT CZYNNIKÓW RYZYKA OSTRYCH ZESPOŁÓW WIEŃCOWYCH**

**BOŻENA KRAWCZYK, GRAŻYNA KRUTAK, MONIKA KADŁUBOWSKA,  
JOLANTA KOLONKO**

**Wstęp.** Choroby układu krążenia stanowią jedną z głównych przyczyn zgonów w Polsce. Najistotniejszymi czynnikami prowadzącymi do takich schorzeń jak zawał serca oraz niewydolność serca, są styl życia oraz czynniki ryzyka związane z rozwojem miażdżycy.

**Cel pracy.** Celem pracy była ocena stanu wiedzy pacjentów przebywających na oddziale Kardiologii Inwazyjnej na temat czynników ryzyka ostrych zespołów wieńcowych (OZW).

**Materiał i metody.** W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego.

Do oceny poziomu wiedzy o czynnikach ryzyka OZW użyto kwestionariusza własnej konstrukcji, który zawierał pytania dotyczące choroby, czynników modyfikowalnych, niemodyfikowalnych oraz danych demograficznych.

W badaniu wzięło udział 115 pacjentów przebywających na oddziale Kardiologii Inwazyjnej Polsko-Amerykańskiej Kliniki Serca w Bielsku-Białej

**Wyniki.** Większość respondentów oceniła swoją wiedzę o czynnikach ryzyka ostrych zespołów wieńcowych jako niską. Większość badanych osób zadeklarowała, że posiada informacje na temat czynników ryzyka OZW. Nadciśnienie tętnicze uznano za główną przyczynę choroby wieńcowej a styl życia i palenie tytoniu za najważniejsze modyfikowalne czynniki ryzyka.

Wiedza na temat czynników ryzyka ostrych zespołów wieńcowych była pozyskiwana przez respondentów z różnych źródeł takich jak artykuły i programy telewizyjne poświęcone zdrowiu, materiały edukacyjne dostępne w Internecie, rozmowy z lekarzami, znajomymi, a także doświadczenia osobiste związane z opieką zdrowotną lub występowaniem chorób serca w rodzinie lub otoczeniu.

**Wnioski.** W badanej grupie stwierdzono istotną zależność między poziomem wiedzy a wiekiem, płcią, poziomem wykształcenia i aktywnością zawodową uczestników.

Posiadanie wiedzy na temat chorób układu sercowo-naczyniowego oraz czynników ryzyka, które można zmodyfikować, jest kluczowym krokiem w motywowaniu jednostek do zmiany postaw, zachowań i stylu życia na korzyść zdrowia.

**Słowa kluczowe:** czynniki ryzyka, ostre zespoły wieńcowe.

## **OCENA ZAPOTRZEBOWANIA NA EDUKACJĘ PACJENTEK Z CHOROBAŁĄ NOWOTWOROWĄ – BADANIE PILOTAŻOWE**

**MARTA GIEREK, MARZENA TURCZYN, RENATA ROGALA, EWA PUCHACZ,  
MAGDALENA MICHALCZUK**

**Wstęp.** Celem niniejszego badania była ocena potrzeb edukacyjnych pacjentek z chorobą nowotworową w kontekście rodzaju opieki, oceny otrzymanych informacji medycznych, podejmowania działań edukacyjnych związanych z leczeniem, dostępności materiałów edukacyjnych na temat leczenia oraz rozumienia uzyskiwanych informacji medycznych.

**Material i metoda.** Badania zostały zrealizowane na grupie 63 pacjentek ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową narządu rodnegu. Średnia wieku badanych wyniosła 55 lat ( $\pm 18,25$ ). W ramach badania zastosowano narzędzie – autorski kwestionariusz ankiety składający się z 26 pytań.

**Wyniki.** Wykazano istotną statystycznie zależność między poziomem wykształcenia a: (I) rodzajem opieki (domowa, hospicyjna, samodzielna, szpitalna),  $\chi^2 = 17,61$ ;  $p = 0,040$ . W przypadku respondentek z wykształceniem zawodowym i podstawowym zaobserwowano większe zróżnicowanie form opieki; (II) oceną otrzymywanej informacji na temat leczenia,  $\chi^2 = 14,72$ ;  $p = 0,022$ . Osoby z wyższym wykształceniem częściej deklarowały otrzymanie pełnych informacji o leczeniu; (III) skłonnością do podejmowania działań edukacyjnych związanych z leczeniem  $\chi^2 = 14,77$ ;  $p = 0,022$ ); (IV) dostępnością materiałów edukacyjnych  $\chi^2 = 15,91$ ;  $p = 0,014$ . Poziom wykształcenia nie miał istotnego związku ze zrozumieniem uzyskiwanych informacji medycznych.

**Wnioski.** Podsumowując, wykształcenie ma związek z różnymi aspektami dotyczącymi opieki zdrowotnej, takimi jak wybór formy opieki, dostępność i jakość informacji o leczeniu oraz chęć angażowania się w działania edukacyjne. Jednak poziom wykształcenia nie wydaje się mieć znaczącego związku z właściwym zrozumieniem informacji medycznych.

## **ROLA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM ZE STWARDNIENIEM ROZSIANYM**

**KATARZYNA ADAMSKA, WIKTORIA KONASZCZUK, GABRIELA PŁAZIO  
OPIEKUN PRACY: DR N. MED. ELŻBIETA PRZYCHODZKA**

**Wstęp.** Stwardnienie rozsiane jest chorobą o przewlekłym i postępującym przebiegu. Dotyczy ośrodkowego układu nerwowego, czyli mózgowia i rdzenia kręgowego. W przebiegu choroby dochodzi do rozsianego zaniku osłonek mielinowych włókien nerwowych (neuronów), czyli do



demielinizacji. W konsekwencji takich zmian pojawiają się ogniska uszkodzeń w mózgu i rdzeniu kręgowym. Mogą one skutkować występowaniem różnych objawów neurologicznych.

**Cel pracy.** Celem pracy jest określenie roli pielęgniarki w opiece nad pacjentem ze stwardnieniem rozsianym.

**Material i metody.** Badanie przeprowadzono w ramach metody indywidualnego przypadku 58 letniej pacjentki chorującej na stwardnienie rozsiane od 30 lat. Analizie poddano dane kliniczne, historię choroby oraz zastosowane metody terapeutyczne. Oceniono funkcjonowanie pacjentki w aspekcie neurologicznym i jakości życia, wykorzystując wywiad, dokumentację medyczną oraz narzędzia oceny stanu zdrowia.

**Wyniki.** Analiza przypadku wykazała, że rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem ze stwardnieniem rozsianym (SM) obejmuje zarówno wsparcie medyczne, jak i psychospołeczne. Kluczowe aspekty to monitorowanie stanu zdrowia, edukacja pacjenta i jego rodziny, pomoc w radzeniu sobie z objawami choroby oraz koordynacja opieki interdyscyplinarnej. Szczególne znaczenie miało dostosowanie opieki do indywidualnych potrzeb pacjentki oraz wspieranie jej samodzielności w codziennym funkcjonowaniu.

**Wnioski.** Holistyczne i indywidualne podejście pielęgniarki wpływa na komfort i bezpieczeństwo pacjenta. Skuteczna opieka wymaga interdyscyplinarnej współpracy oraz dostosowania działań do postępu choroby.

**Słowa kluczowe:** stwardnienie rozsiane, opieka pielęgniarska

## **JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW PO OPERACJI WYŁONIENIA STOMII JELITOWEJ**

---

**EWA AGNIESZKA BOBKIEWICZ, ZBIGNIEW ORZEŁ, ALEKSANDRA ZAJĄC,  
MARIUSZ SUTRYK, EWA GUZ, MALWINA BAJER, KATARZYNA ISKRA**

**Wstęp.** Tworzenie stomii jest procedurą terapeutyczną stosowaną w leczeniu dysfunkcji jelit, która wpływa na jakość życia (QOL) pacjentów. Stomia może skutkować zmianą obrazu ciała i znacząco wpływa na życie fizyczne, psychiczne, emocjonalne i społeczne pacjentów. Może też prowadzić do wzmożonego niepokoju i cierpienia pacjentów w wyniku podrażnienia skóry, wycieku z torebki, nieprzyjemnego zapachu, ograniczenia przyjemnych czynności oraz depresji/lęku. Stomię zgłaszano jako czynnik ograniczający życie społeczne, a wielu pacjentów jest mniej aktywnych publicznie i odczuwa ograniczenia w rekreacji, transporcie, sporcie i spędzaniu czasu wolnego.



**Cel pracy.** Ocena jakości życia pacjentów po operacji wyłonienia stomii jelitowej.

**Materiał i metody.** Badanie przeprowadzono na grupie 101 osób, które przeszły operację wyłonienia stomii jelitowej. W ramach sondowania diagnostycznego wykorzystano technikę ankiety, a respondenci wypełniali samodzielnie autorski kwestionariusz ankietowy zawierający 21 pytań. Badania zostały przeprowadzone od 15 lutego do 19 marca 2023 r.

**Wyniki.** Wyniki badań pokazują, że jakość życia pacjentów po operacji wyłonienia stomii jelitowej jest niska. Kobiety gorzej oceniają swoją jakość życia niż mężczyźni, a osoby powyżej 50. roku życia opisują swój stan zdrowia gorzej. Respondenci, u których stomia została wyłoniona w ciągu ostatnich 12 miesięcy, najgorzej oceniają swoją jakość życia. Osoby aktywne zawodowo i uczące się lepiej oceniają swój stan zdrowia. 41,6% respondentów nie jest zadowolona ze swojego stanu zdrowia, a 49,5% odczuwa lęk, przygnębienie i depresję. 44,6% przyznało, że operacja wpłynęła negatywnie na ich poczucie własnej wartości.

**Wnioski.** Wyłonienie stomii jelitowej jest niezbędne w leczeniu schorzeń jelit, ale wiąże się z negatywnym wpływem na jakość życia pacjentów, obejmującym zdrowie psychiczne, fizyczne i społeczne. Dla poprawy jakości życia skuteczna jest edukacja, wsparcie psychologiczne oraz normalizacja tego zagadnienia w społeczeństwie.

**Słowa kluczowe:** stomia, kolostomia, ileostomia, jelito, jakość życia.

## **WYPALENIE ZAWODOWE WŚRÓD DIETETYKÓW - PROBLEM DLA PIELĘGNIAREK SPECJALISTEK OCHRONY ZDROWIA PRACUJĄCYCH**

---

**IZABELA JAROSZ, MAGDALENA RUSZEL, MARTA SZARA,  
JADWIGA KLUKOW**

**Wstęp.** Syndrom wypalenia zawodowego jest indywidualną reakcją na przewlekły stres w pracy, który rozwija się stopniowo i może ostatecznie stać się przewlekły, powodując zmiany w zdrowiu. Syndrom wypalenia zawodowego powoduje szkody na poziomie poznawczym, emocjonalnym i podstawowym, co przekłada się na negatywne zachowanie wobec pracy, współpracowników, klientów i samej roli zawodowej.

**Cel pracy.** Celem badań była analiza zjawiska wypalenia zawodowego w grupie zawodowej dietetyków, jako problemu dla pielęgniarek specjalistek ochrony zdrowia pracujących.

**Materiał i metody.** Badania przeprowadzono za pomocą metody sondażu diagnostycznego, techniki ankiety oraz narzędzi badawczych: Kwestionariusz OLBI i Kwestionariusz UWES-17. W badaniu udział wzięło 152 aktywnych zawodowo dietetyków, głównie kobiet (94,74%).

Średni wiek badanych wynosił 30,48 lat ( $\pm 5,41$ ), staż pracy ogółem 6,03 lat ( $\pm 4,69$ ), staż pracy w obecnym miejscu pracy 4,38 lat ( $\pm 4,12$ ). Analizy statystyczne wykonano w programie Statistica v.13.3, przyjęto poziom istotności  $p < 0,05$ .

**Wyniki.** Wypalenie zawodowe wśród dietetyków stwierdzono na umiarkowanym poziomie ( $40,38 \pm 9,89$ pkt). Zarówno dla podskali braku zaangażowania ( $19,61 \pm 5,15$ pkt), jak i podskali wyczerpania ( $20,77 \pm 5,37$ pkt) wynik interpretowano jako poziom umiarkowany. Nie wykazano istotnych statystycznie zależności, pomiędzy poziomem wypalenia zawodowego a wiekiem, płcią i długością stażu pracy ( $p > 0,05$ ). Wykazano umiarkowany poziom zaangażowania w pracę ( $60,55 \pm 22,41$ ). Zbliżone wyniki stwierdzono w aspekcie wigoru ( $20,02 \pm 8,18$ ), oddania się pracy ( $19,37 \pm 6,96$ ) i zaabsorbowania ( $21,15 \pm 8,60$ ). Wykazano, że wypalenie zawodowe jest powiązane istotnie statystycznie z zaangażowaniem w pracę ( $p < 0,00001$ ). Stwierdzono istotnie statystyczne związki pomiędzy poziomem wypalenia zawodowego oraz poziomem zaangażowania w pracę wśród dietetyków wykorzystujących media społecznościowe dla celów promocji własnej działalności zawodowej ( $p < 0,05$ ).

#### **Wnioski.**

1. Wypalenie zawodowe wśród dietetyków plasuje się na umiarkowanym poziomie.
2. Poziom zaangażowania w pracę wśród dietetyków oceniono jako umiarkowany.
3. Wykazano istotny statystycznie związek pomiędzy poziomem wypalenia zawodowego, a zaangażowaniem w pracę.
4. Stwierdzono istotnie statystyczne związki pomiędzy poziomem wypalenia zawodowego, poziomem zaangażowania w pracę a prowadzeniem mediów społecznościowych dla celów promocji własnej działalności zawodowej.

## **ANALIZA FUNKCJONALNOŚCI WYBRANYCH APLIKACJI MOBILNYCH DOTYCZĄCYCH PRZYJMOWANIA LEKÓW**

**KINGA TADLA, JOANNA BŁAJDA**

**Wstęp.** Przestrzeganie zaleceń lekarza dotyczących regularnego przyjmowania leków, jest podstawowym warunkiem efektywnej terapii we wszystkich schorzeniach. Jest to również wyzwaniem całego zespołu terapeutycznego, gdyż nikt nie ma kontroli nad pacjentem, który wyjdzie z placówki leczniczej. Dlatego coraz powszechniejsze stają się aplikacje mobilne dotyczące przyjmowania leków, gdyż poza codziennymi powiadomieniami o konkretnych godzinach posiadają liczne funkcje wspierające terapię.

**Cel pracy.** Celem pracy jest analiza funkcjonalności wybranych mobilnych aplikacji dotyczących przyjmowania leków.

**Material i metody.** W pracy dokonano analizy funkcjonalności 6 najpopularniejszych bezpłatnych, aplikacji mobilnych dotyczących przyjmowania leków z możliwością użytkowania w języku polskim dostępnych dla systemu Android, pobranych w sklepie Google Play. Każda z aplikacji posiadała ponad 10tys. pobrań. Wybrano aplikacje z oceną ponad 4/5 gwiazdek. Analizy dokonano 21.03.2025.

**Wyniki.** Najpopularniejszą funkcją w wybranych aplikacjach jest regularne powiadomienie dotyczące przyjęcia leków. Wszystkie analizowane aplikacje posiadały tę funkcję. Aż 66,7% analizowanych aplikacji posiada funkcję powrotu do historii poprzednich dni kuracji, oraz możliwość zapisywania objawów i parametrów życiowych każdego dnia. Połowa sprawdzanych aplikacji ma możliwość zmiany motywu (3/6). Funkcję zapisywania wizyt lekarskich posiada 2/6 analizowanych aplikacji mobilnych. Tyle samo bo 33,3% aplikacji posiada możliwość tworzenia notatek i raportów z określonej odległości czasowej. 16,7% aplikacji (1/6) ma możliwość planowania ilości leków na wyjazd oraz sprawdzenie listy leków wraz z chorobami. Jedynie 1 aplikacja posiada funkcję przypomnienia o lekach dla członków rodziny.

#### **Wnioski.**

1. Aplikacje mobilne dotyczące przyjmowania leków oferują szeroki zakres funkcji, które mogą pomóc personelowi medycznemu w terapii lekowej pacjentów.
2. Najpopularniejsze funkcje skupiają się na podstawowych aspektach opieki, czyli regularnym zażywaniu przepisanych leków.
3. Dzięki posiadaniu przez pacjenta aplikacji mobilnych dotyczących przyjmowania leków, można kontrolować nie tylko systematyczność w terapii, ale często także jego stan zdrowia.

**Słowa kluczowe:** aplikacje mobilne, przyjmowanie leków, leki

## **BANKI MLEKA KOBIECEGO: WYZWANIA I DOŚWIADCZENIA KOBIET - PRZEGLĄD BADAŃ**

---

**AMELIA GRZYBOWSKA, KAMILA KRASUCKA, MAGDALENA DZIURKA**

**Wstęp.** Banki Mleka Kobiecego to wyspecjalizowane placówki, które gromadzą, przetwarzają, przechowują i udostępniają mleko kobiece wcześniakom/ noworodkom donoszonym/ niemowlętom, które nie mogą być karmione mlekiem przez matki. Ich głównym celem jest

wspieranie zdrowia noworodków, w szczególności wcześniaków i dzieci z niską wagą urodzeniową, które potrzebują specjalistycznej opieki i odpowiedniego żywienia.

**Rozwinięcie.** Celem badań było zidentyfikowanie i analiza wyzwań oraz doświadczeń kobiet związanych z korzystaniem z Banków Mleka Kobiecego. Wykonano niesystematyczny przegląd piśmiennictwa w trzech bazach: PubMed, Scopus oraz CINAHL, przy użyciu kombinacji słów kluczowych. Wyniki przeglądu zawężono do artykułów opublikowanych w języku polskim i angielskim, począwszy od 2010 roku. Dodatkowo, przeszukano oficjalne strony Banków Mleka Kobiecego w celu pozyskania dodatkowej literatury i informacji uzupełniających.

**Podsumowanie.** Dawcy mleka kobiecego odczuwali satysfakcję i spełnienie, wiedząc, że dają nadzieję niemowlętom i ich rodzinom. Personel medyczny odgrywał kluczową rolę, wspierając i motywując kobiety do darowizny, zapewniając odpowiednie warunki. Dawcy czuli potrzebę dzielenia się swoimi doświadczeniami, aby inspirować innych do oddawania mleka. Matki, które korzystały z Banków Mleka Kobiecego, były głównie motywowane korzyściami zdrowotnymi dla swoich dzieci, ale dostrzegały także psychologiczne aspekty tego procesu. Wzmocnienie działań promujących działalność banków mleka oraz zwiększenie świadomości społecznej mogą przyczynić się do większej dostępności mleka kobiecego i poprawy opieki nad pacjentami.

## BYĆ Z PACJENTEM DO KOŃCA

MARTA POLANOWSKA, SYLWIA KRZEMINSKA

**Wprowadzenie.** Śmierć jest nieodłącznym elementem życia, który łączy w sobie sprzeczności: jest powszechna, ale jednocześnie bardzo indywidualna. Proces umierania jest samotnym doświadczeniem, nawet w obecności bliskich. Umierający potrzebują kontaktu, wsparcia i opieki. Personel medyczny powinien pamiętać o podmiotowości chorego, nawet gdy jego świadomość jest ograniczona. Zadaniem personelu nie jest walka ze śmiercią, ale zapewnienie godności umierania, szanując autonomię pacjenta.

**Rozwinięcie.** Proces umierania jest trudnym doświadczeniem zarówno dla pacjenta, jak i dla osób współuczestniczących. J.R. Cavanagh definiuje umieranie jako czas, gdy leczenie nie ma wpływu na nieuleczalną chorobę. Wyróżnia trzy okresy: przed terminalnym, terminalnym i okres umierania. Personel medyczny odgrywa kluczową rolę w opiece nad pacjentem terminalnie chorym, dbając o jego godność. Elizabeth Kubler Ross stworzyła model etapowego umierania, który obejmuje pięć stadiów: zaprzeczenia, gniewu, targowania się, depresji

i pogodzenia się. Ks. Jan Kaczkowski, założyciel Puckiego Hospicjum, podkreślał potrzebę czulej troski nad umierającymi. Najlepszym miejscem do opieki nad umierającymi jest dom, ale często jest to niemożliwe z powodu obiektywnych uwarunkowań. W szpitalu personel medyczny powinien zapewnić pacjentowi wsparcie emocjonalne i fizyczne. Postawy pielęgniarek wobec pacjentów umierających mogą być różne: partnerska, filozoficzna, religijna, obojętna. Ważne jest, aby personel medyczny był przygotowany do współuczestnictwa w procesie umierania, dbając o higienę psychiczną i realizując standardy opieki.

**Zakończenie.** Pacjent umierający to człowiek, który zasługuje na godność i szacunek. Personel medyczny powinien poświęcić mu czas „dobrej jakości”, skupiając się na jego potrzebach i lękach. Uczestnictwo w misterium mortis jest darem i zaszczytem. Ważne jest, aby personel medyczny traktował każdego pacjenta z empatią, wrażliwością i szacunkiem, respektując jego prawa.

## **OPIEKA PIELEŃNIARSKA NAD 53-LETNIM PACJENTEM Z RDZENIOWYM ZANIKIEM MIĘŚNI W ŚRODOWISKU DOMOWYM**

---

**VIRA ABRAM, KATARZYNA KROCZEK, KORNELIA SKOCZYLAS**

**Wstęp.** Rdzeniowy zanik mięśni charakteryzuje się postępującym osłabieniem mięśni proksymalnych i atrofią mięśni szkieletowych. Przebieg choroby jest zależny od jakości opieki nad chorym oraz wdrożonej terapii.

**Cel pracy.** Przedstawienie opieki pielęgniarstwiej nad 53-letnim pacjentem z rdzeniowym zanikiem mięśni w środowisku domowym.

**Opis przypadku.** Praca prezentuje studium przypadku 53-letniego pacjenta z rozpoznaniem rdzeniowym zanikiem mięśni i opiekę nad nim w środowisku domowym. W ocenie stanu zdrowia pacjenta zastosowano techniki takie, jak: obserwacja, wywiad, analiza dokumentacji medycznej oraz skale: oceny sprawności motorycznej osób z SMA CHOP INTEND, skalę ocenę bólu NRS, oceny ryzyka związanego ze stanem odżywienia NRS 2002, oceny ryzyka rozwoju odleżyn Norton, skalę oceny siły mięśniowej Lovetta, ocenę stopnia duszności Borga. Zdiagnozowano problemy pielęgnacyjne z uwzględnieniem relacji opiekunów pacjenta oraz opracowano indywidualny plan opieki.

**Wnioski.** Ważnym elementem opieki nad pacjentem z rdzeniowym zanikiem mięśni jest rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych i zdrowotnych w środowisku gdzie realizowana jest opieka. Właściwa opieka pielęgniarstwiej ma pozytywny wpływ na stan zdrowia oraz komfort

pacjenta. W opiece należy uwzględnić obecność opiekunów pacjenta w celu udzielenia im wsparcia emocjonalnego i edukacyjnego.

**Słowa kluczowe:** rdzeniowy zanik mięśni, indywidualne studium przypadku, opieka pielęgniarska.

## **DOŚWIADCZENIA OSÓB TRANSPŁCIOWYCH W KORZYSTANIU Z OPIEKI GINEKOLOGICZNEJ – PRZEGLĄD WYNIKÓW BADAŃ**

---

**KAMILA KRASUCKA, AMELIA GRZYBOWSKA, KAROLINA PIKUR,  
MAGDALENA DZIURKA**

**Wstęp.** Doświadczenia osób transpłciowych w korzystaniu z opieki ginekologicznej stanowią istotny temat w kontekście równości dostępu do usług zdrowotnych. Transpłciowość, jako zjawisko związane z tożsamością płciową, często wiąże się z wyzwaniem w zakresie opieki zdrowotnej, w tym również opieki ginekologicznej.

**Rozwinięcie.** Osoby transpłciowe, mogą napotykać trudności w uzyskaniu odpowiedniej opieki, w tym doświadczają dyskryminacji, braku zrozumienia ze strony personelu medycznego oraz niewłaściwego dostosowania usług do ich specyficznych potrzeb. Celem badań jest zrozumienie doświadczeń osób transpłciowych w korzystaniu z opieki ginekologicznej poprzez analizę wyników dostępnych badań. Wykonano niesystematyczny przegląd piśmiennictwa w trzech bazach: PubMed, Scopus oraz CINAHL, przy użyciu kombinacji słów kluczowych. Wyniki przeglądu zawężono do artykułów opublikowanych w języku polskim i angielskim, począwszy od 2010 roku.

**Podsumowanie.** Liczne badania wskazują na bariery, z jakimi spotykają się osoby transpłciowe w dostępie do opieki ginekologicznej, a także na różnorodność doświadczeń związanych z tą opieką. Osoby transpłciowe napotykają bariery w dostępie do opieki ginekologicznej, w tym brak wiedzy i wrażliwości personelu medycznego, dyskryminację oraz brak dostosowania usług do specyficznych potrzeb. Niewłaściwe traktowanie i stygmatyzacja, a także ograniczony dostęp do odpowiednich specjalistów, pogłębiają problem braku zaufania do systemu opieki zdrowotnej. Zwiększenie świadomości wśród pracowników medycznych oraz dostosowanie usług do potrzeb osób transpłciowych mogą pomóc w przezwyciężeniu barier, których doświadczają pacjenci, jak i poprawie jakości opieki ginekologicznej, a także satysfakcji z opieki.

# **OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD 64-LETNIM PACJENTEM PO PRZESZCZEPIE AUTOLOGICZNYM KOMÓREK MACIERZYSTYCH W PRZEBIEGU SZPICZAKA MNOGIEGO W ODDZIALE TRANSPLANTACJI SZPIKU**

**SABINA SKOTNICKA, KATARZYNA KROCZEK, ANNA MICHALIK**

**Wprowadzenie.** Szpiczak plazmocytowy jest nowotworem układu krwiotwórczego. Proces diagnozy jest długi i wymaga uważności. Obraz kliniczny szpiczaka zawiera w sobie anormatywne złamania, postępującą niewydolność nerek, zespół ucisku rdzenia kręgowego oraz częste infekcje.

**Cel pracy.** Przedstawienie opieki pielęgniarskiej nad pacjentem po przeszczepie autologicznym komórek macierzystych w przebiegu szpiczaka mnogiego w trakcie hospitalizacji.

**Opis przypadku.** Badaniem został objęty przypadek 64-letniego pacjenta po przeszczepie autologicznym komórek macierzystych w przebiegu szpiczaka mnogiego w trakcie hospitalizacji. Opis przypadku powstał w oparciu o metody takie jak: analiza dokumentacji medycznej, badanie podmiotowe i przedmiotowe pacjenta, ocena stanu pacjenta z wykorzystaniem skal. Zastosowanie skal: NRS, onkologicznej oceny neurotoksyczności, stopnia zaawansowania zapalenia błony śluzowej jamy ustnej, skali depresji Becka, Bristolskiej Skali Uformowania Stolca, wskaźnika BMI, skali nasilenia nudności i wymiotów, skali nasilenia duszności pozwoliło na uzyskanie informacji o sytuacji zdrowotnej pacjenta. Dokonano również oceny funkcjonowania poszczególnych układów i narządów.

**Wnioski.** Pacjent po przeszczepie autologicznym komórek macierzystych w przebiegu szpiczaka mnogiego wymaga wieloaspektowego podejścia. Analiza stanu zdrowia pacjenta pozwoliła na postawienie diagnoz pielęgniarskich oraz opracowanie indywidualnego planu opieki oraz opracowanie zaleceń.

**Słowa kluczowe:** szpiczak plazmocytowy, przeszczep autologiczny, opieka pielęgniarska



# **WIEDZA Kobiet W WIEKU 18 - 40 LAT PRZEBYWAJĄCYCH Z DZIECKIEM NA ODDZIALE PEDIATRYCZNYM NA TEMAT ZESPOŁU FAS**

**ANNA ŻAK, WIOLETTA POLLOK -WAKSMAŃSKA, KATARZYNA KROCZEK,  
AGNIESZKA FOLTYN**

**Wstęp.** Alkoholowy Zespół Płodowy (FAS) to zespół wad rozwojowych będących konsekwencją toksycznego działania alkoholu na dziecko w życiu płodowym. Dziecko obciążone Alkoholowym Zespołem Płodowym zmaga się z wieloma problemami. Negatywne konsekwencje jego wystąpienia obejmują sferę fizyczną, umysłową jak również społeczną dziecka. Wczesna diagnostyka i rozpoznanie mają kluczowe znaczenie w późniejszym postępowaniu leczniczym i terapeutycznym.

**Cel pracy** Określenie stanu wiedzy kobiet w przedziale wiekowym 18 do 40 lat, przebywających z dzieckiem na oddziale pediatrycznym na temat zespołu FAS w zależności od wieku, liczby posiadanych dzieci, stanu cywilnego, miejsca zamieszkania i wykształcenia.

**Materiał i metody** Badaniem objęto 132 kobiety, przebywające ze swoimi dziećmi na oddziale dziecięcym w okresie IV kwartał 2023 i I kwartału 2024 na oddziale dziecięcym. W pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, w której wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety.

**Wyniki** 34,1% badanych stanowiły kobiety w wieku 30-34 lata. Przeciętny poziom wiedzy na temat FAS posiadało 36,4% kobiet, niski 32,6%, a wysoki 31,1% kobiet. Poziom wiedzy kobiet był uzależniony od ich wykształcenia. Alkohol w ciąży lub w czasie karmienia spożywało 43,6% badanych nie będących w związku małżeńskim. Zaobserwowano związek między spożywaniem alkoholu w czasie ciąży a stanem cywilnym badanych oraz ich wykształceniem.

## **Wnioski.**

1. W analizowanej grupie kobiet nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności między poziomem wiedzy respondentek na temat FAS a wiekiem, stanem cywilnym oraz liczbą posiadanych dzieci.
2. Na poziom wiedzy na temat FAS wpływa wykształcenie badanych kobiet.
3. Istnieje istotna statystycznie zależność między spożywaniem alkoholu w okresie ciąży a stanem cywilnym badanych kobiet.
4. Niezbędne jest podjęcie działań edukacyjnych skierowanych do personelu medycznego i do kobiet w każdym wieku w okresie rozrodczym.

**Słowa kluczowe:** Alkoholowy Zespół Płodowy, alkohol, ciąża



# PRZYSTOSOWANIE DO CHOROBY NOWOTWOROWEJ KOBIET Z RAKIEM PIERSI Z UWZGLĘDNIENIEM METODY LECZENIA CHIRURGICZNEGO

ANETA MIELNIK, KATARZYNA GOLONKA, ELŻBIETA CIPORA

**Wstęp.** Rak piersi to najczęściej występujący nowotwór złośliwy u kobiet oraz druga przyczyna zgonów u tej płci z powodu nowotworów. Rozpoznanie raka piersi i konieczność inwazyjnego leczenia, w tym chirurgicznego jest dla kobiet źródłem stresu i przyczyną negatywnych emocji. Duże znaczenie w tej sytuacji ma przystosowanie psychiczne do choroby.

**Celem pracy była** ocena przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej kobiet z rakiem piersi z uwzględnieniem metody leczenia chirurgicznego.

**Material i metody.** Badaniami objęto 122 kobiety z rozpoznaniem raka piersi u których wykonano mastektomię albo operację oszczędzającą pierś. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankietowania oraz Autorski Kwestionariusz Ankiety i Skalę Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej Mini-MAC. W analizie wyników badań zastosowano podstawowe statystyki opisowe, analizę wariancji ANOVA oraz test *post-hoc Scheffe*. Założono poziom istotności  $p \leq 0,05$ .

**Wyniki.** W badanej grupie kobiet dominował styl konstruktywny ( $M=41,3$ ) nad destrukcyjnym ( $M=27,6$ ) oraz strategia ducha walki ( $M=21,7$ ) nad strategią bezradności – beznadziejności ( $M=12,7$ ). Nie wykazano istotnych statystycznie różnic w stylach przystosowania do choroby nowotworowej i strategiach radzenia sobie z chorobą u kobiet z rakiem piersi ze względu na zastosowaną metodę leczenia chirurgicznego (mastektomia i operacja oszczędzająca pierś).

**Wnioski.** Dominacja stylu konstruktywnego i strategii ducha walki świadczyły o dobrym przystosowaniu psychicznym do choroby nowotworowej kobiet z rakiem piersi. Należy w dalszym ciągu prowadzić badania w tym zakresie w celu oceny sytuacji chorych i ustalenia priorytetów w profesjonalnej opiece onkologicznej.

**Słowa kluczowe:** rak piersi, kobiety, przystosowanie psychiczne, leczenie chirurgiczne.

# **CZY WARSZTATY EDUKACYJNE MAJĄ WPLYW NA ŚWIADOMOŚĆ MŁODZIEŻY W ZAKRESIE PROFILAKTYKI NOWOTWOROWEJ I REGULARNEGO SAMOBADANIA PIERSI I JĄDER? – ANALIZA PORÓWNAWCZA**

---

**GRACJAN SZPREJDA, NIKOLA JURCZYŃSKA, KINGA GRZYBKOWSKA,  
AGNIESZKA MAZUR, AGNIESZKA JEŻYCKA, OLIWIA PINKOWSKA  
OPIEKUN PRACY: DR ANNA ŻDANOWICZ**

**Wprowadzenie.** Profilaktyka nowotworowa odgrywa kluczową rolę w zapobieganiu chorobom nowotworowym. Mimo dostępności informacji, świadomość czynników ryzyka i objawów chorób nowotworowych nie zawsze przekłada się na podejmowanie działań profilaktycznych.

**Cel badania.** Ocena poziomu wiedzy uczniów na temat samobadania piersi i jąder oraz analiza wpływu warsztatów edukacyjnych na ich świadomość i gotowość do regularnego wykonywania samobadania.

**Materiał i metody.** Badaniem objęto 381 uczniów szkół ponadpodstawowych w Pile – 244 dziewczęta (14-19 lat) i 137 chłopców (15-18 lat). Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety (pre-test i post-test).

**Wyniki.** Przed warsztatami 65% dziewcząt i 64% chłopców wskazało, że nigdy nie wykonywało samobadania. Edukację w zakresie profilaktyki nowotworowej wcześniej otrzymało 55% dziewcząt i jedynie 23% chłopców. 67% dziewcząt i 57% chłopców uznało szkolną edukację zdrowotną za niewystarczającą. Po warsztatach 67% dziewcząt i 69% chłopców zadeklarowało zamiar regularnego wykonywania samobadania.

**Wnioski.** Badanie wykazało, że wiedza uczniów na temat profilaktyki nowotworowej, zwłaszcza samobadania, jest niewystarczająca. Warsztaty edukacyjne znacząco zwiększają świadomość młodzieży i motywują do działań profilaktycznych. Wprowadzenie systematycznych programów edukacyjnych może odegrać kluczową rolę w kształtowaniu nawyków prozdrowotnych wśród młodych ludzi.

**Słowa kluczowe:** samobadanie, profilaktyka, nowotwór piersi i jąder, młodzież

## **SPOSOBY RADZENIA SOBIE Z CHOROBAŁĄ NOWOTWOROWĄ WŚRÓD PACJENTÓW LECZONYCH HEMATOONKOLOGICZNIE**

**SYLWIA KRZEMIŃSKA, ANNA KOSTKA, MARTA POLANOWSKA,  
ADRIANA BORODZICZ**

**Wstęp.** Choroby nowotworowe stanowią jedno z najpoważniejszych wyzwań zdrowotnych współczesnego społeczeństwa, a ich wpływ na życie pacjentów oraz ich rodziny jest ogromny. Pacjenci, u których rozpoznano i leczono nowotwory krwi lub układu chłonnego, często stają przed wielkimi wyzwaniami fizycznymi, psychicznymi i społecznymi. Radzenie sobie z chorobą nowotworową to proces emocjonalny, fizyczny i społeczny, który obejmuje szereg strategii i działań mających na celu zarządzanie chorobą, zmniejszenie jej wpływu na życie codzienne oraz poprawę jakości życia. Poczucie uogólnionej własnej skuteczności jest to obraz kompetencji jednostki, jej wyposażenie w środki umożliwiające przeprowadzenie zamierzonych działań. Jest to przekonanie jednostki, że jest zdolna do podjęcia konkretnej czynności, zadania oraz wytrwałości w osiągnięciu zamierzonego celu podczas określonej sytuacji.

**Cel.** Celem badań było określenie poziomu uogólnionej własnej skuteczności jako wyznacznika sposobów radzenia sobie z chorobą hematoonkologiczną.

**Material.** Do analizy włączono ankiety 103 pacjentów Kliniki Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu, którzy wyrazili zgodę na udział.

**Metoda.** Metodą zastosowaną w pracy był wywiad kwestionariuszowy przy pomocy standaryzowanego narzędzia Skali uogólnionej własnej skuteczności GSES która mierzy siłę ogólnego przekonania jednostki o skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami. Do uzupełnienia danych socjodemograficznych stworzono dodatkowe pytania, które uzupełniono z wywiadu oraz dokumentacji medycznej pacjentów.

**Wyniki.** Zdecydowana większość ankietowanych (65%) ma wysokie poczucie własnej skuteczności. Odpowiednio po 17,5% badanych ma średnie i niskie poczucie własnej skuteczności. Wyznaczono także średnią uogólnionej Skali Własnej Skuteczności (GSES) w badanej grupie, która wynosi  $30,9 \pm 5,26$ . Następnie przeanalizowano zależności między danymi socjodemograficznymi i wybranymi danymi klinicznymi a poczuciem własnej skuteczności.

**Wnioski.** Mimo tego, że pacjentów charakteryzuje wysoki poziom własnej skuteczności, który wskazuje na umiejętność radzenia sobie z chorobą nowotworową i jej leczeniem, badania nie

ukazały istotnych statystycznie zależności między danymi socjodemograficznymi i klinicznymi w badanej grupie. Istnieje konieczność przeanalizowania innych czynników mogących wpływać na poczucie własnej skuteczności i sposoby radzenia sobie z chorobą nowotworową.

## **NATURALNE METODY ŁAGODZENIA BÓLU PORODOWEGO – ROLA ZAPACHÓW W DOŚWIADCZENIU RODZĄCEJ KOBIETY**

**MAGDALENA NAWOJSKA, MARTYNA KUTKOWSKA**

**OPIEKUN PRACY: DR N. MED. KATARZYNA KANADYS, PROF. UM;**

**DR HAB. N. O ZDR. ANNA PILEWSKA-KOZAK**

**Wstęp.** Narodziny dziecka to wyjątkowy moment w życiu każdej kobiety, niosący ze sobą zarówno głębokie emocje, jak i fizyczne wyzwania. Jednym z kluczowych aspektów porodu jest odpowiednie zarządzanie bólem, które może znacząco wpłynąć na komfort i samopoczucie matki. W poszukiwaniu skutecznych, a zarazem naturalnych sposobów łagodzenia dolegliwości porodowych coraz większą uwagę poświęca się metodom wspierającym relaksację i redukcję stresu. Wykorzystanie określonych zapachów może stanowić jedną z alternatyw, wpływając nie tylko na zmniejszenie odczuwanego dyskomfortu, ale również na emocjonalne przeżywanie tego wyjątkowego wydarzenia.

**Rozwinięcie.** Zapachy od dawna są wykorzystywane w celu poprawy samopoczucia oraz wsparcia organizmu w trudnych sytuacjach. Odpowiednio dobrane esencje mogą działać odprężająco, sprzyjać wyciszeniu i niwelować napięcie nerwowe. Podczas porodu redukcja stresu i lęku odgrywa kluczową rolę, ponieważ strach i napięcie mogą potęgować ból. Naturalne substancje zapachowe mogą wspomagać proces relaksacji, co z kolei może przełożyć się na łagodniejsze odczuwanie bólu oraz większą kontrolę nad przebiegiem porodu. Wiele kobiet decyduje się na holistyczne podejście do porodu, w którym metody nefarmakologiczne odgrywają istotną rolę.

**Podsumowanie.** Zastosowanie aromaterapii w trakcie porodu może stanowić skuteczną i naturalną metodę wspierającą łagodzenie bólu oraz poprawiającą ogólne doświadczenie rodzącej kobiety. Holistyczne podejście do porodu, uwzględniające wpływ zapachów na samopoczucie matki, pozwala na większą świadomość procesu narodzin i zwiększa poczucie kontroli nad własnym ciałem. W obliczu rosnącego zainteresowania metodami naturalnymi warto zwrócić uwagę na potencjał, jaki niesie ze sobą świadome wykorzystanie zapachów w kontekście opieki okołoporodowej.

## **ZESPÓŁ SEROTONINOWY (ZS) – WYZWANIA DIAGNOSTYCZNE, TERAPEUTYCZNE DLA PIEŁĘGNIARKI I POŁOŻNEJ**

**MAGDALENA NAWOJSKA, MARTYNA KUTKOWSKA**

**Wstęp.** Zespół serotoninowy (ZS) to poważne zaburzenie wynikające z nadmiernej aktywacji receptorów serotoninowych w ośrodkowym i obwodowym układzie nerwowym. Może mieć różny stopień nasilenia – od łagodnych do ciężkich, potencjalnie śmiertelnych przypadków. Najczęściej rozwija się wskutek jednoczesnego stosowania leków zwiększających poziom serotoniny, takich jak antydepresanty czy opioidowe leki przeciwbólowe. Choć jego rozpoznanie nie zawsze jest oczywiste, szybka diagnoza i interwencja mają kluczowe znaczenie dla zdrowia i życia pacjenta.

**Rozwinięcie.** Serotonina, to neuroprzebieznik odpowiadający za regulację nastroju, snu oraz funkcji poznawczych. Jej nadmierne stężenie w organizmie może prowadzić do poważnych zaburzeń. Przyczyną zespołu serotoninowego jest nadmierna stymulacja układu serotoninergicznego, która może rozwinąć się na skutek:

- jednoczesnego przyjmowania więcej niż 2 leków zwiększających przebieznictwo w układzie serotoninowym (najczęściej inhibitorów MAO, inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny, tryptofanu, trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych),
- przyjmowania narkotyków pobudzających uwalnianie serotoniny (np.: amfetaminy, ekstazy, dopalaczy),
- przedawkowania inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny,
- zmiany dawki lub rodzaju leku serotoninergicznego,
- zastosowania leku hamującego wychwyt zwrotny serotoniny z lekami innych grup również wpływającymi na układ serotoninergiczny (np. opioidami, niektórymi antybiotykami, środkami przeciwpsychotycznymi).
- włączenia do farmakoterapii bez konsultacji preparatów o statusie OTC (np. ksylometazolina, dekstrometorfan, wyciągu z żeń- szenia).

Do objawów ZS należą między innymi pobudzenie, dezorientacja, drżenie mięśni, gorączka oraz nadciśnienie, a w ciężkich przypadkach mogą wystąpić powikłania, takie jak rabdomioliza, niewydolność nerek, śpiączka a nawet zgon.

**Podsumowanie.** Istotną rolę w terapii i profilaktyce ZS odgrywa personel medyczny, w tym pielęgniarki i położne, które uczestniczą w procesie leczenia z możliwością ordynowania słabych opioidów. Przygotowanie pacjenta i jego rodziny do farmakoterapii, samoobserwacji,

monitorowanie jego stanu zdrowia, edukacja w zakresie unikania niebezpiecznych interakcji lekowych z preparatami OTC i nie tylko, to kluczowe zadania w profilaktyce ZS.

## **ZACHOWANIA ZDROWOTNE I POCZUCIE WŁASNEJ SKUTECZNOŚCI OSÓB UCZĘSZCZAJĄCYCH NA ZAJĘCIA UNIwersYTETU TRZECIEGO WIEKU**

**MARIOLA SEŃ, EMILIA SENICKA IWONA KLISOWSKA**

**Wstęp.** Społeczeństwa starzejące się i wzrost liczby osób starszych w populacji to zjawisko globalne, którego nie da się zignorować. Niesie to ze sobą wiele wyzwań na poziomie indywidualnym i społecznym. W ostatnich latach obserwujemy coraz większe zainteresowanie różnymi formami aktywizacji społecznej i intelektualnej seniorów. Odchodzi się od postrzegania starości jako okresu “czekania na śmierć” na rzecz koncepcji aktywnego starzenia się, postulującej ciągły rozwój. Takie możliwości dają Uniwersytety Trzeciego Wieku (UTW), gdzie seniorzy mają możliwość nabywania nowych umiejętności oraz integracji z rówieśnikami, wchodzenia w nowe role społeczne oraz utrzymywania dobrej kondycji fizycznej. Uczestnictwo w zajęciach UTW pozwala seniorom żyć w bardziej aktywnej i zdrowy sposób, zwiększa poczucie własnej skuteczności i dzięki temu wpływa na bardziej efektywną realizację zachowań zdrowotnych.

**Cel.** Celem pracy była analiza związku pomiędzy poczuciem własnej skuteczności a poziomem zachowań zdrowotnych wśród seniorów UTW.

**Materiał i metody.** W badaniu zastosowano narzędzia standaryzowane: Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ), Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES, Generalized Self-Efficacy Scale) w adaptacji Z. Juczyńskiego oraz ankietę własnej konstrukcji zawierającą dane metryczkowe. Badaniem objęto grupę 100 osób uczęszczających na zajęcia UTW (70% kobiet, 30% mężczyzn); średnia wieku wyniosła  $70,39 \pm 6,095$ . Większość ankietowanych (67%) wskazuje na wykształcenie średnie lub zawodowe, wyższe miało 25% ankietowanych, pozostali mieli wykształcenie podstawowe lub gimnazjalne (8%); 93% to mieszkańcy miast. Analizy statystyczne przeprowadzono za pomocą pakietu statystycznego PQStat wersja 1.8.4.130; zastosowano: test U Manna-Whitneya, test Kruskala-Wallisa oraz post-hoc test Dunna z poprawką Bonferroniego. Za istotne uznano prawdopodobieństwo testowe na poziomie  $p < 0,05$ .

**Wyniki.** Jako motywację do udziału w zajęciach UTW badani wskazywali: możliwość aktywnego spędzania czasu - 51%, perspektywę nawiązania nowych kontaktów – 39%, chęć

poszerzenia wiedzy – 31%, rozwój zainteresowań – 28%, potrzebę wypełnienia wolnego czasu – 23% oraz sugestie innych osób – 16%. Wyższy poziom zachowań zdrowotnych stwierdzono u mężczyzn ( $p < 0,01$ ). W przypadku poszczególnych podskal kwestionariusza IZZ i skali GSES nie stwierdzono istotnych ( $p > 0,05$ ) różnic w zależności od płci, wieku i miejsca zamieszkania. Wskaźnik zachowań zdrowotnych IZZ różnił się istotnie ( $p < 0,05$ ) w zależności od wykształcenia badanych. Poziom zachowań zdrowotnych rośnie wraz z wyższym poziomem wykształcenia, czego nie zaobserwowano w przypadku Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności. Natomiast osoby na rencie lub emeryturze wykazują znacznie szerszy zakres wyników GSES na skali stenowej niż osoby nie pracujące i będące na utrzymaniu innych.

**Wnioski.** Uczestnicy UTW wykazują pozytywny kierunek starzenia się i charakteryzują się wysokim poziomem zachowań zdrowotnych i poczuciem własnej skuteczności. Mężczyźni osiągają wyższe wyniki w kwestionariuszu zachowań zdrowotnych (IZZ) niż kobiety. Poziom zachowań zdrowotnych rośnie wraz z wyższym poziomem wykształcenia. Zajęcia na UTW mają wpływ na poprawę własnego zdrowia i wzrost zaangażowania w zachowania prozdrowotne i są pozytywną formą kontynuacji edukacji w starszym wieku.

**Słowa kluczowe:** seniorzy, aktywne starzenie się, zachowania zdrowotne, poczucie własnej skuteczności, Uniwersytet Trzeciego Wieku

## **ROLA POŁOŻNEJ W ŁAGODZENIU BÓLU PORODOWEGO METODAMI NIEFARMAKOLOGICZNYMI**

**MARTYNA KUTKOWSKA MAGDALENA NAWOJSKA**

**OPIEKUN PRACY: DR N. MED. RENATA DOMŻAŁ-DRZEWICKA, PROF. UM**

**Wstęp.** Ból porodowy jest jednym z najtrudniejszych doświadczeń w życiu kobiety, zarówno fizycznym, jak i emocjonalnym. Od wieków szukamy metod i technik jego łagodzenia. Obecnie każda rodząca ma prawo do skorzystania z dostępnych farmakologicznych i nefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego. Wybór metody powinien być dopasowany do oczekiwań przyszłej mamy i jednocześnie kondycji zdrowotnej kobiety i dziecka.

Celem pracy jest przedstawienie roli położnej w łagodzeniu bólu porodowego metodami nefarmakologicznymi.

**Rozwinięcie.** Farmakoterapia bólu porodowego, jak każda farmakoterapia niesie ze sobą ryzyko działań niepożądanych dla matki i dziecka. Alternatywą dla niej są nefarmakologiczne technik łagodzenia bólu, które pozwalają na aktywne uczestnictwo kobiety w porodzie.



W doborze niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu kluczową rolę odgrywają preferencje kobiety oraz wiedza i doświadczenie położnej. Położna edukuje kobietę, partnera, wspiera emocjonalnie, motywuje i pomaga w doborze odpowiednich metod, takich jak techniki oddechowe, hydroterapia, masaż, akupresura, TENS, muzyka czy aromaterapia. Techniki oddechowe pomagają w redukcji napięcia i poprawiają dotlenienie organizmu, a hydroterapia umożliwia rozluźnienie mięśni i zmniejszenie bólu. Masaż i akupresura redukują napięcie mięśniowe, natomiast TENS blokuje sygnały bólowe. Muzyka i aromaterapia poprawiają samopoczucie i redukują stres.

**Podsumowanie.** Znaczenie położnej w łagodzeniu bólu porodowego metodami niefarmakologicznymi jest kluczowe. Przez dobór optymalnych technik niefarmakologicznego łagodzenia bólu porodowego, położna wpływa na komfort rodzącej oraz bezpieczeństwo zdrowotne matki i dziecka. Dzięki odpowiedniemu doborowi technik niefarmakologicznych, położna może skutecznie zmniejszyć ból, minimalizując ryzyko skutków ubocznych. Dalsze badania nad tymi metodami mogą poprawić jakość opieki perinatalnej i zwiększyć satysfakcję kobiet z doświadczeń porodowych.

## **WPLYW JAKOŚCI OPIEKI PIELEŃNIARSKIEJ NA DOŚWIADCZENIE BÓLU WŚRÓD PACJENTÓW ODDZIAŁU CHIRURGII URAZOWO- ORTOPEDYCZNEJ**

**KATARZYNA PIASEK, PAULA LECH, ANETA LESIAK, PAWEŁ WIĘCH**

**Wstęp.** Ból pooperacyjny będący skutkiem większości zabiegów chirurgicznych jest złożonym problemem, który wymaga szczególnej uwagi w kontekście opieki nad pacjentami w oddziałach chirurgii urazowo- ortopedycznej.

**Cel pracy.** Celem badań była ocena jakości opieki w postępowaniu z bólem pooperacyjnym u pacjentów skierowanych na Oddział Chirurgii Urazowo- Ortopedycznej.

**Material i metody.** Badania przeprowadzono w grupie 122 pacjentów Oddziału Urazowo-Ortopedycznego w Wojewódzkim Szpitalu im. Św. Ojca Pio w Przemyślu poddanych zabiegom operacyjnym. W grupie badanej było 55 (45,08%) kobiet i 67 (54,92%) mężczyzn. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego techniką ankietowania z użyciem autorskiego kwestionariusza ankiety oraz Skalę Klinicznych Wskaźników Jakości Postępowania z Bólem Pooperacyjnym.

**Wyniki.** Ocena satysfakcji z opieki podczas pobytu na oddziale była pozytywna. Pacjenci w większości ocenili satysfakcję z opieki na poziomie dobrym (n=82, 67,21%). Trzy osoby



(2,45%) stwierdziły, że poziom opieki był niesatysfakcjonujący. Analiza statystyczna wykazała zależność istotną statystycznie pomiędzy wiekiem, a aktualnie odczuwanym nasileniem bólu przez pacjenta ( $p=0,001$ ). Analiza wykazała zależność istotną statystycznie pomiędzy rodzajem znieczulenia, a oceną satysfakcji z opieki ( $p=0,05052$ ).

**Wnioski.** Rodzaj zastosowanego znieczulenia wpływa na ocenę satysfakcji z opieki. Jakość opieki pielęgniarskiej jest niezwykle istotna, która niweluje lęk, zapewnia uczucie bezpieczeństwa oraz oddziałuje na poziom odczuwanego bólu.

**Słowa kluczowe:** ból, pooperacyjny, pacjent, opieka, jakość

## **OPIEKA OKOŁOOPERACYJNA NAD PACJENTKĄ Z MIĘŚNIAKAMI MACICY**

**MARTYNA KUTKOWSKA, MAGDALENA NAWOJSKA**

**OPIEKUN PRACY: DR N. MED. KATARZYNA KANADYS, PROF. UM,**

**DR HAB. N. O ZDR. ANNA PILEWSKA-KOZAK, PROF UM**

**Wstęp.** Mięśniaki macicy są jednymi z najczęstszych łagodnych nowotworów ginekologicznych, często wymagającymi interwencji chirurgicznej. W opiece nad pacjentką poddawaną operacji kluczową rolę odgrywa położna, która wspiera zarówno przygotowanie przedoperacyjne, jak i proces rekonwalescencji. Kompleksowa opieka okołoperacyjna obejmuje aspekty fizyczne, psychiczne oraz edukacyjne, mające na celu minimalizację powikłań i optymalizację powrotu do zdrowia.

**Rozwinięcie.** Przygotowanie do operacji dzieli się na fazę dalszą i bliższą. W fazie dalszej pacjentka przechodzi badania diagnostyczne, konsultacje oraz otrzymuje zalecenia dotyczące diety, aktywności fizycznej i profilaktyki przeciwzakrzepowej. Istotnym elementem jest edukacja pacjentki w zakresie ćwiczeń poprawiających kondycję ogólną, oddechową i krążeniową. Faza bliższa odbywa się na oddziale ginekologii operacyjnej i obejmuje końcowe przygotowanie dokumentacji, wsparcie psychiczne oraz czynności higieniczne i medyczne, takie jak golenie pola operacyjnego, profilaktyka antybiotykowa i zakładanie pończoch przeciwzakrzepowych.

**Podsumowanie.** Opieka położnej w okołoperacyjnym okresie leczenia pacjentki z mięśniakami macicy jest wieloaspektowa i kluczowa dla skutecznego przebiegu terapii. Odpowiednie przygotowanie fizyczne i psychiczne pacjentki zmniejsza ryzyko powikłań i skraca czas hospitalizacji. Kompleksowa edukacja, wsparcie emocjonalne oraz nadzór nad procesem rekonwalescencji przyczyniają się do poprawy jakości życia pacjentek i zwiększają skuteczność leczenia operacyjnego.

## **WYSTĘPOWANIE ZJAWISKA PREZENTEIZMU WŚRÓD STUDENTÓW KIERUNKU PIELĘGNIARSTWO**

**KINGA DUDA, PIOTR ADAMCZYK, DOMINIKA NIEWIEROWSKA,  
TOMASZ PIĄTEK, MARTA HREŃCZUK**

**Wstęp.** Zjawisko prezenteizmu, czyli obecności w pracy lub na zajęciach mimo złego stanu zdrowia, zostało opisane w literaturze naukowej, głównie w kontekście pracowników ochrony zdrowia, w tym pielęgniarek. Badania dotyczące prezenteizmu wśród studentów, zwłaszcza studentów pielęgniarstwa, są mniej rozpowszechnione.

**Cel pracy.** Celem badania była analiza skali zjawiska prezenteizmu wśród studentów pielęgniarstwa I i II stopnia oraz identyfikacja jego przyczyn, konsekwencji i możliwych rozwiązań.

**Material i metody.** Badanie przeprowadzono metodą ilościową z wykorzystaniem anonimowej autorskiej ankiety rozpowszechnionej online z wykorzystaniem pakietu Google Forms wśród studentów pielęgniarstwa Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. W badaniu wzięło udział 184 respondentów, 171 kobiet, 12 mężczyzn i 1 płeć inna w wieku od 19-40 lat. Uzyskano pozytywną opinię Komisji Bioetycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Analiza wyników została przeprowadzona za pomocą metod statystycznych, uwzględniających rozkład odpowiedzi oraz zależności między zmiennymi.

**Wyniki.** W badaniu własnym 181 respondentów zadeklarował uczestnictwo w zajęciach pomimo choroby. Jako przyczynę prezenteizmu najczęściej podawano: brak możliwości odrobienia zajęć, obawę przed niezaliczeniem oraz presję ze strony wykładowców. Najczęstszymi przyczynami obecności pomimo choroby były: stres i napięcie psychiczne, przewlekłe zmęczenie, bóle głowy, osłabienie koncentracji, katar i brak motywacji. Studenci negatywnie oceniają atmosferę na uczelni w kontekście akceptacji nieobecności na zajęciach. Jako formy wsparcia ze strony uczelni respondenci najczęściej wskazują: większe zrozumienie ze strony uczelni, mniejszą liczbę godzin praktyk, dodatkowe terminy zajęć.

**Wnioski.** Prezenteizm jako psychospołeczne zjawisko w miejscu pracy oraz nauki, może stanowić poważne zagrożenie z punktu widzenia zdrowia publicznego. Niewidoczna prezencja chorobowa studentów jest trudna, ale nie niemożliwa do zidentyfikowania. Istnieje luka badawcza w zakresie analizowania, jak studenci radzą sobie z obowiązkami akademickimi w obliczu problemów zdrowotnych oraz jakie czynniki wpływają na ich decyzje o uczestnictwie w zajęciach mimo złego samopoczucia/ choroby.

## **OCZEKIWANIA PACJENTÓW A SATYSFAKCJA Z OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ W ODDZIALE RADIOTERAPII**

**MARIA DOROTA KWIKA, AGATA ZAJĄC, IWONA KOBEL,  
BEATA WOJDYŁA, ŁUKASZ KOT**

**Wstęp.** W opiece onkologicznej satysfakcja z opieki pielęgniarskiej zajmuje szczególne miejsce, ponieważ pozwala na ocenę sytuacji, reagowanie w przypadku wystąpienia problemów i szybką ich redukcję. Zapewnienie pacjentom optymalnego poziomu usług niż ich oczekiwania stanowi gwarancję satysfakcji.

**Celem badań** było określenie obszaru oczekiwań pacjentów przebywających na oddziale radioterapii w kontekście sprawowanej opieki pielęgniarskiej.

**Materiał i metody.** Badania przeprowadzono wśród 150 pacjentów oddziału radioterapii Centrum Diagnostyki i Terapii Onkologicznej NU – MED w Zamościu. Średnia wieku badanych wynosiła 65,5 lat (SD-11,84). Materiał do badań zgromadzono metodą sondażu diagnostycznego przy użyciu autorskiego kwestionariusza ankiety .

### **Wyniki i wnioski.**

Zdecydowana większość badanych deklarowała, że opieka pielęgniarska spełnia ich oczekiwania. Najlepiej zostały ocenione potrzeby w obszarze umożliwienia kontaktu z osobami bliskimi, łagodzenie dolegliwości bólowych oraz przygotowanie do badań diagnostycznych. Najbardziej niezaspokojone potrzeby pacjentów dotyczyły czynności opiekuńczych, w tym spożywanie posiłków oraz zmiany bielizny pościelowej, a także włączenie członka rodziny do procesu opieki. Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej została oceniona na poziomie wysokim i ma istotny, pozytywny związek z wiekiem pacjentów. Pozostałe dane socjodemograficzne nie mają istotnego związku.

## **DYNAMIKA ZMIAN JAKOŚCI ŻYCIA PACJENTÓW Z NOWOTWOREM JELITA GRUBEGO PO CYKLU CHEMIOTERAPII**

**JOANNA CHOWANIEC, MAGDALENA BRODOWICZ-KRÓL,  
MAŁGORZATA JUDA, GABRIELA BAŁABAS, PAWEŁ WIĘCH**

**Wstęp.** Jakość życia pacjentów onkologicznych z nowotworem jelita grubego, ulega pogorszeniu na skutek zarówno leczenia chemioterapeutycznego, jak również wyniku zmiany codziennych nawyków. Ocena jakości życia pacjentów onkologicznych stanowi kluczowy element ewaluacji skuteczności oraz kompleksowości opieki onkologicznej, szczególnie w kontekście długoterminowego funkcjonowania chorych.

**Cel pracy:** Ocena zmian jakości życia pacjentów z nowotworem jelita grubego po cyklu chemioterapii.

**Materiał i metody.** W badaniu wzięło udział 102 pacjentów, poddawanych chemioterapii w ramach terapii nowotworu jelita grubego. Zastosowaną metodą badawczą była metoda sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety. Analizę statystyczną przeprowadzono w programie Statistica 13.3 firmy StatSoft.

**Wyniki.** Badanie wykazało, że najczęściej zgłaszanymi skutkami ubocznymi chemioterapii było zmęczenie (81,4%), brak apetytu (69,6%) oraz nudności (60,8%). Ponadto połowa osób aktywnych zawodowo zauważyła pozytywny wpływ leczenia na możliwość wykonywania pracy zawodowej, natomiast 55,9% badanych zauważyło utrudnienia w codziennym funkcjonowaniu. Połowa respondentów uznała, że korzyści wynikające z chemioterapii przewyższają jej działania niepożądane, natomiast 38,2% wyraziło odmienną opinię.

**Wnioski.** Przeprowadzone badanie obrazują, że chemioterapia wpływa znacząco na codzienne funkcjonowanie pacjentów z nowotworem jelita grubego. Skutki uboczne chemioterapii, takie jak; zmęczenie, brak apetytu i nudności, występowały u większości pacjentów tym samym znacząco wpływały na jakość życia, co potwierdza konieczność monitorowania i łagodzenia skutków ubocznych terapii. Połowa respondentów uznała, iż korzyści płynące z chemioterapii przewyższyły skutki uboczne. Świadczy to o wysokim poziomie akceptacji leczenia oraz jego postrzeganiu jako wartościowego i skutecznego przez znaczną część pacjentów.

**Słowa kluczowe:** jakość życia, nowotwór jelita grubego, chemioterapia

## **WPLYW STRESU NA OCENĘ STANU ZDROWIA WŚRÓD OSÓB Z NIEWYDOLNOŚCIĄ SERCA**

**ALEKSANDRA LISOWSKA, KAROLINA BAJOR, JERZY TWARDAK,  
AGNIESZKA KRAIŃSKA, IWONA TWARDAK**

**Wstęp.** Choroby sercowo – naczyniowe od kilkadziesiąt lat stanowią dominującą przyczynę zgonów w Polsce. Zalicza się je do chorób cywilizacyjnych, a ich zapobieganie oraz leczenie jest długotrwałym procesem. Obecnie uważa się że na rozwój tych chorób mają wpływ czynniki modyfikowalne, nie modyfikowalne oraz psychologiczne i społeczne. Do ostatnich zalicza się m.in. przewlekły stres, depresję, czy niski poziom wsparcia społecznego.

**Cel pracy.** Celem pracy było poznanie przekonań dotyczących umiejscowienia kontroli zdrowia oraz ocena poziomu natężenia stresu wśród chorych na niewydolność serca.

**Materiał i metody.** Grupę badawczą stanowiło 100 pacjentów mężczyzn i kobiet, w wieku od 29 do 70 lat z rozpoznaną niewydolnością serca, hospitalizowanych w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu im. Jana Mikulicza - Radeckiego w Centrum Chorób Serca z pododdziałem Kardiologii oraz w Klinice Angiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii. Metodę badawczą stanowił sondaż diagnostyczny. W badaniu wykorzystano Wielowymiarową Skalę Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC), Skalę Odczuwanego Stresu (PSS – 10), ankietę własnej konstrukcji zawierającą 19 pytań dotyczących sytuacji socjogeograficzne respondentów.

**Wyniki.** Na podstawie przeprowadzonego badania stwierdzono, że umiejscowienie kontroli zdrowia wśród osób chorych na niewydolność serca jest niezależne od nasilenia odczuwanego przez nich stresu. Zaobserwowano natomiast istotne zależności między wymiarem umiejscowienia kontroli zdrowia a wiekiem, płcią oraz samooceną ogólnego stanu. W badanej grupie istnieją również istotne zależności między natężeniem stresu a samooceną ogólnego stanu oraz samooceną odporności na stres.

**Wnioski.** Uzyskane wyniki sugerują, że warto podejmować działania, zmierzające do kształtowania umiejętności radzenia sobie ze stresem jak i znać poziom kontroli swojego zdrowia. Wiedza taka pozwala na indywidualne i zróżnicowane podejście zespołowi terapeutycznemu do każdego pacjenta, szczególnie przewlekle chorego.

## **ROLA I ZADANIA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM Z OTEPIENIEM**

**ALEKSANDRA LISOWSKA, KATARZYNA KRZYSZTOFORSKA, AGNIESZKA  
KRAIŃSKA, IWONA KLISOWSKA, IWONA TWARDAK**

**Wprowadzenie.** Otepienie nie jest jednostką chorobową - jest zespołem objawów, które prowadzą do zaburzeń funkcji poznawczych i behawioralnych. Obejmuje ograniczenie umiejętności intelektualnych, zdolności postrzegania wzrokowo - przestrzennego, zaburzenia pamięci, uczenia się, języka oraz postrzegania własnej osoby. W konsekwencji zmiany te prowadzą do ograniczenia funkcjonowania w życiu codziennym, zarówno w realizacji codziennych aktywności, jak i wykonywaniu pracy zawodowej. Powodują one wzrastającą niesprawność osób chorych oraz uzależnienie się od innych. Objawy stopniowo postępują i są nieodwracalne. Pielęgniarka w opiece nad pacjentem z otepieniem ma za zadanie dostarczyć mu kompleksowej opieki, uczestniczyć w procesie leczniczym, wspierać w trudnych chwilach,

prowadzić edukację podopiecznego oraz jego najbliższych. Podejście do pacjenta powinno być indywidualne, dostosowane do jego osobistych potrzeb.

**Cel pracy.** Celem badań było ukazanie złożoności opieki nad pacjentem dotkniętym otępieniem, uwzględniając rolę pielęgniarki w zakresie umiejętności leczniczych, terapeutycznych, opiekuńczych oraz diagnostycznych.

**Opis przypadku.** Pacjentka lat 88, przyjęta do szpitala na oddział internistyczny z powodu urazu twarzoczaszki w wyniku upadku z wysokości własnej. Złamana została podstawa lewego wyrostka dziobiastego żuchwy oraz lewy łuk jarzmowy. U pacjentki zdiagnozowano otępienie starcze, podwyższone parametry stanu zapalnego, cechy zakażenia układu moczowego oraz wysokie wartości troponin bez progresji. Przy przyjęciu na oddział stan ogólny pacjentki średni, stabilny. Świadoma, z cechami otępienia starczego, nieorientowana autopsychicznie oraz allopsychicznie, w prostym kontakcie słownym. Sytuacja rodzinno - ekonomiczna pacjentki nie jest znana. Chora prawdopodobnie nie ma bliższej rodziny ani znajomych. Kobieta wymaga całodobowej opieki, dlatego złożono wniosek do sądu o przeniesienie pacjentki do Domu Pomocy Społecznej.

**Wnioski.** Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem z otępieniem polega na holistycznym podejściu do zaspokajania potrzeb chorego oraz okazywaniu wsparcia w trudnych chwilach. Problemy wynikają z zniedołężnienia i coraz większej niesamodzielności pacjenta. Potrzebuje on całodobowej opieki ze strony bliskich lub wyspecjalizowanej instytucji. W opiece istotne jest leczenie schorzeń somatycznych, profilaktyka chorób związanych z wiekiem, uwarunkowaniami środowiskowymi i predyspozycjami genetycznymi.

## **WYSTĘPOWANIE POWIKŁAŃ WCZESNYCH U PACJENTÓW PODDAWANYCH ZABIEGOM WEWNĄTRZNA CZYNIOWYM**

**OLIWIA BIERSKA, JOLANTA KOLONKO, BOŻENA KRAWCZYK,  
EWA ZARÓD, MONIKA KADŁUBOWSKA**

**Wstęp.** W ostatnich dwudziestu latach na świecie i także w Polsce wykonuje się u chorych coraz więcej zabiegów endowaskularnych. Procedury wewnątrznaczyniowe stały się nową alternatywą dla tradycyjnych operacji chirurgicznych ze względu na ich małoinwazyjność. Mimo ciągłego rozwoju technik operacyjnych oraz szkolenia specjalistów - zabiegi wewnątrznaczyniowe wiążą się z ryzykiem wystąpienia wczesnych powikłań wymagających szybkiego rozpoznania i interwencji personelu medycznego.

**Cel pracy.** Celem głównym pracy była analiza wystąpienia powikłań wczesnych u pacjentów poddanych zabiegom wewnątrznaczyniowym.

**Materiał i metody.** Po spełnieniu kryteriów formalnych badanie przeprowadzono w drugim półroczu 2022 roku na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej w jednym ze szpitali Podbeskidzia. Do badania włączono 100 pacjentów (49 kobiet i 51 mężczyzn), którzy zostali przyjęci na oddział zarówno w trybie planowym, jak i w pilnym. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnej składający się z 36 pytań oraz skala NRS (Numerical Rating Scale) gdzie badani pacjenci wskazywali intensywność odczuwalnego bólu po wykonanym zabiegu.

**Wyniki.** U większości pacjentów poddanych zabiegom endowakularnym powikłania wczesne nie wystąpiły w ogóle. Odpowiedzi badanych wskazały różne czynniki ryzyka, które determinują wystąpienie u pacjenta powikłań wczesnych.

### **Wnioski**

1. Pacjenci poddani implantacji stentu oraz stent-graftu odczuwali po zabiegu ból o większym nasileniu niż osoby poddane pozostałym zabiegom.
2. Powikłania wczesne występowały częściej u osób poddawanych zabiegom w trybie pilnym.
3. Najczęściej występującymi powikłaniami u badanych respondentów były kolejno: krwiał, tętniak rzekomy i krwawienie.
4. Osoby stosujące się do zaleceń po zabiegu częściej były zadowolone z jego efektów oraz zaobserwowano brak bólu przy chodzeniu, ocieplenie kończyn oraz wydłużenie czasu aktywności a istotnie rzadziej brak poprawy.

## **PRZYSZŁOŚĆ DEMOGRAFICZNA POLSKI: ANALIZA DZIETNOŚCI I URODZEŃ (1980-2023)**

**NATALIA FLOREK**

**OPIEKUN PRACY: DR N. O ZDR. JOANNA BŁAJDA**

**Wstęp.** Analiza dzietności i urodzeń dotyczy kluczowych kwestii związanych z rozwojem ludności w Polsce. Współczynnik dzietności to średnia liczba dzieci przypadająca na jedną kobietę w wieku rozrodczym. Sytuacja demograficzna ma ogromny wpływ na przyszłość gospodarczą i społeczną Polski.

**Cel pracy.** Celem pracy jest analiza współczynnika dzietności i liczby urodzeń żywych w Polsce w latach 1980-2023



**Materiał i metody.** W badaniu wykorzystano raporty z GUS. Wykorzystano Roczniki Demograficzne oraz Piramidę wieku ludności. Analizie poddano współczynniki dzietności i urodzenia żywe w Polsce, w latach 1980-2023. Zwrócono również uwagę na prognozowaną strukturę ludności w roku 2035.

**Wyniki.** Analiza wykazała, że współczynnik dzietności w Polsce spadł z poziomu 2,2 w 1980 roku do 1,16 w 2023 roku. Oznacza to, że na jedną kobietę w wieku rozrodczym w Polsce przypada średnio 1,16 dziecka.

W Analizowanym czasie najwięcej urodzeń żywych odnotowano w 1983 r. (723, 6 tys.) a najmniej w 2023 r. (272,5 tys.).

Według GUS w 2035 roku, prognozowana liczba ludności w Polsce będzie równa 36 223 944. W porównaniu do roku 2020 liczba ludności spadła o 2 041 069. Liczba dzieci urodzonych w 2020 roku jest równa 348 390. Prognozowana liczba urodzeń w 2035 będzie równa 273 940. Oznacza to spadek urodzeń o ponad 74 tysięcy.

**Wnioski.** W Polsce od lat 90. XX wieku obserwuje się spadek współczynnika dzietności poniżej poziomu zastępowalności pokoleń. W Polsce obserwuje się tendencję spadkową liczby urodzeń, co ma poważne konsekwencje dla przyszłości demograficznej kraju. Prognozy demograficzne wskazują na dalsze pogarszanie się sytuacji demograficznej Polski oraz konieczność podjęcia działań mających na celu poprawę dzietności.

**Słowa kluczowe:** położnictwo, demografia, ciąża.

## **JAKOŚĆ ŻYCIA OSÓB STARSZYCH W POLSCE**

**IZABELA DUDA**

**OPIEKUN PRACY: DR N. MED. BEATA HAOR, PROF. PANS**

**Wprowadzenie.** Na przestrzeni ostatnich dekad obserwujemy w Polsce intensywny przyrost populacji osób starszym wieku. Demograficzne starzenie się społeczeństwa jest zjawiskiem obserwowanym nie tylko w Polsce, ale także w krajach Europy i całego świata.

Jakość życia określana jest jako postrzeganie przez jednostkę swojej życiowej pozycji w szerokim kontekście społeczeństwa, w którym żyje.

**Cel.** Celem prezentacji jest analiza wybranych aspektów jakości życia osób starszych w Polsce.

**Rozwinięcie.** Analizę aspektów jakości życia seniorów w Polsce przygotowano w oparciu o wyniki badania PolSenior 2, w których wykorzystano skalę WHOQOL-AGE.

**Podsumowanie.** W działania na rzecz optymalizacji jakości życia osób starszych w Polsce powinny zostać zaangażowane wszystkie instytucje, które zajmują się seniorami. Niezbędne



jest to, aby wsparcie i działania pomocowe były adresowane szczególnie wobec kobiet w najstarszych grupach wiekowych, osób z niskim poziomem wykształcenia oraz mieszkańców wsi.

**Słowa kluczowe:** jakość życia, senior, WHOQOL-AGE, PolSenior 2

## **MODEL INTERDYSCYPLINARNEJ OPIEKI NAD DZIECKIEM Z NADWAGĄ I OTYŁOŚCIĄ**

**BARBARA WALTOŚ – TUTAK, EDYTA BARNAŚ**

**Wstęp.** Otyłość jest jednostką chorobową i została wpisana na listę Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (wg klasyfikacji ICE-11). Dane pochodzące z Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości wskazują, że nadwaga lub otyłość występuje u 12,2% chłopców i 10% dziewcząt w wieku przedszkolnym oraz 18,5% chłopców i 10% dziewcząt w wieku szkolnym. Z kolei w Raporcie Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) znajdujemy informacje o występowaniu nadwagi i otyłości u 32% polskich dzieci w wieku 7-9 lat. Tym samym Polska plasuje się na 8. miejscu wśród krajów europejskich. Liczba otyłych dzieci sukcesywnie rośnie, co stanowi poważne wyzwanie zdrowotne i społeczne.

**Rozwinięcie.** Przyczyny nadwagi i/lub otyłości u dzieci wynikają najczęściej z niewłaściwych wzorców odnośnie aktywności fizycznej i nawyków żywieniowych. Często jest to brak regularnej aktywności fizycznej i dieta w postaci nieregularnych, niepoprawnie skomponowanych posiłków z brakiem warzyw w diecie, z dominacją fast foodów, słodczy i słodkich napojów. Niejednokrotnie zachowania połączone ze spożywaniem nadmiaru kalorii to efekt radzenia sobie z negatywnymi emocjami. Skutki zdrowotne otyłości są wielopłaszczyznowe, począwszy od chorób tj. cukrzyca, choroby sercowo naczyniowe, zaburzenia układu kostno- stawowego, dyslipidemia, stłuszczenie wątroby, problemy oddechowe, po aspekty psychologiczne i społeczne. Raport NIK wskazuje na ograniczenia istniejących programów np. „Szkoła Promująca Zdrowie”, „Trzymaj Formę”, jako działania o małym, często lokalnym zasięgu. Widoczne są brak dostępności dietetyków w szkołach, ograniczona dostępność do świadczeń specjalistycznych dla dzieci z nadwagą i otyłością oraz brak wsparcia dla rodziców dzieci z powyższym problemem. Stąd pojawiający się apel o utworzenie krajowej strategii przeciwdziałania otyłości, lepszą koordynację działań między resortami zdrowia, edukacji i sportu. Istotne jest też włączenie rodzin w proces zmiany nawyków żywieniowych dzieci i promowanie aktywności fizycznej.

**Podsumowanie.** Istnieje potrzeba opracowania i wdrażania skutecznych programów profilaktyki nadwagi/otyłości wśród dzieci i ich rodzin. By osiągnąć ten cel potrzeba jest zaangażowania i współpracy przedstawicieli różnych grup zawodowych. Skoordynowana interdyscyplinarna opieka profesjonalistów (m.in. lekarz, pielęgniarka, dietetyk, fizjoterapeuta, psycholog) może przełożyć się na objęcie efektywną opieką dziecka i rodziny, by uzyskać wyniki w poprawie stanu zdrowia dziecka w tym redukcji masy ciała.

## **WPLYW PANDEMII COVID-19 NA STAN EMOCJONALNY Kobiet W OKRESIE OKOŁOPORODOWYM**

**MAJA POLNIK-LONC, ANNA KREMSKA, JUSTYNA MOŹDŹAN**

**Wstęp.** Cięża i poród to istotne wydarzenia w życiu kobiety, które w okresie pandemii COVID-19 (Coronavirus Disease 2019) wiązały się z dodatkowymi wyzwaniami. Ograniczenia sanitarne wpłynęły na organizację opieki okołoporodowej oraz stan emocjonalny kobiet.

**Cel pracy.** Określenie wpływu pandemii COVID-19 na stan emocjonalny kobiet w okresie okołoporodowym.

**Material i metody.** Przebadano 160 kobiet w pierwszym tygodniu po porodzie, wykorzystując ankietę autorską oraz Edynburską Skalę Depresji Poporodowej (ESDP).

**Wyniki.** Średni wiek respondentek wynosił 31 lat. Większość to mieszkanki miast, mężatki z wykształceniem wyższym, stabilną sytuacją materialną ze znacznym wsparciem rodziny i bliskich. Ponad połowa ankietowanych wieloródek odczuwała większe obciążenie emocjonalne w obecnej ciąży podczas COVID-19. Głównym źródłem informacji o pandemii był Internet, a największe obawy dotyczyły zdrowia dziecka. Większe występowanie problemów emocjonalnych wskazały kobiety, które bały się o swoje zdrowie. Ponad połowa nie zaszczepiłaby się w ciąży i podczas karmienia piersią. Większość nie miała możliwości posiadania osoby towarzyszącej przy porodzie ani odwiedzin na odcinku poporodowym, co zwiększało ryzyko wystąpienia problemów emocjonalnych. Zwiększone objawy depresji zaobserwowano u respondentek, które miały problemy z odwiedzinami u dziecka po porodzie. Ankietowane, które nie otrzymały wsparcia od personelu charakteryzowały się zwiększonymi problemami emocjonalnymi. Ankietowane, które nie posiadały wystarczającej wiedzy dotyczącej psychoprofilaktyki i miejsc otrzymania pomocy psychologicznej, charakteryzowały się zwiększonymi objawami depresji. Objawy depresji z wykorzystaniem skali ESDP występowały u 26,9% ankietowanych, wyniki wahały się od 0 do 23 pkt.

**Wnioski.** Wyniki wskazują na konieczność zapewnienia lepszego wsparcia psychologicznego na oddziałach położniczych i szkolenia personelu medycznego w zakresie wsparcia emocjonalnego kobiet. Zaleca się także wzbogacenie programów Szkół Rodzenia o tematykę psychoprofilaktyki w sytuacjach kryzysowych oraz podkreślenie roli położnych w wykrywaniu zaburzeń emocjonalnych.

## **ZESPÓŁ NAPIĘCIA PRZEDMIESIĄCZKOWEGO A JAKOŚĆ ŻYCIA MŁODYCH KOBIET**

---

**ANNA KREMSKA, KAROLINA NYKIEL, ROMANA WRÓBEL,  
ELŻBIETA KRAŚNIANIN, KATARZYNA WARDAK, ALDONA MIAZGA,  
EDYTA WRÓBEL-KOSIOR, BARBARA ZYCH**

**Wstęp.** Zespół napięcia przedmiesiączkowego, określane jako PMS, to zespół objawów somatycznych i psychicznych, poprzedzających wystąpienie miesiączki.

**Cel pracy.** Celem głównym badań była ocena jakości życia młodych kobiet z Zespołem napięcia przedmiesiączkowego.

**Materiał i metoda.** W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego przy użyciu kwestionariusza ankiety. Badania zostały przeprowadzone wśród 400 pacjentek oddziału Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Pro-Familia w Rzeszowie w okresie od listopada 2022 roku do stycznia 2023 roku. Badanie zostało przeprowadzone w kontakcie bezpośrednim, było ono anonimowe oraz dobrowolne. Przyjęto poziom istotności  $p < 0,05$ .

**Wyniki.** Przeprowadzone badania wykazały, iż 95,5% ankietowanych odczuwa objawy ze strony Zespołu napięcia przedmiesiączkowego. Najczęściej wymienianymi objawami był: ból brzucha (41,1%), tkliwość piersi (30,1%), częste zmiany nastrojów (35,1%) oraz drażliwość (34,8%). PMS w znacznym stopniu wpływał na jakość życia u 50,8% respondentek. W związku z odczuwanymi objawami tylko 16,0% kobiet udało się do lekarza ginekologa w celu dalszej diagnostyki w tym kierunku.

**Wnioski.** Niemal wszystkie kobiety doświadczają objawów Zespołu napięcia przedmiesiączkowego. Wśród kategorii objawów, które pojawiają się najczęściej znajdują się symptomy fizyczne, a w szczególności: ból brzucha, tkliwość piersi. W kategorii objawów psychicznych najczęściej występują: częste zmiany nastrojów, drażliwość. Odczuwane objawy wpływają na jakość życia młodych kobiet. Warto zachęcać kobiety do konsultacji z lekarzem ginekologiem w przypadku odczuwania objawów Zespołu napięcia przedmiesiączkowego.

## **ROLA PIELEŃNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM Z POChP**

**KAMILA OSTROWSKA, MARTYNA CHACHAJ, KAROLINA OKLIŃSKA**

**OPIEKUN PRACY: DR N. MED. IWONA ADAMSKA-KUŹMICKA,**

**DR N. O ZDR. ANETA KOŚCIOŁEK**

**Wstęp.** Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) należy do jednej z chorób cywilizacyjnych, której występowanie w populacji stale rośnie, zwłaszcza u osób starszych. Charakteryzuje się trwałym ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe. Do najczęstszych przyczyn występowania tej złożonej jednostki chorobowej należą: palenie wyrobów tytoniowych oraz narażenie na pyły.

**Cel pracy.** Ukazanie opieki pielęgniarskiej nad pacjentem chorującym na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc w przebiegu jej zaostrzenia.

**Materiał i metody.** Wykorzystaną metodą badawczą jest metoda indywidualnego przypadku. Podmiotem opieki jest pacjent lat 70, który trafił na Oddział Pneumonologii, Alergologii i Onkologii Pulmonologicznej w związku z zaostrzeniem objawów POChP. Do wykorzystanych technik badawczych należą wywiad, obserwacja, pomiary oraz analiza dokumentacji. Natomiast narzędzia badawcze to: Karta Zindywidualizowanej Opieki Pielęgniarskiej, skala Barthel, zmodyfikowana skala Nasilenia Duszności (mMRC) oraz wskaźnik masy ciała BMI.

### **Wyniki:**

Na podstawie zebranych danych sformułowano poniższe diagnozy pielęgniarskie:

1. Dyskomfort związany z przewlekłym kaszlem spowodowanym gromadzeniem się wydzieliny w drogach oddechowych.
2. Trudności w oddychaniu spowodowane zaostrzeniem objawów choroby.
3. Lęk pacjenta związany z hospitalizacją.
4. Obniżona tolerancja wysiłku fizycznego powodująca deficyt samoopieki oraz samopielęgnacji wynikająca z duszności.

**Wnioski.** Ważny aspekt w opiece pielęgniarskiej nad pacjentem z POChP stanowi rozpoznanie potrzeb bio-psycho-społecznych chorego, a także podjęcie stosownych działań prowadzących do poprawy jakości życia. Personel pielęgniarski skupia się na wielu obowiązkach pielęgnacyjnych, opiekuńczych, terapeutycznych, a także edukacyjnych.

**Słowa kluczowe:** przewlekła obturacyjna choroba płuc, opieka pielęgniarska, duszność

## **POZIOM WIEDZY Kobiet RODZĄCYCH NA TEMAT FARMAKOLOGICZNYCH I NIEFARMAKOLOGICZNYCH METOD ŁAGODZENIA BÓLU PORODOWEGO**

---

**ANNA KREMSKA, GABRIELA KUŹMIŃSKA, ROMANA WRÓBEL,  
ELŻBIETA KRAŚNIANIN, KATARZYNA WARDAK, ALDONA MIAZGA,  
MAJA POLNIK- LONC, BARBARA ZYCH**

**Wstęp.** Ból porodowy jest szczególnym rodzajem bólu, który jest nieodzownym elementem każdego porodu. Spełnia on funkcje cielesne, umysłowe oraz duchowe. Sposoby łagodzenia bólu w porodzie dzielimy na farmakologiczne i nefarmakologiczne. Do pierwszych zaliczamy analgezję wziewną, analgezję ogólną oraz zewnątrzoponową. Do metod nefarmakologicznych możemy zaliczyć między innymi techniki oddechowe, masaż, czy aparat TENS. Istotną kwestią jest rola położnej w zakresie łagodzenia bólu porodowego.

**Cel pracy.** Celem badań była ocena poziomu wiedzy rodzących na temat farmakologicznych i nefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego.

**Materiał i metoda.** W pracy została wykorzystana metoda sondażu diagnostycznego. W badaniu zastosowano kwestionariusz ankiety, składający się z 23 pytań. Badania te zostały przeprowadzone pośród 401 kobiet przebywających w dwóch Szpitalach w Rzeszowie. W opracowaniu wykorzystano test niezależności  $\chi^2$ , przyjmując poziom istotności  $p < 0,05$ . Obliczenia wykonano pakietem SPSS 22.

**Wyniki.** Przeprowadzone badania wykazały, że ankietowane jako źródło wiedzy najczęściej wybierają Internet (75,6%). Znajomość metod łagodzenia bólu porodowego jest zależna od edukacji porodowej kobiet w ciąży. Aż 77,5% rodzących uczestniczących na zajęciach Szkoły rodzenia wykazało się zadawalającym poziomem wiedzy odnośnie metod łagodzenia bólu porodowego, w przypadku kobiet nie biorących udziału w tego typu szkoleniach zadawalający poziom wiedzy osiągnęło tylko 56,4% ankietowanych. Dodatkowo na podstawie badań stwierdzono, iż wykształcenie nie wpływa na poziom posiadanej wiedzy.

**Wnioski.** Kobiety uczestniczące na zajęciach Szkoły rodzenia mają większą wiedzę w zakresie metod łagodzenia bólu porodowego. Wykształcenie kobiet rodzących nie ma znaczącego wpływu na poziom ich wiedzy.

## **ROLA PIELEŃNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM Z NOWOTWOREM PŁUCA**

**KAROLINA OKLIŃSKA, KAMILA OSTROWSKA, MARTYNA CHACHAJ**  
**OPIEKUN PRACY: DR N. MED. IWONA ADAMSKA-KUŹMICKA,**  
**DR N. O ZDR. ANETA KOŚCIOŁEK**

**Wstęp.** Rak płuca jest najczęściej diagnozowanym nowotworem złośliwym, który dotyka mężczyzn, natomiast w przypadku kobiet zajmuje on drugie miejsce. Jest przyczyną ponad 1/3 zgonów, będących konsekwencją nowotworów, w Europie. Pomimo zwiększającej się świadomości społeczeństwa oraz rozwoju medycyny, Polska zalicza się do krajów o wysokim poziomie zachorowalności i śmiertelności, będących konsekwencją raka płuca. Odpowiednia opieka oraz pielęgnacja pacjenta z nowotworem płuca są niezbędne w celu poprawy jego jakości życia.

**Cel pracy.** Przedstawienie zadań pielęgniarki w opiece nad pacjentem z nowotworem płuca.

**Material i metody.** Wykorzystaną metodą badawczą jest metoda indywidualnego przypadku. Podmiotem opieki jest pacjentka w wieku 55 lat ze zdiagnozowanymi zmianami o charakterze guzowatym płuca lewego płata dolnego, która została przyjęta do szpitala w celu dalszej diagnostyki i wdrożenia terapii leczniczej. Do wykorzystanych technik badawczych należą wywiad, obserwacja, pomiary oraz analiza dokumentacji. Natomiast narzędzia badawcze to: Karta Indywidualizowanej Opieki Pielęgniarskiej, Skala ADL, Skala Glasgow, Skala Barthel, Skala akceptacji choroby AIS i Skala VAS.

### **Wyniki.**

Na podstawie zebranych danych sformułowano poniższe diagnozy pielęgniarskie:

1. Duszność, męczący kaszel wynikający z nowotworu płuc.
2. Spadek masy ciała spowodowany zmniejszonym uczuciem łaknienia.
3. Ból w klatce piersiowej będący konsekwencją choroby nowotworowej płuc.
4. Spadek odporności, spowodowany wdrożeniem chemioterapii.

**Wnioski.** Głównym zadaniem pielęgniarki w opiece nad pacjentem z nowotworem płuc jest łagodzenie nieprzyjemnych dolegliwości będących następstwem choroby oraz wdrożonego leczenia. Równie istotne jest zapewnienie wsparcia psychicznego zarówno pacjentowi, jak również jego rodzinie.

**Słowa kluczowe:** nowotwór płuca, opieka pielęgniarska, chemioterapia

# **POZIOM WIEDZY KOBIEŃ W WIEKU ROZRODCZYM NA TEMAT CZYNNIKÓW NIEPŁODNOŚCI ORAZ ICH WPŁYWU NA JAKOŚĆ ŻYCIA**

**MAGDALENA DWORNIK**

**OPIEKUN PRACY. DR N. O ZDR. JOANNA BŁAJDA**

**Wstęp.** Wizja posiadania dziecka jest rozważana przez wiele kobiet, nawet zanim są gotowe na macierzyństwo. Niepłodność, choć nie zagraża życiu, ma poważne konsekwencje psychiczne i społeczne, wpływając na relacje, jakość życia oraz wskaźnik przyrostu naturalnego. Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia, niepłodność jest chorobą wymagającą leczenia, obejmującą aspekty fizyczne, emocjonalne i społeczne. Niezdrowy styl życia oraz zanieczyszczenie środowiska pogarszają płodność, a skuteczne leczenie wymaga odpowiedniej diagnostyki i zmiany stylu życia, w ramach wielodyscyplinarnej opieki.

**Cel.** Celem pracy była ocena poziomu wiedzy kobiet w wieku rozrodczym na temat czynników niepłodności oraz ich wpływu na jakość życia.

**Materiał i metody.** W badaniu wzięło udział 110 kobiet w wieku rozrodczym tj. od 15-49 roku życia. Badanie miało charakter anonimowy a udział w nim był dobrowolny. W badaniu posłużono się kwestionariuszem autorskiej ankiety badawczej. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego.

**Wyniki.** Poziom wiedzy kobiet w wieku rozrodczym na temat czynników niepłodności oraz ich wpływu na jakość życia nie zależał od miejsca zamieszkania badanych  $p = 0,390$  ich sytuacji zawodowej  $p = 0,591$ . Również występowanie niepłodności u siebie lub u osoby bliskiej nie wpływało na poziom wiedzy na temat niepłodności  $p = 0,294$ . Natomiast czynnikami wpływającymi na poziom wiedzy jest wiek  $p = 0,047$  oraz poziom wykształcenia ankietowanych  $p = 0,020$ .

**Wnioski.** Kobiety w przedziale wiekowym od 20-30 roku życia posiadały największy poziom wiedzy na temat niepłodności. Miejsce zamieszkania oraz stan cywilny nie wpływały istotnie na poziom wiedzy na temat niepłodności. Kobiety z wyższym wykształceniem wykazały się większą wiedzą na temat czynników niepłodności i ich wpływu na jakość życia. Występowanie niepłodności u osób z bliskiego otoczenia nie wpłynęło istotnie na poziom wiedzy na temat płodności. Kobiety dotknięte problemem niepłodności w opinii ankietowanych są bardziej narażone na występowanie depresji.

**Słowa kluczowe:** niepłodność, jakość życia, zdrowie kobiet.



## **ROZWÓJ INDYWIDUALNYCH PRAKTYK POŁOŻNYCH ŚRODOWISKOWO-RODZINNYCH W WOJEWÓDZTWIE PODKARPACKIM W LATACH 1999-2020**

---

**ANNA KREMSKA, BARBARA KORONA, ROMANA WRÓBEL,  
ELŻBIETA KRAŚNIANIN, KATARZYNA WARDAK, ALDONA MIAZGA,  
BARBARA ZYCH**

**Wstęp.** W Polsce jedną z form wykonywania zawodu położnej jest prowadzenie indywidualnej praktyki położnej. Status wolnego zawodu daje im możliwość prowadzenia działalności jednoosobowej oraz w formie spółki cywilnej lub partnerskiej.

**Cel pracy.** Głównym celem pracy było przedstawienie jak rozwijały się indywidualne praktyki położnych środowiskowych w województwie podkarpackim w latach 1999-2020.

**Material i metody.** Zastosowaną w pracy metodą badawczą była metoda badań dokumentów, polegająca na analizie formalnej i treściowej dokumentów urzędowych. Gromadzenie danych rozpoczęłam w grudniu 2021 r., po otrzymaniu zgody Dyrektora POW NFZ na skorzystanie ze sprawozdawczości oraz dokumentów archiwalnych niezbędnych do napisania pracy.

**Wyniki.** Na podstawie przeprowadzonej analizy w zakresie kontraktowania świadczeń położnej poz w województwie podkarpackim w latach 1999-2020, stwierdza się, że liczba kontraktów zawieranych przez położne indywidualne wzrasta z każdym kolejnym rokiem, w 2000 stanowiła 6,06%, a w 2020 - 26,6% czyli około ¼ wszystkich kontraktów zawartych z podmiotami realizującymi świadczenia położnej poz.

**Wnioski.** Zmiany zachodzące w ochronie zdrowia przyczyniły się do rozwoju indywidualnych praktyk położnych środowiskowych w województwie podkarpackim. Rozwój praktyk miał charakter miejscowy, szczególnie w pierwszych latach reformy. Sposób finansowania świadczeń zdrowotnych oraz ilość podopiecznych przypadająca na jedną położną miały decydujący wpływ na ilość podpisywanych kontraktów przez indywidualne położne.

## **POZIOM WIEDZY KOBIET W WIEKU PROKREACYJNYM NA TEMAT PRZYGOTOWANIA DO CIĄŻY**

---

**NATALIA CZERNIK  
OPIEKUN PRACY. DR N. O ZDR. JOANNA BŁAJDA**

**Wstęp.** Nadrzędną wartością, o którą należy zadbać w przypadku planowania ciąży jest zdrowie przyszłej mamy i jej dziecka. Działania prozdrowotne w okresie przedkoncepcyjnym



pozwalają na zminimalizowanie ryzyka pojawienia się powikłań w trakcie ciąży i tym samym zwiększają szanse na urodzenie zdrowego potomstwa.

**Cel pracy.** Określenie poziomu wiedzy kobiet w wieku rozrodczym na temat przygotowania do ciąży.

**Material i metody.** Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki ankiety. Narzędziem badawczym była autorska ankieta składająca się z 18 pytań. Wyniki badań poddano analizie statystycznej.

**Wyniki.** W grupie badanej 58% kobiet posiadało wysoki poziom wiedzy na temat przygotowania do ciąży, przeciętną wiedzę prezentowało 21,6% badanych, a niską 20,4% badanych. Zaobserwowano wysoki poziom wiedzy na temat składowych stylu życia i ich wpływie na okres przedkoncepcyjny. Dowiedziono, że kobiety w wieku rozrodczym posiadają deficyt wiedzy w zakresie: suplementacji witaminy B9, fizjologii cyklu miesięczkowego oraz płodności, rezygnacji z używek i niektórych produktów niezalecanych w przypadku planowania ciąży.

**Wnioski.** Kobiety w wieku rozrodczym prezentują wysoki poziom wiedzy na temat przygotowania do ciąży. Deficyty wiedzy dotyczą głównie suplementacji wit. B9 i stosowania diety bogatej w foliany. Kobiety bezdzietne posiadały większą wiedzę na temat badań profilaktycznych, niż kobiety posiadające dzieci. Stan cywilny nie wpływał na poziom wiedzy z zakresu antykoncepcji i fizjologii cyklu miesięczkowego.

**Słowa kluczowe:** ciąża, opieka przedkoncepcyjna, planowanie ciąży

## **ZNACZENIE KOMUNIKACJI PIEŁĘGNIARKI Z PACJENTEM PEDIATRYCZNYM W ŁAGODZENIU STRESU ZWIĄZANEGO Z HOSPITALIZACJĄ**

---

**WERONIKA KOCHANOWSKA, DOMINIKA POGORZELEC**

**Wstęp.** Hospitalizacja to dla dziecka wyjątkowo wymagające doświadczenie, które często wiąże się z silnym stresem, lękiem i poczuciem niepewności. Nowe otoczenie, obcy ludzie oraz liczne procedury medyczne mogą budzić w małym pacjencie obawy i dezorientację. W takiej sytuacji kluczową rolę odgrywa pielęgniarka, której umiejętność właściwej komunikacji może znacząco pomóc dziecku w adaptacji do warunków szpitalnych, łagodząc jego niepokój i budując poczucie bezpieczeństwa.

**Rozwinięcie:** Efektywna komunikacja pielęgniarki z pacjentem pediatrycznym powinna być dostosowana do wieku, poziomu rozwoju oraz emocjonalnych potrzeb dziecka. Używanie

prostego, ale ciepłego i przyjaznego języka, spokojny ton głosu oraz serdeczny uśmiech mogą działać cuda, pomagając dziecku oswoić się z nową sytuacją. Kluczowe jest także aktywne słuchanie, okazywanie empatii oraz tłumaczenie w przystępny sposób przebiegu procedur, aby zmniejszyć lęk i niepewność małego pacjenta. W celu złagodzenia stresu związanego z hospitalizacją pielęgniarki mogą stosować różne techniki wspierające, takie jak bajkoterapia, zabawy interaktywne czy metody odwracania uwagi podczas bolesnych zabiegów. Istotne jest również wsparcie rodziców ich obecność, czułość i troska mają ogromny wpływ na emocjonalny komfort dziecka. Współpraca personelu medycznego z opiekunami pozwala stworzyć atmosferę pełną zaufania, co sprzyja zarówno adaptacji, jak i skuteczniejszemu procesowi leczenia.

**Podsumowanie.** Komunikacja pielęgniarki z dzieckiem odgrywa niezwykle istotną rolę w procesie hospitalizacji. Empatyczne podejście, umiejętność budowania relacji oraz dostosowanie języka do możliwości dziecka pozwalają skutecznie zmniejszyć stres i napięcie związane z pobytem w szpitalu. Wykorzystanie odpowiednich metod wsparcia oraz współpraca z rodziną sprawiają, że mały pacjent czuje się bezpieczniej, co korzystnie wpływa zarówno na jego samopoczucie, jak i na cały proces zdrowienia.

## **OPIEKA NAD NOWORODKIEM URODZONYM SKRAJNIE PRZEDWCZEŚNIE Z ZESPOŁEM ZABURZEŃ ODDYCHANIA**

**ALDONA MIAZGA, JOANNA BŁAJDA, ANNA KREMSKA, ROMANA WRÓBEL,  
ELŻBIETA KRAŚNIANIN, BARBARA ZYCH, KATARZYNA WARDAK,  
GABRIELA INGLOT**

**Wprowadzenie.** Skrajne wcześniactwo w obecnym świecie, mimo stale rozwijającej się wiedzy medycznej to wciąż powszechny i poważny problem. Nie zawsze możliwe jest określenie przyczyny jego występowania. Niesie za sobą wiele powikłań wczesnych oraz późnych. Jednym z nich jest zespół zaburzeń oddychania, związany z brakiem surfaktantu w płucach niedojrzałego noworodka.

**Cel pracy.** Głównym celem pracy jest przedstawienie opieki nad skrajnie niedojrzałym noworodkiem ze zdiagnozowanym zespołem zaburzeń oddychania.

**Opis przypadku.** Opisano wcześniaka urodzonego w 28. tygodniu ciąży. Poród odbył się drogą cięcia cesarskiego z położenia podłużnego miednicowego. Przyczyną porodu przedwczesnego było wystąpienie obfitego krwawienia z dróg rodnych. Noworodek urodził się z masą ciała 950g w stanie ogólnym średnim, w skali Apgar oceniony na 5, 6, 7, 8 punktów odpowiednio

w 1., 3., 5. i 10. minucie życia. Postawiona następujące diagnozy pielęgniarские: 1. Problemy oddechowe spowodowane niedojrzałością układu oddechowego wcześniaka. 2. Wystąpienie hipotermii spowodowanej wynikającym z wcześniactwa niedojrzałym mechanizmem termoregulacji oraz wychłodzeniem podczas transportu. 3. Ryzyko wystąpienia infekcji spowodowane długim pobytem w środowisku szpitalnym. 4. Zmiany skórne w okolicy pieluszkowej spowodowane niedojrzałością skóry wcześniaka.

**Wnioski.** Skrajne wcześniactwo to duże wyzwanie dla całego zespołu terapeutycznego. Nieinwazyjne wsparcie oddechowe jest dobrze tolerowane przez wcześniaki. W przypadku zespołu zaburzeń oddychania stałe monitorowanie funkcji życiowych wcześniaka jest kluczowe. Zmiana pozycji ciała dziecka i stymulacja są skuteczne w przypadku bradykardii i bezdechu. Wczesne wprowadzenie żywienia enteralnego korzystnie wpływa na układ pokarmowy wcześniaka, tolerancję pokarmu i przybieranie na wadze.

## **ANTROPOZOONOZY JAKO WYZWANIE ZDROWIA PUBLICZNEGO W KONTEKŚCIE KONCEPCJI ONE HEALTH**

**MARIA KOSEK, MARIOLA MENDRYCKA, AGNIESZKA WOŹNIAK-KOSEK**

**Wstęp.** Zakażenia odzwierzęce stanowią istotne zagrożenie dla zdrowia publicznego, jednak coraz więcej uwagi należy poświęcać również zjawisku odwrotnej zoonozy, czyli transmisji patogenów z człowieka na zwierzęta (antropozoonozy). W dobie globalnych zmian środowiskowych, urbanizacji, intensywnej hodowli zwierząt oraz rozwoju rynku zwierząt towarzyszących, ryzyko międzygatunkowego przenoszenia patogenów dynamicznie wzrasta.

**Rozwinięcie.** W koncepcji One Health, integrującej zdrowie ludzi, zwierząt i środowiska, szczególne znaczenie mają patogeny o szerokim zakresie żywicieli, zdolności adaptacyjnej i wysokim potencjale transmisji. Są to głównie wirusy RNA, bakterie odporne na antybiotyki, pasożyty oraz drobnoustroje środowiskowe. Czynnikiem sprzyjającym rozprzestrzenianiu się tych patogenów są zmiany klimatyczne, niszczenie siedlisk naturalnych, globalna mobilność oraz niehigieniczne warunki życia i pracy. Dodatkowym zagrożeniem są czynniki behawioralne oraz cywilizacyjne, które wpływają równolegle na zdrowie ludzi i zwierząt, m.in. otyłość i brak aktywności fizycznej.

**Podsumowanie.** Zintegrowane podejście do prewencji chorób zakaźnych na styku człowiek–zwierzę wymaga współpracy interdyscyplinarnej i wdrażania wspólnych strategii zdrowia publicznego. Pielęgniarki i pielęgniarze pełnią kluczową rolę w identyfikacji zagrożeń, edukacji zdrowotnej oraz kształtowaniu postaw prozdrowotnych wśród pacjentów. Włączenie

pielęgniarstwa do działań zgodnych z ideą One Health może realnie wpłynąć na ograniczenie rozprzestrzeniania się patogenów międzygatunkowych.

**Słowa kluczowe:** One Health, zdrowie ludzi i zwierząt, antropozoonoza, zdrowie publiczne, pielęgniarstwo

## **OCENA WIEDZY PIERWIASTEK NA TEMAT PRZEBIEGU POŁOGU**

**PAULINA WOJDYŁA**

**OPIEKUN PRACY: DR N. O ZDR. JOANNA BŁAJDA**

**Wstęp.** Połóg wciąż uważa się za temat tabu i bywa pomijany w czasie edukacji pacjentek ciężarnych. Głównym źródłem, z którego korzystają ciężarne i położnice jest Internet, w którym nie zawsze może znaleźć rzetelne informacje. Należy dążyć do popularyzacji wiedzy na temat tego okresu, a edukatorami powinny być osoby z wykształceniem medycznym, aby przekazywana wiedza była zgodna z naukowymi faktami.

**Cel pracy.** Głównym celem pracy było ocenienie poziomu wiedzy kobiet będących w pierwszej ciąży i rodzących po raz pierwszy na temat przebiegu porodu.

**Material i metoda.** Badanie przeprowadzono w 2023 roku na grupie 152 kobiet będących w pierwszej ciąży od 26 tygodnia lub po pierwszym porodzie. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego przy użyciu techniki ankiety. Wyniki poddano analizie statystycznej za pomocą programu IBM SPSS Statistics 22, przyjmując poziom istotności  $p < 0,05$ .

**Wyniki.** Zbadano grupę 152 kobiet, z których 51,3% były w pierwszej ciąży, natomiast pozostałe kobiety były już po porodzie. Naturalnie urodziło 56% z nich. Większość badanych (55,3%) była w wieku między 26. a 30. rokiem życia oraz posiadała wykształcenie wyższe (67,1%). Ponad połowa z badanych (56,6%) uczęszczała do Szkoły Rodzenia. Ankietowane pierwsiastki wykazały się wysoką wiedzą na temat porodu, a ich poziom określono jako satysfakcjonujący (60,5%).

**Wnioski.** Na poziom wiedzy pierwsiastek na temat okresu porodu nie wpływa w istotny sposób wiek oraz wykształcenie. Dzięki uczęszczaniu do Szkoły Rodzenia wiedza pierwsiastek była wyższa, niż u kobiet nie biorących udziału w zajęciach. Kobiety, które urodziły drogami natury wykazywały się większą wiedzą niż ankietowane, których ciąża została ukończona cięciem cesarskim.

**Słowa kluczowe:** połóg, pierwsiastka, poziom wiedzy, źródła wiedzy.

## **ZASTOSOWANIE TERAPII LARWALNEJ RANY W PROCESIE MIEJSCOWEGO LECZENIA CUKRZYCOWEJ CHOROBY STÓP – CASE STUDY**

**ANETA OBRZUT, KAMILA PYTLAK**

**Wstęp.** Zespół stopy cukrzycowej jest poważnym powikłaniem cukrzycy, prowadzącym do przewlekłych ran i zwiększonego ryzyka amputacji. Terapia Larwalna Rany (TLR) jest terapią prowadzoną z wykorzystaniem larw *Lucilia sericata*, umożliwiającą wysoce precyzyjne oczyszczenie rany z martwych tkanek oraz pobudzenie procesów naprawczych. Działanie to odbywa się zarówno poprzez bezpośredni kontakt larw z raną, jak i poprzez wydzielanie substancji wspomagających gojenie. Terapia ta może być skutecznie i bezpiecznie stosowana w różnych warunkach – w domu, w poradniach ambulatoryjnych oraz w szpitalach – pod nadzorem wykwalifikowanego personelu medycznego specjalizującego się w leczeniu ran.

**Celem pracy.** Przedstawienie Terapii Larwalnej Rany (TLR) jako efektywnej metody szybkiego oczyszczania ran z martwiczej tkanki w przebiegu cukrzycowej choroby stóp.

**Podstawowe założenia.** Wykorzystano metodę studium przypadku. Mężczyzna w wieku 60 lat z zakażoną raną w obrębie przodostopia (3° PEDIS, wg RYB żółto-czarna). Zakwalifikowany do terapii TLR – Biollab Kędzierzyn-Koźle, 100 sztuk luzem, obserwacja 3 dni, ewakuacja. W ciągu 3 dni terapii uzyskano częściowe oczyszczenie łożyska rany z żółtej, rozplywnej tkanki martwiczej, tym samym przyspieszając wdrożenie procedur stymulujących procesy naprawcze. Uzyskane wyniki oraz obserwacje odnotowano w kwestionariuszu naukowo badawczym.

**Wnioski.** Zastosowanie terapii larwalnej u pacjentów z cukrzycą jest skuteczną i bezpieczną metodą leczenia, charakteryzującą się niewielkim ryzykiem powikłań. Terapia z wykorzystaniem larw *Lucilia sericata* może znacząco przyspieszyć proces oczyszczania się łożyska rany, a u osób z cukrzycą jest to niemal całkowicie bezbolesne.

**Słowa kluczowe:** cukrzycowa choroba stóp, TLR, rana trudno gojąca się, leczenie ran

## **SAMOOPIEKA U PACJENTÓW Z PRZEWLEKŁĄ NIEWYDOLNOŚCIĄ SERCA**

**IZABELLA CZYKIETA, DANIEL TENEROWICZ, ALICJA CEDZYŃSKA**

**Wstęp.** Niewydolność serca (HF) jest jednym z najczęstszych powodów hospitalizacji u osób dorosłych. Szacuje się, że około 2% populacji dorosłych w krajach rozwiniętych cierpi na tę chorobę, z wyraźnie wyższą częstością u osób powyżej 65. roku życia. Samoopieka w niewydolności serca obejmuje regularne monitorowanie, przestrzeganie restrykcji

żywieniowych oraz zaleceń farmakoterapii. Pomimo postępu, jaki został dokonany w ciągu ostatnich lat w zakresie diagnostyki oraz leczenia HF w ostatnim czasie odnotowuje się coraz większą liczbę rehospitalizacji spowodowanych zaostrzeniem choroby. Pacjenci, którzy angażują się w proces samoopieki, uzyskują lepsze wyniki leczenia oraz charakteryzują się mniejszą liczbą ponownych hospitalizacji.

**Cel.** Ocena poziomu samoopieki u chorych z przewlekłą niewydolnością serca.

**Metodologia.** Badania przeprowadzono wśród 150 pacjentów hospitalizowanych z powodu niewydolności serca w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu. Kryteria włączenia do badania stanowiły: klinicznie potwierdzone rozpoznanie niewydolności serca zgodnie z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, pisemna i świadoma zgoda na udział w badaniu, brak zaburzeń psychicznych i zaburzeń poznawczych uniemożliwiających samodzielne wypełnienie kwestionariuszy badawczych. W pracy wykorzystano kwestionariusz ankiety własnej w celu zebrania danych socjodemograficznych i klinicznych oraz standaryzowane narzędzie Self-Care of Heart Failure Index (SCHFI).

**Wyniki.** Badaniami ankietowymi objęto 150 pacjentów z niewydolnością serca (średnia wieku 63,44 lata; odchylenie standardowe SD=14,81 lat), z czego 52,67% stanowiły kobiety. Pacjenci chorowali średnio 9,05 lat (SD=7,09), a średnia wartość frakcji wyrzutowej lewej komory wynosiła 36,1% (SD=4,14). Największą grupę badanych (47,33%) stanowili pacjenci w II klasie NYHA oraz w klasie III NYHA (38,67%). Wśród chorób współistniejących dominowało nadciśnienie tętnicze (56,00%) oraz cukrzyca (45,33%). 65,33% nie było hospitalizowanych z powodu przewlekłej niewydolności serca w 6 miesiącach poprzedzających badanie. Średnia liczba przyjmowanych tabletek wynosiła 8,24 (SD=5,24). 70% respondentów przyjmowało leki częściej niż raz dziennie. Niefarmakologiczne formy leczenia stosowało niecałe 40% badanych. Najczęściej stosowane były umiarkowana aktywność fizyczna (42%) oraz ograniczenie pokarmów tłustych i zwiększenie ilości nienasyconych kwasów tłuszczowych (32%). Analiza kwestionariusza SCHFI wykazała, że pacjenci najlepiej radzili sobie z wyrabianiem odpowiednich nawyków zdrowotnych ( $61,77 \pm 18,22$ ), nieco gorzej z przestrzeganiem zalecanych zachowań zdrowotnych ( $56,28 \pm 18,8$ ) i z monitorowaniem stanu zdrowia ( $56,56 \pm 23,15$ ), a najgorzej przestrzeganiem diety ( $39 \pm 28,25$ ) i z rozpoznawaniem objawów NS ( $52,59 \pm 23,63$ ).

**Wnioski.** Pacjenci w badanej grupie wykazali różny poziom zaangażowania w poszczególne aspekty samoopieki, z największymi trudnościami w przestrzeganiu diety oraz rozpoznawaniu objawów choroby.

## **EDUKACJA OPIEKUNA OSOBY CHOREJ NA ALZHEIMERA**

---

**MONIKA GUŁAŚ, KAMIL IWANISZCZUK**

**OPIEKUN PRACY: DR N. MED. PRZYCHODZKA ELŻBIETA**

**Wstęp.** Choroba Alzheimera to postępujące schorzenie neurodegeneracyjne, które prowadzi do stopniowej utraty pamięci, zdolności poznawczych oraz samodzielności pacjenta. Opiekunowie osób chorych na Alzheimera odgrywają kluczową rolę w codziennej opiece, dlatego ich edukacja jest niezbędna do zapewnienia odpowiedniego wsparcia i bezpieczeństwa pacjenta.

**Cel.** Celem pracy jest ukazanie znaczenia edukacji opiekunów osób chorych na Alzheimera.

**Materiał i metoda.** Przeprowadzono niesystematyczny przegląd dostępnej literatury podmiotu opublikowanej w okresie 10 lat (2015-2025). Wykorzystano bazy danych tj.: Google Scholar, Pub Med.

**Wyniki.** Analiza wykazała, że odpowiednie przygotowanie opiekunów osób chorych na Alzheimera przekłada się na poprawę jakości opieki oraz zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów. Opiekunowie posiadający wiedzę na temat choroby lepiej rozumieją potrzeby chorych, skuteczniej reagują na ich zachowania oraz potrafią organizować codzienną rutynę w sposób sprzyjający zarówno pacjentowi, jak i sobie. Wprowadzenie metod terapii zajęciowej oraz dostosowanie otoczenia pacjenta do jego potrzeb znacząco zmniejsza ryzyko wypadków i niepożądanych reakcji emocjonalnych. Ponadto, zapewnienie opiekunom wsparcia psychologicznego i organizacyjnego przyczynia się do zmniejszenia poziomu stresu, co pozytywnie wpływa na ich kondycję psychiczną i zdolność do sprawowania długoterminowej opieki.

**Wnioski.** Edukacja opiekunów jest kluczowym elementem skutecznej opieki nad osobą chorą na Alzheimera, przyczyniając się do poprawy bezpieczeństwa i dobrostanu zarówno pacjenta, jak i opiekuna. Wsparcie instytucjonalne, organizacja codziennych obowiązków oraz dostęp do programów edukacyjnych mogą zwiększyć efektywność opieki i zmniejszyć stres opiekuna. Wdrażanie terapii zajęciowej, odpowiedniego podejścia komunikacyjnego i zabezpieczeń domowych powinno być standardową praktyką, aby zapewnić pacjentowi jak najwyższy komfort i bezpieczeństwo w codziennym funkcjonowaniu.

**Słowa kluczowe:** Edukacja opiekuna, choroba Alzheimera, bezpieczeństwo pacjenta, wsparcie opiekunów.



# **NAJCZĘSTSZE INTERWENCJE PIELEŃNIARSKIE W OPIECE NAD PACJENTEM Z ZESPOŁEM ALPORTA Z WYKORZYSTANIEM TERMINOLOGII ICNP®**

**WIKTORIA SZCZUROWSKA, KORNELIA WROCŁAWSKA, ALICJA SZOPIŃSKA,  
OLIWIJA ŻURAWSKA.**

**OPIEKUN: DR BEATA HAOR, PROF. PANS**

**Wprowadzenie.** Zespół Alporta to rzadkie schorzenie genetyczne prowadzące do postępującej nefropatii. Oprócz objawów nerkowych, takich jak białkomocz i krwimocz, choroba może powodować niedokrwistość, hipoalbuminemię, obrzęki (głównie powiek i kończyn dolnych), nadciśnienie tętnicze, zaburzenia krzepnięcia oraz osłabienie gęstości kostnej. Często występują również ubytki słuchu i zmiany w narządzie wzroku. Przyczyną choroby jest mutacja genów kodujących kolagen typu IV – kluczowego składnika błony podstawnej kłębuszków nerkowych – co ostatecznie prowadzi do przewlekłej niewydolności nerek.

**Cel pracy.** Określenie najczęstszych interwencji pielęgniarskich w opiece nad pacjentem z zespołem Alporta z wykorzystaniem terminologii ICNP®.

**Opis przypadku.** Pacjent lat 24 ze zdiagnozowanym w dzieciństwie zespołem Alporta znajduje się w przewlekłej fazie niewydolności nerek i wymaga regularnej hemodializy. Zgłasza przewlekłe zmęczenie, osłabienie, obrzęki kończyn dolnych oraz trudności z akceptacją długotrwałego leczenia. Występują również postępujące problemy ze słuchem, co dodatkowo utrudnia komunikację i wpływa na jakość życia pacjenta.

**Wnioski.** Opracowany indywidualny plan opieki pielęgniarskiej dla pacjenta z zespołem Alporta wskazuje na kluczową rolę pielęgniarek w monitorowaniu funkcji nerek, pielęgnacji dostępu naczyniowego oraz zapobieganiu powikłaniom dializoterapii. Szczególne znaczenie mają również działania edukacyjne i wsparcie psychospołeczne, które pomagają pacjentowi w adaptacji do przewlekłej choroby i długotrwałego leczenia. Wykorzystanie terminologii ICNP® umożliwia precyzyjne określenie interwencji pielęgniarskich i standaryzację opieki. Wyniki pracy podkreślają konieczność kompleksowego podejścia do pacjentów z zespołem Alporta oraz dalszego doskonalenia praktyki pielęgniarskiej w tym obszarze.



## JAKOŚĆ ŻYCIA Kobiet z ENDOMETRIOZĄ

ELŻBIETA KRAŚNIANIN, ROMANA WRÓBEL, ANNA KREMSKA,  
JUSTYNA WOJDYŁO

**Wstęp.** Endometrioza jest definiowana jako przewlekła choroba ginekologiczna charakteryzująca się występowaniem tkanki endometrialnej poza jamą macicy. Schorzenie dotyka około 10% kobiet w wieku reprodukcyjnym na świecie. Endometrioza jest u wielu kobiet przyczyną przewlekłego bólu, zaburzeń miesiączkowania i niepłodności. Pomimo jej powszechności diagnoza jest zwykle opóźniona o wiele lat co przesunęło wprowadzenie odpowiedniego leczenia i wpływa na pogorszenie jakości życia.

**Cel.** Celem pracy była ocena jakości życia kobiet z endometriozą.

**Materiał i metody.** Badaniem objęto 270 kobiet, u których rozpoznano endometriozę. Narzędziem badawczym wykorzystanym w badaniu była autorska ankieta, zawierająca poszczególne sfery funkcjonowania – somatyczną, psychologiczną, socjalną i środowiskową oraz kwestionariusz jakości życia WHOQOL-BREF. Za poziom istotności statystycznej przyjęto  $p < 0,05$ .

**Wyniki.** Ogólną jakość życia na podstawie opinii badanych oceniono na średnim poziomie. Im badane były starsze tym miały niższą jakość życia ( $p < 0,001$ ), a także tym gorzej oceniały własny stan zdrowia ( $p = 0,002$ ). Im bardziej zaawansowana była choroba tym słabiej kobiety oceniały swoją jakość życia ogólną ( $p = 0,002$ ) i tym miały niższą jakość życia w obszarze somatycznej ( $p = 0,002$ ), a także tym gorzej oceniały własny stan zdrowia ( $p < 0,001$ ). Jakość życia badanych kobiet nie zależała od ich przynależności do grup wsparcia kobiet z endometriozą ( $p > 0,05$ ).

**Wnioski.** Jakość życia kobiet z endometriozą w obszarze somatycznym, psychologicznym, socjalnym i środowiskowym była umiarkowana. Starsze kobiety, dłużej chorujące cechowały się niższą jakością życia. Czas, jaki upłynął od zgłoszenia się do lekarza w celu zdiagnozowania endometriozy negatywnie determinuje jakość życia badanych kobiet. Częstsze doświadczanie bólu wiąże się z niższą jakością życia kobiet z endometriozą. Kobiety z endometriozą odczuwają najczęściej w związku z chorobą lęk, niepokój, frustrację oraz niezrozumienie. Badanie nad jakością życia kobiet z endometriozą ma kluczowe znaczenie dla dalszego doskonalenia strategii diagnostycznych, terapeutycznych oraz wsparcia pacjentek dotkniętych tą chorobą.

**Słowa kluczowe:** jakość życia, endometrioza, czynniki ryzyka

# WIEDZA KOBIET W WIEKU ROZRODCZYM NA TEMAT METOD ROZPOZNAWANIA PŁODNOŚCI

JULIA DYDEK

OPIEKUN PRACY: DR N. O ZDR. JOANNA BŁAJDA

**Wstęp.** Wiedza kobiet w wieku rozrodczym na temat metod rozpoznawania płodności ma kluczowe znaczenie dla świadomego planowania rodziny i dbania o zdrowie reprodukcyjne. Znajomość cyklu menstruacyjnego oraz dostępnych metod pozwala kobietom lepiej rozumieć swoje ciało i podejmować świadome decyzje dotyczące płodności.

**Cel.** Celem pracy jest ocena poziomu wiedzy kobiet w wieku rozrodczym na temat metod rozpoznawania płodności.

**Materiał i metody.** Badaniem objęto 300 kobiet w wieku od 15 do 49 lat. Metodą zastosowaną w pracy był sondaż diagnostyczny. Wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety. Badanie przeprowadzono od marca 2023r. do maja 2023r. Dane do badania były pozyskiwane poprzez kontakt internetowy za pomocą Facebook'a, głównie poprzez grupy na Facebook'u takie jak: „Poród Domowy Polska” - 7,6 tys. członków, „Rodzę w 2023” - 40 tys. członków oraz „Krakowskie mamy” - 35 tys. osób.

**Wyniki.** Wykazano, że kobiety z wykształceniem wyższym istotnie częściej prezentowały wysoki poziom wiedzy w stosunku do kobiet, które takiego wykształcenia nie posiadały ( $p < 0,001$ ). Nie potwierdzono istotnych różnic w poziomie wiedzy badanych w zależności od wielkości ich miejsca zamieszkania ( $p = 0,06$ ). Kobiety wyznania rzymskokatolickiego istotnie częściej prezentowały wysoki poziom wiedzy w stosunku do kobiet innych wyznań ( $p < 0,001$ ). Kobiety zamężne istotnie częściej prezentowały wysoki poziom wiedzy w stosunku do kobiet pozostających w związkach nieformalnych i panien ( $p < 0,001$ ).

**Wnioski.** Wykazano, że kobiety z wyższym wykształceniem mają wyższy poziom wiedzy na temat metod rozpoznawania płodności niż kobiety nieposiadające takiego wykształcenia. Nie wykazano istotnych różnic w poziomie wiedzy kobiet na temat metod rozpoznawania płodności w zależności od ich miejsca zamieszkania. Kobiety wyznania rzymskokatolickiego miały wyższy poziom wiedzy na temat metod rozpoznawania płodności niż kobiety innych wyznań. Kobiety zamężne miały wyższy poziom wiedzy na temat metod rozpoznawania płodności niż kobiety pozostające w związku nieformalnym i panny.

**Słowa kluczowe:** kobieta, metody rozpoznawania płodności, planowanie rodziny

# NIEFARMAKOLOGICZNE METODY ŁAGODZENIE BÓLU

WIKTORIA BIERNAT

OPIEKUN NAUKOWY: DR N. O ZDR. JOANNA BŁAJDA

**Wstęp.** Ból to zarówno stan psychiczny, jak i fizyczny. Jest jednym z najczęstszych objawów, które towarzyszą różnym schorzeniom. Choć farmakoterapia odgrywa kluczową rolę w zwalczaniu bólu, coraz częściej wykorzystuje się niefarmakologiczne metody łagodzenia bólu. Są one szczególnie istotne w przypadkach, gdy stosowanie leków jest niewskazane.

**Cel pracy.** Omówienie różnych niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu.

**Podstawowe założenia:** Niefarmakologiczne metody łagodzenia bólu wpływają na układ nerwowy, mięśniowy i hormonalny, pomagając poprawić krążenie, zredukować napięcie mięśniowe oraz wpływać na psychikę pacjenta. Ich celem jest naturalne wsparcie organizmu w radzeniu sobie z bólem bez stosowania środków farmakologicznych. Muzykoterapia polega na wykorzystywaniu dźwięków w celu redukcji napięcia emocjonalnego i mięśniowego, co pomaga pacjentowi się zrelaksować. Akupunktura oraz akupresura, poprzez stymulację określonych punktów na ciele, pobudzają układ nerwowy do wydzielania endorfin – naturalnych substancji przeciwbólowych. Hydroterapia wykorzystuje wodę w różnych temperaturach, co poprawia krążenie, łagodzi ból i wspomaga regenerację mięśni. Aromaterapia, dzięki olejkom eterycznym stosowanym poprzez inhalację lub masaż, działa relaksująco i przeciwbólowo. Arterapia, czyli terapia poprzez sztukę, pomaga pacjentom zredukować stres i odwraca uwagę od dolegliwości bólowych. Techniki oddychania pozwalają kontrolować napięcie organizmu, poprawiają dotlenienie tkanek i pomagają zmniejszyć odczuwanie bólu. Pozycje wertykalne ułatwiają oddychanie, zmniejszają napięcie mięśniowe i mogą być szczególnie pomocne podczas porodu. Chromoterapia, czyli terapia kolorami, wpływa na stan psychiczny pacjenta, poprawiając jego samopoczucie. Masaż odcinka lędźwiowo-krzyżowego skutecznie rozluźnia mięśnie i łagodzi napięcie, co pomaga w redukcji bólu, zwłaszcza w przypadku dolegliwości kręgosłupa. Wszystkie te metody wspierają naturalne mechanizmy obronne organizmu, zmniejszając ból i poprawiając komfort pacjenta w sposób bezpieczny i nieinwazyjny.

**Podsumowanie.** Niefarmakologiczne metody łagodzenia bólu wpływają na organizm zarówno fizycznie, jak i psychicznie. Umożliwiają poprawę samopoczucia pacjenta, zwłaszcza gdy farmakoterapia jest niewskazana. Ich skuteczne zastosowanie stanowi uzupełnienie tradycyjnych metod leczenia.

**Słowa kluczowe:** ból porodowy, łagodzenie bólu, metody łagodzenia bólu, nefarmakologiczne metody.

## **STANOWISKO POLSKICH MATEK W ZAKRESIE SZCZEPIEŃ PROFILAKTYCZNYCH POTOMSTWA PRZECIWKO ZAKAŻENIOM WIRUSAMI BRODAWCZAKA LUDZKIEGO**

**ROMANA WRÓBEL, WIKTORIA DUROŁEK, ANNA KREMSKA,  
ELŻBIETA KRAŚNIANIN, KATARZYNA WARDAK**

**Wstęp.** Szczepienia profilaktyczne stanowią jedno z najważniejszych narzędzi w zapobieganiu rozprzestrzeniania się zakażeń wirusowych, w tym również HPV (ang. Human Papillion Virus), ale wiąże się z wieloma dylematami wśród społeczeństwa.

**Cel pracy.** Celem pracy było określenie stanowiska polskich matek w zakresie szczepień profilaktycznych swojego potomstwa p/HPV.

**Materiał i metoda.** Badane przeprowadzono na przełomie 2023/2024 roku. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, przy użyciu autorskiego kwestionariusza ankiety. Do badania włączono kobiety narodowości polskiej, posiadające potomstwo, które świadomie i dobrowolnie uzupełniły ankietę. Do analizy zakwalifikowano 270 poprawnie wypełnionych kwestionariuszy. W opracowaniu statystycznym wykorzystano program Statistica 13.3. Za poziom istotności statystycznej przyjęto wartość  $p < 0,05$ .

**Wyniki.** Większość badanych matek nie zaszczepiła potomstwa p/HPV. Brak przypadków zachorowań na HPV czy raka szyjki macicy w rodzinie, istotnie częściej korelował z decyzją o rezygnacji szczepienia dziecka p/HPV ( $p < 0,001$ ). W opinii dużej ilości badanych szczepienie p/HPV znacząco obniża ryzyko wystąpienia rozwoju raka szyjki macicy oraz innych chorób związanych z HPV, ale mimo wszystko w wątpliwość poddawana jest jego skuteczność i bezpieczeństwo. Dylematy badanych kobiet odnośnie szczepień potomstwa p/HPV uzależnione były od ich wieku, miejsca zamieszkania i źródeł pozyskiwania informacji w tej kwestii.

**Wnioski.** Wprowadzenie w Polsce szczepionek refundowanych dla osób w wieku 12-13 lat matki traktują jako dobry krok w kierunku ochrony zdrowia młodzieży, ale mimo wszystko decyzja o szczepieniach dzieci powinna według nich pozostać dobrowolna. Istnieje potrzeba szerszego propagowania szczepień profilaktycznych p/HPV. Może się to przyczynić do podniesienia świadomości społecznej na temat bezpieczeństwa i skuteczności szczepień profilaktycznych p/HPV w walce z rakiem szyjki macicy.

**Słowa kluczowe:** Wirus brodawczaka ludzkiego, HPV, szczepienie, rak szyjki macicy, profilaktyka.

## **O AUTORACH**

---

**Aleksandra Abrachamowicz**

Centrum Medyczne Medyk, Rzeszów, Polska

**Vira Abram**

ICZ Healthcare Szpital Żywiec

**Piotr Adamczyk**

WUM, Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Transplantacyjnego „BeLivers” przy Zakładzie Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Transplantacyjnego i Leczenia Pozaustrojowego

**Katarzyna Adamska**

Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu, studentka kierunku pielęgniarstwo II°

**Iwona Adamska-Kuźmicka**

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

**Beata Babiarczyk**

Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu

**Malwina Bajer**

Lubelska Akademia WSEI

**Karolina Bajor**

Uniwersytet Medyczny im Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Nauk o Zdrowiu, Kierunek Pielęgniarstwo

**Gabriela Bałabas**

NZOZ Mrukmed w Rzeszowie, Poradnia Onkologiczna z Oddziałem Chemioterapii Diennej

**Edyta Barnaś**

Uniwersytet Rzeszowski, Collegium Medicum

**Ewelina Bąk**

Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu

**Barbara Betlej**

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Katedra Pielęgniarstwa

**Wiktoria Biernat**

Uniwersytet Rzeszowski, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii, Studenckie Koło Naukowe Profilaktyki Zdrowotnej Kobiet

**Oliwia Bierska**

Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu

**Karolina Biłas**

Uniwersytet Rzeszowski, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii

**Klaudia Biskup**

Koło Naukowe Studentów Pielęgniarstwa, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Przemyślu

**Karina Bizoń**

Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu

**Joanna Błajda**

Uniwersytet Rzeszowski, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii

**Małgorzata Błaszczuk**

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Katedra Pielęgniarstwa

**Ewa Agnieszka Bobkiewicz**

Lubelska Akademia WSEI

**Natalia Bogucka**

Akademia Mazowiecka w Płocku, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Zintegrowanej Opieki Medycznej, Zakład Pielęgniarstwa, SKN Pielęgniarstwa Nowoczesnego

**Adriana Borodzicz**

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Zabiegowego

**Monika Brankiewicz**

Akademia Zamojska, Wydział Nauk o Zdrowiu

**Magdalena Brodowicz-Król**

Uniwersytet Rzeszowski, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii

**Julia Buczyńska**

Uniwersytet Rzeszowski

**Justyna Buksa**

-

**Alicja Cedzyńska**

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Katedra Pielęgniarstwa Internistycznego

**Michalina Cendrowska**

Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu, SKN Historyków i Etyków Pielęgniarstwa i Położnictwa przy Zakładzie Opieki Holistycznej i Zarządzania w Pielęgniarstwie,

**Martyna Chachaj**

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

**Elżbieta Chmiel**

Akademia Zamojska, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk Klinicznych, Katedra Zdrowia i Pielęgniarstwa Środowiskowego

**Małgorzata Chmielewska**

Uniwersytet Radomski im. Kazimierza Pułaskiego, Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, Katedra Pielęgniarstwa



**Joanna Chowaniec**

Uniwersytet Rzeszowski, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii

**Elżbieta Cipora**

Uczelnia Państwowa im. Jana Grodka w Sanoku, Instytut Medyczny

**Natalia Czernik**

Uniwersytet Rzeszowski, Collegium Medicum, Studenckie Koło Naukowe Profilaktyki Zdrowotnej Kobiet

**Izabella Czykieta**

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Katedra Pielęgniarstwa Internistycznego

**Zuzanna Daniel**

Uniwersytet Rzeszowski, Collegium Medicum, Studenckie Koło Naukowe Profilaktyki Zdrowotnej Kobiet

**Anna Dąbek**

Uniwersytet Medyczny Wrocław, Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa

**Renata Domżał-Drzewicka**

Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakładzie Pielęgniarstwa Opieki Długoterminowej

**Izabela Duda**

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych we Włocławku, Studenckie Koło Naukowe Nauk o Zdrowiu, Wydział Nauk o Zdrowiu

**Kinga Duda**

WUM, Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Transplantacyjnego „BeLivers” przy Zakładzie Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Transplantacyjnego i Leczenia Pozaustrojowego

**Wiktoria Durołek**

Uniwersytet Rzeszowski, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii

**Magdalena Dwornik**

Uniwersytet Rzeszowski, Collegium Medicum, Studenckie Koło Naukowe Profilaktyki Zdrowotnej Kobiet

**Julia Dydek**

Uniwersytet Rzeszowski, Collegium Medicum, Studenckie Koło Naukowe Profilaktyki Zdrowotnej Kobiet

**Małgorzata Dziura**

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Krośnie, Instytut Zdrowia, Zakład Pielęgniarstwa

**Magdalena Dziurka**

Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Opieki Holistycznej i Zarządzania w Pielęgniarstwie

**Matylda Ekstowicz**

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie Filia w Ełku, SKN Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu

**Kinga Fecko – Gałowicz**

Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Targu, Instytut Medyczny, kierunek Pielęgniarstwo

**Anna Felińczak**

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Zakład Pediatrii i Koordynowanej Opieki Nad Dzieckiem

**Izabela Ewa Filipiuk**

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie, Oddział Onkologii Klinicznej

**Natalia Florek**

Uniwersytet Rzeszowski, Collegium Medicum, Studenckie Koło Naukowe Profilaktyki Zdrowotnej Kobiet

**Agnieszka Foltyn**

Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu

**M. Fraś**

Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział nauk o Zdrowiu

**Angelika Frątczak**

Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. Norberta Barlickiego w Łodzi

**Adrianna Frydrysiak-Brzozowska**

Akademia Mazowiecka w Płocku, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu, Opiekun organizacyjny SKN Pielęgniarstwa Nowoczesnego

**Alicja Gacek**

Uniwersytet Rzeszowski, Collegium Medicum, Studenckie Koło Naukowe Profilaktyki Zdrowotnej Kobiet, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii

**Marika Gaj**

Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku

**Elżbieta Garwacka-Czachor**

Collegium Witelona Uczelnia Państwowa, Wydział Nauk o Zdrowiu i Kulturze Fizycznej w Legnicy

**Marta Gierek**

Akademia Zamojska, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk Klinicznych, Katedra Położnictwa i Ginekologii

**Jolanta Glińska**

Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Teorii Pielęgniarstwa i Umiejętności w Pielęgniarstwie

**Alicja Głazowska**

Akademia Zamojska, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk Klinicznych, Katedra Zarządzania w Pielęgniarstwie i Pielęgniarstwa Klinicznego

**Mariola Głowacka**

Akademia Mazowiecka w Płocku, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu, Opiekun naukowy SKN Pielęgniarstwa Nowoczesnego

**Katarzyna Golonka**

Uczelnia Państwowa im. Jana Grodka w Sanoku, Instytut Medyczny

**Dominika Groń**

Szpital Specjalistyczny chorób płuc „Odrodzenie” im. Klary Jelskiej w Zakopanem

**Izabela Grzelka**

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Chełmie, Instytut Nauk Medycznych

**Emilia Grzegorzcyk - Puzio**

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Chełmie, Instytut Nauk Medycznych

**Joanna Grzesik-Gąsior**

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Krośnie

**Kinga Grzybkowska**

Akademia Nauk Stosowanych im. Stanisława Staszica w Pile, Studenckie Koło Naukowe Innowacji Pielęgniarskich

**Amelia Grzybowska**

Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu, SKN Historyków i Etyków Pielęgniarstwa i Położnictwa przy Zakładzie Opieki Holistycznej i Zarządzania w Pielęgniarstwie

**Monika Gułaś**

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Chełmie, Instytut Nauk Medycznych

**Ewa Guz**

Lubelska Akademia WSEI

**Beata Haor**

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych we Włocławku, Wydział Nauk o Zdrowiu

**Anna Hiller- Janik**

Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku

**Marta Hreńczuk**

WUM, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Transplantacyjnego i Leczenia Pozaustrojowego

**Tomasz Ilczak**

Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Ratownictwa Medycznego

**Gabriela Ingot**

Uniwersytet Rzeszowski, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii

**Katarzyna Iskra**

Lubelska Akademia WSEI

**Kamil Iwaniszczuk**

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Chełmie, Instytut Nauk Medycznych

**Klaudia Iwaniszczuk**

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Chełmie, Instytut Nauk Medycznych

**Marzena Jaciubek**

Warszawski Uniwersytet Medyczny, Zakład Podstaw Pielęgniarstwa

**Izabela Jarosz**

Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Studenckie Koło Naukowe Menadżer przy Zakładzie Opieki Holistycznej i Zarządzania w Pielęgniarstwie

**Anna Jendrzejczak**

Akademia Zamojska, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Zarządzania w Pielęgniarstwie i Pielęgniarstwa Klinicznego

**Agnieszka Jeżycka**

Akademia Nauk Stosowanych im. Stanisława Staszica w Pile, Studenckie Koło Naukowe Innowacji Pielęgniarskich

**Kamila Jonak**

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Katedra Pielęgniarstwa

**Małgorzata Juda**

Uniwersytet Rzeszowski, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii

**Nikoła Jurczyńska**

Akademia Nauk Stosowanych im. Stanisława Staszica w Pile, Studenckie Koło Naukowe Innowacji Pielęgniarskich

**Monika Juszcak**

Akademia Zamojska, Wydział Nauk o Zdrowiu

**Igor Kacprzak**

Akademia Mazowiecka w Płocku, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu, SKN Pielęgniarstwa Nowoczesnego

**Dominika Kachel**

Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku

**Monika Kadłubowska**

Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu

**Katarzyna Kanadys**

Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydziału Nauk o Zdrowiu, Katedra Położnictwa i Ginekologii, Zakład Pielęgniarstwa Położniczo - Ginekologicznego

**Agata Kasprzyk**

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Katedra Pielęgniarstwa

**Małgorzata Kaszuba**

Wojskowy Instytut Medyczny - Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie,  
Warszawska Akademia Medyczna Nauk Stosowanych w Warszawie, Wydział Nauk o Zdrowiu

**Edyta Kędra**

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Głogowie, Instytut Nauk o Zdrowiu

**Iwona Klisowska**

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Zakład Pediatrii i Koordynowanej Opieki Nad Dzieckiem

**Jadwiga Klukow**

Akademia Zamojska, Instytut Nauk Klinicznych, Katedra Zarządzania w Pielęgniarstwie  
i Pielęgniarstwa Klinicznego

**Iwona Kobel**

Akademia Zamojska, Wydział Nauk o Zdrowiu

**Lukáš Kober**

Faculty of Health, Department of Nursing, Catholic University in Ružomberok, Slovakia

**Katarzyna Kociuba-Adamczuk**

Akademia Zamojska w Zamościu, Wydział Nauk o Zdrowiu

**Kochanowska Weronika**

Uczelnia Państwowa im. Jana Grodka w Sanoku, Instytut Medyczny, Studenckie Koło  
Naukowe Pielęgniarek

**Jolanta Kolonko**

Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu

**Wiktoria Konaszczuk**

Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu, studentka kierunku  
pielęgniarstwo II°

**Barbara Korona**

Uniwersytet Rzeszowski, absolwentka kierunku Położnictwo

**Maria Kosek**

Studentka Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie (SGGW), Wydział Medycyny  
Weterynaryjnej

**Anna Kostka**

Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku

**Julia Kostka**

Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu

**Aneta Kościołek**

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Chełmie, Instytut Nauk Medycznych;  
Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa,  
Zakład Podstaw Pielęgniarstwa,

**Lukasz Kot**

Akademia Zamojska, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk o Człowieku, Katedra Turystyki i Rekreacji

**Agnieszka Kraińska**

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Geriatrii i Opieki Długoterminowej

**Alicja Krasieńska**

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Zabiegowego

**Kamila Krasucka**

Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu, SKN Historyków i Etyków Pielęgniarstwa i Położnictwa przy Zakładzie Opieki Holistycznej i Zarządzania w Pielęgniarstwie

**Elżbieta Kraśnianin**

Uniwersytet Rzeszowski, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii, Katedra Położnictwa, Laboratorium Badań Innowacyjnych w Położnictwie

**Bożena Krawczyk**

Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu

**Anna Kremśka**

Uniwersytet Rzeszowski, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii, Katedra Położnictwa, Laboratorium Badań Innowacyjnych w Położnictwie

**Katarzyna Kroczeł**

Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu

**Grażyna Krutak**

Polsko-Amerykańskie Kliniki Serca, Centrum Kardiologii i Kardiochirurgii w Bielsku-Białej

**Agnieszka Krygowska**

Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie

**Sylwia Krzemińska**

Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku

**Katarzyna Krzysztoforska**

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Nauk o Zdrowiu, kierunek Pielęgniarstwo

**Aneta Kubisa**

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Katedra Pielęgniarstwa

**Beata Kudłacik**

Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział nauk o Zdrowiu

**Daria Kulikowska**

Uniwersytet Radomski im. Kazimierza Pułaskiego, Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, Katedra Pielęgniarstwa

**Beata Kunikowska**

Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Teorii Pielęgniarstwa i Umiejętności w Pielęgniarstwie

**Ewa Kupcewicz**

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, Collegium Medicum, Katedra Pielęgniarstwa Szkoła Zdrowia Publicznego

**Natalia Kurowska**

Uniwersytet Bielsko-Bialski

**Szymon Kursik**

Szkoła Policealna MEDYK w Kłodzku

**Katarzyna Kuszewska**

Szpital Kielecki Św. Aleksandra Sp. z o.o. w Kielcach, Laboratorium Diagnostyczne

**Martyna Kutkowska**

Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydziału Nauk o Zdrowiu, Studenckie Koło Naukowe „Pasjonatów Sztuki Położniczej” przy Zakładzie Pielęgniarstwa Położniczo - Ginekologicznego Katedry Położnictwa i Ginekologii

**Gabriela Kuziel**

Uniwersytet Rzeszowski, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii, Collegium Medicum, Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa

**Gabriela Kuźmińska**

Uniwersytet Rzeszowski, absolwentka kierunku Położnictwo

**Maria Dorota Kwika**

Akademia Zamojska, Wydział Nauk o Zdrowiu

**Edyta Kwilosz**

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Krośnie

**Anna Larysz**

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Zabiegowego

**Iwona Lasek - Surowiec**

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Chełmie, Instytut Nauk Medycznych

**Paula Lech**

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Przemysłu, Instytut Ochrony Zdrowia

**Aneta Lesiak**

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Przemysłu, Instytut Ochrony Zdrowia

**Monika Lipa**

Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku

**Wojciech Lipski**

Uniwersytet Marii Curie - Skłodowskiej w Lublinie, Katedra Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego; Polskie Towarzystwo Logopedyczne

**Aleksandra Lisowska**

Uniwersytet Medyczny im Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Geriatrii i Opieki Długoterminowej

**Marlena Lonc**

Centrum Medyczne Medyk, Rzeszów, Polska

**Agnieszka Lutkowska**

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Chełmie, Instytut Nauk Medycznych

**Wioletta Ławska**

Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Targu, Instytut Medyczny, Kierunek Pielęgniarstwo

**Katarzyna Machajska**

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu

**Karolina Madej**

Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu

**Katarzyna Majka**

Wojskowy Instytut Medyczny - Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie, Zakład Podstaw Pielęgniarstwa (WUM/NZ/NZA)

**Katarzyna Malewicz**

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Zakład Pediatrii i Koordynowanej Opieki Nad Dzieckiem  
Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie

**Stanisław Manulik**

Uniwersytet Medyczny Wrocław, Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa

**Małgorzata Marć**

Uniwersytet Rzeszowski, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii, Katedra Pielęgniarstwa

**Edyta Marzec**

Akademia Zamojska, Instytut Nauk Klinicznych, Katedra Zarządzania w Pielęgniarstwie i Pielęgniarstwa Klinicznego

**Joanna Matysiak**

Akademia Nauk Stosowanych Mazovia w Siedlcach

**Agnieszka Mazur**

Akademia Nauk Stosowanych im. Stanisława Staszica w Pile, Studenckie Koło Naukowe Innowacji Pielęgniarskich



**Mariola Mendrycka**

Uniwersytet Radomski im. K. Pułaskiego w Radomiu, Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, Katedra Kosmetologii

**Aldona Miazga**

Uniwersytet Rzeszowski, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii, Katedra Położnictwa, Laboratorium Badań Innowacyjnych w Położnictwie

**Magdalena Michalczuk**

Akademia Zamojska, studentka kierunku Położnictwo

**Anna Michalik**

Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu

**Aneta Mielnik**

Uczelnia Państwowa im. Jana Grodka w Sanoku, Instytut Medyczny

**Dorota Milecka**

Uniwersytet Opolski w Opolu, Instytut Nauk o Zdrowiu  
Collegium Witelona Uczelnia Państwowa, Wydział Nauk o Zdrowiu i Kulturze Fizycznej w Legnicy

**Stanisława Molas**

Akademia Zamojska, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk Klinicznych, Katedra Zdrowia i Pielęgniarstwa Środowiskowego

**Justyna Moźdzan**

Uniwersytet Rzeszowski

**Dorota Nalepa**

Akademia Zamojska, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Położnictwa i Ginekologii

**Magdalena Nawojcka**

Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydziału Nauk o Zdrowiu, Studenckie Koło Naukowe „Pasjonatów Sztuki Położniczej” przy Zakładzie Pielęgniarstwa Położniczo - Ginekologicznego Katedry Położnictwa i Ginekologii

**Magdalena Nieckula**

Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Targu, Instytut Medyczny, Kierunek Pielęgniarstwo

**Dominika Niewierowska**

WUM, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Transplantacyjnego i Leczenia Pozaustrojowego

**M. Nogowczyk**

Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział nauk o Zdrowiu

**Karolina Nykiel**

Uniwersytet Rzeszowski, Absolwentka kierunku Położnictwo

**Dawid Obłój**

Uniwersytet Opolski, Innowacyjne Centrum Symulacji Medycznej

**Aneta Obrzut**

Uniwersytet Rzeszowski, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii,  
Studenckie Koło Naukowe Opieki nad osobami Starszymi

**Karolina Oklińska**

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

**Marzena Omelewska – Kowalczyk**

Akademia Zamojska, Instytut Nauk Klinicznych, Katedra Zarządzania w Pielęgniarstwie  
i Pielęgniarstwa Klinicznego

**Zbigniew Orzeł**

Lubelska Akademia WSEI

**Paweł Oskwarek**

Wojskowy Instytut Medyczny - Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

**Elżbieta Ostrowska**

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa Zakład  
Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Zabiegowego

**Kamila Ostrowska**

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

**Edyta Ośmiałowska**

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa Zakład  
Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Zabiegowego

**Patrycja Ozdoba**

Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Opieki Holistycznej  
i Zarządzania w Pielęgniarstwie

**Celina Pająk**

Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu

**Magdalena Pańczyk**

Akademia Zamojska, studentka pielęgniarstwa

**Roksana Papierkowska**

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Pielęgniarstwa  
i Położnictwa, Katedra Pielęgniarstwa

**Aneta Paterak**

Akademia Zamojska, absolwentka kierunku Pielęgniarstwo

**Aleksandra Pecio**

Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu, studentka kierunku  
Pielęgniarstwo II stopnia

**Joanna Peterman**

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Zakład Pediatrii i Koordynowanej Opieki Nad Dzieckiem

**Katarzyna Piasek**

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Przemysłu, Instytut Ochrony Zdrowia

**Tomasz Piątek**

WUM, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Transplantacyjnego i Leczenia Pozaustrojowego

**Karolina Pikur**

Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu, studentka kierunku Pielęgniarstwo II stopnia, SKN Historyków i Etyków Pielęgniarstwa i Położnictwa przy Zakładzie Opieki Holistycznej i Zarządzania w Pielęgniarstwie

**Anna Pilewska-Kozak**

Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydziału Nauk o Zdrowiu, Katedra Położnictwa i Ginekologii, Zakład Pielęgniarstwa Położniczo - Ginekologicznego

**Oliwia Pinkowska**

Akademia Nauk Stosowanych im. Stanisława Staszica w Pile, Studenckie Koło Naukowe Innowacji Pielęgniarskich

**Krzysztof Pliszczyk**

Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku

**Gabriela Płazio**

Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu, studentka kierunku pielęgniarstwo II°

**Dominika Pogorzelec**

Uczelnia Państwowa im. Jana Grodka w Sanoku, Instytut Medyczny, Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarek

**Marta Polanowska**

Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku

**Gabriela Policht**

Uniwersytet Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie

**Maja Polnik-Lonc**

Uniwersytet Rzeszowski

**Wioletta Pollok-Waksmańska**

Uniwersytet Bielsko-Bialski

**Maria Półtorak**

Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Targu, Instytut Medyczny, Kierunek Pielęgniarstwo

**Mateusz Ptak**

Uniwersytet Opolski, Innowacyjne Centrum Symulacji Medycznej

**Żaneta Ada Przybylska**

Wielospecjalistyczny Szpital w Nowej Soli, Oddział Kardiologiczny

**Elżbieta Przychodzka**

Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Zakład Neurologii i Pielęgniarstwa Neurologicznego

**Ewa Puchacz**

Akademia Zamojska, studentka kierunku Położnictwo

**Irena Puszkarcz**

Koło Naukowe Studentów Pielęgniarstwa, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Przemyślu

**Kamila Pytlak**

Uniwersytet Rzeszowski, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii  
Poradnia Leczenia Ran, Szpital Specjalistyczny Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny w Brzozowie

**Renata Rogala**

Akademia Zamojska, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk Klinicznych, Katedra Zarządzania w Pielęgniarstwie i Pielęgniarstwa Klinicznego

**Anna Rozensztrauch**

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Zakład Pediatrii i Koordynowanej Opieki Nad Dzieckiem

**Magdalena Ruszel**

Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Studenckie Koło Naukowe Menadżer przy Zakładzie Opieki Holistycznej i Zarządzania w Pielęgniarstwie

**Julia Ryszka**

Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu

**Bogusław Ryś**

Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu

**Sara Sarosiek**

Uniwersytet Rzeszowski, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii, Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa

**Emilia Senicka**

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Pediatrii i Koordynowanej Opieki nad Dzieckiem

**Mariola Seń**

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Pediatrii i Koordynowanej Opieki nad Dzieckiem

**Renata Serafin**

Uniwersytet Radomski im. K. Pułaskiego w Radomiu, Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, Katedra Pielęgniarstwa

**Julia Serwatka**

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Katedra Pielęgniarstwa

**Kornelia Skoczylas**

Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu

**Sabina Skotnicka**

Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej

**Wioletta Sołtys**

Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie

**Patrycja Soszyńska-Zielińska**

Akademia Nauk Stosowanych Mazovia w Siedlcach

**Kinga Sobczak**

Akademia Mazowiecka w Płocku, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pielęgniarstwo II stopnia

**Mariusz Sutryk**

Lubelska Akademia WSEI

**Diana Syposz**

Akademia Zamojska, Wydział Nauk o Zdrowiu

**Żaneta Syroka - Walkiewicz**

Akademia Nauk Społecznych i Medycznych w Lublinie, Wydział Medyczny

**Marta Szara**

Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Opieki Holistycznej i Zarządzania w Pielęgniarstwie

**Wiktoria Szczurowska**

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych we Włocławku, Wydział Nauk o Zdrowiu, Studenckie Koło Naukowe Nauk o Zdrowiu

**Alicja Szopińska**

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych we Włocławku, Wydział Nauk o Zdrowiu, Studenckie Koło Naukowe Nauk o Zdrowiu

**Gracjan Szprejda**

Akademia Nauk Stosowanych im. Stanisława Staszica w Pile, Studenckie Koło Naukowe Innowacji Pielęgniarskich

**Edyta Szydło**

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Krośnie, Instytut Zdrowia, Zakład Pielęgniarstwa

**Alicja Szymańska**

Szpital Powiatowy w Głogowie, oddział chorób wewnętrznych

**Daria Szymańska**

Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Zakład Neurologii i Pielęgniarstwa Neurologicznego

**Julia Szymona**

Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Zakład Neurologii i Pielęgniarstwa Neurologicznego

**Magdalena Szyszko**

Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ w Lublinie Filia w Elku  
Państwowa Uczelnia Zawodowa w Suwałkach im. prof. Edwarda F. Szczepanika

**Piotr Szyszko**

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie Filia w Ełku, SKN Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu

**Kinga Tadla**

Uniwersytet Rzeszowski, Collegium Medicum, Studenckie Koło Naukowe Profilaktyki Zdrowotnej Kobiet

**Daniel Tenerowicz**

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Katedra Pielęgniarstwa Internistycznego

**Dorota Trybusińska**

Uniwersytet Radomski im. Kazimierza Pułaskiego, Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, Katedra Pielęgniarstwa

**Zuzanna Trześniewska-Ofiara**

Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Sp. z o.o. w Radomiu, Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej

**Marzena Turczyn**

Akademia Zamojska, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk Klinicznych, Katedra Położnictwa i Ginekologii

**Iwona Twardak**

Uniwersytet Medyczny im Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Pediatrii i Koordynowanej Opieki Nad Dzieckiem

**Jerzy Twardak**

Uniwersytet Medyczny im Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego

**Barbara Waltoś – Tutak**

Centrum Medyczne Medyk, Rzeszów, Polska

**Katarzyna Wardak**

Uniwersytet Rzeszowski, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii, Katedra Położnictwa, Laboratorium Badań Innowacyjnych w Położnictwie

**Emilia Wawszczak**

UKSW, WCM, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego

**Klaudia Wenderlich**

Akademia Mazowiecka w Płocku, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu, SKN Pielęgniarstwa Nowoczesnego

**Paweł Więch**

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Przemysłu, Instytut Ochrony Zdrowia  
Uniwersytet Rzeszowski, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii

**Paweł Wiktorzak**

Wojskowy Instytut Medyczny - Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

**Beata Wojdyła**

Akademia Zamojska, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk Klinicznych, Katedra Zarządzania w Pielęgniarstwie i Pielęgniarstwa Klinicznego

**Grzegorz Wojdyła**

Akademia Zamojska, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk Klinicznych, Katedra Zdrowia i Pielęgniarstwa Środowiskowego

**Paulina Wojdyła**

Studenckie Koło Naukowe Profilaktyki Zdrowotnej Kobiet, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii, Collegium Medicum, Uniwersytet Rzeszowski

**Justyna Wojdyło**

Uniwersytet Rzeszowski

**Alicja Wojtaszek**

Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Targu

**Antoni Wolanin**

Akademia Zamojska, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk Klinicznych, Katedra Zdrowia i Pielęgniarstwa Środowiskowego

**Marta Wolanin**

Akademia Zamojska, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk o Człowieku, Katedra Fizjoterapii

**Agnieszka Woźniak-Kosek**

Wojskowy Instytut Medyczny – PIB, Centralny Szpital Kliniczny MON w Warszawie, Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej

**Paulina Wójcik**

Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu

**Kornelia Wrocławska**

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych we Włocławku, Wydział Nauk o Zdrowiu, Studenckie Koło Naukowe Nauk o Zdrowiu

**Romana Wróbel**

Uniwersytet Rzeszowski, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii, Katedra Położnictwa, Laboratorium Badań Innowacyjnych w Położnictwie

**Edyta Wróbel - Kosior**

Uniwersytet Rzeszowski, Nauk o Zdrowiu i Psychologii, Katedra Położnictwa, Laboratorium Badań Innowacyjnych w Położnictwie

**Agata Zając**

Akademia Zamojska, Wydział Nauk o Zdrowiu, absolwentka studiów na kierunku Pielęgniarstwo

**Aleksandra Zając**

Lubelska Akademia WSEI

**Katarzyna Zalewska**

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Krośnie

**Jakub Zalewski**

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Krośnie

**Ewa Zaród**

Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu

**Beata Zams**

Akademia Zamojska, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk Klinicznych, Katedra Zarządzania w Pielęgniarstwie i Pielęgniarstwa Klinicznego

**Iwona Zborowska**

Uniwersytet Medyczny Wrocław, Katedra Pielęgniarstwa i Położnictwa

**Maria Zięba**

Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Sączu

**Barbara Zych**

Uniwersytet Rzeszowski, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii, Katedra Położnictwa, Laboratorium Badań Innowacyjnych w Położnictwie

**Karolina Zimmer**

Uniwersytet Bielsko-Bialski

**Amelia Żachowska**

Wielospecjalistyczny Szpital w Nowej Soli, Oddział Chirurgiczny

**Olimpia Żaglewska**

Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku

**Anna Żak**

Uniwersytet Bielsko-Bialski, absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu

**Anna Żdanowicz**

Akademia Nauk Stosowanych im. Stanisława Staszica w Pile, Studenckie Koło Naukowe Innowacji Pielęgniarskich

**Beata Żółkiewska**

Akademia Zamojska, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Zdrowia i Pielęgniarstwa Środowiskowego

**Oliwia Żurawska**

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych we Włocławku, Wydział Nauk o Zdrowiu, Studenckie Koło Naukowe Nauk o Zdrowiu