

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne

Nursing and Public Health

KWARTALNIK ISSN 2082-9876 (PRINT) ISSN 2451-1870 (ONLINE)

www.pzp.umed.wroc.pl

2020, tom 10, nr 1 (styczeń–marzec)

Index Copernicus (ICV) – 69,56 pkt



UNIWERSYTET MEDYCZNY
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne

Nursing and Public Health

ISSN 2082-9876 (PRINT)

ISSN 2451-1870 (ONLINE)

www.pzp.umed.wroc.pl

KWARTALNIK/QUARTERLY
2020, tom 10, nr 1
(styczeń–marzec)

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne Nursing and Public Health (Piel. Zdr. Publ.) jest kwartalnikiem, w którym są zamieszczane recenzowane oryginalne prace badawcze oraz artykuły poglądowe i kazuistyczne obejmujące swoją tematyką m.in.: pielęgniarstwo, zdrowie publiczne, wybrane aspekty jakości życia chorych, jakości opieki medycznej, geriatrycznej i hospicyjnej, ale również promocję zdrowia, marketing medyczny i zarządzanie w opiece zdrowotnej.

Adres Redakcji

Address of Editorial Office

Zakład Medycznych Nauk Społecznych
Katedra Zdrowia Publicznego
Uniwersytet Medyczny
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
ul. K. Bartla 5
51-618 Wrocław
tel.: +48 71 784 18 17
e-mail: redakcja.pizp@gmail.com

Adres Wydawcy

Address of Publisher

Uniwersytet Medyczny
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
Wybrzeże L. Pasteura 1
50-367 Wrocław

© Copyright by Uniwersytet Medyczny
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu,
Wrocław 2020

Wersją pierwotną wszystkich opublikowanych
artykułów jest wersja elektroniczna

Redaktor Naczelny

Editor-in-Chief

Dominik Krzyżanowski

Zastępcy Redaktora Naczelnego

Vice-Editors-in-Chief

Katarzyna Neubauer
Monika Wójta-Kempa

Sekretariat Redakcji

Editorial Secretariat

Mariusz Czarnecki
Monika Trojanowska
Ewelina Trościanko-Wilk

Redaktorzy tematyczni

Thematic Editors

Józef Binnebesel (tanatopedagogika)
Sylvia Krzemińska (pielęgniarstwo
anestezjologiczne i w intensywnej opiece)
Ewa Kuriata-Kościelniak (organizacja pracy
w pielęgniarstwie)
Dariusz Białas (promocja zdrowia)
Lucyna Sochocka (pielęgniarstwo pediatryczne)
Iwona Taranowicz (socjologia medycyny)
Andrzej M. Fal (zdrowie publiczne)
Grażyna Dębska (pielęgniarstwo środowiska
nauczania i wychowania)
Piotr Krakowiak (pomoc społeczna)
Izabella Uchmanowicz (pielęgniarstwo
kardiologiczne)

Agnieszka Sieńko, Monika Urbaniak (prawo
medyczne i ochrony zdrowia)
Maria Szewczyk (pielęgniarstwo chirurgiczne)
Jarosław Błeszyński (pedagogika)
Monika Przestrzelska (położnictwo)
Mariola Głowacka (pielęgniarstwo
europejskie)
Izabela Kaptacz, Marcin Wiśniewski
(pielęgniarska opieka paliatywna)
Piotr Karniej, Edyta Kędra (zarządzanie
w pielęgniarstwie)
Małgorzata Pasek (pielęgniarstwo
onkologiczne)
Mariola Serń (pielęgniarska opieka
długoterminowa)
Jolanta Grzebieluch (marketing medyczny)

Międzynarodowa Rada Programowa

International Advisory Board

Zbigniew Bartuzi (Polska)
Andrea Bratová (Słowacja)
Alicja Chybicka (Polska)
Andrzej M. Fal (Polska)
Tetiana Gruziewa (Ukraina)
Irene Higginson (Wielka Brytania)
Ewa Jassem (Polska)
Helena Kisvetrová (Czechy)

Stanisław Kowalik (Polska)
Elżbieta Krajewska-Kułąk (Polska)
Milan Laurinc (Słowacja)
Tobias Meister (Niemcy)
Malcolm Payne (Wielka Brytania)
Zbigniew Rudkowski (Polska)
Biljana Stojanović-Jovanović (Serbia)
Pavel Zikl (Czechy)
Renáta Zoubková (Czechy)

Redaktor statystyczny/Statistical Editor

Anna Felińczak

Redakcja językowa i techniczna/Technical Editorship

Anna Gemza, Aleksandra Król, Marek Misiak

Native speaker artykułów w języku angielskim/English Language Copy Editor

Sherill Pociecha

Patronat honorowy/Honorary patronage



Polityka wydawnicza/Editorial Policy

Czasopismo zamieszcza recenzowane, oryginalne prace badawcze dotyczące pielęgniarstwa i zdrowia publicznego oraz artykuły pogładowe i kazuistyczne. Publikuje ponadto artykuły redakcyjne, listy do Redakcji, sprawozdania i materiały ze zjazdów naukowych, recenzje książek, komunikaty o planowanych kongresach i zjazdach naukowych.

Redakcja przestrzega zasad zawartych w Deklaracji Helsińskiej, a także w *Interdisciplinary Principles and Guidelines for the Use of Animals in Research, Testing and Education*, wydanych przez New York Academy of Sciences' Ad Hoc Committee on Animal Research. Wszystkie prace doświadczalne odnoszące się do ludzi lub zwierząt muszą być przygotowane zgodnie z zasadami etyki i zawierać oświadczenie, że protokół badawczy jest zgodny z Konwencją Helsińską i akceptowany przez odpowiednią komisję etyczną z macierzystej instytucji.

Projekt typograficzny: Monika Kołęda, Piotr Gil

Projekt okładki: Monika Kołęda

DTP: Aleksandra Król

Druk i oprawa: EXDRUK

Spis treści

Prace oryginalne

- 5 Justyna Nowak, Anna Podsiadło, Bartosz Hudzik, Paweł Jagielski,
Elżbieta Grochowska-Niedworok, Mariusz Gąsior, Barbara Zubelewicz-Szkodzińska
Zmiany spożycia żywności pomiędzy poszczególnymi fazami cyklu menstruacyjnego – badanie wstępne
- 13 Barbara Maślanka-Seiffert, Piotr Seiffert, Agnieszka Olchowska-Kotala, Radosław Kempieński
Czynniki wpływające na tolerancję endoskopii górnego odcinka przewodu pokarmowego bez sedacji
- 19 Aleksandra Łucja Łopatkiewicz
Zjawisko wypalenia zawodowego personelu pielęgniarskiego zatrudnionego na wybranych oddziałach psychiatrycznych w Polsce
- 27 Ewa Smoleń, Magdalena Słysz, Karolina Hombek, Magdalena Jarema, Krzysztof Kalita
Samooceńca zdrowia i funkcjonowania osób z chorobą nowotworową
- 35 Rafał Szpakowski, Grażyna Dykowska, Adam Fronczak
Pomiar i ocena kultury bezpieczeństwa pacjenta w warszawskich szpitalach za pomocą polskiej adaptacji amerykańskiego kwestionariusza Hospital Survey on Patient Safety Culture

Prace poglądowe

- 43 Patrycja Zając, Bożena Czarkowska-Pączek
Ryzyko zawodowe zakażenia wirusem CMV u pielęgniarek – czy warto wykonywać badania przesiewowe dotyczące określenia częstości występowania przeciwciał przeciw wirusowi cytomegalii wśród pielęgniarek w Polsce?
- 49 Sebastian Adrian Fedorowicz, Karolina Julia Radzikowska, Karolina Mende, Stanisław Ferenc, Jan Gnus
***Helicobacter pylori* – dotychczasowa terapia i leczenie współczesne**
- 57 Arkadiusz Bociek
Jak dbać o zdrowie w XXI wieku?
- 65 Michał Zabdyr-Jamróż
Czy pielęgniarkom wolno strajkować „o kasę”? Wyzwania dla uwzględniania interesów własnych pielęgniarek w świetle teorii systemów deliberatywnych na przykładzie strajku w Centrum Zdrowia Dziecka z 2016 r.

Contents

Original papers

- 5 Justyna Nowak, Anna Podsiadło, Bartosz Hudzik, Paweł Jagielski,
Elżbieta Grochowska-Niedworok, Mariusz Gąsior, Barbara Zubelewicz-Szkodzińska
Food intake changes across the menstrual cycle: A preliminary study
- 13 Barbara Maślanka-Seiffert, Piotr Seiffert, Agnieszka Olchowska-Kotala, Radosław Kempirski
Factors affecting patient tolerance of unsedated upper gastrointestinal tract endoscopy
- 19 Aleksandra Łucja Łopatkiewicz
**Professional burnout among nursing personnel
employed in selected mental health departments in Poland**
- 27 Ewa Smoleń, Magdalena Słysz, Karolina Hombek, Magdalena Jarema, Krzysztof Kalita
Health self-assessment and functioning of people with cancer
- 35 Rafał Szpakowski, Grażyna Dykowska, Adam Fronczak
**Measurement and assessment of patient safety culture in Warsaw hospitals
using the Polish adaptation of the American questionnaire Hospital Survey on Patient Safety Culture**

Reviews

- 43 Patrycja Zając, Bożena Czarkowska-Pączek
**Risk of CMV infection in nurses in Poland: Is it worth performing screening tests
to estimate the prevalence of cytomegalovirus antibodies in Polish nurses?**
- 49 Sebastian Adrian Fedorowicz, Karolina Julia Radzikowska, Karolina Mende, Stanisław Ferenc, Jan Gnus
***Helicobacter pylori*: Historical therapy and current treatment**
- 57 Arkadiusz Bociek
How to take care of health in XXI century?
- 65 Michał Zabdyr-Jamróż
**Can nurses strike for more money? Challenges for taking nurses' self-interests
into account in the light of the deliberative systems theory:
A partial analysis of 2016 strike in the Children's Memorial Health Institute**

Food intake changes across the menstrual cycle: A preliminary study

Zmiany spożycia żywności pomiędzy poszczególnymi fazami cyklu menstruacyjnego – badanie wstępne

Justyna Nowak^{1,A,C,D}, Anna Podsiadło^{2,A–C}, Bartosz Hudzik^{1,3,C,D}, Paweł Jagielski^{4,C}, Elżbieta Grochowska-Niedworok^{5,E},
Mariusz Gąsior^{3,E}, Barbara Zubelewicz-Szkodzińska^{2,E,F}

¹ Department of Cardiovascular Disease Prevention, Department of Metabolic Disease Prevention, Faculty of Health Sciences in Bytom, Medical University of Silesia, Poland

² Department of Nutrition-Related Disease Prevention, Department of Metabolic Disease Prevention, Faculty of Health Sciences in Bytom, Medical University of Silesia, Poland

^{3,3rd} Department of Cardiology, Faculty of Medical Sciences in Zabrze, Medical University of Silesia in Katowice, Silesian Center for Heart Disease, Poland

⁴ Human Nutrition Department, Faculty of Health Science, Jagiellonian University Medical College, Cracow, Poland

⁵ Department of Human Nutrition, Faculty of Health Sciences in Bytom, Medical University of Silesia, Zabrze, Poland

A – research concept and design; B – collection and/or assembly of data; C – data analysis and interpretation;
D – writing the article; E – critical revision of the article; F – final approval of the article

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082-9876 (print), ISSN 2451-1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2020;10(1):5–11

Address for correspondence

Justyna Nowak

E-mail: justyna.nowak@sum.edu.pl

Funding sources

None declared

Conflict of interest

None declared

Received on February 4, 2019

Reviewed on July 12, 2019

Accepted on November 17, 2019

Cite as

Nowak J, Podsiadło A, Hudzik B, et al.

Food intake changes across the menstrual cycle:

A preliminary study. *Piel Zdr Publ.* 2020;10(1):5–11.

doi:10.17219/pzp/114280

DOI

10.17219/pzp/114280

Copyright

© 2020 by Wrocław Medical University

This is an article distributed under the terms of the
Creative Commons Attribution 3.0 Unported License

(<https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/>)

Abstract

Background. Recent studies have reported that hormonal changes during the menstrual cycle in women who do not receive hormonal therapy have a significant influence on their eating habits.

Objectives. The aim of this study was to evaluate the eating habits of women not receiving hormonal contraception in relation to menstrual cycle phases.

Material and methods. A two-part survey questionnaire was used as a study tool. Eating habits were analyzed with a 24-hour dietary recall questionnaire. The following macronutrients were calculated: daily energy value (kcal), and amounts (g, %) of protein, fat, carbohydrates, and sucrose. The study group comprised 77 college students with regular menstrual cycles. Exclusion criteria included the use of any oral contraceptive, the use of medication for any chronic disease, any eating disorder, and a lack of written informed consent.

Results. The median total energy intake from macronutrients was highest during the luteal phase. Median protein, fat, carbohydrate, and sucrose intake were also highest during the luteal phase. The percentage of energy intake from protein was lowest during the luteal phase and highest during the follicular phase. The percentage of energy intake from sucrose was highest during the luteal phase, which was significantly greater than that during the ovulation phase.

Conclusions. Eating habits could be influenced by hormone secretion throughout the menstrual cycle. Increased appetite was observed in the luteal phase. Total energy, fat, carbohydrate, and protein intake fluctuated across the menstrual cycle. Fat, protein, carbohydrate, and sucrose intake were highest in the luteal phase.

Key words: appetite, eating habits, food intake, menstrual cycle, calories

Streszczenie

Wprowadzenie. Ostatnie doniesienia wskazują, że zmiana wydzielania hormonów w poszczególnych fazach cyklu u kobiet niestosujących terapii hormonalnej wpływa na ich zachowania żywieniowe.

Cel pracy. Ocena zachowań żywieniowych kobiet w poszczególnych fazach cyklu menstruacyjnego w grupie kobiet niestosujących antykoncepcji hormonalnej.

Materiał i metody. Do badania wykorzystano kwestionariusz składający się z 2 części. Oceny żywienia dokonano za pomocą wywiadu o spożyciu z 24 godzin. Obliczono dzienną podaż energetyczną diety (kcal) oraz zawartość białka, tłuszczu, węglowodanów i sacharozy (g, %). Grupę badaną stanowiły studentki jednej ze szkół wyższych. Do badania włączono 77 kobiet mających regularny cykl menstruacyjny. Kryterium wykluczenia z badania było przyjmowanie każdego rodzaju doustnej antykoncepcji hormonalnej, jakichkolwiek leków stosowanych w leczeniu chorób przewlekłych, zaburzenia odżywiania oraz brak zgody na udział w badaniu.

Wyniki. Mediana podaży energii ze składników odżywczych była najwyższa w fazie lutealnej. W tej fazie zaobserwowano również najwyższe (mediana) spożycie białka, tłuszczu, węglowodanów i sacharozy. Procentowy udział energii pochodzącej z białka był najniższy w fazie lutealnej, a najwyższy w fazie folikularnej. Z kolei procentowy udział energii pochodzącej z sacharozy był najwyższy w fazie lutealnej i znacząco przewyższał udział energii z tego składnika w fazie owulacyjnej.

Wnioski. Zachowania żywieniowe mogą być kształtowane przez hormony wydzielane podczas cyklu menstruacyjnego. Wzrost apetytu zaobserwowano w fazie lutealnej. Wartość energetyczna diety oraz spożycie tłuszczu, węglowodanów i białka ulega wahaniom w trakcie cyklu menstruacyjnego. Spożycie tłuszczu, białek, węglowodanów i sacharozy było najwyższe w fazie lutealnej.

Słowa kluczowe: apetyt, zachowania żywieniowe, spożycie żywności, cykl menstruacyjny, kalorie

Introduction

Recent studies^{1,2} have reported that hormonal changes during the menstrual cycle in women who do not receive hormonal therapy (contraception, hormone replacement therapy) have a significant influence on eating habits. Awareness of these changes can help women maintain normal weight by controlling food intake. Sex hormones (estrogen, progesterone) and neurotransmitters (serotonin) exert a significant impact on the hunger and satiety centers in the hypothalamus.^{1,2} As a result, neurohormonal regulation determines eating patterns throughout the menstrual cycle. Sex hormones affect food intake and whole-body energy expenditure through their influence on hypothalamic neurohormones, and also affect a woman's mood.^{1,3}

Estrogen, which is intensely secreted during the follicular phase, exerts various metabolic effects, increases protein synthesis in the liver, influences glucose and insulin concentrations (through a change in pancreatic beta-cell function) and reduces appetite. Estrogen also has a positive impact on a woman's psychological state during ovulation, resulting in increased interest in sex/reproduction and a reduced desire to eat.^{1,3-5}

Increased progesterone secretion is observed during the luteal phase. The biological activity of progesterone is pleiotropic; it influences the reproductive organs, raises basal body temperature and accelerates the basal metabolic rate. Moreover, it increases protein catabolism, decreases serum amino acid concentration and increases tissue glycogen production in the pancreas. It also has diuretic effects and enhances both calcium and phosphorus excretion from the body.^{6,7} Finally, it dampens the mood of women, and exacerbates anxiety and fatigue. These changes may be followed by increased carbohydrate intake (parti-

cularly simple sugars), which increases serotonin concentration in the hypothalamus and improves the woman's mood. Existing studies have revealed that during the luteal phase women consume more sweets and carbohydrate-based foods.^{1,5}

Serotonin in high concentrations exerts anorexigenic effects, inhibits carbohydrate and fat intake, and stimulates protein intake at the same time.⁸ Serotonin release in the hypothalamus is reduced during the luteal phase, resulting in increased food consumption.⁸

The premenstrual syndrome (PMS) occurs 7–10 days before menstruation. This syndrome is connected with behavioral, somatic and physical symptoms. Many symptoms are associated with PMS, including irritability, mood swings, water retention, breast tenderness, and bloating. The PMS may predispose women to changes in appetite and food cravings.⁸

The aim of this preliminary study was to evaluate the eating habits (appetite and the nutritional value of the diet) of women not receiving hormonal contraception, in relation to the phases of the menstrual cycle.

Material and methods

Material

The study recruited 113 healthy students of dietetics, from whom 77 women with regular menstrual cycles (22–36 days) within the prior 6 months were enrolled. Exclusion criteria included the use of oral contraception, the use of medication for any chronic disease, the use of diet supplements, any eating disorder, any dietary restrictions, inability to determine the phases of the menstrual cycle, or a lack of written informed consent.

The participating women declared that they had moderate levels of physical activity and average stress levels during the observation period. All data gathered in the study was kept confidential. All the participants were introduced to the rules of the 24-hour dietary recall method and given written instructions on how to complete the 24-hour dietary recall questionnaire. An endocrinologist and gynecologist taught each participant how to recognize menstrual phases based on observation of mucus.

A two-part survey questionnaire was used as a study tool. The 1st part contained questions about age, anthropometric data, use of hormonal contraception, regularity and length of menstrual cycle, ovulation, PMS and its symptoms, and changes in eating habits observed throughout the menstrual cycle. In this part of the questionnaire, the respondents were asked to express their subjective feelings about their appetite during menstruation, ovulation and the luteal phase (a few days before the expected onset of menses) using the scale “decreased appetite”, “increased appetite” or “no change”.

Methods

The participants' body weight (in kilograms) and height (in centimeters) were measured at the start of the study. The body mass index (BMI) of each respondent was calculated using the generally adopted formula: $BMI = \text{body weight [kg]} / \text{body height [m]}^2$. The results were compared with the BMI classification approved by the World Health Organization (WHO): $<18.5 \text{ kg/m}^2$ indicates underweight; $18.5\text{--}24.9 \text{ kg/m}^2$ is normal weight; $25.0\text{--}29.9 \text{ kg/m}^2$ is overweight; and $\geq 30.0 \text{ kg/m}^2$ indicates obesity.⁹

The 2nd part of the study focused on evaluating eating habits during 1 menstrual cycle. For this purpose, a 24-hour dietary recall questionnaire was administered. The questionnaire was prepared according to the recommendations of the Polish Institute of Food and Nutrition. Having read the appended instructions on how to complete the questionnaire, respondents completed the forms on their own by recording the meals and food products they consumed. They were obliged to indicate the amount of food consumed by measuring the weight or volume using cooking utensils. Each form dealt with a different menstrual cycle phase: form 1 (the follicular phase) was completed during the time between menstruation and the start of ovulation; form 2 (the ovulation phase) was completed during ovulation (mid-menstrual cycle); and form 3 (the luteal phase) was completed from the end of ovulation up to the 1st day of menstruation. Each woman declared regular menstrual cycle due to regular observation.

After completion, all the 24-hour dietary recall questionnaires were analyzed using Dieta v. 5.0 software (National Food and Nutrition Institute (Instytut Żywności i Żywienia), Warsaw, Poland). For each analyzed diet, the following parameters were calculated: daily energy value (in kilocalories), and the amounts of protein, fat,

carbohydrates and sucrose, expressed in both percentages and grams. In total, 231 diets were studied, 77 of which dealt with the follicular phase, 77 with the ovulation phase and 77 with the luteal phase.

The study conformed to the Declaration of Helsinki and was reviewed by the local bioethics committee. Informed consent for the data analysis was obtained from all participants according to Polish law on patients' rights regarding data registration.

Statistical analysis

The statistical analysis was conducted using STATISTICA v. 10 PL software (StatSoft Inc., Tulsa, USA). The Shapiro–Wilk test was used to evaluate the normality of the distribution of the variables analyzed. In order to determine differences between study subgroups, the Kruskal–Wallis test for distribution other than normal and an analysis of variance (ANOVA) for normal distribution (analyzing differences in the mean values of the variables among at least 3 groups) were used. In order to determine differences in the variables between particular groups, Tukey's post hoc test was applied. A probability level of $p < 0.05$ was considered significant.

Results

The participants' baseline clinical characteristics are presented in Table 1. The majority of the study population had normal weight (72%). Symptoms of PMS were reported in 52 women (68%); the most frequently reported symptoms included increased appetite, stronger cravings for sweets, increased body weight, mood swings, irritation, flatulence, and constipation. Table 2 illustrates changes in the participants' appetite during each menstrual cycle phase.

Figure 1 depicts median energy intake during each menstrual cycle phase. The median energy intake value

Table 1. Participants' baseline clinical characteristics

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

Variable	Value	
Age [years] Me (Q ₁ –Q ₃)	23 (21–24)	
BMI [kg/m ²] Me (Q ₁ –Q ₃)	23 (22–25)	
Classification of weight status n (%)	underweight	1 (1)
	normal weight	55 (72)
	overweight	17 (22)
	obese	4 (5)
Women with premenstrual syndrome symptoms n (%)	52 (68)	
Changes in eating patterns during menstrual cycle n (%)	47 (61)	

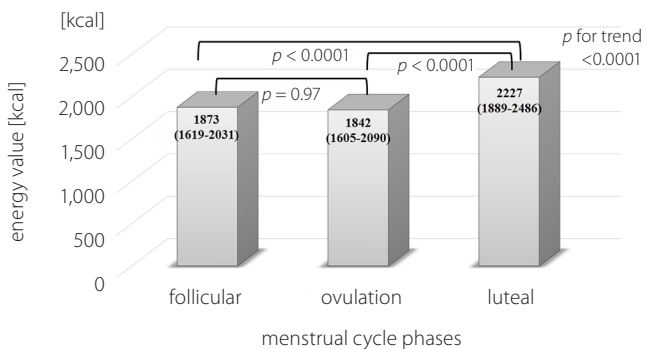
n – sample size; Me – median; Q₁–Q₃ – interquartile range.

Table 2. Reported appetite changes during menstrual cycle phases**Tabela 2.** Obserwowane zmiany apetytu w poszczególnych fazach cyklu

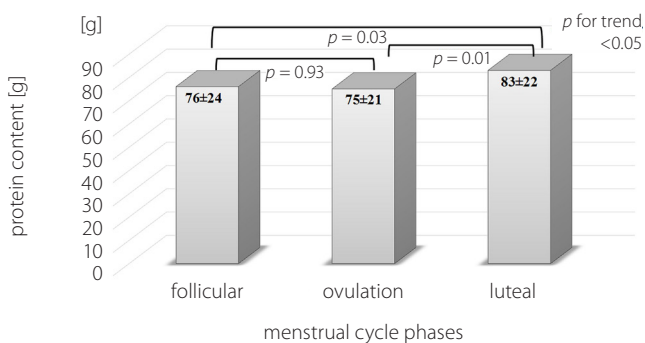
Appetite	Follicular phase		Ovulation phase		Luteal phase	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Decreased	25	32	11	14	3	4
Increased	18	23	6	8	53	69
No change	45	34	60	78	21	27

was highest during the luteal phase. Median protein, fat, carbohydrate, and sucrose intake values also were highest during the luteal phase (Fig. 2–5).

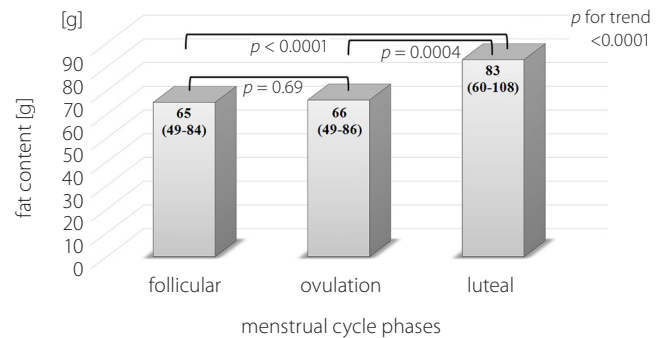
Table 3 illustrates percentages of protein, fat and carbohydrate (including sucrose) intake during each phase of the menstrual cycle, as well as the results of the statistical analysis regarding differences between the variables studied. Differences were revealed with regard to the median percentages of protein and carbohydrate intake throughout the menstrual cycle. The percentage of energy intake from protein was lowest during the luteal phase and highest during the menstrual phase. The percentage

**Fig. 1.** Energy value in the diet over the course of the menstrual cycle. Values are presented as *Me* (*Q*₁–*Q*₃)

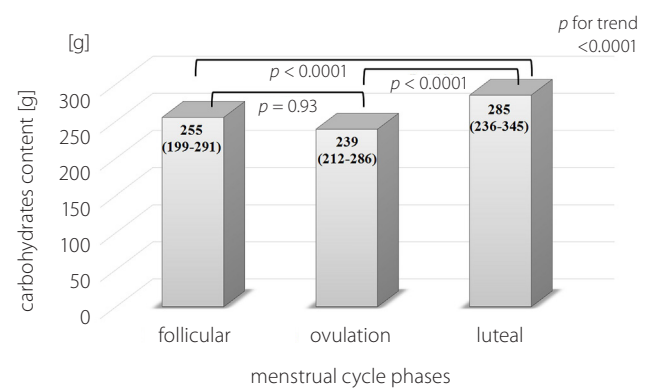
Ryc. 1. Wartość energetyczna diety w poszczególnych fazach cyklu. Dane prezentowane jako *Me* (*Q*₁–*Q*₃)

**Fig. 2.** Protein content in the diet over the course of the menstrual cycle. Values are presented as a mean and standard deviation (*M*±*SD*)

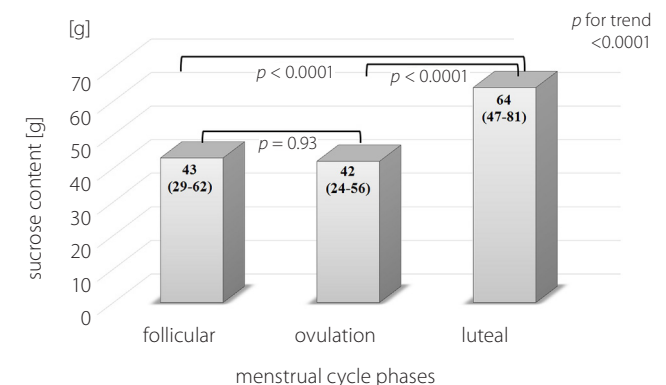
Ryc. 2. Zawartość białka w diecie w poszczególnych fazach cyklu. Dane prezentowane jako średnia oraz odchylenie standardowe (*M*±*SD*)

**Fig. 3.** Fat content in the diet over the course of the menstrual cycle. Values are presented as *Me* (*Q*₁–*Q*₃)

Ryc. 3. Zawartość tłuszczów w diecie w poszczególnych fazach cyklu. Dane prezentowane jako *Me* (*Q*₁–*Q*₃)

**Fig. 4.** Carbohydrates content in the diet over the course of the menstrual cycle. Values are presented as *Me* (*Q*₁–*Q*₃)

Ryc. 4. Zawartość węglowodanów w diecie w poszczególnych fazach cyklu. Dane prezentowane jako *Me* (*Q*₁–*Q*₃)

**Fig. 5.** Sucrose content in the diet over the course of the cycle. Values are presented as *Me* (*Q*₁–*Q*₃)

Ryc. 5. Zawartość sacharozy w diecie w poszczególnych fazach cyklu. Dane prezentowane jako *Me* (*Q*₁–*Q*₃)

of energy intake from sucrose was highest during the luteal phase (median: 11%; range: 9–15%), which was significantly greater than during the ovulation phase (median: 9%; range: 6–12%) (Table 3).

Table 3. Percentages of protein, fat and carbohydrates (including sucrose) in the participants' diets during the 3 menstrual cycle phases. Values are presented as *Me* (Q_1 – Q_3)

Tabela 3. Procentowy udział energii pochodzącej z białka, tłuszczu i węglowodanów (włącznie z sacharozą) pomiędzy poszczególnymi fazami cyklu w badanej grupie kobiet. Dane prezentowane jako *Me* (Q_1 – Q_3)

Parameter	Follicular phase	Ovulation phase	Luteal phase	<i>p</i> for trend
Protein	17 (14–20)*	16 (14–19)	15 (13–17)*	0.03
Fat	34 (24–39)	32 (28–39)	34 (28–40)	0.22
Carbohydrates (including sucrose)	52 (46–55)	50 (45–55)	50 (44–57)	0.68
sucrose	10 (7–15)	9 (6–12)**	11 (9–15)**	0.02

p* = 0.02; *p* = 0.01.

phases. Most of the respondents reported no change in appetite during ovulation. Approximately half of them also reported no change in appetite during the follicular phase. Davidsen et al. stated that appetite is less intense during menstruation and during the later stage of the follicular phase. However, women tend to experience increased cravings, particularly for products containing carbohydrates and fats, during the luteal phase.⁵ Appetite has objective and subjective characteristics that control the amount and type of food consumed, and there are many factors that contribute to increased and decreased appetite. One of the main factors is hormone fluctuation throughout the menstrual cycle, which affects food intake and, therefore, eating patterns (amount, type, timing).⁸ Primarily, increased progesterone concentration during the luteal phase has been found to be associated with increased food intake, whereas increased estrogen concentration during the follicular phase has been found to be associated with decreased food intake.¹⁰ Moreover, it is well known that sex hormones also influence appetite peptides such as ghrelin, leptin, glucagon-like peptide-1, cholecystokinin, and peptide YY.¹¹

With regard to daily energy value, we found associations between energy intake and the menstrual cycle phase that reflected fluctuations in appetite. Over half of the respondents consumed daily food ratios of higher energy value during the luteal phase. The difference in average dietary energy intake between the luteal and ovulatory phases amounted to 385 kcal, while that between the luteal phase and menstruation was 354 kcal. Daily energy intake was lowest during the follicular and ovulatory phases. Our results agree with those of Li et al., who demonstrated higher daily energy intake during the luteal phase compared with the follicular phase; the difference in energy intake between these 2 phases amounted to 214 kcal.² Chung et al. reported that regardless of body weight, women consumed more total calories (+160 kcal/day; *p* < 0.05) during the luteal and ovulatory phases compared with the follicular phase; in addition, a higher percentage of energy was consumed as carbohydrates during the follicular phase (+5% of total energy intake; *p* < 0.01).⁴

Chung et al. determined that the average total energy intake of their 39 subjects across the menstrual cycle was 1,671 ± 399 kcal/day, with the highest intake during the luteal phase (1,753 kcal/day; *p* < 0.03).⁴

Dye et al. reviewed 30 studies that included 37 groups of women and reported that energy intake was higher in the luteal phase than in the follicular phase in 27 groups.⁸ This phenomenon has been termed “luteal hyperphagia”, during which energy intake has been reported to increase by as much as 90–500 kcal/day compared with the follicular phase.^{2,5,12,13} In contrast to our study, Gorczyca et al. reported that despite increased protein intake (specifically – animal protein) and reported food cravings in the luteal phase, the mean energy intake was similar throughout the menstrual cycle (1,600 kcal/day vs 1,591 kcal/day vs 1,591 kcal/day vs 1,661 kcal/day; *p*-value for trend = 0.20 for menstrual, follicular, periovulatory, and mid-luteal phases, respectively).¹⁴ Surprisingly, Elliott et al. found that energy intake was higher in the follicular phase than in the luteal phase (6,959 kJ vs 5,792 kJ; *p* < 0.05).¹⁵ However, this pattern was not replicated in the 2nd cycle of their study. The significant decrease in energy intake in the luteal phase of cycle 1 appeared to be associated with a corresponding decline in fat intake. The authors speculated that there might be a reduced preference for fat during the luteal phase.¹⁵

With regard to carbohydrates, we found no significant difference in the percentage of contribution to energy intake among the phases of the menstrual cycle, but average sucrose intake expressed in grams during each phase differed significantly. In contrast to the cyclic effects on total energy intake, reports on the patterns of macronutrient intake (including carbohydrates) during the menstrual cycle are less consistent.⁸

However, there are inconsistencies both between and within studies. As in our study, results may differ depending on whether the actual intake (in grams) of a macronutrient or the relative proportion that the macronutrient contributes to the total percentage of energy intake is considered. While absolute intake may increase significantly from the follicular phase to the luteal phase, the percentage of energy intake may fail to differ.⁸

Changes in carbohydrate quality during the menstrual cycle have also been observed, with predominant intake of simple carbohydrates from sweets in the luteal phase. The increase in carbohydrate consumption has been referred to as “carbohydrate craving” (defined as an intense desire for a particular food or type of food).^{5,16} This change in dietary patterns, especially the intake of sweets, has also been associated with mood improvement during the luteal phase. It is believed that women increase carbohydrate consumption in the days prior to menstruation due to an unconscious effort to produce neurotransmitters related to mood improvement, since carbohydrates, especially simple carbohydrates, increase tryptophan availability, a precursor of serotonin in the brain.^{17,18}

As far as fat intake is concerned, we determined that actual fat intake (in grams) was highest in the luteal phase. However, we failed to observe any significant change in the relative proportion that fat contributes to the total percentage of energy intake. Gorczyca et al. reported no changes in actual or relative fat intake throughout the menstrual cycle.¹⁴ However, many authors have noted inconsistencies in macronutrient intake, including fat.^{19–21} The changes observed may arise from hormone fluctuation or premenstrual stress. These, in turn, may be reflected in various aspects of eating, including changes in hunger, meal size, consumption of fat or carbohydrates, overall energy intake, or cravings for certain foods.⁸ Karhunen et al. reported that higher serum leptin levels in obese women correlated with lower dietary energy intake and possibly lower preference for fat.²² Premenstrual stress had a greater inverse relationship with overall energy, carbohydrate and fat intake than with protein intake.¹⁵ Finally, we found significant differences in actual and relative protein intake throughout the menstrual cycle. Energy intake from proteins (as a percentage) was highest in the follicular phase and lowest in the luteal phase. One of the reasons protein intake declined in the luteal phase may be the increase in fat and carbohydrate intake during this time. McNeil and Doucet made similar observations.²³

Study limitations

This study has several limitations. For example, each 24-hour dietary recall questionnaire concerning follicular, ovulation and luteal phases was completed only once. However, it is recommended that this questionnaire should be administered 3 times, after which an average value should be calculated and used in further analyses. Secondly, the respondents completed the questionnaire by themselves at home, following the appended instructions. Since most respondents were nutrition students, they knew how to complete the questionnaire correctly. However, daily sex hormone concentrations were not assessed. The authors relied on the knowledge of the study participants who declared that their menstrual cycles were regular, and on their ability to recognize the periovulatory phase based on self-observation.

Conclusions

We set out to investigate the dietary habits of women during the menstrual cycle. Our study offers several key findings. First and foremost, eating habits could be influenced by hormone secretion throughout the menstrual cycle. Secondly, increased appetite was observed in the luteal phase. Total energy, fat, carbohydrate and protein intake fluctuated across the menstrual cycle; fat, protein, carbohydrate, and sucrose intake were highest in the luteal

phase. Finally, the association between eating habits and phases of the menstrual cycle highlights possible specific dietary recommendations that could help women maintain a stable body weight throughout the menstrual cycle.

ORCID iDs

Justyna Nowak  <https://orcid.org/0000-0002-0029-1341>
 Anna Podsiadło  <https://orcid.org/0000-0003-1591-1803>
 Bartosz Hudzik  <https://orcid.org/0000-0003-3880-5325>
 Paweł Jagielski  <https://orcid.org/0000-0001-7583-8965>
 Elżbieta Grochowska-Niedworok  <https://orcid.org/0000-0002-9276-7422>
 Mariusz Gąsior  <https://orcid.org/0000-0001-6775-1392>
 Barbara Zubelewicz-Szkodzińska  <https://orcid.org/0000-0002-8670-8581>

References

- Hirschberg AL. Sex hormones, appetite and eating behaviour in women. *Maturitas*. 2012;71(3):248–256. doi:10.1016/j.maturitas.2011.12.016
- Li ET, Tsang LB, Lui SS. Menstrual cycle and voluntary food intake in young Chinese women. *Appetite*. 1999;33(1):109–118. doi:10.1006/appe.1999.0235
- Saad G, Strenstron E. Calories, beauty, and ovulation: The effects of the menstrual cycle on food and appearance-related consumption. *J Cons Psychol*. 2012;22(1):102–113. doi:10.1016/j.jcps.2011.10.001
- Chung SC, Bond EF, Jarrett ME. Food intake changes across the menstrual cycle in Taiwanese women. *Biol Res Nurs*. 2010;12(1):37–46. doi:10.1177/1099800410364554
- Davidson L, Vistisen B, Astrup A. Impact of the menstrual cycle on determinants of energy balance: A putative role in weight loss attempts. *Int J Obes (Lond)*. 2007;31(12):1777–1785. doi:10.1038/sj.ijo.0803699
- Albeshri A. Dietary intake and food craving during normal menstrual cycling [PhD thesis]. Kent, OH: Kent State University College of Education; 2015.
- Zhang Y, Nadeau M, Faucher F, et al. Progesterone metabolism in adipose cells. *Mol Cell Endocrinol*. 2009;298(1–2):76–83. doi:10.1016/j.mce.2008.09.034
- Dye L, Blundell JE. Menstrual cycle and appetite control: Implications for weight regulation. *Hum Reprod*. 1997;12(6):1142–1151. doi:10.1093/humrep/12.6.1142
- World Health Organization. *Waist Circumference and Waist-to-Hip Ratio: Report of a WHO expert consultation*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2011. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44583/9789241501491_eng.pdf;jsessionid=CC3D61A9E2C916B3A48F0295DBF261CB?sequence=1. Accessed on December 23, 2011.
- Johnson WG, Corrigan SA, Lemmon CR, Bergeron KB, Crusco AH. Energy regulation over the menstrual cycle. *Physiol Behav*. 1994;56(3):523–537. doi:10.1016/0031-9384(94)90296-8
- Budak E, Fernandez Sanchez M, Bellver J, Cervero A, Simon C, Pellicer A. Interactions of the hormones leptin, ghrelin, adiponectin, resistin, and PYY3-36 with the reproductive system. *Fertil Steril*. 2006;85(6):1563–1581. doi:10.1016/j.fertnstert.2005.09.065
- Pelkman CL, Heinbach RA, Rolls BJ. Reproductive hormones and eating behavior in young women. *Appetite*. 2000;34(2):217–218. doi:10.1006/appe.1999.0309
- Pelkman CL, Chow M, Heinbach RA, Rolls BJ. Short-term effects of a progestational contraceptive drug on food intake, resting energy expenditure, and body weight in young women. *Am J Clin Nutr*. 2001;73(1):19–26. doi:10.1093/ajcn/73.1.19
- Gorczyca AM, Sjaarda LA, Mitchell EM, et al. Changes in macronutrient, micronutrient, and food group intakes throughout the menstrual cycle in healthy, premenopausal women. *Eur J Nutr*. 2016;55(3):1181–1188. doi:10.1007/s00394-015-0931-0
- Elliott SA, Ng J, Leow MK, Henry CJ. The influence of the menstrual cycle on energy balance and taste preference in Asian Chinese women. *Eur J Nutr*. 2015;54(8):1323–1332. doi:10.1007/s00394-014-0812-y

16. Hill AJ, Heaton-Brown L. The experience of food craving: A prospective investigation in healthy women. *J Psychosom Res.* 1994;38(8):801–814. doi:10.1016/0022-3999(94)90068-x
17. Tucci SA, Murphy LE, Boyland EJ, Dye L, Halford JC. Oral contraceptive effects on food choice during the follicular and luteal phases of the menstrual cycle: A laboratory based study. *Appetite.* 2010;55(3):388–392. doi:10.1016/j.appet.2010.06.005
18. Rossi L, Tirapegui J. Serotonergic system and its implications on physical exercise [in Portuguese]. *Arq Bras Endocrinol Metabol.* 2004;48(1):227–233. doi:10.1590/s0004-27302004000200004
19. Martini MC, Lampe JW, Slavin JL, Kurzer MS. Effect of the menstrual cycle on energy and nutrient intake. *Am J Clin Nutr.* 1994;60(6):895–899. doi:10.1093/ajcn/60.6.895
20. Tarasuk V, Beaton GH. Menstrual-cycle patterns in energy and macronutrient intake. *Am J Clin Nutr.* 1991;53(2):442–447. doi:10.1093/ajcn/53.2.442
21. Dalvit-McPhillips SP. The effect of the human menstrual cycle on nutrient intake. *Physiol Behav.* 1983;31(2):209–212. doi:10.1016/0031-9384(83)90120-8
22. Karhunen LJ, Lappalainen RI, Haffner SM, et al. Serum leptin, food intake and preferences for sugar and fat in obese women. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 1998;22(8):819–821. doi:10.1016/0031-9384(83)90120-8
23. McNeil J, Doucet E. Possible factors for altered energy balance across the menstrual cycle: A closer look at the severity of PMS, reward driven behaviors and leptin variations. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2012;163(1):5–10. doi:10.1016/j.ejogrb.2012.03.008

Factors affecting patient tolerance of unsedated upper gastrointestinal tract endoscopy

Czynniki wpływające na tolerancję endoskopii górnego odcinka przewodu pokarmowego bez sedacji

Barbara Maślanka-Seiffert^{1,2,A,B,D,F}, Piotr Seiffert^{3,A,B,D,F}, Agnieszka Olchowska-Kotala^{4,C,E,F}, Radosław Kempniński^{5,A,E,F}

¹ Department of Gastroenterology and Hepatology, Medical University of Silesia, Katowice

² Geriatric Ward, The Municipal Hospital of Chorzów, Poland

³ John Paul II Geriatric Hospital, Katowice, Poland

⁴ Department of Humanistic Sciences in Medicine, Wrocław Medical University, Poland

⁵ Department of Gastroenterology and Hepatology, Wrocław Medical University, Poland

A – research concept and design; B – collection and/or assembly of data; C – data analysis and interpretation;

D – writing the article; E – critical revision of the article; F – final approval of the article

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082-9876 (print), ISSN 2451-1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2020;10(1):13–18

Address for correspondence

Piotr Seiffert

E-mail: piotrseiffert@gmail.com

Funding sources

None declared

Conflict of interest

None declared

Received on October 17, 2018

Reviewed on January 2, 2019

Accepted on September 9, 2019

Cite as

Maślanka-Seiffert B, Seiffert P, Olchowska-Kotala A, Kempniński R. Factors affecting the tolerance of the unsedated upper gastrointestinal tract endoscopy. *Piel Zdr Publ.* 2020;10(1):13–18. doi:10.17219/pzp/112223

DOI

10.17219/pzp/112223

Copyright

© 2020 by Wrocław Medical University

This is an article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 3.0 Unported License (<https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/>)

Abstract

Background. Endoscopy of the upper gastrointestinal tract is a widely used diagnostic procedure. It can be a source of anxiety, discomfort and even pain for the patients.

Objectives. The aim of the study was to assess the discomfort and anxiety associated with gastroscopy, examine their determinants and describe patients' preferences regarding medical procedures and personnel behavior.

Material and methods. The study involved 50 patients (21 men and 29 women) who underwent an endoscopy of the upper gastrointestinal tract. The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) was employed, as well as the authors' own two-part questionnaire, which was conducted before and after the endoscopy.

Results. The average level of anxiety was 40.72 STAI points and the emetic reflex was its main source (52%). The average level of discomfort felt during the gastroscopy was 2.84 and was related to both age ($p = 0.001$), security and privacy during the examination ($p = 0.03$), as well as to the level of anxiety prior to examination ($p = 0.05$). The severity of the discomfort was not associated with gender, education or subjective assessment of knowledge about the examination. Half of the patients would have liked to be sedated. A majority of the respondents (61%) indicated that verbal reassurance is a desirable form of behavior of the medical staff.

Conclusions. The main cause of patients' anxiety is fear of the discomfort associated with the emetic reflex. The discomfort experienced by patients during endoscopy is linked to their age group, with younger participants experiencing greater discomfort, higher levels of anxiety prior to the examination, and a lower sense of security and privacy. Patients value verbal reassurance, procedural information and behavioral instructions during the endoscopy. General sedation is preferred by patients.

Key words: anxiety, gastroscopy, discomfort

Streszczenie

Wprowadzenie. Endoskopia górnego odcinka przewodu pokarmowego jest rozpowszechnionym badaniem diagnostycznym. Może stanowić dla pacjenta źródło lęku, dyskomfortu, a nawet bólu.

Cel pracy. Celem badania była ocena dyskomfortu i lęku związanego z gastroskopią, zbadanie ich determinantów oraz określenie oczekiwań pacjentów odnośnie do procedur medycznych i zachowania personelu.

Materiał i metody. Przebadano 50 pacjentów (21 mężczyzn i 29 kobiet) poddanych endoskopii górnego odcinka przewodu pokarmowego. Do badania wykorzystano Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI oraz dwuczęściową autorską ankietę przeprowadzaną przed endoskopią i po niej.

Wyniki. Średni poziom lęku wynosił 40,72 pkt STAI, a odruch wymiotny był jego głównym źródłem (52%). Średni poziom odczuwanego dyskomfortu podczas gastrokopii wynosił 2,84 i był związany zarówno z wiekiem ($p = 0,001$), bezpieczeństwem i prywatnością podczas badania ($p = 0,03$), jak i poziomem lęku przed badaniem ($p = 0,05$). Nasilenie dyskomfortu nie było związane z płcią, wykształceniem i subiektywną oceną wiedzy o badaniu. Połowa pacjentów zadeklarowała chęć użycia sedacji. Spośród respondentów 61% wskazało, że wsparcie werbalne jest pożądaną formą zachowania personelu medycznego.

Wnioski. Główną przyczyną niepokoju pacjentów jest lęk przed dyskomfortem związanym z odruchem wymiotnym. Dyskomfort odczuwalny podczas endoskopii jest większy u młodszych pacjentów, związany z wyższym poziomem lęku przed badaniem i mniejszym poczuciem bezpieczeństwa i prywatności. Pacjenci doceniają wsparcie werbalne, informacje proceduralne i instrukcje behawioralne podczas endoskopii, a także oczekują możliwości zastosowania optymalnej sedacji.

Słowa kluczowe: lęk, gastroskopia, dyskomfort

Introduction

Endoscopic examination of the upper gastrointestinal tract is a widespread diagnostic method. The use of modern thin and flexible videoendoscopes has made the procedure less invasive. Bleeding and perforation are the major complications observed during the examination; however, during diagnostic endoscopies these complications occur very rarely.^{1,2} Endoscopies are usually performed using pharyngeal anesthesia or, in some cases, short intravenous sedation.

Subjective impressions related to gastroscopy appear to be extremely important not only from the patient's perspective. Anxiety related to the examination correlates with discomfort during its performance and with lower individual tolerance,^{3,4} which in some cases greatly influences the course of the examination, its duration and the occurrence of potential complications.⁵ Anxiety accompanies patients from their referral to the waiting room immediately before the examination, during it, and while awaiting the examination results.⁶

The aims of the study were: (1) to assess the discomfort related to gastroscopy and to determine the factors influencing it; (2) to examine the anxiety associated with gastroscopy and its determinants; and (3) to describe patients' preferences regarding medical procedures and personnel behavior.

Material and methods

The study involved 50 randomly selected patients of the Department of Gastroenterology and Hepatology of Wrocław Medical University, Poland: 21 men and 29 women aged from 19 to 85 years. The mean age was

55 years (standard deviation (SD) = 16.18). The demographic structure of the study group is presented in Table 1. The research protocol is in accordance with the Helsinki Convention and all participants of the study gave their informed consent to participate in the study. Indications to perform endoscopy included dyspepsia and laboratory abnormalities. All of the patients underwent endoscopy of the upper gastrointestinal tract using local anesthesia of throat mucosa with a 10% lidocaine spray. Intravenous sedation was not used. Among the participants, 77% had undergone at least 1 previous gastroscopy.

The data collection was conducted in 2 stages. First, 1 day preceding the endoscopy, the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and the authors' questionnaire were conducted; the 2nd part was conducted after the gastroscopy and included questionnaire items about the course of the examination.

Table 1. Demographic structure of the study group

Tabela 1. Struktura demograficzna badanej grupy

Variable	<i>n</i>	%
Gender		
women	29	58
men	21	42
Education		
basic	6	12
vocational	16	32
secondary	11	22
university	17	34
Place of residence		
village	13	26
city	37	74
Previous gastroscopy		
yes	38	76
no	12	24

n – sample size.

The level of anxiety was measured using the Polish version of the STAI I.⁷ The STAI I is a commonly used 20-item self-report scale for measuring anxiety as a state. It requires patients to describe how they feel at the moment, using four-point scales where 1 indicates relaxation and higher scores show increasing anxiety. The STAI was used to assess the level of a patient's anxiety prior to the examination.

To assess the patient's perceptions, distressing feelings and preferences associated with gastroscopy, a questionnaire developed for this study was used. The first part, which was conducted prior to the gastroscopy, included questions about any previous gastroscopy and the patient's source of knowledge about the examination. It also explored patients' preferences regarding the course of the examination: whether the patient would like to observe the examination on a monitor, whether they would like the presence of a friend/relative during the gastroscopy and whether they wanted intravenous anesthesia to be administered. The questionnaire also included items about the main cause of anxiety associated with the procedure. The 2nd part of the questionnaire was completed after the gastroscopy. Using a numerical scale from 0 to 10, where 0 was none and 10 the highest level, patients described the level of discomfort and their sense of security and privacy experienced during the gastroscopy. Patients were also asked about the most desirable behavior of medical personnel during the gastroscopy (verbal reassurance, procedural information and behavioral instructions, tactile contact). It was possible to indicate more than 1 behavior.

The statistical analysis was performed using SPSS statistical software, v. 18 (SPSS Inc., Chicago, USA); p -values < 0.05 were considered statistically significant. The sample characteristics were examined using descriptive statistics. Regression analysis was performed in order to determine the factors influencing discomfort during a gastroscopy.

Results

The following variables were entered in the regression model: anxiety as a state, the self-assessment of knowledge of gastroscopy before the examination, assessment of safety and privacy during the examination, and demographic variables: gender, age and education. The model turned out to be well adjusted to the variables ($F(6,43) = 5.531$; $p < 0.001$). Overall, the variables accounted for 36% of the variation in discomfort (adjusted $r^2 = 0.36$).

As shown in Table 2, the discomfort experienced by patients during their endoscopies was significantly associated with their age, level of anxiety, and sense of security and privacy. The patients' subjective assessments of their knowledge about the procedure, their gender and education did not affect the intensity of discomfort. The average level of discomfort (range: 0–10) was 2.84 ($SD = 3.42$).

The average level of anxiety was 40.72 points (the possible range is from 20 to 80). Slightly more than half of the patients declared that the emetic reflex was a major source of anxiety before the examination. Pain, the examination result and complications were other causes of anxiety (Table 3).

Most patients' knowledge about the course and aim of the procedure was derived from previous experience. Family and friends were a further source of information. Only 22% of the respondents reported that their physicians were a source of knowledge. A small group of patients listed the Internet and newspapers as sources of information. The average declared level of knowledge according to the patients' self-assessment was 5.74 ($SD = 2.53$) on a 0–10 scale.

The patients' preferences as to the course of the examination are presented in Table 3. The majority of respondents did not want the presence of a relative/friend during the gastroscopy; nor did they want to observe the examination on a monitor. In the questionnaire that preceded the endoscopy, the patients were asked if they would have liked to be subjected to intravenous anesthesia if it had

Table 2. Factors affecting discomfort during gastroscopy ($N = 50$)

Tabela 2. Czynniki wpływające na dyskomfort odczuwany podczas gastroskopii ($N = 50$)

Variable	M	SD	β	t -value	p -value
Anxiety [STAI points]	40.72	9.81	0.25	1.98	0.05 ^a
Knowledge about examination (range 0–10)	5.74	2.53	−0.02	−0.18	0.86
Safety and privacy (range 0–10)	8.58	2.49	−0.28	−2.23	0.03 ^a
Gender	–	–	−0.02	−0.15	0.88
Age	–	–	−0.47	−3.99	0.001 ^a
Education	–	–	0.04	0.31	0.76

^a Statistically significant values.

M – mean; β – linear regression coefficient; SD – standard deviation; STAI – State-Trait Anxiety Inventory.

been possible; half of the respondents said they would. The vast majority of those who declared their willingness to have anesthesia administered were willing to pay for it. The average level of security and privacy during the examination was 8.58 ($SD = 2.49$). Reassurance from by the medical personnel was the behavior that the patients most appreciated; giving procedural information (i.e., what will happen next during the examination) and behavioral instruction (i.e., how the patient should behave afterwards) were also appreciated (Table 3).

Table 3. Participants' answers regarding sources of anxiety and preferences related to the examination

Tabela 3. Odpowiedzi ankietowanych pacjentów na temat źródeł lęku i oczekiwań związanych z badaniem

Question	Answer	%
Desire to observe the examination on a monitor	yes	39
	no	47
	don't know	14
Presence of a friend/relative during the examination needed	yes	4
	no	94
	don't know	2
Anxiety source	emetic reflex	52
	pain	17
	outcome	8
	complications	6
	other	5
Knowledge about the examination	own experience	66
	friends, family	23
	physician	22
	internet	14
	press	9
The most desirable behavior of medical personnel	verbal reassurance	61
	procedural information and behavioral instructions	56
	physical contact	23

Discussion

The aim of the study was to assess the discomfort and anxiety associated with gastroscopy, to examine their determinants and to describe patients' preferences regarding medical procedures and personnel behavior. The results revealed that the discomfort predictors were higher anxiety before the examination, young age and a lower assessment of safety and privacy during the endoscopy. The results we obtained support previous reports indicating that high levels of anxiety prior to the examination may result in high levels of discomfort during gastroscopy,^{3,8,9} and may suggest that decreasing pre-procedural anxiety can result in reduced pain levels during the endoscopy and higher patient satisfaction.⁴ On the other hand, the relationship between discomfort and anxiety

may suggest that a desirable level of sedation was not achieved, because this correlation is not observed in patients satisfactorily sedated with midazolam or propofol.¹⁰

The average level of anxiety was 40.72 STAI points, which is slightly lower than in other studies: 40.72 vs 45.7 tested immediately prior to the procedure¹¹; or 40.72 vs 46.98 in non-hospitalized patients.¹² The average level of discomfort in our study was lower than in a study by Mulcahy et al. (2.84 vs 5 on a 0–10 scale).³

Some research indicates that an efficient method for reducing anxiety before an endoscopy is psychological intervention.¹³ One of the proposed techniques that lower the anxiety level is teaching the subjects methods to distract themselves from a procedure, which seems to be even more effective than practicing behaviors that are required during an endoscopy. Anxiety can also be reduced using other methods, such as listening to music.¹⁴

The main cause of the patients' anxiety in our study was fear of discomfort associated with the emetic reflex, pain, complications, and examination results, all of which are consistent with previous studies.^{5,15}

The relationship between patients' younger age and greater discomfort experienced during the examination was also observed in earlier studies, in which older people felt less discomfort, and their examination tolerance was also greater.^{3,16,17} This may be explained by the fact that the emetic reflex is often impaired in older people.³ On the other hand, some research shows no relationship between tolerance and age.¹⁸

There are factors involved in preparing for the examination and carrying it out that have a significant impact on the well-being of the patient. Some studies suggest that reliable information before a gastroscopy has a positive influence on the patient's distressing feelings.^{19,20} Although informational leaflets are successful at reducing anxiety,²¹ oral information seems to be more effective.¹⁷ An interesting observation reported in a similar study is that longer waiting times before receiving procedural information are correlated with higher anxiety.²¹

In our research, self-assessed levels of knowledge were not associated with discomfort. This result may be due to the fact that the patients described their level of knowledge about gastroscopy as moderate, and the knowledge that they have more often comes from friends and family than from the physician.

In this study, a large number of patients did not want to observe the examination on a monitor; it seems that it would be advisable to find out a given patient's preferences. This also applies to the presence of a friend/relative during the examination. Only a small number of patients wanted to be accompanied by friends/family, although some research indicates it as an effective method of reducing patients' stress.^{22,23}

Opinions on the use of sedation during endoscopy are ambiguous and changeable over time. Results from a vast European survey (29 countries) revealed that in the early

2000s, in about half of the countries, routine diagnostic upper gastrointestinal tract endoscopy was performed with sedation in less than 25% of the patients,²⁴ but several years later increases in the use of sedation have been observed, reaching for example 82% in Germany.²⁵ Data from the USA and Australia show that the vast majority (98%) of upper gastrointestinal tract endoscopies are performed with sedation.^{26,27} Sedation seems to be a result of patients' wishes more than endoscopists' preferences. In both the USA and Europe, the most popular sedatives are benzodiazepines and propofol.^{29,30}

Greater comfort and higher patient tolerance for gastroscopy are the arguments in favor of the use of sedatives. Economic factors and possible side effects (cardiovascular and respiratory problems) are considered counterarguments. Some patients reject the use of sedation because it precludes any possibility of conversing with the doctor immediately after the gastroscopy.³¹ In our research, half of the patients declared willingness to undergo sedation; the majority of them stated that they would agree to pay for it themselves.

The behavior of the medical personnel had an impact on the patient's well-being during a gastroscopy and can improve the quality of care provided.^{27,32} The participants in our study wanted not only procedural information and behavioral instructions, but also verbal reassurance from the staff. Personnel should be particularly cautious about physical contact with the patient (such as hand-holding or a pat on the shoulder). Even though researchers indicate that tactile communication is important in the doctor-patient relationship,³⁰ some studies have shown that physical contact does not correlate with patient satisfaction.³³ In our study, less than ¼ of the participants indicated that tactile contact was desired. The endoscopist's technical and communication skills are more important to patients than socio-environmental factors such as single-sex surroundings, noise or privacy.³⁴ Interventions based on improving staff knowledge and communication skills achieve promising results.²⁷

The study limitations include the fact that the group of participants was heterogeneous in terms of diagnosis. Secondly, the results are based on a small convenience sample. Finally, we included neither differences arising from the different endoscopist's skills nor the duration of the examinations.

Conclusions

There are 4 conclusions of this study to be formulated for clinical practice:


1. The main cause of patient anxiety is the emetic reflex.
2. Discomfort experienced during endoscopy is associated with patients' younger age, higher anxiety prior to the examination and lower sense of security and privacy.

3. Patients value verbal reassurance, procedural information and behavioral instruction during the examination.
4. Patients favor general sedation.

ORCID iDs

Barbara Maślanka-Seiffert  <https://orcid.org/0000-0002-5524-0760>

Piotr Seiffert  <https://orcid.org/0000-0001-7987-5640>

Agnieszka Olchowska-Kotala  <https://orcid.org/0000-0002-0719-4675>

Radosław Kempniński  <https://orcid.org/0000-0002-6030-2700>

References

1. Lapalus M, Saurin J. Complications of gastrointestinal endoscopy: Gastroscopy and colonoscopy [in French]. *Gastroenterol Clin Biol*. 2003;27(10):909–921.
2. Levy I, Gralnek I. Complications of diagnostic colonoscopy, upper endoscopy and enteroscopy. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2016;30(5):705–718. doi:10.1016/j.bpg.2016.09.005
3. Mulcahy H, Kelly P, Banks M, et al. Factors associated with tolerance to, and discomfort with, unsedated diagnostic gastroscopy. *Scandinavian J Gastroenterol*. 2001;36(12):1352–1357. doi:10.1080/003655201317097245
4. Pontone S, Tonda M, Brighi M, Florio M, Pironi D, Pontone P. Does anxiety or waiting time influence patients' tolerance of upper endoscopy? *Saudi J Gastroenterol*. 2015;21(2):111–115. doi:10.4103/1319-3767.153839
5. Brandt L. Patients' attitudes and apprehensions about endoscopy: How to calm troubled waters. *Am J Gastroenterol*. 2001;96(2):280–284. doi:10.1111/j.1572-0241.2001.03508.x
6. Chuah S, Goh K, Wong N. Common anxieties of patients undergoing oesophago-gastro-duodenoscopy, colonoscopy and endoscopic retrograde cholangio-pancreatography. *Med J Malaysia*. 1999;54(2):216–224.
7. Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R. *The State-Trait Anxiety Inventory: Test Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1970.
8. Campo R, Brullet E, Montserrat A, et al. Identification of factors that influence tolerance of upper gastrointestinal endoscopy. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 1999;11(2):201–204. doi:10.1097/00042737-199902000-00023
9. Hoya Y, Matsumura I, Fujita T, Yanaga K. The use of nonpharmacological interventions to reduce anxiety in patients undergoing gastroscopy in a setting with an optimal soothing environment. *Gastroenterol Nurs*. 2008;31(6):395–399. doi:10.1097/SGA.0b013e31818eb5c9
10. Ünal HÜ, Korkmaz M, Özüçürümez G, et al. The effect of pre-endoscopy anxiety level on tolerance of the procedure and the amount of sedative drug dose. *Endosc Gastrointest*. 2011;19(2):47–51. <http://endoskopitg.v.org.tr/journal/8/pdf/77.pdf>. Accessed on December 9, 2019.
11. Ersöz F, Toros A, Aydoğan G, Bektaş H, Özcan O, Arikan S. Assessment of anxiety levels in patients during elective upper gastrointestinal endoscopy and colonoscopy. *Turk J Gastroenterol*. 2010;21(1):29–33. doi:10.4318/tjg.2010.0044
12. Kutlutürkan S, Görgülü U, Fesci H, Karavelioglu A. The effects of providing pre-gastrointestinal endoscopy written educational material on patients' anxiety: A randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2010;47(9):1066–1073. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.01.007
13. Behrouzian F, Sadrizadeh N, Nematpour S, Seyedian SS, Nassiryan M, Zadeh AJF. The effect of psychological preparation on the level of anxiety before upper gastrointestinal endoscopy. *J Clin Diagn Res*. 2017;11(7):VC01–VC04. doi:10.7860/JCDR/2017/24876.10270
14. El-Hassan H, McKeown K, Muller A. Clinical trial: Music reduces anxiety levels in patients attending for endoscopy. *Aliment Pharmacol Ther*. 2009;30(7):718–724. doi:10.1111/j.1365-2036.2009.04091.x
15. Pehlivan S, Ovayolu N, Koruk M, Pehlivan Y, Ovayolu O, Gülşen MT. Effect of providing information to the patient about upper gastrointestinal endoscopy on the patient's perception, compliance and anxiety level associated with the procedure. *Turk J Gastroenterol*. 2011;22(1):10–17. doi:10.4318/tjg.2011.0150
16. Walmsley R, Montgomery S. Factors affecting patient tolerance of upper gastrointestinal endoscopy. *J Clin Gastroenterol*. 1998;26(4):253–255. doi:10.1097/00004836-199806000-00006

17. Seip B, Huppertz-Hauss G, Sauar J, Bretthauer M, Hoff G. Patients' satisfaction: An important factor in quality control of gastroscopies. *Scand J Gastroenterol*. 2008;43(8):1004–1011. doi:10.1080/00365520801958592
18. Thanvi B, Munshi S, Vijayakumar N, Taub N, Lo T. Acceptability of oesophagogastroduodenoscopy without intravenous sedation: Patients' versus endoscopist's perception with special reference to older patients. *Postgrad Med J*. 2003;79(937):650–651. doi:10.1136/pmj.79.937.650
19. Liu YY, Liu YQ, Petrini MA. Effect of information of patients' coping style on pregastroscopy anxiety. *Gastroenterol Nurs*. 2018;41(1):47–58. doi:10.1097/SGA.0000000000000302
20. van Vliet MJ, Grypdonck M, van Zuuren FJ, Winnubst J, Kruitwagen C. Preparing patients for gastrointestinal endoscopy: The influence of information in medical situations. *Patient Educ Couns*. 2004;52(1):23–30. doi:10.1016/s0738-3991(02)00245-8
21. Toomey D, Hackett-Brennan M, Corrigan G, Singh C, Nessim G, Balfe P. Effective communication enhances the patients' endoscopy experience. *Ir J Med Sci*. 2016;185(1):203–214. doi:10.1007/s11845-015-1270-0
22. Nasiri J, Khatib N, Kheiri S, Najafi M. The influence of escort during upper endoscopy and colonoscopy on patient satisfaction and anxiety. *J Family Med Prim Care*. 2016;5(1):134–138. doi:10.4103/2249-4863.184638
23. Shapira M, Tamir A. Presence of family member during upper endoscopy: What do patients and escorts think? *J Clin Gastroenterol*. 1996;22(4):272–274. doi:10.1097/00004836-199606000-00006
24. Ladas S, Aabakken L, Rey J, et al. Use of sedation for routine diagnostic upper gastrointestinal endoscopy: A European Society of Gastrointestinal Endoscopy Survey of National Endoscopy Society Members. *Digestion*. 2006;74(2):69–77. doi:10.1159/000097466
25. Riphhaus A, Geist F, Wehrmann T. Endoscopic sedation and monitoring practice in Germany: Re-evaluation from the first nationwide survey 3 years after the implementation of an evidence and consent based national guideline. *Z Gastroenterol*. 2013;51(9):1082–1088. doi:10.4253/wjge.v71.i2.102
26. Ladas S, Satake Y, Mostafa I, Morse J. Sedation practices for gastrointestinal endoscopy in Europe, North America, Asia, Africa and Australia. *Digestion*. 2010;82(2):74–76. doi:10.1159/000285248
27. Cohen L, Wechsler J, Gaetano J, et al. Endoscopic sedation in the United States: Results from a nationwide survey. *Am J Gastroenterol*. 2006;101(5):967–974. doi:10.1111/j.1572-0241.2006.00500.x
28. Wang T, Lin J. Worldwide use of sedation and analgesia for upper intestinal endoscopy: Sedation for upper GI endoscopy in Taiwan. *Gastrointest Endosc*. 1999;50(6):888–889. doi:10.1016/s0016-5107(99)70188-4
29. Faulx A, Vela S, Das A, et al. The changing landscape of practice patterns regarding unsedated endoscopy and propofol use: A national Web survey. *Gastrointest Endosc*. 2005;62(1):9–15. doi:10.1016/s0016-5107(05)00518-3
30. Bruhn J. The doctor's touch: Tactile communication in the doctor-patient relationship. *South Med J*. 1978;71(12):1469–1473. doi:10.1097/00007611-197812000-00008
31. Watson J, Goss C, Phelps G. Audit of sedated versus unsedated gastroscopy: Do patients notice a difference? *J Qual Clin Pract*. 2001;21(1–2):26–29. doi:10.1046/j.1440-1762.2001.00391.x
32. Woloshynowych M, Oakley D, Saunders B, Williams C. Psychological aspects of gastrointestinal endoscopy: A review. *Endoscopy*. 1996;28(9):763–767. doi:10.1055/s-2007-1005602
33. Comstock L, Hooper E, Goodwin J. Physician behaviours that correlate with patient satisfaction. *J Med Educ*. 1982;57(2):105–112. doi:10.1097/00001888-198202000-00005
34. Tierney M, Bevan R, Rees C, Trebble T. What do patients want from their endoscopy experience? The importance of measuring and understanding patient attitudes to their care. *Frontline Gastroenterol*. 2016;7(3):191–198. doi:10.1136/flgastro-2015-100574

Professional burnout among nursing personnel employed in selected mental health departments in Poland

Zjawisko wypalenia zawodowego personelu pielęgniarskiego zatrudnionego na wybranych oddziałach psychiatrycznych w Polsce

Aleksandra Łucja Łopatkiewicz^{1,2,A–F}

¹ Department of Public Health, Medical University of Warsaw, Warsaw, Poland

² Masovian Voivodeship Hospital "Drewnica", Żąbki, Poland

A – research concept and design; B – collection and/or assembly of data; C – data analysis and interpretation;

D – writing the article; E – critical revision of the article; F – final approval of the article

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082-9876 (print), ISSN 2451-1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2020;10(1):19–26

Address for correspondence

Aleksandra Łucja Łopatkiewicz
E-mail: golabek.aleksandra@gmail.com

Funding sources

None declared

Conflict of interest

None declared

Received on November 27, 2018

Reviewed on January 3, 2019

Accepted on March 4, 2019

Cite as

Łopatkiewicz AŁ. Professional burnout among nursing personnel employed in selected mental health departments in Poland. *Piel Zdr Publ.* 2020;10(1):19–26. doi:10.17219/pzp/105341

DOI

10.17219/pzp/105341

Copyright

© 2020 by Wrocław Medical University
This is an article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 3.0 Unported License (<https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/>)

Abstract

Background. Professional burnout occurs under circumstances of chronic stress and applies mostly to occupational groups whose work entails direct contact and close interpersonal involvement with people. Professional burnout is a consequence of dissonance between the person and the work environment. It is a multidimensional and remote response to chronic interpersonal stress at work. It is a process that usually builds up gradually and is difficult to reverse. Nurses working with mentally ill patients are a high-risk group for developing professional burnout.

Objectives. The aims of the study were to evaluate the level of professional burnout in mental health nurses working in the Masovian voivodeship in Poland, and to identify stress-inducing factors.

Material and methods. The research, which was conducted in January and February 2017 using the diagnostic survey method, involved 107 mental health nurses employed in healthcare facilities located in the Masovian voivodeship. The research tool was a survey comprising of 2 questionnaires. The 1st was a modified Maslach Burnout Inventory (MBI), the 2nd – Goldberg's General Health Questionnaire (GHQ-28) for mental health evaluation. The statistical analysis was conducted using the STATISTICA v. 13.1 program and the MBI questionnaires were evaluated with χ^2 test, Kruskal–Wallis ANOVA and Mann–Whitney *U* test. Values of $p < 0.05$ were regarded as statistically significant.

Results. The statistical analysis of both questionnaires showed that the selected group of nurses is at risk of professional burnout. The research results showed that 51% of the interviewees were emotionally exhausted, while 46% admitted they are more or much more overtired than usual. Education level, age and job seniority also affected the mental health status of the respondents.

Conclusions. These findings show that the study group is prone to professional burnout. Younger nurses with higher education and shorter overall employment histories are significantly at risk of professional burnout.

Key words: psychiatry, work stress, professional burnout in nurses

Streszczenie

Wprowadzenie. Wypalenie zawodowe pojawia się w sytuacji przewlekłego stresu i dotyczy przede wszystkim grup zawodowych, których istotą jest bliski, angażujący kontakt interpersonalny oraz bezpośrednia praca z ludźmi. Wypalenie zawodowe stanowi konsekwencję braku zgodności między osobą a środowiskiem pracy. To proces, który narasta stopniowo, często w sposób ukryty i trudny do odwrócenia. Pielęgniarki pracujące z chorymi psychicznie zaliczają się do grupy wysokiego ryzyka zespołu wypalenia zawodowego, ponieważ w codziennej pracy są w stałym kontakcie z ludźmi potrzebującymi specjalistycznej opieki.

Cel pracy. Próba oceny stopnia wypalenia zawodowego pielęgniarek psychiatrycznych pracujących na terenie województwa mazowieckiego oraz identyfikacji czynników stresogennych wpływających na to zjawisko.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono w styczniu i lutym 2017 r. i objęto nim 107 pielęgniarek psychiatrycznych zatrudnionych na terenie województwa mazowieckiego. Do realizacji badania posłużyła metoda sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym była ankieta złożona z 2 kwestionariuszy. Pierwszym z nich był zmodyfikowany test Maslach Burnout Inventory (MBI) – Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego Maslach, a drugim standaryzowany General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) – Ocena Zdrowia Psychicznego według D. Goldberga. Analiza statystyczna została wykonana w programie STATISTICA 13.1. Do obliczenia wyników użyto testów: χ^2 , ANOVA Kruskala–Wallisa oraz testu *U* Manna–Whitneya, a za istotne statystycznie przyjęto odpowiedzi z poziomem $p < 0,05$.

Wyniki. Analiza statystyczna obu kwestionariuszy wykazała, że badana grupa pielęgniarek psychiatrycznych jest narażona na zespół wypalenia zawodowego. Z interpretacji obu kwestionariuszy wynika, że 51% ankietowanych jest emocjonalnie wyczerpanych. Aż 46% badanych pielęgniarek przyznaje, że jest przemęczonych bardziej lub znacznie bardziej niż zwykle. W przypadku badanej grupy wykształcenie, wiek, a także staż pracy mają wpływ na stan zdrowia psychicznego, jak również na zjawisko wypalenia zawodowego.

Wnioski. Przeprowadzone badanie wykazało, że badana grupa jest narażona na zjawisko wypalenia zawodowego. Pielęgniarki najbardziej narażone na zjawisko wypalenia zawodowego mają wyższe wykształcenie i należą do młodszej grupy wiekowej.

Słowa kluczowe: psychiatria, stres zawodowy, wypalenie zawodowe pielęgniarek

Introduction

Currently the nursing profession is coming to prominence in healthcare, of which it is an essential part. It plays an important role in promoting health and preventing disease in various areas of human functioning. Nursing staff is the most numerous group of medical personnel employed in medical institutions, and plays a significant role in caring for healthy and ill people.¹ The growth in the significance of professional nursing care is slowly changing the way society perceives this professional group. Society expects nurses to have broader knowledge and more skills than only some years ago. Nurses play a significant role in dealing with patients' mental health challenges.²

Mental burdens, low compensation, inefficient cooperation among medical staff, and difficult communication with patients and their families are important factors in the development of professional stress in nurses.³ Mental health nurses are particularly at risk because their work entails severe and long-term stress caused by patients' unpredictable behavior. The necessity of using direct coercion towards aggressive patients intensifies fear for one's own safety and is a strong indicator for the development of the burnout syndrome. Mental health patients are often reluctant to cooperate, do not want to take medication and may not consent to the treatment, and the period of their hospitalization tends to be long.^{4–7} Ineffective ways of coping with stress and a lack of support from others in difficult situations can lead to the

burnout syndrome, which not only reduces the quality of work, but also precludes further professional development.

Professional burnout is a consequence of dissonance between a person and their working environment. It is a multidimensional and remote response to chronic interpersonal stress at work. It is a process that builds up gradually and steadily, and is usually difficult to reverse. A sense of physical and mental exhaustion is of particular importance for the employee's declining health. The initial symptoms of professional burnout are fatigue, irritability, persistent anger, and impersonal treatment of patients.^{4–7} A general malaise is usually associated with a change in appetite and may affect the employee's weight. Individuals who develop the burnout syndrome appear to have headaches and muscle pain, sleeping disorders, as well as gastric and cardiological problems. The prolonged state of tension and fatigue results in automatic behavior and a tendency toward stereotypical perception of the surrounding reality.⁸ Therefore, it is important to prevent this phenomenon in the workplace because of the effects on the employees' health and productivity, but also for the sake of the patients' well-being.^{9,10}

This work aims to evaluate the level of professional burnout in mental health nurses working in healthcare facilities in the Masovian voivodeship in Poland, and to identify stress-inducing determinants that lead to burnout.

Material and methods

The research was conducted in January and February 2017 on 107 mental health nurses employed in the Masovian voivodeship. Women accounted for 96.3% of the study group and men for 3.7%. At the time of the survey, the average age of the respondents was 49.3 years. The most numerous group (48.6%) were people between 41 and 50 years of age; people aged 50 and over accounted for 43% of the respondents; 8.4% of those surveyed were under 40 years of age (Fig. 1). The respondents' average length of employment in the profession was 25.8 years; 50.5% of the respondents had been in the nursing profession for 25 years or more. The average job seniority in the same workplace was 17.6 years; almost 37% of those surveyed had not changed their workplace for 20 years or longer.

The group's education level was as follows: 54.2% had secondary vocational education and 31.8% had a bachelor's degree, of which almost 29% had the title of Bachelor of Nursing. In total, 20.6% of the respondents had master's degree education, including 8.4% with master's degree in nursing (Fig. 2).

The diagnostic survey was the method used in this study. The research tool consisted of 2 questionnaires. The 1st was a modified and simplified Maslach Burnout Inventory (MBI). The 2nd was Goldberg's General Health Questionnaire (GHQ-28) for mental health evaluation, which is a screening test used to detect mental disorders and the respondent's general mental health status.

The statistical analysis was conducted using the STATISTICA v. 13.1 program (StatSoft Polska, Cracow, Poland). The MBI questionnaires were evaluated with the χ^2 test, while the GHQ-28 responses were compared using the Kruskal–Wallis analysis of variance (ANOVA) test and Mann–Whitney *U* test. Results at the level of $p < 0.05$ were regarded as statistically significant.

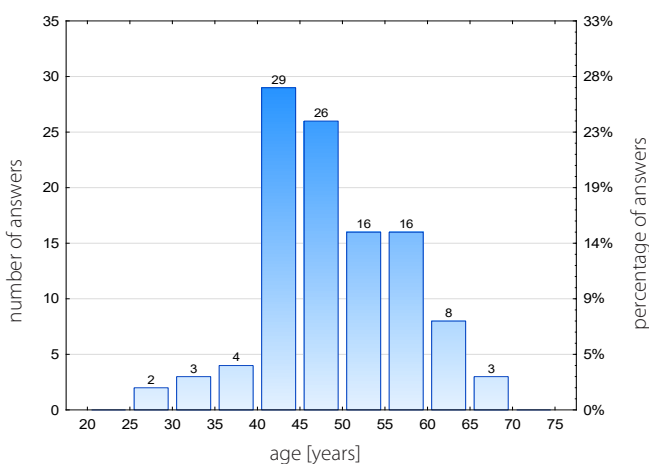


Fig. 1. Age distribution in the studied group

Ryc. 1. Rozkład wieku badanej grupy

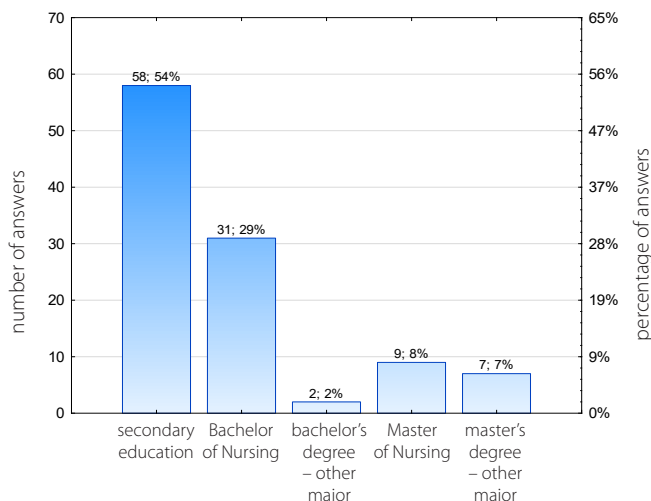


Fig. 2. Education level in the studied group

Ryc. 2. Wykształcenie badanej grupy

Results

The statistical analyses of both questionnaires showed that the group of mental health nurses examined was exhibiting signs of professional burnout. The survey showed that 51% of the respondents were emotionally exhausted (Fig. 3). Additionally, 70% of the respondents declared that at the end of the day they feel "worn out" (Fig. 4). In total, 46% of the respondents felt more or much more overtired than usual (Fig. 5). Tension and nervousness were reported by a total of 83% of the respondents; 21% feel more nervous than usual and 2% much more nervous than usual (Fig. 6). Almost half of the nurses surveyed lack energy in their daily lives (Fig. 7). A total of 29% of respondents declare bigger or much bigger problems with falling asleep (Fig. 8) and 28% of respondents suffer from more frequent headaches (Fig. 9).

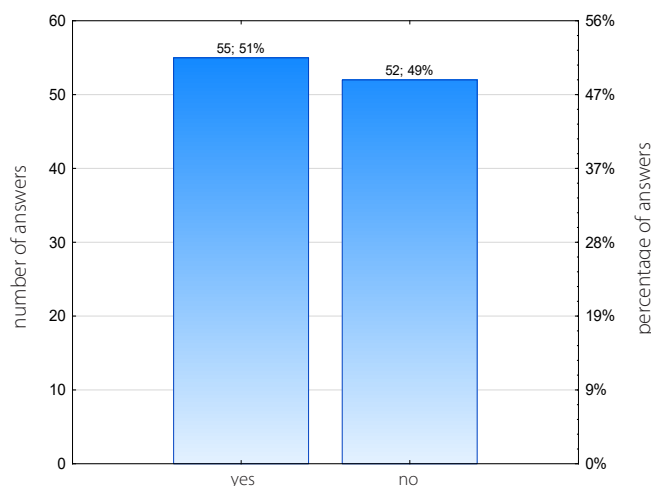


Fig. 3. Answers to the statement "I feel emotionally exhausted because of my work"

Ryc. 3. Odpowiedzi na stwierdzenie „Przez moją pracę czuję się emocjonalnie wyczerpany/wyczerpana”

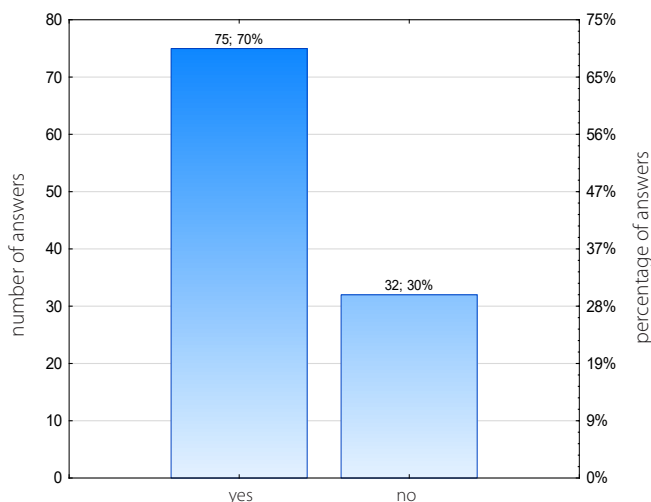


Fig. 4. Answers to the statement "At the end of the working day I feel worn out"

Ryc. 4. Odpowiedzi na stwierdzenie „Na koniec dnia pracy czuję się zużyty/zużyta”

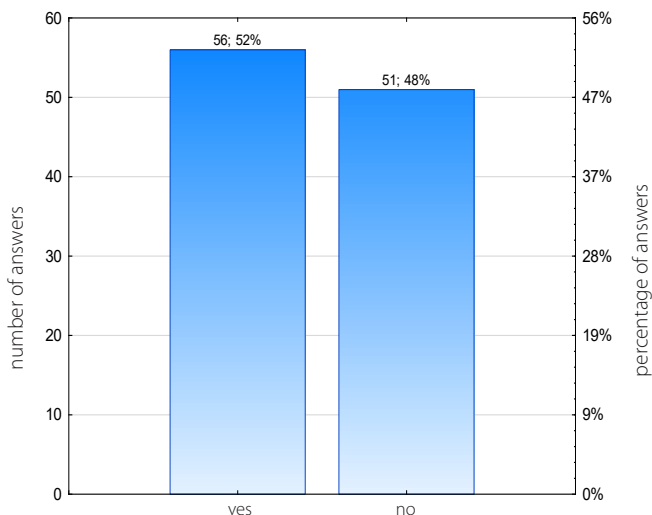


Fig. 7. Answers to the statement "I feel a lot of energy in me"

Ryc. 7. Odpowiedzi na stwierdzenie „Czuję w sobie duże pokłady energii”

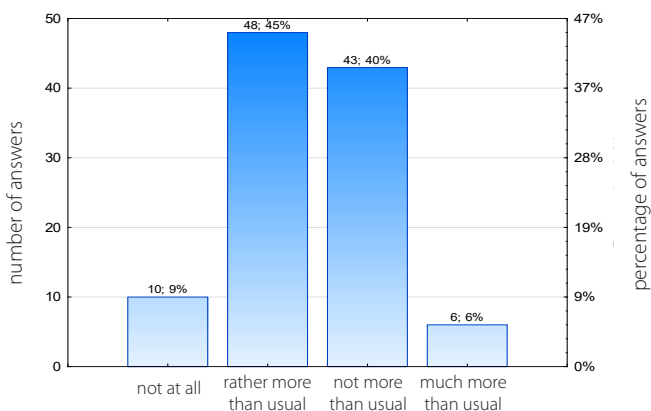


Fig. 5. Answers to the question "Have you ever felt constantly tired?"

Ryc. 5. Odpowiedzi na pytanie „Czy ostatnio czułeś/czowałaś się stale przemęczony/przemęczona?”

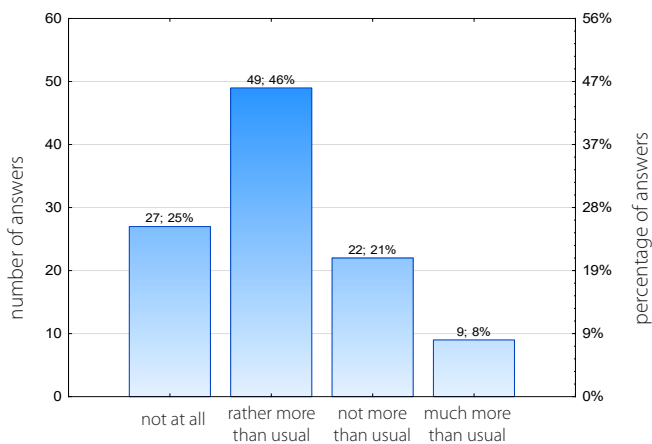


Fig. 8. Answers to the question "Did you recently have difficulty falling asleep again after you woke up?"

Ryc. 8. Odpowiedzi na pytanie „Czy ostatnio miałeś/miałaś po przebudzeniu trudności z ponownym zaśnięciem?”

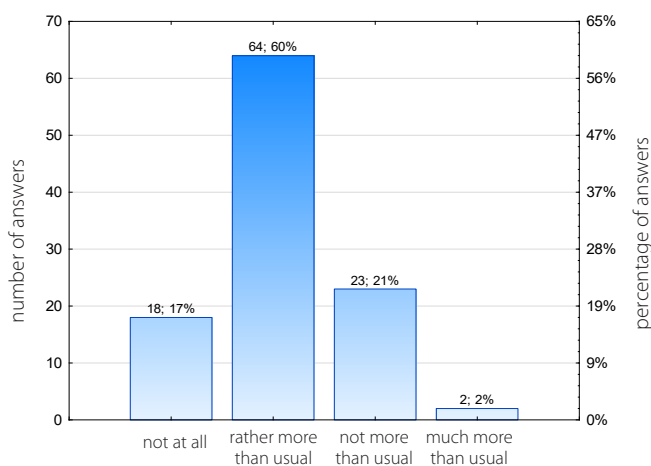


Fig. 6. Answers to the question "Did you recently feel upset and tense all the time?"

Ryc. 6. Odpowiedzi na pytanie „Czy ostatnio czułeś/czowałaś się cały czas zdenerwowany/zdenerwowana i napięty/napięta?”

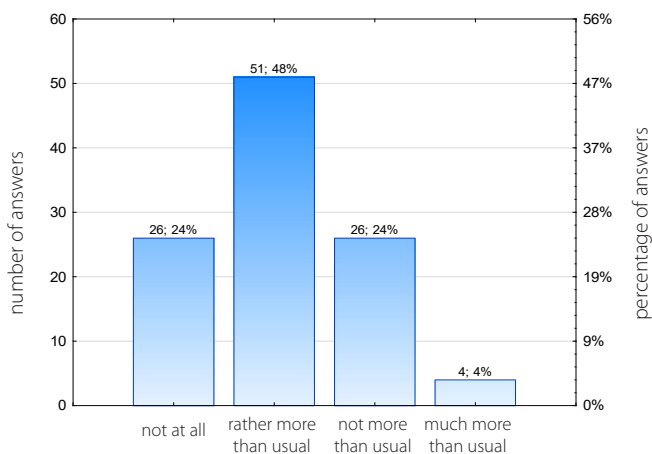


Fig. 9. Answers to the question "Have you had headaches lately?"

Ryc. 9. Odpowiedzi na pytanie „Czy ostatnio miałeś/miałaś bóle głowy?”

The analysis of the questionnaire also showed that in the case of the surveyed group, education, age and job seniority have an impact on mental health as well as on professional burnout. The MBI Professional Burnout Questionnaire adapted to the needs of the study showed that nurses with higher education are much more exposed to occupational burnout, and the GHQ-28 questionnaire showed that nurses under 45 years of age and nurses with higher education are less resistant to stress.

The results of the questionnaire assessing the respondents' mental health status were divided into groups according to age, education, job seniority and seniority in a particular institution, and compared using the Mann–Whitney *U* test. The number of points scored in part A of the questionnaire and the total sum of points were significantly higher in the group of nurses with higher education (Table 1). In other categories, the answers did not differ statistically. Table 2 presents the degree of occupational burnout depending on education.

Statistically, the answers given by nurses with higher education to questions about the situation of the patients they have looked after were significantly different. Nurses with higher education were 3 times more likely than those with secondary education to think that they have objectified patients (Table 3). The study also showed that work in direct contact with people exhausted nurses with higher education twice as much as those with secondary education (Table 4). Nurses in the 30–45-years-of-age group were 2.5 times more inclined to think that they are less compassionate and less interested in the patients' situation (Table 5). Differences are also noticeable in the responses of the respondents regarding solving the patients' problems. Older nurses are more convinced than

their younger colleagues that they manage to effectively solve their patients' problems.

The answers regarding the achievement of career goals in the groups examined were also statistically significant. Nurses over 50 years of age were much more satisfied than their younger colleagues, and convinced that they have achieved more at work (Table 6). The length of time a respondent had spent in the nursing profession as well as seniority at a given workplace also affected the responses: Nurses with shorter service in the profession reported signs of burnout 6 times more frequently than those who had worked longer as nurses (Table 7). Those who had been working as nurses less than 20 years reported that they had become indifferent to people in their environment from the moment they started working in the nursing profession, and declared that they are not interested in the fate of their patients 3 times more often than nurses who had been in the profession longer (Table 8).

In terms of seniority in a given workplace, nurses who had less seniority in a given workplace responded twice as often that they feel tired with a new working day ahead of them. Among nurses with less seniority at their place of employment, 10.7% think that they have become indifferent to people since taking the job, while those with 20 years seniority or more denied becoming indifferent to people since taking the job (Table 9). Nurses with less seniority are twice as likely to fear that they are less compassionate and not concerned with the fate of the patients. Overall, 50% of the nurses surveyed think that some patients and their relatives consider nurses responsible for their problems (Fig. 10).

Issues related to compensation were also significant: 76% of the respondents believed that their salaries are

Table 1. The results of the questionnaire (number of points) assessing the respondents' state of mental health in relation with their level of education

Tabela 1. Liczba punktów uzyskanych w kwestionariuszu oceniającym stan zdrowia psychicznego w zależności od wykształcenia pielęgniarzek

Part of the questionnaire	Average	Average secondary education	Average higher education	Average ranks secondary education	Average ranks higher education	Z	p-value
A – points	2.50	2.02	3.08	47.47	61.72	2.36	0.02
B – points	2.06	1.76	2.41	49.21	59.67	1.74	0.08
C – points	1.22	1.02	1.47	51.71	56.71	0.83	0.41
D – points	0.56	0.55	0.57	53.68	54.38	0.11	0.91
ABCD – total	6.35	5.34	7.53	48.01	61.09	2.17	0.03

Table 2. The points scored in the questions assessing the degree of burnout in relation with the nurses' level of education

Tabela 2. Liczba punktów uzyskanych w kwestionariuszu oceniającym stan zdrowia psychicznego w zależności od wykształcenia pielęgniarzek

Part of the questionnaire	Average number of points	Average secondary education	Average higher education	Average ranks secondary education	Average ranks higher education	Z	p-value
Total 1–14	4.82	3.91	5.90	46.16	63.28	-2.84	0.005
Total 15–22	3.34	3.02	3.71	49.73	59.05	-1.54	0.122
Total 1–22	8.16	6.93	9.61	45.93	63.55	-2.92	0.003

Table 3. The number of responses to the statement “I have the impression that I treat some patients as if they were objects” in relation to the nurses’ level of education

Tabela 3. Liczba odpowiedzi na stwierdzenie „Mam wrażenie, że traktuję niektórych pacjentów, jakby byli przedmiotami” w zależności od wykształcenia pielęgniarek/pielęgniarzy

Answer	Secondary education		Higher education		Total	χ^2	p-value
	n	%	n	%			
Yes	5	8.62	14	28.57	19		
No	53	91.38	35	71.43	88	7.2392	0.0071
Total	58	100.00	49	100.00	107		

n – number of the analyzed characteristic in the sample.

Table 4. The number of responses to the statement “Working with people all day is very tiring for me” in relation to the nurses’ level of education

Tabela 4. Liczba odpowiedzi na stwierdzenie „Bardzo mnie wyczerpuje całodzienna praca z ludźmi” w zależności od wykształcenia pielęgniarek/pielęgniarzy

Answer	Secondary education		Higher education		Total	χ^2	p-value
	n	%	n	%			
Yes	13	22.41	21	42.86	34		
No	45	77.59	28	57.14	73	5.1205	0.0237
Total	58	100.00	49	100.00	107		

Table 5. The number of answers to the statement “I am afraid that my work makes me less compassionate” in relation to the age of the nurses

Tabela 5. Liczba odpowiedzi na stwierdzenie „Obawiam się, że moja praca czyni mnie mniej współczującym” w zależności od wieku pielęgniarek/pielęgniarzy

Answer	Age <50 years		Age ≥50 years		Total	χ^2	p-value
	n	%	n	%			
Yes	24	41.38	9	18.37	33		
No	34	58.62	40	8.63	74	6.5943	0.0102
Total	58	100.00	49	100.00	107		

Table 6. The number of responses to the statement “I manage to effectively solve my patients’ problems” in relation to the age of nurses

Tabela 6. Liczba odpowiedzi na stwierdzenie „Udaje mi się skutecznie rozwiązywać problemy moich pacjentów” w zależności od wieku pielęgniarek/pielęgniarzy

Answer	Age <50 years		Age ≥50 years		Total	χ^2	p-value
	n	%	n	%			
Yes	25	43.10	31	63.27	56		
No	33	56.90	18	36.73	51	4.3282	0.0375
Total	58	100.00	49	100.00	107		

important in their lives and 98% declared that their compensation is too low (Fig. 11, 12).

The analysis of the GHQ-28 questionnaire showed that the group of nurses examined is exposed to stress.

Table 7. Number of responses to the statement “I have become indifferent to people since I’ve been doing this job” in relation to the number of years in the nursing profession

Tabela 7. Liczba odpowiedzi na stwierdzenie „Stałem/stałam się obojętny/obojętna wobec ludzi, odkąd wykonuję tę pracę” w zależności od liczby lat w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza

Answer	Job seniority <25 years		Job seniority ≥25 years		Total	χ^2	p-value
	n	%	n	%			
Yes	6	11.32	1	1.85	7		
No	47	88.68	53	98.15	100	3.9224	0.0477
Total	53	100.00	54	100.00	107		

Table 8. Number of responses to the statement “In fact, I’m not interested in what will happen to some patients” in relation to the number of years in the nursing profession

Tabela 8. Liczba odpowiedzi na stwierdzenie „W rzeczywistości nie interesuje mnie, co się stanie z niektórymi pacjentami” w zależności od liczby lat w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza

Answer	Job seniority <25 years		Job seniority ≥25 years		Total	χ^2	p-value
	n	%	n	%			
Yes	23	43.40	8	14.81	31		
No	30	56.60	46	85.19	76	10.6181	0.0011
Total	53	100.00	54	100.00	107		

Table 9. Number of responses to the statement “I have become indifferent to people since I took this job” in terms of the nurses’ seniority at a given place of work

Tabela 9. Liczba odpowiedzi na stwierdzenie „W rzeczywistości nie interesuje mnie, co się stanie z niektórymi pacjentami” w zależności od stażu w danym miejscu pracy

Answer	Seniority at the workplace <20 years		Seniority at the workplace ≥20 years		Total	χ^2	p-value
	n	%	n	%			
Yes	7	10.77	0	0.00	7		
No	58	89.23	42	100.00	100	4.8397	0.0278
Total	65	100.00	42	100.00	107		

Younger and better educated nurses are also less resistant to stress. Overall, 6% of the respondents confessed to suicidal thoughts (Fig. 13). The number of points scored in the part of the questionnaire concerning stress and the total number of points were significantly higher in the group of nurses with higher education.

Professional burnout is widespread among mental health nurses. The study shows that about half of the respondents experience work-related stress. The lowest level of professional burnout prevailed among nurses aged 50 and above. High levels of professional burnout were observed in nurses in the 30–45-years-of-age group, in which the nurses most often had higher education. High levels of professional stress also appeared

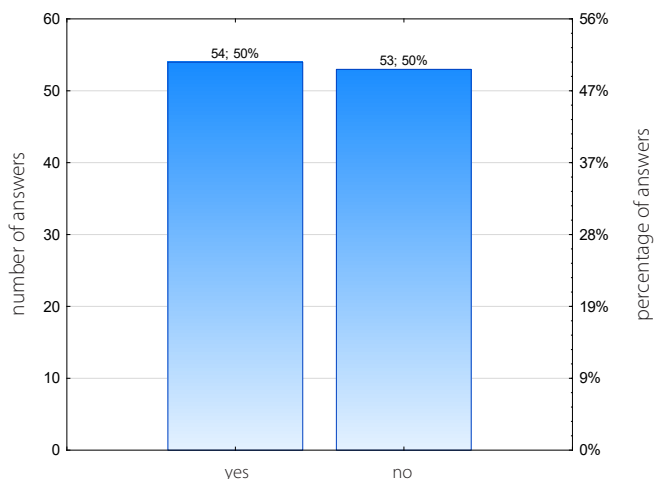


Fig. 10. Answers to the statement “I have the impression that some patients and their relatives think that I am responsible for their problems”

Ryc. 10. Odpowiedzi na stwierdzenie „Mam wrażenie, że niektórzy pacjenci i ich krewni sądzą, iż to ja ponoszę odpowiedzialność za ich problemy”

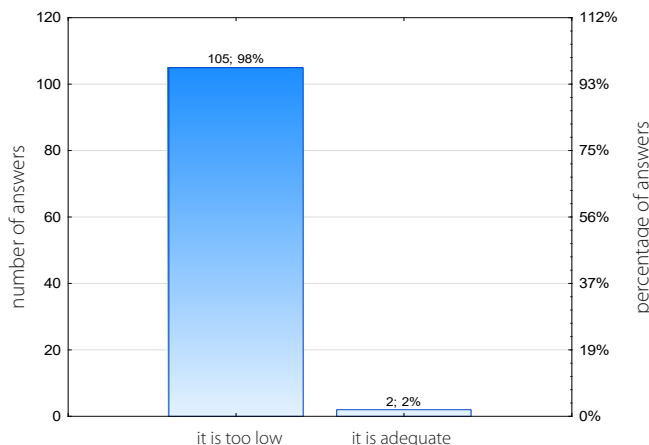


Fig. 12. Relation to the amount of own salary. Answers to the question “Please, mark the right answer”

Ryc. 12. Stosunek do wysokości własnego wynagrodzenia. Odpowiedzi na pytanie „Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź”

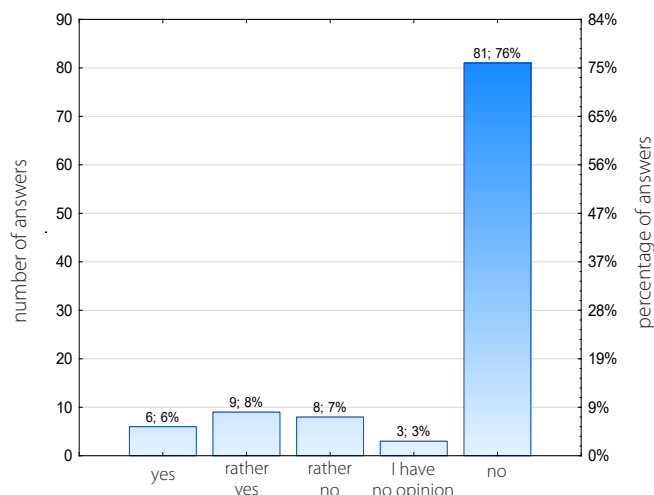


Fig. 11. Answers to the question “Some people claim that the amount of remuneration for work is irrelevant – they work not for money. Can you say the same about yourself?”

Ryc. 11. Odpowiedzi na pytanie „Niektóre osoby twierdzą, że wysokość wynagrodzenia za pracę jest nieistotna – pracują nie dla pieniędzy. Czy może Pan/Pani to samo powiedzieć o sobie?”

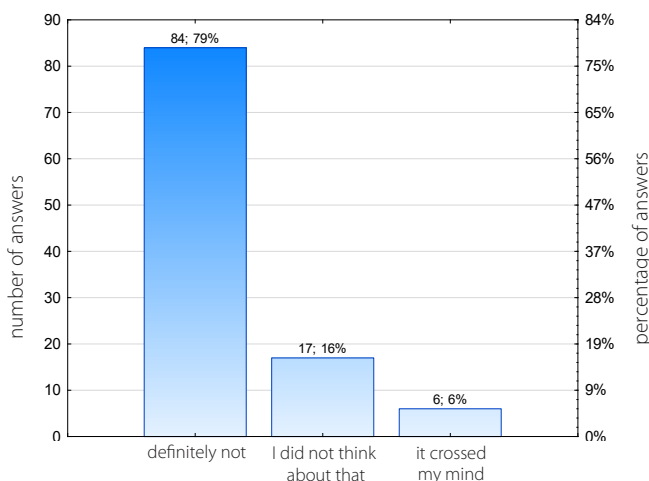


Fig. 13. Answers to the question “Have you recently thought about the possibility of taking your own life?”

Ryc. 13. Odpowiedzi na pytanie „Czy ostatnio myślałeś/myślałaś o możliwości odebrania sobie życia?”

among nurses with brief work experience (1–12 years). A statistically significant correlation was found between mental health nurses’ level of education and the phenomenon of professional burnout. However, it should be noted that in the case of nurses, education is related to age: Nurses under 50 usually have higher education, whereas older ones have secondary education, due to a change in the education system. Therefore, these 2 age groups were analyzed separately, and in both age groups nurses with higher education scored significantly more points on questions evaluating burnout.

A study conducted by Nowakowska and Rasińska on a group of 405 respondents employed in various hospital

departments, including psychiatric departments, showed that 48% of the respondents were at risk of occupational burnout: 74% of the respondents experienced burnout symptoms in contact with patients.¹¹ As in the current study, this finding correlates with shorter work experience.

From a study conducted by Klejda and Szewczyk, which included a group of 50 nurses working in 1 hospital in the Lublin voivodeship in Poland, the respondents considered their work environment stress-inducing. Job satisfaction was felt by 64%, while 36% were not satisfied with their job; in the self-assessment, 12% declared that they were experiencing professional burnout and that they were burdened by excessive work and problematic personal lives. Emotional exhaustion affected 30% of the respondents.¹² Divisions into age, education and work experience were not taken into account in that study.

A study carried out by Grzywna and Cieślak on 70 nurses who work in mental health departments showed that 87.1% of the respondents consider their work environment stress-inducing. The risk of physical danger was the main source of stress for 83% of the respondents. The nurses surveyed also identified stressful interpersonal relationships as a problem in their work environment. The most stressful were relations with the patients' families (41.4%) and with the patients themselves (35.7%). Most of the respondents (80%) said that at the end of the day they feel worn out, and nearly 23% of the respondents felt that everyday work with people is exhausting.¹³

While analyzing the literature reporting the results of empirical research, the influence of socio-demographic factors on the appearance of symptoms of occupational burnout was noted. The most frequently mentioned factors are age, sex, education, marital status, and job seniority. According to Maslach et al., nurses employed longer at a given institution more often experience burnout related to work and contact with patients, whereas nurses with less seniority are more exposed to personal burnout.¹⁴ In the present study, this thesis was confirmed in the case of employees working for shorter periods.

Conclusions

The study showed that the group of mental health nurses examined was exposed to professional burnout. Higher education was the factor that most strongly correlated with professional burnout in this group of respondents.

The results of the survey indicate that nurses aged between 25 and 45 are more exposed to stress and professional burnout. Employees under 45 years of age are more affected by the burnout syndrome.

In the study group, fatigue and exhaustion were the most frequent somatic symptoms of burnout.

Insufficient compensation affects the nurses' level of dissatisfaction and has an indirect impact on the development of burnout.

Because younger nurses with less job seniority display more features of professional burnout, attention should be paid to the environment in which they start their work in the profession – whether it is favorable and friendly or unwilling to accept new, usually better educated nurses. Or maybe nurses starting out in the profession have excessively high expectations? This phenomenon requires a deeper analysis of the subject.

ORCID iD

Aleksandra Łucja Łopatkiewicz  <https://orcid.org/0000-0002-8156-1103>

References

1. Perneger TV, Staines A, Kundig F. Internal consistency, factor structure and construct validity of the French version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture. *BMJ Qual Saf.* 2014;23(5):389–397. doi:10.1136/bmjqs-2013-002024
2. The Health Foundation. Measuring Safety Culture. <http://www.health.org.uk/sites/default/files/MeasuringSafetyCulture.pdf>. London, UK: The Health Foundation; 2011.
3. Arain M, Campbell MJ, Cooper CL, Lancaster GA. What is a pilot or feasibility study? A review of current practice and editorial policy. *BMC Med Res Methodol.* 2010;10:67. doi:10.1186/1471-2288-10-67
4. Sorra JS, Dyer N. Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:199. doi:10.1186/1472-6963-10-199
5. Sarac C, Flin R, Kathryn Mearns K, et al. Hospital survey on patient safety culture: Psychometric analysis on a Scottish sample. *BMJ Qual Saf.* 2011;20(10):842–848. doi:10.1136/bmjqs.2010.047720
6. Sorra J, Gray L, Streagle S, et al. AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide. (Prepared by Westat, under Contract No. HHS290201300003C). AHRQ Publication No. 15-0049-EF (Replaces 04-0041). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. January 2016. <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html>. Accessed on January 3, 2020.
7. Fan W, Yan Z. Factors affecting response rates of the web survey: A systematic review. *Comput Human Behav.* 2010;26(2):132–139. doi:10.1016/j.chb.2009.10.015
8. Smits M, Dingelhoff IC, Wagner C, et al. The psychometric properties of the Hospital Survey on Patient Safety Culture in Dutch hospitals. *BMC Health Serv Res.* 2008;8:230.
9. Robida A. Hospital Survey on Patient Safety Culture in Slovenia: A psychometric evaluation. *Int J Qual Health Care.* 2013;25(4):469–475. doi:10.1093/intqhc/mzt040
10. Olsen E. Reliability and validity of the hospital survey on patient safety culture at a Norwegian hospital. In: Øvretveit J, Sousa P, eds. *Quality and Safety Improvement Research*. Lisbon, Portugal: National School of Public Health; 2008:173–186.
11. Nowakowska I, Rasińska R. Związek wybranych czynników socjodemograficznych z wypaleniem zawodowym wśród pielęgniarek. *Piel Pol.* 2014;1(51):26–33. <http://www.pielęgniarstwo.ump.edu.pl/article.php?id=4>. Accessed on January 3, 2020.
12. Klejda A, Szewczyk L. Syndrom wypalenia zawodowego w pracy pielęgniarek psychiatrycznych. *Aspekty Zdrowia i Choroby.* 2016;1(1):21–29. <http://www.wydawnictwo.wsei.eu/index.php/azch/article/view/363>. Accessed on January 3, 2020.
13. Grzywna T, Cieślak A. Praca pielęgniarki w oddziale psychiatrycznym zamkniętym a zespół wypalenia zawodowego. *Ann UMCS Sect D.* 2003;13(86):465–469.
14. Maslach C, Shaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Ann Rev Psychol.* 2001;51:397–422. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.397

Samoocena zdrowia i funkcjonowania osób z chorobą nowotworową

Health self-assessment and functioning of people with cancer

Ewa Smoleń^{1,C,D,F}, Magdalena Słysz^{1,A-C}, Karolina Hombek^{1,A-C}, Magdalena Jarema^{1,A-C}, Krzysztof Kalita^{2,C,E,F}

¹ Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Grodka w Sanoku, Sanok, Polska

² Biuro Badań i Analiz Statystycznych, Rzeszów, Polska

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082-9876 (print), ISSN 2451-1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2020;10(1):27–34

Adres do korespondencji

Ewa Smoleń

e-mail: ewasmolen@op.pl

Zewnętrzne źródła finansowania

Brak

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 4.02.2018 r.

Po recenzji: 16.06.2018 r.

Zaakceptowano do druku: 9.09.2019 r.

Streszczenie

Wprowadzenie. Subiektywna ocena sytuacji życiowej pomaga w procesie adaptacji do trudnej sytuacji choroby. Uwzględnienie opinii chorych dotyczącej skutków choroby nowotworowej i leczenia czyni ich aktywnymi partnerami w procesie leczenia.

Cel pracy. Poznanie subiektywnej oceny stanu zdrowia oraz funkcjonowania osób chorych na nowotwory będących w trakcie leczenia onkologicznego.

Materiał i metody. Badaniem objęto 229 losowo dobranych osób hospitalizowanych z powodu chorób nowotworowych w Szpitalu Specjalistycznym w Brzozowie – Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym im. ks. B. Markiewicza. Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, a techniką ankieta. Zastosowano autorski kwestionariusz ankiety. Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą testów: *U* Manna–Whitneya, *Kruskala–Wallisa* oraz miary symetrycznej *V* Craméra z wykorzystaniem testu χ^2 . Przyjęto poziom istotności statystycznej $p \leq 0,05$.

Wyniki. Ponad połowa pacjentów chorych na nowotwory (67,7%) wskazała na pełną samodzielność w codziennym funkcjonowaniu. Ograniczoną samodzielność deklarowali częściej chorzy poddani 3 metodom leczenia: operacyjnemu, radioterapii i chemioterapii, natomiast rzadziej jedynie po leczeniu operacyjnym. Pełna samodzielność była częściej wskazywana przez osoby pracujące zawodowo niż będące na rencie/emeryturze i na zasiłku. Wyżej stan zdrowia oceniły kobiety oraz osoby pracujące. Rodzaj nowotworu, wiek badanych, miejsce zamieszkania, wykształcenie i stan cywilny nie miały związku z samooceną stanu zdrowia oraz funkcjonowania osób chorych na nowotwory. Im większa samodzielność, tym wyższa samoocena stanu zdrowia osób zmagających się z chorobą nowotworową.

Wnioski. Chorzy na nowotwory ocenili swój stan zdrowia oraz codzienne funkcjonowanie na średnim poziomie. Rodzaj choroby nowotworowej oraz czynniki socjodemograficzne, z wyjątkiem płci i aktywności zawodowej, nie różnicowały funkcjonowania w życiu codziennym oraz nie wpływały na samoocenę stanu zdrowia osób zmagających się z chorobą nowotworową. Z badań wynika, że samoocena stanu zdrowia oraz funkcjonowania uwarunkowana jest chorobą nowotworową.

Słowa kluczowe: pacjenci, samoocena, zdrowie, choroby nowotworowe, czynniki socjodemograficzne

Cytowanie

Smoleń E, Słysz M, Hombek K, Jarema M, Kalita K. Samoocena zdrowia i funkcjonowania osób z chorobą nowotworową. *Piel Zdr Publ.* 2020;10(1):27–34. doi:10.17219/pzp/112224

DOI

10.17219/pzp/112224

Copyright

© 2020 by Wrocław Medical University

This is an article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Abstract

Background. The subjective assessment of the life situation helps in the process of adaptation to the difficult situation of being ill. Taking into account the opinions of patients regarding the effects of cancer and treatment makes them active partners in the treatment process.

Objectives. Understanding the subjective assessment of the health and functioning of individuals with cancer during oncological treatment.

Material and methods. The study involved 229 randomly selected individuals hospitalized for cancer in Fr. B. Markiewicz Specialist Hospital of the Podkarpackie Oncological Center in Brzozów. The research method were a diagnostic survey and a survey technique. An original questionnaire was used. The statistical analysis was carried out using the following tests: *U* Mann–Whitney, Kruskal–Wallis and the symmetric *V* Cramér measure based on the χ^2 test. The assumed level of statistical significance was $p \leq 0.05$.

Results. More than half of patients with cancer (67.7%) indicated full independence in everyday functioning. Limited functioning was declared more often by patients undergoing 3 treatment methods: surgery, radiotherapy and chemotherapy, while less frequently only by those after surgery. Full independence was more often indicated by individuals working professionally than being on retirement/pension and benefits. Women and working individuals were rated higher. The type of cancer, age of the respondents, place of residence, education, and marital status were not related to the self-assessment of the health status and functioning of individuals with cancer. The greater the independence, the higher the health self-assessment of individuals with cancer.

Conclusions. Oncological patients assessed their state of health and daily functioning on a medium level. The type of cancer and sociodemographic factors, except for gender and professional activity, did not differentiate the functioning in everyday life and the self-assessment of the health status of individuals with cancer. As results from the research, health self-assessment and functioning is conditioned by cancer.

Key words: patients, self-assessment, health, cancer, sociodemographic factors

Wprowadzenie

W piśmiennictwie można spotkać wiele definicji zdrowia. Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO) odnosi je nie tylko do osób zdrowych, ale i chorych.¹ Zdrowie oznacza więc nie tylko brak choroby lub kalectwa, ale również stan pełnego psychicznego, umysłowego i społecznego dobrego samopoczucia (dobrostanu).² Zdrowie to jedna z najważniejszych wartości w życiu każdego człowieka.³ W medycynie często przeciwstawia się pojęcie zdrowia i choroby, a tak naprawdę tworzą one całość. Zdrowie to zdolność do uzyskania równowagi między fizycznym i psychicznym stanem organizmu, czyli stanu tzw. równowagi biopsychospołecznej. Jest zmienne w czasie i warunkuje je wiele czynników, m.in. o charakterze osobistym, społeczno-ekonomicznym i kulturowym, a także rozwój nauki i techniki. Dążenie do utrzymania zdrowia oraz odzyskania go w chorobie motywuje jednostkę do działania.¹

Na poczucie zdrowia składają się nie tylko wskaźniki badań klinicznych, lecz także subiektywna ocena stanu zdrowia, która stanowi wypadkową stanu psychofizycznego.⁴ Dobry stan zdrowia ma związek z pozytywnym traktowaniem własnego ciała. Niepodważalne jest, że zdrowie wpływa na większą satysfakcję z życia i optymalne wykorzystanie jego możliwości niezależnie od wieku.⁵ Zdrowie to wartość, która pozwala realizować własne aspiracje życiowe, a jednocześnie jest zasobem sprzyjającym rozwojowi społecznemu oraz gospodarstwu. Samoocena stanu zdrowia (ang. *self-rated health* – SRH) to szeroko stosowany w badaniach społecznych wskaźnik jakości życia.^{1,6} Według WHO wskaźnik samooceny stanu zdrowia

to ważny wskaźnik oceny zdrowia populacji, pozwalający określić, jak dana osoba ocenia swoją zdolność do codziennego funkcjonowania.³ Subiektywna ocena sytuacji życiowej i zdrowotnej pomaga pracownikom ochrony zdrowia w procesie adaptacji pacjentów do trudnej sytuacji choroby. Uwzględnienie opinii chorych dotyczącej skutków choroby nowotworowej i terapii czyni ich aktywnymi partnerami w procesie leczenia.²

Nowotwory stanowią jedną z głównych globalnych przyczyn wysokiego poziomu zachorowalności i umieralności, zwłaszcza osób przed 65. r.ż. W 2014 r. w Polsce stanowiły one drugą przyczynę zgonów kobiet (24,0%) i mężczyzn (27,0%). Zachorowalność mężczyzn na nowotwory utrzymuje się na stałym poziomie, natomiast zwiększa się w przypadku kobiet.⁷ W Polsce jedna trzecia osób w wieku 45–64 lat umiera z powodu nowotworów złośliwych. Częściej dotyczy to mężczyzn (25,9%) niż kobiet (22,8%).⁸ Choroby nowotworowe stanowią istotne zagrożenie dla zdrowia i życia Polaków. Są problemem demograficznym oraz społeczno-ekonomicznym. Prognozuje się, że w przyszłości będą stanowić główną przyczynę zgonów osób przed 65. r.ż.⁹ W 2014 r. w Polsce zarejestrowano 159,2 tys. nowych zachorowań na nowotwory złośliwe oraz 96,6 tys. zgonów z powodu nowotworów. Z danych wynika, że w naszym kraju z chorobą nowotworową żyje ok. 574 tys. osób, w przypadku których rozpoznanie choroby nastąpiło w ciągu ostatnich 10 lat. U mężczyzn dominującym nowotworem jest rak płuca, a następnie rak gruczołu krokowego, jelita grubego oraz pęcherza moczowego. W populacji kobiet pierwsze miejsce zajmują nowotwory piersi. W dalszej kolejności są nowotwory płuca, trzonu macicy oraz jelita grubego. Jeśli chodzi o umieralność, to w obu grupach na

pierwszym miejscu jest nowotwór płuc, natomiast na drugim u kobiet rak piersi, a u mężczyzn rak prostaty. Trzecie miejsce w obu grupach należy do raka okrężnicy.¹⁰

Rozpoznanie nowotworów wpływa na jakość życia w wymiarze psychicznym i fizycznym oraz społecznym. Choroba nowotworowa ma wszechstronny wpływ na jakość życia już od momentu jej zdiagnozowania. Zmniejsza zdolność do aktywności i prowadzi do obniżenia samooceny stanu zdrowia u chorych. Dodatkowo proces leczenia rodzi problemy natury finansowej, emocjonalnej, społecznej i osobistej.^{11,12} W postępowaniu medycznym podejmuje się więc działania poprawiające jakość życia. Zalicza się do nich m.in. właściwą terapię oraz pomoc w akceptacji choroby.¹¹ W opiece onkologicznej istotne znaczenie ma kompleksowość podejmowanych działań, które obejmują leczenie oraz zapewnienie wysokiej jakości życia i zdrowia po jego zakończeniu.⁸ Poznanie samooceny stanu zdrowia dokonywanej przez pacjenta to ważny element w leczeniu i pielęgnowaniu, pozwalający na zaangażowanie chorego w te procesy.

Chorobę nowotworową charakteryzuje indywidualny przebieg – ze względu na sam rodzaj nowotworu oraz stadium rozwoju i metodę leczenia. Zaburza ona funkcjonowanie w sferach biopsychosocjalnej i duchowej. Osoba chora musi przewartościować swoje życie i podjąć walkę z chorobą.¹² W sytuacji choroby ocena aktualnego stanu zdrowia nabiera szczególnego znaczenia.⁶ Niezależnie od problemów zdrowotnych wynikających z choroby pacjent jest w stanie trafnie ocenić swoją aktywność i stan własnego zdrowia.⁵

Pomiar jakości życia uwarunkowanej zdrowiem to w ostatnich latach kluczowy parametr służący do oceny wpływu choroby i leczenia na codzienne funkcjonowanie.¹³ Jego istotnym elementem jest badanie samooceny stanu zdrowia – najczęściej osób zdrowych w różnych grupach wiekowych.³ Takie badanie należy także przeprowadzać wśród osób zmagających się z chorobami przewlekłymi, w tym nowotworowymi. Poznanie czynników warunkujących samoocenę zdrowia i funkcjonowania w chorobie umożliwia podjęcie działań podnoszących jakość życia.

Głównym celem badań było poznanie samooceny stanu zdrowia oraz funkcjonowania osób chorych na nowotwory będących w trakcie leczenia onkologicznego. Dodatkowo sformułowano także cele szczegółowe:

- określenie czynników socjodemograficznych i zdrowotnych różnicujących samoocenę stanu zdrowia badanych chorujących na nowotwory;
- określenie czynników socjodemograficznych i zdrowotnych różnicujących samoocenę funkcjonowania badanych chorujących na nowotwory.

Materiał i metody

Badaniem objęto 229 osób hospitalizowanych z powodu choroby nowotworowej w Szpitalu Specjalistycznym w Brzozowie – Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym

im. ks. B. Markiewicza. Badania prowadzono od czerwca do października 2015 r. Na prowadzenie badań uzyskano zgodę kadry zarządzającej zakładem opieki zdrowotnej, w którym przebywali pacjenci. Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, a techniką ankieta. Zastosowano autorski kwestionariusz ankiety. Składał się on z 19 pytań, z których 6 dotyczyło sytuacji socjodemograficznej ankietowanych. Pozostałe 11 pytań odnosiło się do sytuacji zdrowotnej badanych, tj.: czasu od rozpoznania i podjęcia leczenia choroby nowotworowej, rodzaju nowotworów w rodzinie oraz, u samych badanych, metody leczenia, występowania bólu, jego umiejscowienia i nasilenia oraz zastosowanej terapii przeciwbólowej. W jednym z pytań poproszono badanych o dokonanie samooceny funkcjonowania w życiu codziennym. Istotnym elementem w tej części kwestionariusza była także samoocena stanu zdrowia pacjentów. W tym przypadku ankietowani posługiwali się 5-stopniową skalą Likerta, przy czym 1 oznaczało najniższą ocenę, a 5 – najwyższą. Oceny bólu pacjenci dokonywali wg numerycznej skali oceny bólu Numeric Rating Scale (NRS), w której 0 oznaczało brak bólu, a 10 – ból najsilniejszy możliwy do wytrzymania. Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą testów: *U* Manna–Whitneya, Kruskala–Wallisa oraz miary symetrycznej *V* Craméra z wykorzystaniem testu χ^2 . Przyjęty poziom istotności statystycznej wyniósł $p \leq 0,05$. W celu weryfikacji hipotez został wykorzystany dla pytań na skalach nominalnych test *V* Craméra opierający się na teście χ^2 , informujący o sile zależności między zmiennymi w tabelach krzyżowych. W sytuacji, gdy zmienna zależna była na skali ilościowej/porządkowej, a niezależna na jakościowej, zastosowano nieparametryczny test *U* Manna–Whitneya (dla 2 prób) oraz Kruskala–Wallisa (dla więcej niż 2 prób).

Średnia wieku w badanej grupie wyniosła 56,1 roku. Najmłodsza osoba miała 18 lat, a najstarsza 84 lata. Najwięcej pacjentów było w wieku 61–70 lat (24,9%), natomiast znacznie mniej miało 51–60 lat (22,3%) i 41–50 lat (21,8%). Osób w wieku powyżej 71 lat było 16,6%, natomiast najmniejszy odsetek stanowili ankietowani w wieku poniżej 40 lat (14,4%). W związku małżeńskim/partnerskim żyło 66,4% osób, a stan wolny deklarowało 33,6% ogółu badanych. Kobiety stanowiły 59,0%, a mężczyźni 41,0% ankietowanych osób. Największy odsetek deklarował wykształcenie średnie (44,1%) oraz zawodowe (30,1%). Wykształcenie podstawowe miało 10,0% ankietowanych, a wyższe – 15,7%. Na rencie/emeryturze było 58,1% respondentów, natomiast osoby aktywne zawodowo stanowiły 27,1% ogółu badanych. Pobieranie zasiłku wskazało 11,8% ankietowanych, a inne źródła utrzymania podało 4,0% osób. Mieszkańcy wsi stanowili 45,9%, a miast 54,1% ogółu badanych. Najczęstszymi nowotworami w badanej grupie były rak piersi (18,3%), rak jelita grubego (17,5%) oraz rak kości i skóry (15,3%). Nowotwory układu pokarmowego stanowiły 13,5% wszystkich nowotworów w badanej grupie. Nowotwory narządów rodnych występowały u 11,8% respondentów. Pacjentów chorujących na raka płuca było 6,6%,

układu krwiotwórczego – 5,2%, a układu moczowego – 4,8%. Pozostali respondenci – 7,0% – chorowali na inne typy nowotworów i zostali przyporządkowani do grupy „inne nowotwory”.

Wyniki

Samoocena stanu zdrowia była równa 3,16, co wskazuje, że ankietowani ocenili go na średnim poziomie (tabela 1). Średnia ocena dolegliwości bólowych w badanej grupie wyniosła 3,38 i była na niskim poziomie (tabela 1).

Większość pacjentów zmagających się z chorobą nowotworową (67,7%) wskazała na pełną samodzielność w codziennym funkcjonowaniu. Niemal co trzeci chory (32,3%) zadeklarował ograniczoną samodzielność. Ograniczone funkcjonowanie deklarowali najczęściej chorzy poddani leczeniu 3 metodami: operacyjną, radioterapią oraz chemioterapią (45,9%), a najrzadziej pacjenci leczeni tylko operacyjnie (12,2%; $p = 0,02$) – tabela 2. Pełną samodzielność wykazywały najczęściej osoby leczone tylko operacyjnie (10,3%). Wyniki przedstawiono w tabeli 2.

Osoby pracujące zawodowo częściej deklarowały pełną samodzielność (88,7%) niż będące na zasiłku (52,9%) oraz na rencie/emeryturze (61,7%; $p < 0,001$) – tabela 3. Ograniczoną samodzielność najczęściej wskazywali pacjenci pobierający zasiłek (47,1%), a najrzadziej pracujący (11,3%; $p < 0,001$) – tabela 3.

Tabela 1. Charakterystyka sytuacji klinicznej badanych osób

Table 1. Characteristics of the clinical situation of the subjects

Sytuacja kliniczna badanych	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Samoocena stanu zdrowia	229	3,16	3,00	0,82	1,0	5,0
Nasilenie dolegliwości bólowych	215	3,38	3,00	2,15	1,0	10,0

n – liczebność badanej cechy w próbie; *M* – średnia; *Me* – mediana; *SD* – odchylenie standardowe; *Min* – wartość minimalna; *Max* – wartość maksymalna.

Tabela 4. Samoocena funkcjonowania w życiu codziennym z uwzględnieniem rodzaju nowotworu u hospitalizowanych pacjentów

Table 4. Self-assessment of functioning in everyday life taking into account the type of cancer in hospitalized patients

Samoocena funkcjonowania	Rodzaj nowotworu										Ogółem
	piersi	jelita grubego	kości i szpiczak mnogi oraz skóry	układu pokarmowego	płuca	krwi i układu krwiotwórczego	układu moczowego	narządów rodnych	inne		
Pełna samodzielność	<i>n</i>	30	23	18	23	12	10	8	20	11	155
	%	71,4	57,5	51,4	74,2	80,0	83,3	72,7	74,1	68,8	67,7
Częściowo ograniczona samodzielność	<i>n</i>	12	17	17	8	3	2	3	7	5	74
	%	28,6	42,5	48,6	25,8	20,0	16,7	27,3	25,9	31,3	32,3
Ogółem	<i>n</i>	42	40	35	31	15	12	11	27	16	229
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

$p = 0,26$.

Tabela 2. Samoocena funkcjonowania w życiu codziennym a metoda leczenia osób chorych na nowotwory

Table 2. Self-assessment of functioning in everyday life and treatment method in individuals with cancer

Metoda leczenia	Samoocena funkcjonowania		Ogółem	
	pełna samodzielność	częściowo ograniczona samodzielność		
Operacyjna	<i>n</i>	16	9	25
	%	10,3	12,2	10,9
Operacyjna/radioterapia/chemioterapia	<i>n</i>	44	34	78
	%	28,4	45,9	34,1
Radioterapia/chemioterapia	<i>n</i>	95	31	126
	%	61,3	41,9	55,0
Ogółem	<i>n</i>	155	74	229
	%	100,0	100,0	100,0

$p = 0,02$; V Craméra = 0,19; $\chi^2 = 8,12$.

Tabela 3. Samoocena funkcjonowania w życiu codziennym a aktywność zawodowa osób zmagających się z chorobą nowotworową

Table 3. Self-assessment of functioning in everyday life and professional activity in individuals with cancer

Table 3. Self-assessment of functioning in everyday life and professional activity in individuals with cancer

Samoocena funkcjonowania	Aktywność zawodowa			Ogółem	
	praca	zasiłek	renta/emerytura		
Pełna samodzielność	<i>n</i>	55	18	82	155
	%	88,7	52,9	61,7	67,7
Częściowo ograniczona samodzielność	<i>n</i>	7	16	51	74
	%	11,3	47,1	38,3	32,3
Ogółem	<i>n</i>	62	34	133	229
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

$p < 0,01$; V Craméra = 0,28; $\chi^2 = 18,12$.

Z badań własnych wynika, że samoocena funkcjonowania w życiu codziennym hospitalizowanych chorych nie była zróżnicowana w zależności od rodzaju nowotworu ($p = 0,16$) – tabela 4. Płeć ($p = 0,64$), wiek ($p = 0,49$), miejsce zamieszkania ($p = 0,56$), wykształcenie ($p = 0,11$), stan

cywilny ($p = 0,79$) nie miały związku z samooceną funkcjonowania osób zmagających się z chorobą nowotworową.

Lepszy stan zdrowia (3,31) zadeklarowały osoby pracujące zawodowo, natomiast gorszy (2,74) będące na zasiłku ($p = 0,003$) – tabela 5.

Kobiety chore na nowotwory oceniły swój stan zdrowia korzystniej (3,25) niż mężczyźni (3,02; $p = 0,03$) – tabela 6.

Samoocena stanu zdrowia u pacjentów nie była zróżnicowana w zależności od rodzaju nowotworu ($p > 0,1$) – tabela 7.

Osoby w pełni samodzielne (3,30) w porównaniu z chorymi deklarującymi ograniczoną samodzielność (2,85) wyżej oceniły swój stan zdrowia ($p < 0,0001$) – tabela 8.

Wiek badanych ($p = 0,12$), miejsce zamieszkania ($p = 0,06$), wykształcenie ($p = 0,31$), stan cywilny ($p = 0,78$) nie miały związku z samooceną stanu zdrowia przez badanych.

Tabela 5. Samoocena stanu zdrowia z uwzględnieniem aktywności zawodowej osób chorych na nowotwory

Table 5. Self-assessment of health status including professional activity of individuals with cancer

Aktywność zawodowa		Samoocena stanu zdrowia
Praca	M	3,31
	Me	3,00
	n	62
	SD	0,86
Zasiłek	M	2,74
	Me	3,00
	n	34
	SD	0,83
Renta/emerytura	M	3,20
	Me	3,00
	n	133
	SD	0,76
Ogółem	M	3,16
	Me	3,00
	n	229
	SD	0,82

Test Kruskala–Wallisa: $p = 0,003$.

Omówienie

Choroba nowotworowa stanowi ogromne wyzwanie dla chorego i wymaga przystosowania się do zmieniających warunków. Osoby chore wskutek progresji choroby oraz hospitalizacji i leczenia tracą zdolność do samodzielnego wykonywania zadań życiowych. Chorzy zgłaszający ograniczone funkcjonowanie gorzej radzą sobie w życiu.¹⁴ Większość pacjentów zmagających się z chorobą nowotworową w badaniach własnych (67,7%) wskazała na pełną samodzielność w codziennym funkcjonowaniu. Co trzeci chory (32,3%) potwierdził ograniczoną samodzielność.

Tabela 6. Samoocena stanu zdrowia z uwzględnieniem płci badanych

Table 6. Self-assessment of health status taking into account the sex of the respondents

Płeć		Samoocena stanu zdrowia
Kobieta	M	3,25
	Me	3,00
	n	135
	SD	0,81
Mężczyzna	M	3,02
	Me	3,00
	n	94
	SD	0,82
Ogółem	M	3,16
	Me	3,00
	n	229
	SD	0,82

Test U Manna–Whitneya: $p = 0,03$.

Tabela 7. Samoocena stanu zdrowia z uwzględnieniem rodzaju choroby nowotworowej

Table 7. Self-assessment of health status taking into account the type of tumor

Rodzaj nowotworu	M	Me	n	SD
Rak piersi	3,10	3,00	42	0,983
Rak jelita grubego	3,23	3,00	40	0,733
Rak kości i szpiczak mnogi oraz rak skóry	2,94	3,00	35	0,725
Rak układu pokarmowego	3,10	3,00	31	0,746
Rak płuca	3,47	3,00	15	0,640
Rak krwi i układu krwiotwórczego	3,67	4,00	12	0,778
Rak układu moczowego	3,36	3,00	11	1,027
Rak narządów rodnych	3,04	3,00	27	0,759
Inne	3,13	3,00	16	0,885
Ogółem	3,16	3,00	229	0,817

Test Kruskala–Wallisa: $p = 0,1$.

Tabela 8. Samoocena stanu zdrowia a samoocena funkcjonowania w życiu codziennym u osób zmagających się z chorobą nowotworową

Table 8. Self-assessment of health status and self-assessment of functioning in everyday life in individuals with cancer

Samoocena funkcjonowania		Samoocena stanu zdrowia
Pełna samodzielność	M	3,30
	Me	3,00
	n	155
	SD	0,82
Częściowo ograniczona samodzielność	M	2,85
	Me	3,00
	n	74
	SD	0,73
Ogółem	M	3,16
	Me	3,00
	n	229
	SD	0,82

Test U Manna–Whitneya: $p = 0,0001$.

W badaniach Wiraszki i Lelonek¹⁴ 76,4% chorych na białaczkę było samodzielnych, a 23,6% zgłaszało zależność od innych. Ograniczenie samodzielności w wykonywaniu różnych czynności dnia codziennego wynoszące 3,8–28,2% u osób starszych wykazał w swoich badaniach także Światała.⁴

W badaniach własnych codzienne funkcjonowanie miało związek z zastosowaną metodą leczenia. Najmniej trudności w codziennym funkcjonowaniu mieli chorzy poddani tylko leczeniu operacyjnemu (12,2%), a najwięcej po zastosowaniu radioterapii, chemioterapii i leczenia operacyjnego łącznie (45,9%). Jankotowicz¹² oraz Kapela et al.¹¹ wskazali, że chemioterapia w znacznym stopniu ogranicza codzienne funkcjonowanie osób chorych na nowotwory.

W badaniach własnych rodzaj choroby nowotworowej oraz zmienne socjodemograficzne, jak wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie i stan cywilny, nie miały związku z samooceną funkcjonowania w życiu codziennym. Lepsze funkcjonowanie wykazano u osób pracujących. Nasuwa to pytania, czy to możliwość funkcjonowania pozwala na podjęcie pracy zawodowej, czy praca zawodowa sprzyja sprawniejszemu funkcjonowaniu. Jak wynika z piśmiennictwa i dotychczasowych badań, to choroba nowotworowa jest przyczyną utraty pracy lub degradacji z pełnionego stanowiska. Jest to spowodowane głównie długotrwałą terapią i niedyspozycyjnością pracownika.¹⁵

Obecnie dąży się nie tylko do wydłużenia ludzkiego życia i poprawy zdrowia, ale również do utrzymania go na wysokim poziomie, nawet pomimo choroby. Istotna jest w tym samoocena stanu zdrowia danej osoby, która pozwala na włączenie jej w proces leczenia z równoczesną korzyścią dla niego i zespołu terapeutycznego.¹⁷

Z Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (European Health Interview Survey – EHIS) z 2014 r. wynika, że Polacy dość wysoko ocenili swój stan zdrowia. Niemal jedna czwarta oceniła go jako bardzo dobry, prawie połowa jako dobry, a jedna piąta podała, że jest „takie sobie”. Jako mniej niż dobre swoje zdrowie oceniła jedna trzecia Polaków. Należy podkreślić, że ponad połowa respondentów w tej grupie wskazała na występowanie w ostatnich 12 miesiącach problemów zdrowotnych lub chorób.^{18,19} Podobne wyniki uzyskano w Wielośrodkowym Ogólnopolskim Badaniu Stanu Zdrowia Ludności (WOBASZ),²⁰ z którego wynika, że 8,8% Polaków oceniło swoje zdrowie bardzo dobrze, a 60,1% dobrze. Mierny stan zdrowia zadeklarowało 25,7%, a zły 5,4% respondentów. Nieznacznie mniej osób (42,0%) w wieku produkcyjnym w innych badaniach oceniło zdrowie na poziomie dobrym lub bardzo dobrym.³ W badaniach Światały⁴ 39% osób starszych oceniło swój stan zdrowia na poziomie dobrym i bardzo dobrym. Na dostateczny stan zdrowia wskazało 41%, na zły 16%, a na bardzo zły 4% ankietowanych.⁴ Niemal połowa osób (40,0%) powyżej 45. r.ż. dobrze oceniła swój stan zdrowia.²¹ Analiza wyników powyższych badań potwierdza wyniki badań własnych, w których większość osób

zmagających się z chorobą nowotworową oceniła swój stan zdrowia na średnim poziomie. Najwyższą samoocenę stanu zdrowia w badaniach własnych deklarowali respondenci, którzy pracowali zawodowo (3,31), natomiast najniższą ocenę wystawiły osoby będące na zasiłku (2,74) i na rencie/emeryturze (3,20). Status zawodowy jest istotny w ocenie stanu zdrowia, gdyż jak wynika z badań, osoby aktywne zawodowo są znacznie mniej zaabsorbowane stanem swojego zdrowia i rzadziej korzystają z opieki lekarskiej niż niepracujące.⁵ W badaniach Nowickiego et al.¹⁷ praca zawodowa również miała istotny wpływ na samoocenę stanu zdrowia.

Istotne jest utrzymanie stanu zdrowia społeczeństwa jak najdłużej na jak najwyższym poziomie.⁸ Wraz z wiekiem zmniejsza się jednak odsetek osób zadowolonych ze swojego stanu zdrowia. Lepiej zdrowie oceniają osoby młodsze.^{3,4,17,22} Samoocena stanu zdrowia istotnie determinuje również zachowania osób starszych.⁴ Jak wynika z badań, w Polsce ocenę stanu zdrowia warunkuje wiek.^{6,8} Ponad 50,0% osób do 24. r.ż. ocenia swoje zdrowie jako bardzo dobre. Podobnie ponad połowa Polaków w wieku 45–69 lat określa swój stan zdrowia jako „ani dobry, ani zły”, natomiast powyżej 70. r.ż. stan zdrowia jako zły i bardzo zły deklaruje jedna trzecia Polaków. W badaniach własnych nie wykazano jednak zależności między wiekiem pacjentów a samooceną stanu zdrowia.

Z badań własnych wynika, że wśród osób chorych na nowotwory kobiety (3,25) oceniły swój stan zdrowia wyżej niż mężczyźni (3,02). Identyczne zależności wykazały inni autorzy,^{3,18,19,22} natomiast w grupie zbadanej przez Nowickiego et al.¹⁷ płeć nie różnicowała samooceny stanu zdrowia. Odmienne wyniki uzyskała Wróblewska,²² wskazując, że lepiej stan zdrowia oceniali mężczyźni.

W badaniach Nowickiego et al.¹⁷ i Romanowskiej²³ stan cywilny miał istotny wpływ na samoocenę stanu zdrowia. Wyżej oceniły go osoby będące w związkach niż samotne. W badaniach własnych nie było takiej korelacji.

Miejsce zamieszkania zarówno w badaniach własnych, jak i innych autorów nie różnicowało samooceny stanu zdrowia.^{17–19}

W badaniach Szaban,⁶ Nowickiego et al.,¹⁷ Wróblewskiej²² i Romanowskiej²³ wykształcenie miało związek z oceną stanu zdrowia. Wykazano, że im wyższe wykształcenie, tym bardziej pozytywnie oceniany był stan zdrowia. Zależności takiej nie uzyskano w badaniach własnych.

W badaniach własnych rodzaj choroby nowotworowej nie miał związku z samooceną stanu zdrowia. Nie prowadzono dotąd badań dotyczących subiektywnej oceny stanu zdrowia w grupie osób zmagających się z chorobą nowotworową, co uniemożliwia porównanie wyników badań własnych z wynikami innych autorów.

Pomoc w odzyskiwaniu samodzielności przyczynia się do łagodzenia negatywnych zmian wynikających z choroby nowotworowej oraz poprawy samopoczucia.¹⁴ Jak wynika z badań własnych, im wyższa samoocena stanu zdrowia, tym mniejsze ograniczenia w codziennym życiu. Na samoocenę stanu zdrowia wpływa sprawność w codzien-

nym funkcjonowaniu.¹⁵ Potwierdzeniem wyników badań własnych są badania Nowickiego et al.,¹⁷ z których wynika, że osoby z ograniczoną sprawnością fizyczną niżej oceniają swój stan zdrowia.

Samoocenę stanu zdrowia oraz funkcjonowania warunkuje wiele czynników. Ich znajomość to ważny element w opiece nad osobami chorującymi na nowotwory. Z przeprowadzonych badań wynika, że ograniczenie funkcjonowania ma związek z samooceną stanu zdrowia chorych. Pomoc oraz wsparcie mogą przyczynić się do poprawy funkcjonowania oraz zwiększenia zadowolenia ze stanu zdrowia u takich pacjentów. Dyskusja na temat stanu zdrowia i funkcjonowania w chorobie nowotworowej nabiera ogromnego znaczenia w kontekście niekorzystnych zmian w zakresie nadal zwiększającej się zachorowalności na nowotwory.

Choroby nowotworowe stanowią poważny problem społeczny, przede wszystkim ze względu na wysokie ryzyko zachorowania, oraz przyczynę dużej śmiertelności i zwiększające się, ale nadal niepełne szanse na całkowite wyleczenie. Analizując aspekt społeczny chorób nowotworowych, należy podkreślić, że dość często postawa wobec zachorowania samych chorych jest stereotypowa i związana z małymi szansami na wyleczenie. Rozpoznanie choroby nowotworowej zmienia pełnione zadania społeczne (bez względu na wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny i wykształcenie) i prowadzi do utraty tożsamości społecznej. Zachwianie identyfikacji społecznej jest powodem izolacji chorego i zawężenia jego relacji społecznych. Doświadczanie różnych dolegliwości, jak np. ból, ograniczenia fizyczne, obawy o utratę życia i konieczność zmiany marzeń i planów mają związek z samooceną stanu zdrowia oraz funkcjonowania.²⁴

Choroba nowotworowa ma bez wątpienia negatywny wpływ na codzienne życie oraz samoocenę funkcjonowania, ograniczając lub wykluczając możliwość realizacji planów i marzeń. Osoba chora na raka staje się mniej sprawna fizycznie, co rodzi frustrację. Nawet wyleczenie nie uwalnia jej od lęku przed nawrotem choroby. Choroba nowotworowa stanowi dla wielu pacjentów obciążenie finansowe oraz jest powodem degradacji zawodowej. Życie osoby z chorobą nowotworową nieodwracalnie się zmienia. Należy jednak dążyć do utrzymania przez chorych wysokiej jakości życia oraz satysfakcji ze stanu zdrowia i funkcjonowania na tyle, na ile pozwala sytuacja kliniczna.

W badaniach własnych większość zmiennych społeczno-demograficznych nie miała związku z samopoczuciem osób zmagających się z chorobą nowotworową. Osoby aktywne zawodowo wskazywały na wyższą samoocenę stanu zdrowia oraz funkcjonowania, dlatego należy dążyć do utrzymania przez chorych jak najdłuższej aktywności zawodowej, co może mieć wpływ na samoocenę funkcjonowania i ocenę stanu zdrowia. Różnice w samoocenie stanu zdrowia i funkcjonowania w odniesieniu do badań własnych mogą wynikać z tego, że inni autorzy włączyli do badań osoby chore na wybrane choroby nowotworowe,


natomiast badania własne przeprowadzono na grupie bardzo zróżnicowanej pod względem klinicznym.


Wnioski


Chorzy na raka ocenili swój stan zdrowia oraz codzienne funkcjonowanie na średnim poziomie. Rodzaj choroby nowotworowej oraz czynniki socjodemograficzne, z wyjątkiem płci i aktywności zawodowej, nie różnicowały samooceny funkcjonowania w życiu codziennym oraz samooceny stanu zdrowia osób zmagających się z chorobą nowotworową. Jak wynika z badań, samoocena stanu zdrowia oraz funkcjonowania uwarunkowana jest chorobą nowotworową.


ORCID iDs

Ewa Smoleń  <https://orcid.org/0000-0001-8450-932X>

Magdalena Słysz  <https://orcid.org/0000-0002-8713-4137>

Karolina Hombek  <https://orcid.org/0000-0002-3216-710X>

Magdalena Jarema  <https://orcid.org/0000-0001-5422-4278>

Krzysztof Kalita  <https://orcid.org/0000-0002-9214-6685>

Piśmiennictwo

- Gładczuk J, Kleszczewska E, Świącicki A. Współczesne poglądy dotyczące zdrowia oraz ich ewolucja w czasie. *Medical & Health Sciences Review*. 2017;3(1):3–10.
- Leppert W, Forycka M, de Walden-Gałuszko K, Majkowicz M, Buss T. Ocena jakości życia u chorych na nowotwory – zalecenia dla personelu oddziałów onkologicznych i medycyny paliatywnej. *Psychoonkologia*. 2014;1:17–29. <https://www.termedia.pl/Artykul-oryginalny-r-nOcena-jakosci-zycia-u-chorych-na-nowotwory-zalecenia-dla-personelu-oddzialow-onkologicznych-i-medycyny-paliatywnej,63,22979,0,0.html>. Dostęp 15.01.2020.
- Bażydło M, Karakiewicz B. Samoocena zdrowia Polaków – przegląd badań. *J Publ Health Nurs Med Rescue*. 2012;2:14–17. http://pzpr.eu/numery/2012_2/201223.pdf. Dostęp 15.01.2020.
- Światała M. Samoocena stanu zdrowia i jej wpływ na zachowania konsumentów w starszym wieku. *Gerontol Pol*. 2009;17(3):129–136. <http://gerontologia.org.pl/wp-content/uploads/2016/05/2009-03-4.pdf>. Dostęp 15.01.2020.
- Nawrocka J, Nawrocka E, Wołosowicz J. Starzejące się społeczeństwo – perspektywy i wyzwania. W: Szaban D, Kurowska H, Wróbel R, red. *Stan zdrowia a procesy demograficzne w Europie Środkowej*. T 4. Zielona Góra, Polska: Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego; 2015:75–89. <https://obserwuj.lubuskie.pl/uploads/documentsearch/id189/Stan%20zdrowia%20a%20procesy%20demograficzne%20w%20Europie%20C5%9Arodkowej.pdf>. Dostęp 15.01.2020.
- Szaban D. Jakość życia determinowana stanem zdrowia mieszkańców województwa lubuskiego. W: Szaban D, Kurowska H, Wróbel R, red. *Stan zdrowia a procesy demograficzne w Europie Środkowej*. T 4. Zielona Góra, Polska: Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego; 2015:224–232. <https://obserwuj.lubuskie.pl/uploads/documentsearch/id189/Stan%20zdrowia%20a%20procesy%20demograficzne%20w%20Europie%20C5%9Arodkowej.pdf>. Dostęp 15.01.2020.
- Tuchowska P, Worach-Kardas H, Marcinkowski JT. Najczęstsze nowotwory złośliwe w Polsce – główne czynniki ryzyka i możliwości optymalizacji działań profilaktycznych. *Probl Hig Epidemiol*. 2013;94(2):166–171. <http://www.phie.pl/pdf/phe-2013/phe-2013-2-166.pdf>. Dostęp 15.01.2020.
- Godlewski D, Godlewska K, Witek A, Wojtyły P. *Analiza stanu zdrowia i potrzeb opieki zdrowotnej na najbliższe lata*. Warszawa, Polska: Instytut Wolności; 2015.
- Zatoński W, Przewoźniak K. Ograniczenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób nowotworowych. W: Szymborski J, red.

- Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa*. Warszawa, Polska: Rządowa Rada Ludnościowa; 2012:78–89. https://bip.stat.gov.pl/download/gfx/bip/pl/defaultstronaopisowa/135/1/1/zdrowie_publiczne_i_polityka_ludnosciowa.pdf. Dostęp 15.01.2020.
10. Wojciechowska U, Olasek P, Czauderna K, Didkowska J. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2014 roku. Warszawa, Polska: Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie; 2016. <http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory2014.pdf>. Dostęp 15.01.2020.
 11. Kapela I, Bąk E, Krzemińska SA, Foltyn A. Ocena poziomu akceptacji choroby i satysfakcji z życia u chorych na raka jelita grubego leczonych chemioterapią. *Piel Zdr Publ*. 2017;26(1):53–61. doi:10.17219/pzp/64689
 12. Jankotowicz K. Analiza jakości życia pacjentów w trakcie chemioterapii. *Opieka Onkologiczna*. 2014;3:6–11.
 13. Cichocki M, Konecki T, Jabłonowski Z. Jakość życia jako element oceny stanu zdrowia i skuteczności leczenia chorych na raka gruczołu krokowego ograniczonego do narządu. *Przegl Lek*. 2017;74(9):419–422. http://www.wple.net/plek/numery_2017/numer-9-2017/419-422.pdf. Dostęp 15.01.2020.
 14. Wiraszka G, Lelonek B. Funkcjonowanie chorego z białaczką a akceptacja choroby nowotworowej. *Stud Med*. 2008;10:21–26. https://studiamedyczne.ujk.edu.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=216:funkcjonowanie-chorego-z-biaaczka-a-akceptacja-choroby-nowotworowej-&catid=63:tom-x&Itemid=80. Dostęp 15.01.2020.
 15. Nowak-Starz G, Markowska M, Król H, Zięba E, Szpringer M. Medyczne koncepcje struktury zdrowia, jego ochrony i promocji. *Zdrowie i Dobrostan*. 2013;1:149–162. http://www.neurocentrum.pl/dcten/wp-content/uploads/nowak-starz_g2p.pdf. Dostęp 17.07.2018.
 16. *Choroba nowotworowa – doświadczenia dla pacjentów. Raport z badań na zlecenie AXA Życie i Fundacji Społecznej Ludzie dla Ludzi*. <http://fundacjabadz.pl/choroba-nowotworowa-doswiadczenia-pacjentow-raport-z-badan/>. Dostęp 17.07.2018.
 17. Nowicki GJ, Młynarska M, Ślusarska B, Korecka R, Kotus M. Samoocena stanu zdrowia i jej wybrane uwarunkowania w grupie osób po 65 roku życia, pacjentów Podstawowej Opieki Zdrowotnej. *Journal of Education, Health and Sport*. 2016;6(4):447–457. doi:10.5281/zenodo.50611
 18. Główny Urząd Statystyczny. *Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r.* Warszawa, Polska: Główny Urząd Statystyczny; 2015. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-zachowania-zdrowotne-mieszkanow-polski-w-swietle-badania-ehis-2014,10,1.html>. Dostęp 15.01.2020.
 19. Główny Urząd Statystyczny. Departament Badań Społecznych i Warunków Życia. *Stan zdrowia ludności w 2014 r.* Warszawa, Polska: Główny Urząd Statystyczny; 2016. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2014-r-,6,6.html>. Dostęp 15.01.2020.
 20. Drygas W, Bielecki W, Piotrowski W, et al. Wieloośrodkowe Ogólnopolskie Badanie Stanu Zdrowia Ludności – WOBASZ. W: Kopeć G, Jankowski P, Pająk A. *Epidemiologia i prewencja chorób układu krążenia. Część 2. Badania epidemiologiczne prowadzone w Polsce w latach 2005–2015*. Kraków, Polska: Medycyna Praktyczna; 2016:41–55.
 21. Bielawska-Batorowicz E, Kryńska E, Kukulak-Dolata I, et al. Diagnoza obecnej sytuacji kobiet i mężczyzn 50+ na rynku pracy w Polsce – raport końcowy. Łódź, Polska: Uniwersytet Łódzki; 2013. https://www.efs.2007-2013.gov.pl/analizyraportypodsumowania/baza_projektow_badawczych_efs/documents/diagnoza_obecnej_sytuacji_osob_50+_na_rynku_pracy_mpips.pdf. Dostęp 15.01.2020.
 22. Wróblewska W. Nierówności społeczne w stanie zdrowia w Polsce – analiza na podstawie samooceny stanu zdrowia oraz poziomu wykształcenia. *Roczniki Kolegium Analiz Ekonomicznych*. 2012;28:65–84. http://rocznikikae.sgh.waw.pl/p/roczniki_kae_z28_03.pdf. Dostęp 15.01.2020.
 23. Romanowska E. Stan zdrowia osób starszych w Polsce – wyzwania edukacyjne. *Konteksty Społeczne*. 2017;5(1):12–26. <http://kontekstyspoleczne.umcs.lublin.pl/wp-content/uploads/2017/09/Konteksty-5-1-2017.pdf>. Dostęp 15.01.2020.
 24. Tobiasz-Adamczyk B. „Życie w ramach” wyznaczonych chorobą nowotworową – rola socjologii medycyny. *Przegląd Socjologiczny*. 2012;61(2):81–118.

Pomiar i ocena kultury bezpieczeństwa pacjenta w warszawskich szpitalach za pomocą polskiej adaptacji amerykańskiego kwestionariusza Hospital Survey on Patient Safety Culture

Measurement and assessment of patient safety culture in Warsaw hospitals using the Polish adaptation of the American questionnaire Hospital Survey on Patient Safety Culture

Rafał Szpakowski^{1,A–F}, Grażyna Dykowska^{2,A–C,E,F}, Adam Fronczak^{1,A–C,E,F}

¹ Zakład Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska

² Zakład Ekonomiki Zdrowia i Prawa Medycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych,

D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082-9876 (print), ISSN 2451-1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2020;10(1):35–42

Adres do korespondencji

Rafał Szpakowski

e-mail: rafszpakowski@gmail.com

Zewnętrzne źródła finansowania

Warszawski Uniwersytet Medyczny, NZB/PM1/16

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 25.03.2019 r.

Po recenzji: 16.07.2019 r.

Zaakceptowano do druku: 22.10.2019 r.

Cytowanie

Szpakowski R, Dykowska G, Fronczak A. Pomiar i ocena kultury bezpieczeństwa pacjenta w warszawskich szpitalach za pomocą polskiej adaptacji amerykańskiego kwestionariusza Hospital Survey on Patient Safety Culture. *Piel Zdr Publ.* 2020;10(1):35–42. doi:10.17219/pzp/113295

DOI

10.17219/pzp/113295

Copyright

© 2020 by Wrocław Medical University

This is an article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 3.0 Unported License (<https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/>)

Streszczenie

Wprowadzenie. Na przestrzeni ostatnich lat zostało stworzonych wiele narzędzi kwestionariuszowych oceniających bezpieczeństwo pacjenta. Najbardziej rozpowszechnionym oraz najlepiej poznanym jest amerykański kwestionariusz ankiety z 2004 r. – Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). Kwestionariusz przeznaczony jest do oceny kultury bezpieczeństwa pacjenta w środowisku szpitalnym. W ostatnim czasie doczekał się ponad 39 wersji językowych oraz był używany w ponad 92 krajach z całego świata.

Cel pracy. Analiza kultury bezpieczeństwa pacjenta w polskich szpitalach na terenie Warszawy.

Materiał i metody. Grupę badaną stanowiły pielęgniarki zatrudnione w 4 warszawskich szpitalach ($N = 605$). Metodą zbierania danych był sondaż diagnostyczny z użyciem kwestionariusza ankiety. Narzędziem badawczym była polska adaptacja amerykańskiego kwestionariusza (HSOPSC). Zastosowano następujące nazewnictwo dla polskiej adaptacji kwestionariusza: Ankieta Szpitalna Bezpieczeństwa Pacjenta (ASBP). ASBP, identycznie jak jej amerykański pierwowzór, składa się z 42 pytań/stwierdzeń (tzw. itemów) pogrupowanych w 12 wymiarów bezpieczeństwa pacjenta.

Wyniki. Odsetek pozytywnych odpowiedzi względem 12 wymiarów mieścił się w przedziale od 26,7% (W12 – *Pozbawiona sankcji reakcja na błędy*) do 66,2% (W1 – *Praca zespołowa na oddziale*).

Wnioski. Kwestionariusz ASBP służący do oceny kultury bezpieczeństwa pacjenta nie tylko umożliwia zrozumienie tego, co myślą pracownicy medyczni i jak działają w obszarze bezpieczeństwa pacjentów, ale pozwala także zaobserwować, jak osoby zarządzające kierują bezpieczeństwem pacjenta w swojej placówce. Na podstawie zebranych danych stwierdzono, że istnieje duże pole możliwości poprawy bezpieczeństwa pacjenta w analizowanych szpitalach.

Słowa kluczowe: bezpieczeństwo pacjenta, kultura bezpieczeństwa, kwestionariusz ankiety

Abstract

Background. In recent years, many questionnaire tools have been created to assess patient safety. However, the most widespread and best known of them is the American questionnaire from 2004 entitled Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). The questionnaire is dedicated to assessing patient safety culture in a hospital environment. Over the past years, more than 39 language versions of this questionnaire have been developed and it has been used in over 92 countries around the world.

Objectives. The aim of the study was to analyze patient safety culture in Polish hospitals in the area of the capital city of Warsaw.

Material and methods. The study group consisted of nurses employed in 4 Warsaw hospitals ($N = 605$). The method of data collection was a diagnostic survey with data obtained through a questionnaire. The research tool was the Polish adaptation of the American questionnaire Hospital Survey on Patient Safety Culture HSOPSC. The following nomenclature was used for the Polish adaptation of the questionnaire: Ankieta Szpitalna Bezpieczeństwa Pacjenta (ASBP). The ASBP, identically to its US prototype, consists of 42 questions/statements (called items) grouped into 12 patient safety dimensions.

Results. The percentage of positive responses in 12 dimensions ranged from 26.7% ($W12 - Non-punitive response to errors$) to 66.2% ($W1 - Teamwork within unit$).

Conclusions. The HSOPSC tool for assessing patient safety culture enables to understand not only what medical workers think and how they work in the area of patient safety, but also how the healthcare facilities administrators manage patient safety in their institutions. Based on the collected data, it can be concluded that there is a large field of possibilities for improving patient safety in analyzed Polish hospitals.

Key words: patient safety, safety culture, questionnaire survey

Wprowadzenie

Na przestrzeni ostatnich lat zostało stworzonych wiele narzędzi kwestionariuszowych oceniających bezpieczeństwo pacjenta.¹ Najbardziej rozpowszechnionym oraz najlepiej poznanym jest amerykański kwestionariusz ankiety z 2004 r. Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). Kwestionariusz służy do oceny kultury bezpieczeństwa pacjenta w środowisku szpitalnym. Na przestrzeni ostatnich lat opublikowano go w 39 wersjach językowych oraz wykorzystano w ponad 92 krajach z całego świata.² Ważnym powodem użycia tego narzędzia w warunkach polskiego systemu ochrony zdrowia jest możliwość porównania rezultatów z ośrodkami zagranicznymi. Systemy ochrony zdrowia mogą różnić się między sobą w różnym stopniu, jednak składowe kultury bezpieczeństwa pacjenta mają charakter uniwersalny. Można do nich zaliczyć np. szeroko rozumianą komunikację, obciążenie pracą, pracę zespołową, systemowe podejście do metod uczenia się na błędach, relacje interpersonalne, zaangażowanie kierownictwa w programy poprawy bezpieczeństwa pacjenta, bezsankcyjne podejście do zgłaszanych błędów.³

Celem pracy była analiza kultury bezpieczeństwa pacjenta w polskich szpitalach na terenie Warszawy.

Materiał i metody

Grupę badaną stanowiły pielęgniarki zatrudnione w 4 warszawskich szpitalach. Baza łóżkowa, profil szpitala oraz liczba respondentów z danego podmiotu leczniczego wyglądała następująco: szpital B – 1000 łóżek, akademicki/dorośli, 180 ankietowanych; szpital M – 800 łóżek, nieakademicki/dorośli, 198 ankietowanych; szpital P – 400 łóżek, akademicki/pediatrica, 136 ankietowanych; szpital G

– 300 łóżek, nieakademicki/dorośli, 91 ankietowanych. Poziom realizacji próby wyniósł 43,5% ($N = 605/1388$).

Ze względu na wrażliwy charakter zebranych danych oraz ograniczony obszar geograficzny przeprowadzonego badania zastosowano możliwie najwyższe zasady poufności, dlatego nie pogrupowano danych ze względu na szpital ani oddział podczas prezentowania wyników. Przedstawione informacje mają charakter zbiorczy. Do badania włączono wszystkie zatrudnione pielęgniarki po uprzedniej zgodzie pracodawcy. Wybór grupy pielęgniarek wynikał z założenia, iż jest to największa oraz mająca najbardziej intensywny kontakt z pacjentem grupa zawodowa w szpitalu.

Materiał zebrano w okresie od maja 2017 r. do maja 2018 r. Metodą zbierania danych był sondaż diagnostyczny z użyciem kwestionariusza ankiety. Narzędziem badawczym była polska adaptacja HSOPSC. Zastosowano następujące nazewnictwo dla polskiej adaptacji kwestionariusza: Ankieta Szpitalna Bezpieczeństwa Pacjenta (ASBP). ASBP, identycznie jak jej amerykański pierwowzór, składa się z 42 pytań/stwierdzeń (tzw. itemów), na które odpowiada się / do których ustosunkowuje się, zaznaczając odpowiednie określenie na 5-stopniowej skali Likerta: 1 – zdecydowanie się nie zgadzam; 2 – nie zgadzam się; 3 – ani się zgadzam, ani się nie zgadzam; 4 – zgadzam się; 5 – zdecydowanie się zgadzam lub też: 1 – nigdy; 2 – rzadko; 3 – czasami; 4 – często; 5 – zawsze. Pytania/stwierdzenia pogrupowane są w wymiary (ang. *dimensions*), oznaczone literą W. Wymiarów jest 12 – 10 wymiarów procesowych oraz 2 wymiary wynikowe (W5; W8). W kwestionariuszu znajdują się również 2 zmienne wynikowe składające się tylko z 1 pytania/stwierdzenia: stopień bezpieczeństwa pacjenta (5 – znakomity, 4 – bardzo dobry, 3 – akceptowalny, 2 – słaby, 1 – zły) oraz liczba zdarzeń niepożądanych zgłoszonych w ostatnich 12 miesiącach.

Wyniki

Odsetek pozytywnych odpowiedzi względem 12 wymiarów mieścił się w przedziale od 26,7% (W12 – *Pozbawiona sankcji reakcja na błędy*) do 66,2% (W1 – *Praca zespołowa na oddziale*). Największy odsetek pozytywnych odpowiedzi (względem poszczególnych itemów) zyskała pozycja A3 – *Kiedy mamy do wykonania dużo czynności wymagających szybkiej interwencji, to potrafimy pracować jak zespół* (83,6%), natomiast najmniejszy odsetek pozytywnych wskazań otrzymała pozycja A2 – *Mamy wystarczającą liczbę pracowników w stosunku do obciążenia pracą*. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 1. Rozkład zgłoszonych raportów dotyczących zdarzeń niepożądanych zawarto w tabeli 2. Większość respondentów nie zgłosiła w ciągu ostatniego roku ani jednego zdarzenia niepożądanego. Respondenci w większości ocenili ogólne bezpieczeństwo pacjenta jako bardzo dobre lub akceptowalne (razem 82,8%). Szczegółowy rozkład odpowiedzi zamieszczono w tabeli 3. W tabeli 4 przedstawiono analizę porównawczą wyników obecnego badania z wynikami badania ośrodka amerykańskiego.⁴ Respondenci w większości ocenili ogólne bezpieczeństwo pacjenta jako bardzo dobre i jako akceptowalne (razem 82,8%). Szczegółowy rozkład odpowiedzi zawarto w tabeli 3.

Omówienie

Niniejsze badanie ujawniło mocne i słabe strony składowych bezpieczeństwa pacjenta w analizowanych szpitalach oraz umożliwiło poznanie tych składowych, które wymagają niewielkich usprawnień, a także tych, które w trybie pilnym potrzebują interwencji. Z zebranych danych wynika, że wymiarem bezpieczeństwa pacjenta prezentującym najgorszy wynik jest W12 – *Pozbawiona sankcji reakcja na błędy*. W badaniu amerykańskim odsetek pozytywnych odpowiedzi dla tego wymiaru wyniósł 40%,⁴ a w naszym – 26,7%. Według standardów akredytacyjnych Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia system gromadzenia danych o zdarzeniach niepożądanych „nie może służyć identyfikacji i stygmatyzacji osób uczestniczących w zdarzeniu”.⁵ Jednak z uzyskanych informacji wynika, że takie systemy nie działają lub nie działają według określonych standardów akredytacyjnych (PJ5),⁵ czyli nie poprawiają bezpieczeństwa pacjenta. Analizując szczegółowo W12, należy zauważyć, iż blisko 3 na 4 badanych niepokoi się tym, że ich błędy są przechowywane w aktach, natomiast prawie 2 na 3 badanych ma wrażenie, że kiedy zgłasza się zdarzenie niepożądane, to nie samo zdarzenie i jego okoliczności są istotne, a to, że dotyczy pewnej określonej osoby. Z kolei >50% badanych osób jest przekonanych, że ich błędy są lub będą wykorzystane przeciwko nim. Powyższe dane z dużym prawdopodobieństwem wskazują, że respondenci obawiają się, że w pewnym momencie może dojść do mobbingu ze stro-

ny pracodawcy. Taki rezultat nie powinien jednak dziwić w obliczu wyników niektórych polskich badań dotyczących mobbingu w ochronie zdrowia.^{6–7} Może się wydawać, iż dywagacje na temat mobbingu są odbieganiem od tematu bezpieczeństwa pacjenta na rzecz bezpieczeństwa pracownika, jednakże osoba wnikliwie analizująca powyższe 2 zmienne – 2 aspekty bezpieczeństwa – dojdzie do wniosku, że są to dwie strony tej samej karty. Stan zdrowia psychicznego pracownika ma istotny wpływ na jakość i bezpieczeństwo świadczonych przez niego usług zdrowotnych. Pozostałe obszary bezpieczeństwa pacjenta, które w następnej kolejności wymagają szybkiej poprawy, to W4 – *Wsparcie dykcji na rzecz bezpieczeństwa pacjenta* oraz W9 – *Praca zespołowa pomiędzy oddziałami*. Tutaj z kolei można wysnuć hipotezę, iż szpital nie działa jako całość, czyli spójnie jak jeden organizm, jak jedna drużyna, która ma wspólny cel. Można przypuszczać, że dochodzi do sytuacji, w której różne komórki organizacyjne wewnątrz szpitala, czyli pewnej całości, mają sprzeczne interesy. Dla szpitala jako organizacji jest to z pewnością sytuacja niekorzystna, szczególnie w kontekście zarządzania bezpieczeństwem pacjenta.

Jeśli chodzi o te aspekty bezpieczeństwa pacjenta, które uzyskały wysoką ocenę, należy wskazać przede wszystkim W1 – *Pracę zespołową na oddziale*. Można wnioskować, że praca w ramach tej samej komórki organizacyjnej jest dobrze skoordynowana ze względu na wspólny cel oraz konieczność uzupełniania się wzajemnie w obowiązkach pracowniczych. Wymiar ten w badaniu amerykańskim miał 76,5% pozytywnych odpowiedzi,⁴ a w naszym badaniu – 66,2%. Na przykładzie itemu F4 – *Współpraca jest dobra pomiędzy tymi oddziałami, które ze względu na swój profil muszą współpracować z W9* widać, że konieczność pracy razem wymusza pozytywną kulturę współpracy – była to pozycja, która otrzymała najwyższy odsetek pozytywnych odpowiedzi w tym wymiarze. Różnica w odsetku pozytywnych odpowiedzi jest dobrze widoczna na tle innego itemu z tego wymiaru – F2 – *Współpraca pomiędzy oddziałami w szpitalu nie jest odpowiednio skoordynowana* (F4 – 48,9% vs F2 – 23%). Kolejnym wymiarem, który uzyskał wysoki odsetek pozytywnych odpowiedzi, jest W6 – *Informacje zwrotne i komunikacja o błędach*. Widać tutaj, iż standard akredytacyjny PJ5.2 – *W szpitalu analizuje się zdarzenia niepożądane dotyczące pobytu pacjentów* jest odpowiednio wysoko oceniony na tle innych wyników kwestionariusza,⁵ gdyż uzyskał on 59,7% pozytywnych odpowiedzi.

Przedstawione w niniejszej pracy dane oraz dywagacje na temat kultury bezpieczeństwa pacjenta w analizowanych szpitalach są cenne dla osób zaangażowanych w poprawę bezpieczeństwa pacjenta w polskich szpitalach. Niewątpliwie niniejsza praca nie wyczerpuje zagadnień związanych z bezpieczeństwem pacjenta, jednak dużym jej walorem jest jej uniwersalny charakter, który znajduje zastosowanie w każdym środowisku medycznym. Dlatego autorzy niniejszej publikacji rekomendują użycie ASBP

Tabela 1. Statystyka opisowa 42 itemów polskiej adaptacji amerykańskiej ankiety HSOPSC – ASBP

Table 1. Descriptive statistics of 42 items from the Polish adaptation of the American survey HSOPSC – ASBP

Wymiar bezpieczeństwa	Item	Treść
W1 – Praca zespołowa na oddziale	A1	Ludzie pomagają sobie nawzajem w moim miejscu pracy.
	A3	Kiedy mamy do wykonania dużo czynności wymagających szybkiej interwencji, to potrafimy pracować jak zespół.
	A4	Na tym oddziale ludzie traktują się wzajemnie z szacunkiem.
	A11	Kiedy jakaś część oddziału jest bardziej obciążona pracą, pracownicy z pozostałych części pomagają się z nią uporać.
W2 – Oczekiwania przełożonego/kierownika i działania promujące bezpieczeństwo pacjenta	B1	Przełożony/kierownik chwali nas za pracę wykonaną zgodnie z procedurami dotyczącymi bezpieczeństwa pacjentów.
	B2	Przełożony/kierownik poważnie rozważa nasze sugestie dotyczące bezpieczeństwa pacjenta.
	B3R	W trudnych sytuacjach przełożony/kierownik wymaga od nas, abyśmy pracowali szybciej, nawet jeśli oznaczałoby to „pójście na skróty”.
	B4R	Przełożonemu/kierownikowi zdarza się przyrykać oczy na problemy związane z bezpieczeństwem pacjentów, mimo że powtarzają się one „w kółko”.
W3 – Zespołowe uczenie się – ciągłe doskonalenie	A6	Aktywnie działamy na rzecz poprawy bezpieczeństwa pacjenta.
	A9	Zaistniałe błędy doprowadziły do pozytywnych zmian.
	A13	Po wprowadzeniu zmian mających na celu poprawę bezpieczeństwa pacjentów oceniamy ich skuteczność.
W4 – Wsparcie dyirekcji na rzecz bezpieczeństwa pacjenta	F1	Dyrekcja szpitala tworzy atmosferę pracy, która sprzyja bezpieczeństwu pacjenta.
	F8	Działania ze strony dyirekcji szpitala pokazują, że bezpieczeństwo pacjenta jest głównym priorytetem.
	F9R	Dyrekcja szpitala wydaje się zainteresowana bezpieczeństwem pacjenta dopiero wtedy, gdy dojdzie do zdarzenia niepożądanego.
W5 – Ogólne postrzeganie bezpieczeństwa pacjenta	A10R	To czysty przypadek, że nie zdarzają się tu poważne błędy.
	A15	Nigdy nie wykonujemy większej liczby zadań kosztem bezpieczeństwa pacjenta.
	A17R	Występują u nas problemy z zapewnieniem bezpieczeństwa pacjentom.
	A18	Nasze procedury i organizacja pracy skutecznie zapobiegają występowaniu błędów.
W6 – Informacje zwrotne i komunikacja o błędach	C1	Jesteśmy informowani o zmianach wdrożonych w odpowiedzi na zgłaszane zdarzenia niepożądane.
	C3	Jesteśmy informowani o błędach zaistniałych na naszym oddziale.
	C5	Na naszym oddziale dyskutujemy na temat możliwych rozwiązań zaistniałych błędów w celu niedopuszczenia do nich w przyszłości.
W7 – Otwartość komunikacji	C2	Personel bez ogródek wyraża swoją opinię, jeśli dostrzeże, że coś może negatywnie wpłynąć na opiekę nad pacjentem.
	C4	Personel czuje się swobodnie w kwestionowaniu decyzji lub działań pochodzących od zwierzchników.
	C6R	Obawiamy się zadawać pytania w sytuacji, gdy wydaje się nam, że coś jest nie tak, jak powinno.
W8 – Częstość raportowania zdarzeń	D1	Jak często zgłasza się błędy, które choć popełniono, to ze względu na to, że zostały w porę zauważone i skorygowane, nie wyrządziły szkody pacjentowi?
	D2	Jak często zgłaszane są popełnione błędy, które nie mają potencjalnego wpływu na powstanie szkody u pacjenta?
	D3	Jak często zgłaszane są popełnione błędy, które z dużym prawdopodobieństwem mogłyby spowodować szkodę u pacjenta, jednak tym razem jej nie spowodowały?
W9 – Praca zespołowa pomiędzy oddziałami	F2R	Współpraca pomiędzy oddziałami w szpitalu nie jest odpowiednio skoordynowana.
	F4	Współpraca jest dobra pomiędzy tymi oddziałami, które ze względu na swój profil muszą współpracować.
	F6R	Współpraca z personelem z innych oddziałów szpitala często „pozostawia wiele do życzenia”.
	F10	Oddziały w szpitalu dobrze współpracują między sobą, aby zapewnić pacjentowi najlepszą możliwą opiekę.
W10 – Polityka kadrowa	A2	Mamy wystarczającą liczbę pracowników w stosunku do obciążenia pracą.
	A5R	Pracownicy pracują po godzinach pracy tak długo, że może to być ze szkodą dla pacjenta.
	A7R	Zatrudnionych jest więcej pracowników tymczasowych i/lub z firm zewnętrznych, niż jest to konieczne dla zapewnienia pacjentowi możliwie najlepszej opieki.
	A14R	Pracujemy w „trybie kryzysowym” – próbujemy wykonać zbyt wiele zadań i zbyt szybko.
W11 – Przekazywanie pacjentów i informacji o nich	F3R	Kiedy pacjentów przenosi się między oddziałami, zdarza się, że niektóre sprawy „umykają uwadze”.
	F5R	Ważne informacje na temat opieki nad pacjentem często są nieprzekazywane podczas zdawania dyżuru.
	F7R	Często zdarzają się problemy z wymianą informacji pomiędzy różnymi oddziałami szpitala.
	F11R	Przekazywanie dyżuru następnej zmianie stwarza problemy dla pacjentów.
W12 – Pozbawiona sankcji reakcja na błędy	A8R	Pracownicy są przekonani, że ich błędy są lub będą wykorzystane przeciwko nim.
	A12R	Kiedy raportowane jest zdarzenie niepożądane, to ma się odczucie, jakby to wina danej osoby była ważniejsza niż treść i okoliczności samego zdarzenia.
	A16R	Pracownicy niepokoją się tym, że błędy przechowywane są w ich aktach.

R – negatywnie zbudowany konstrukt słowny (w takim przypadku odwrócono punktację); *M* – średnia; *Me* – mediana; *Mo* – moda; *SD* – odchylenie standardowe; *SKE* – skośność; *K* – kurtoza; % *poz.* – procent pozytywnych; % *neut.* – procent neutralnych; % *neg.* – procent negatywnych.

Statystyki dla wymiaru							Statystyki dla poszczególnych itemów						
<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>Mo</i>	<i>SD</i>	<i>SKE</i>	<i>K</i>	% poz.	% poz.	% neut.	% neg.	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>Mo</i>	<i>SD</i>
14,5	15	16	2,7	-0,34	0,29	66,2	77,7	14,9	7,4	3,90	4	4	0,86
							83,6	10,4	6,0	3,97	4	4	0,80
							55,5	31,4	13,1	3,51	4	4	0,92
							47,9	18,5	33,6	3,14	3	4	1,18
13,5	14	12	3,2	-0,24	-0,06	52,7	40,2	25,5	34,4	3,04	3	4	1,19
							52,9	28,9	18,2	3,39	4	4	1,00
							53,2	26,1	20,7	3,40	4	4	1,00
							64,5	23,6	11,9	3,71	4	4	0,97
10,3	10	11	1,9	-0,53	0,38	52,9	70,9	22,0	7,1	3,77	4	4	0,83
							33,6	43,6	22,8	3,09	3	3	0,91
							54,2	32,6	13,2	3,41	4	4	0,82
8,6	9	9	2,4	-0,11	-0,35	27,8	26,1	42,3	31,6	2,86	3	3	0,97
							31,6	39,5	28,9	2,99	3	3	0,97
							25,8	32,4	41,8	2,79	3	2	1,00
12,8	13	12	2,9	-0,23	-0,29	38,5	52,2	25,3	22,5	3,39	4	4	1,08
							31,7	26,6	41,7	2,85	3	2	1,07
							49,4	17,7	32,9	3,21	3	4	1,16
							20,7	27,6	51,7	3,33	4	4	0,98
11,0	11	12	2,8	-0,45	-0,49	59,7	56,0	25,5	18,5	3,60	4	4	1,17
							66,6	21,8	11,6	3,89	4	5	1,05
							56,5	23,5	20,0	3,53	4	4	1,14
							66,0	21,3	12,7	3,80	4	4	1,05
9,9	10	9	2,5	-0,06	-0,29	47,0	26,0	31,2	42,8	2,77	3	3	1,14
							48,9	27,8	23,3	3,42	3	4	1,13
							47,4	22,1	30,4	3,35	3	5	1,30
10,3	10	15	3,5	-0,23	-0,97	50,0	45,1	23,8	31,1	3,29	3	3	1,27
							57,2	20,2	22,6	3,66	4	5	1,32
							23,0	32,7	44,3	2,78	3	2	0,94
12,1	12	12	2,4	-0,01	-0,16	33,6	48,9	35,9	15,2	3,35	3	4	0,84
							27,1	28,8	44,1	2,81	3	2	0,99
							33,6	44,5	22,0	3,11	3	3	0,84
							19,7	12,7	67,6	2,22	2	2	1,17
8,3	8	8	2,3	0,01	-0,34	44,8	62,0	21,0	17,0	3,62	4	4	1,15
							76,0	16,0	7,9	3,97	4	4	0,92
							21,3	19,5	59,2	2,46	2	2	1,06
13,4	13	14	2,7	-0,11	-0,10	52,5	30,6	24,8	44,6	2,85	3	2	0,98
							74,4	8,9	16,7	3,79	4	4	1,12
							26,4	30,9	42,6	2,82	3	2	0,95
							78,5	14,7	6,8	3,93	4	4	0,84
8,5	8	8	2,3	0,06	-0,16	26,7	21,3	31,2	47,4	2,68	3	2	1,02
							33,4	27,3	39,3	2,88	3	2	1,09
							25,3	39,5	35,2	2,89	3	3	0,93

Tabela 4. Porównanie wyników polskiej i amerykańskiej wersji kwestionariusza HSOPSC

Table 4. Comparison of the results of the Polish and American versions of the HSOPSC questionnaire

Wymiar bezpieczeństwa	Item	Treść
W1 – Praca zespołowa na oddziale	A1	Ludzie pomagają sobie nawzajem w moim miejscu pracy.
	A3	Kiedy mamy do wykonania dużo czynności wymagających szybkiej interwencji, to potrafimy pracować jak zespół.
	A4	Na tym oddziale ludzie traktują się wzajemnie z szacunkiem.
	A11	Kiedy jakaś część oddziału jest bardziej obciążona pracą, pracownicy z pozostałych części pomagają się z nią uporać.
W2 – Oczekiwania przełożonego/kierownika i działania promujące bezpieczeństwo pacjenta	B1	Przełożony/kierownik chwali nas za pracę wykonaną zgodnie z procedurami dotyczącymi bezpieczeństwa pacjentów.
	B2	Przełożony/kierownik poważnie rozważa nasze sugestie dotyczące bezpieczeństwa pacjenta.
	B3R	W trudnych sytuacjach przełożony/kierownik wymaga od nas, abyśmy pracowali szybciej, nawet jeśli oznaczałoby to „pójście na skróty”.
	B4R	Przełożonemu/kierownikowi zdarza się przytykać oczy na problemy związane z bezpieczeństwem pacjentów, mimo że powtarzają się one „w kółko”.
W3 – Zespołowe uczenie się – ciągle doskonalenie	A6	Aktywnie działamy na rzecz poprawy bezpieczeństwa pacjenta.
	A9	Zaistniałe błędy doprowadziły do pozytywnych zmian.
	A13	Po wprowadzeniu zmian mających na celu poprawę bezpieczeństwa pacjentów oceniamy ich skuteczność.
W4 – Wsparcie dyirekcji na rzecz bezpieczeństwa pacjenta	F1	Dyrekcja szpitala tworzy atmosferę pracy, która sprzyja bezpieczeństwu pacjenta.
	F8	Działania ze strony dyirekcji szpitala pokazują, że bezpieczeństwo pacjenta jest głównym priorytetem.
	F9R	Dyrekcja szpitala wydaje się zainteresowana bezpieczeństwem pacjenta dopiero wtedy, gdy dojdzie do zdarzenia niepożądanego.
W5 – Ogólne postrzeganie bezpieczeństwa pacjenta	A10R	To czysty przypadek, że nie zdarzają się tu poważne błędy.
	A15	Nigdy nie wykonujemy większej liczby zadań kosztem bezpieczeństwa pacjenta.
	A17R	Występują u nas problemy z zapewnieniem bezpieczeństwa pacjentom.
	A18	Nasze procedury i organizacja pracy skutecznie zapobiegają występowaniu błędów.
W6 – Informacje zwrotne i komunikacja o błędach	C1	Jesteśmy informowani o zmianach wdrożonych w odpowiedzi na zgłaszane zdarzenia niepożądane.
	C3	Jesteśmy informowani o błędach zaistniałych na naszym oddziale.
	C5	Na naszym oddziale dyskutujemy na temat możliwych rozwiązań zaistniałych błędów w celu niedopuszczenia do nich w przyszłości.
W7 – Otwartość komunikacji	C2	Personel bez ogródek wyraża swoją opinię, jeśli dostrzeże, że coś może negatywnie wpłynąć na opiekę nad pacjentem.
	C4	Personel czuje się swobodnie w kwestionowaniu decyzji lub działań pochodzących od zwierzchników.
	C6R	Obawiamy się zadawać pytania w sytuacji, gdy wydaje się nam, że coś jest nie tak, jak powinno.
W8 – Częstość raportowania zdarzeń	D1	Jak często zgłasza się błędy, które choć popełniono, to ze względu na to, że zostały w porę zauważone i skorygowane, nie wyrządziły szkody pacjentowi?
	D2	Jak często zgłaszane są popełnione błędy, które nie mają potencjalnego wpływu na powstanie szkody u pacjenta?
	D3	Jak często zgłaszane są popełnione błędy, które z dużym prawdopodobieństwem mogłyby spowodować szkodę u pacjenta, jednak tym razem jej nie spowodowały?
W9 – Praca zespołowa pomiędzy oddziałami	F2R	Współpraca pomiędzy oddziałami w szpitalu nie jest odpowiednio skoordynowana.
	F4	Współpraca jest dobra pomiędzy tymi oddziałami, które ze względu na swój profil muszą współpracować.
	F6R	Współpraca z personelem z innych oddziałów szpitala często „pozostawia wiele do życzenia”.
	F10	Oddziały w szpitalu dobrze współpracują między sobą, aby zapewnić pacjentowi najlepszą możliwą opiekę.
W10 – Polityka kadrowa	A2	Mamy wystarczającą liczbę pracowników w stosunku do obciążenia pracą.
	A5R	Pracownicy pracują po godzinach pracy tak długo, że może to być ze szkodą dla pacjenta.
	A7R	Zatrudnionych jest więcej pracowników tymczasowych i/lub z firm zewnętrznych, niż jest to konieczne dla zapewnienia pacjentowi możliwie najlepszej opieki.
	A14R	Pracujemy w „trybie kryzysowym” – próbujemy wykonać zbyt wiele zadań i zbyt szybko.
W11 – Przekazywanie pacjentów i informacji o nich	F3R	Kiedy pacjentów przenosi się między oddziałami, zdarza się, że niektóre sprawy „umykają uwadze”.
	F5R	Ważne informacje na temat opieki nad pacjentem często są nieprzekazywane podczas zdawania dyżuru.
	F7R	Często zdarzają się problemy z wymianą informacji pomiędzy różnymi oddziałami szpitala.
	F11R	Przekazywanie dyżuru następnej zmianie stwarza problemy dla pacjentów.
W12 – Pozbawiona sankcji reakcja na błędy	A8R	Pracownicy są przekonani, że ich błędy są lub będą wykorzystane przeciwko nim.
	A12R	Kiedy raportowane jest zdarzenie niepożądane, to ma się odczucie, jakby to wina danej osoby była ważniejsza niż treść i okoliczności samego zdarzenia.
	A16R	Pracownicy niepokoją się tym, że błędy przechowywane są w ich aktach.

Statystyki poszczególnych pozycji kwestionariusza					
ASBP (POL-HSOPSC)			US-HSOPSC		
M	SD	% poz.	M	SD	% poz.
3,90	0,86	77,7	4,01	0,93	83
3,97	0,80	83,6	4,06	0,89	84
3,51	0,92	55,5	3,80	0,98	74
3,14	1,18	47,9	3,55	1,08	65
3,04	1,19	40,2	3,68	1,07	68
3,39	1,00	52,9	3,80	1,00	74
3,40	1,00	53,2	3,77	0,98	72
3,71	0,97	64,5	3,91	1,03	75
3,77	0,83	70,9	3,96	0,82	81
3,09	0,91	33,6	3,54	0,89	60
3,41	0,82	54,2	3,63	0,85	66
2,86	0,97	26,1	3,80	0,91	76
2,99	0,97	31,6	3,69	0,98	68
2,79	1,00	25,8	3,31	1,10	54
3,39	1,08	52,2	3,46	1,14	58
2,85	1,07	31,7	3,43	1,13	58
3,21	1,16	49,4	3,42	1,10	57
3,33	0,98	20,7	3,64	0,90	68
3,60	1,17	56,0	3,45	0,99	51
3,89	1,05	66,6	3,66	1,01	60
3,53	1,14	56,5	3,80	0,95	67
3,80	1,05	66,0	3,95	0,85	75
2,77	1,14	26,0	3,27	1,07	45
3,42	1,13	48,9	3,67	0,96	62
3,35	1,30	47,4	3,38	1,10	48
3,29	1,27	45,1	3,49	1,08	52
3,66	1,32	57,2	3,96	0,99	71
2,78	0,94	23,0	2,94	1,07	37
3,35	0,84	48,9	3,31	0,97	50
2,81	0,99	27,1	3,37	0,98	54
3,11	0,84	33,6	3,55	0,92	60
2,22	1,17	19,7	3,09	1,22	48
3,62	1,15	62,0	3,31	1,08	52
3,97	0,92	76,0	3,85	1,05	67
2,46	1,06	21,3	3,06	1,11	44
2,85	0,98	30,6	2,94	1,02	34
3,79	1,12	74,4	3,27	1,00	48
2,82	0,95	26,4	3,04	0,96	37
3,93	0,84	78,5	3,15	1,01	41
2,68	1,02	21,3	3,23	1,08	47
2,88	1,09	33,4	3,10	1,08	42
2,89	0,93	25,3	2,88	1,04	31

Tabela 2. Rozkład odpowiedzi na pytanie o liczbę raportów dotyczących zdarzeń niepożądanych opisanych i zgłoszonych w ciągu ostatnich 12 miesięcy przez badane pielęgniarki

Table 2. Distribution of responses to the question about the number of reports on adverse events described and reported in the last 12 months by the examined nurses

Ile raportów dotyczących zdarzeń niepożądanych zostało przez Ciebie opisanych i zgłoszonych w ciągu ostatnich 12 miesięcy?	n	%
Żadne	371	61,3
1–2	164	27,1
3–5	38	6,3
6–10	12	2,0
11–20	5	0,8
≥21	8	1,3
Chciałam/chciałem zgłosić, ale nie ma jak tego zrobić anonimowo	7	1,2
Ogółem	605	100,0

n – liczebność badanej cechy w próbie.

Tabela 3. Ogólna ocena stopnia zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi w miejscu pracy / na oddziale / w klinice

Table 3. General assessment of the level of ensuring patient safety in the workplace/ward/clinic

Stopień zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi w twoim miejscu pracy / na oddziale / w klinice	n	%
Zły	16	2,6
Słaby	58	9,6
Akceptowalny	246	40,7
Bardzo dobry	255	42,1
Znakomity	30	5,0
Ogółem	605	100,0

przez inne ośrodki badawcze. Umożliwia to przedstawienie pełniejszego obrazu bezpieczeństwa polskiego pacjenta, np. poprzez stworzenie ogólnopolskiej bazy danych. Zastosowanie tożsamej metodologii przez inne instytucje pozwoli na analizę porównawczą obejmującą ośrodki krajowe oraz zagraniczne.

Wnioski


Kwestionariusz ASBP służy do oceny kultury bezpieczeństwa pacjentów. Umożliwia zrozumienie nie tylko tego, co myślą pracownicy medyczni i jak działają w obszarze bezpieczeństwa pacjentów. To narzędzie pozwala również zaobserwować, jak osoby zarządzające kierują bezpieczeństwem pacjenta w swojej placówce. Na podstawie zebranych danych stwierdzono, że istnieje duże pole możliwości, które można wykorzystać do poprawy bezpieczeństwa pacjenta w analizowanych szpitalach. Według nich możliwe jest stworzenie indywidualnych programów poprawy bezpieczeństwa pacjenta skierowanych na konkretne potrzeby analizowanych szpitali. Istotną zaletą niniejszego badania jest użycie polskiego dopowied-

nika amerykańskiego narzędzia. W przyszłych badaniach warto uwzględnić porównywalną metodologię z użyciem tego narzędzia badawczego, gdyż umożliwi to pozyskanie cennych informacji na poziomie kraju, a w dalszej perspektywie czasowej niniejsze badanie może stanowić podwaliny pod ogólnopolski, dobrowolny, bezsankcyjny system raportowania zdarzeń niepożądanych w obszarze szpitalnictwa.

ORCID iDs

Rafał Szpakowski  <https://orcid.org/0000-0003-3820-8950>

Grażyna Dykowska  <https://orcid.org/0000-0001-5644-627X>

Adam Fronczak  <https://orcid.org/0000-0002-2950-286X>

Piśmiennictwo

1. The Health Foundation. *Evidence Scan: Measuring Safety Culture*. February 2011. <https://www.health.org.uk/sites/default/files/MeasuringSafetyCulture.pdf>. Dostęp 5.12.2019.
2. Agency for Healthcare Research and Quality. International Use of SOPS. <http://www.ahrq.gov/sops/international/index.html>. Opublikowano wrzesień 2012. Zaktualizowano luty 2019. Dostęp 5.12.2019.
3. Pokorski J. Ergonomiczne uwarunkowania błędów medycznych – ekspertyza przygotowana w ramach działalności Komitetu Ergonomii przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk. Kraków: Polska; 2008. http://kergon.pan.pl/old/index.php?option=com_content&view=article&id=69&Itemid=58&lang=pl. Dostęp 5.12.2019.
4. Sorra JS, Dyer N. Multilevel psychometric properties of the AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:199. doi:10.1186/1472-6963-10-199
5. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Program akredytacji – szpitale. Zestaw standardów. 2009. <https://www.cmj.org.pl/akredytacja/standardy.php>. Dostęp 5.12.2019.
6. Kunecka D, Kamińska M, Karakiewicz B. Skala zjawiska mobbingu wśród pielęgniarek/pielęgniarzy zatrudnionych w szczecińskich szpitalach. *Med Pr*. 2008;59(3):223–228. http://www.imp.lodz.pl/upload/oficyna/artykuly/pdf/full/2008/3_Kunecka.pdf. Dostęp 5.12.2019.
7. Zdziebło K, Kozłowska E. Mobbing w środowisku pracy pielęgniarek. *Probl Pielęg*. 2010;18(2):212–219. <https://www.termedia.pl/Mobbing-w-srodowisku-pracy-pielegniarek,134,35179,0,0.html>.

Ryzyko zawodowe zakażenia wirusem CMV u pielęgniarek – czy warto wykonywać badania przesiewowe dotyczące określenia częstości występowania przeciwciał przeciw wirusowi cytomegalii wśród pielęgniarek w Polsce?

Risk of CMV infection in nurses in Poland: Is it worth performing screening tests to estimate the prevalence of cytomegalovirus antibodies in Polish nurses?

Patrycja Zając^{C,D}, Bożena Czarkowska-Pączek^{A,E}

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082-9876 (print), ISSN 2451-1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2020;10(1):43–47

Adres do korespondencji

Patrycja Zając
e-mail: patrycja.carter@yahoo.com

Zewnętrzne źródła finansowania

Brak

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 15.02.2019 r.

Po recenzji: 9.05.2019 r.

Zaakceptowano do druku: 9.09.2019 r.

Streszczenie

Pielęgniarki stanowią grupę zawodową narażoną na różnorodne niekorzystne czynniki chemiczne, fizyczne i psychospołeczne. Typowa dla tej grupy zawodowej jest chroniczna ekspozycja na obecne w środowisku pracy czynniki biologiczne w związku z realizacją przez pielęgniarki świadczeń zdrowotnych polegających przede wszystkim na bezpośrednim kontakcie z pacjentem. Szkodliwe czynniki biologiczne stanowią bardzo istotny problem w kontekście niekorzystnych skutków zdrowotnych nabytych w procesie pracy, mogących powodować wielokierunkowe następstwa zdrowotne o charakterze zakaźnym, alergicznym, toksycznym, drażniącym oraz rakotwórczym. Niewątpliwie specyfika pracy pielęgniarki sprawia, że ekspozycja zawodowa niesie za sobą ryzyko transmisji zakażenia CMV. Niezbędne są zatem badania w tej grupie zawodowej, tym bardziej że CMV wciąż pozostaje jednym z najczęstszych etiologicznych czynników wrodzonych zakażeń płodu. Podczas zakażenia pierwotnego ciężarnej transmisja wirusa od matki do płodu może sięgać nawet 30–40%. Ponadto sugeruje się udział CMV w rozwoju wielu szeroko rozpowszechnionych chorób sercowo-naczyniowych, nowotworowych czy autoimmunologicznych.

Słowa kluczowe: pielęgniarki, narażenie zawodowe, czynniki biologiczne, wirus cytomegalii

Cytowanie

Zając P, Czarkowska-Pączek B. Ryzyko zawodowe zakażenia wirusem CMV u pielęgniarek – czy warto wykonywać badania przesiewowe dotyczące określenia częstości występowania przeciwciał przeciw wirusowi cytomegalii wśród pielęgniarek w Polsce? *Piel Zdr Publ.* 2020;10(1):43–47. doi:10.17219/pzp/112222

DOI

10.17219/pzp/112222

Copyright

© 2020 by Wrocław Medical University
This is an article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 3.0 Unported License (<https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/>)

Abstract

Nurses are an occupational group exposed to a number of unfavorable chemical, physical and psychosocial factors. A typical exposure in this group is chronic exposure to biological agent present in the work environment in connection with healthcare services provided by nurses and consisting primarily of direct contact with patients. Adverse biological agents are a substantial problem causing negative consequences of performing one's duties; they include contagious, allergic, toxic, irritant, and carcinogenic agents. Undoubtedly, specific of the nurse profession results in occupational exposure carrying the risk of cytomegalovirus (CMV) infection. Screening test are therefore necessary in this occupational group, provided that CMV is still one of the most prevalent etiologic intrauterine factors of fetal infections. In case of primary infection of the pregnant woman, mother-to-fetus transmission occurs in 30–40% of cases. In addition, the CMV is suggested to contribute to several widespread cardiovascular, neoplastic or autoimmune diseases.

Key words: nurses, occupational exposure, biological agents, cytomegalovirus

Wprowadzenie

Pracownicy ochrony zdrowia z racji wykonywanych obowiązków stanowią grupę zawodową narażoną na różnorodne niekorzystne czynniki chemiczne, fizyczne czy psychofizyczne.¹ Typowym narażeniem personelu medycznego jest chroniczna ekspozycja na obecne w środowisku pracy szkodliwe czynniki biologiczne, wywołujące m.in. choroby zakaźne lub inwazyjne, powodowane przez wirusy, bakterie i grzyby. Ryzyko narażenia na czynniki biologiczne wśród pielęgniarek związane jest z zakresem i charakterem pracy. Wynika przede wszystkim z realizacji przez pielęgniarkę świadczeń zdrowotnych, zróżnicowanych procedur medycznych, jak również świadczeń pielęgnacyjnych (takich jak odżywianie, zaspokajanie potrzeb fizjologicznych, utrzymywanie higieny osobistej), polegających przede wszystkim na bezpośrednim kontakcie z pacjentem, jego krwią, płynami ustrojowymi, wydzielinami oraz wydaliniami.^{2,3}

Specyfika pracy pielęgniarki sprawia, że ekspozycja zawodowa niesie za sobą ryzyko transmisji zakażenia, a w rezultacie może prowadzić nawet do wystąpienia choroby zawodowej.² Analiza danych dotyczących zapadalności na choroby zawodowe pokazuje, że najczęściej wśród pracowników ochrony zdrowia wykrywane są choroby zakaźne, a przede wszystkim wirusowe zapalenie wątroby typu B i C, przy czym w tej grupie zawodowej zdecydowanie najczęściej chorują pielęgniarki.⁴ Dlatego też największą uwagę w problematyce narażenia zawodowego pracowników ochrony zdrowia poświęca się właśnie takim patogenom, jak wirus zapalenia wątroby typu B i C oraz wirus niedoboru odporności.³ W zdecydowanie mniejszym stopniu podejmuje się temat ekspozycji zawodowej na ludzki wirus cytomegalii (ang. *cytomegalovirus* – CMV). Wynika to z tego, że przestrzeganie właściwych działań profilaktycznych, zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, stosowanie rękawiczek, mycie i dezynfekcja rąk wydają się uznanymi sposobami prewencji transmisji zakażeń CMV.⁵ Dlatego też obecnie nie prowadzi się rutynowej diagnostyki pracowników ochrony zdrowia pod kątem zakażenia tym wirusem. Może to wynikać ze zmniejszonej świadomości i bagatelizowania istniejącego

zagrożenia ekspozycją na te patogeny w środowisku pracy, zwłaszcza że zbyt mała liczba pielęgniarek w przeliczeniu na liczbę pacjentów niesie za sobą skutki, które mogą mieć bezpośredni wpływ nie tylko na stan zdrowia, długość leczenia i śmiertelność pacjentów, ale także przyczyniać się do nabywania zakażeń przez personel.⁶ Presja czasu i intensywność pracy nie sprzyjają opanowaniu i spokojnym, przemyślanym działaniom podczas wykonywania procedur. Dodatkowo zmęczenie, zaburzenia rytmu dobowego, permanentny stres i przepracowanie sprawiają, że rutynowe czynności wykonywane są w pośpiechu, obniżając jakość świadczonej opieki medycznej. Przyczynia się to chociażby do nieprzestrzegania właściwej higieny rąk wśród personelu.^{7,8} Te czynniki znacząco wpływają też na zaburzenia w funkcjonowaniu układu immunologicznego,⁹ w związku z czym pielęgniarki mogą być bardziej podatne na zakażenia. Z tego powodu nie można wykluczyć transmisji zakażenia CMV w trakcie wykonywania czynności pielęgnacyjno-diagnostycznych, które stanowią nieodłączny element pracy pielęgniarki.

Celem niniejszej pracy była analiza stanu dotychczasowej wiedzy o częstości występowania przeciwciał przeciw CMV wśród pielęgniarek na podstawie wybranej literatury.

CMV – charakterystyka

CMV, określane także jako ludzki herpeswirus 5 (ang. *human herpes virus 5* – HHV-5), należy do rodziny *Herpesviridae*, podrodziny *Betaherpesvirinae*. Jest związany z charakterystycznymi zmianami zakażonych komórek, które widoczne są w badaniach mikroskopowych. Komórki te zawierają duże wewnętrzjądrowe ciała wtrętowe, które po raz pierwszy opisał Ribbert w 1881 r. Swoisty dla ludzi wirus został wyizolowany w latach 1956–1957 w 3 niezależnych badaniach: Wellera et al., Smith i Rowe'a et al. Dopiero 4 lata później, bo w 1960 r., został nazwany przez Wellera cytomegalowirusem.^{10,11}

Charakterystyczna dla CMV jest jego zdolność do przetrwania w organizmie w formie latentnej – po

pierwotnym zakażeniu produktywnym następuje ograniczenie ekspresji genów.^{12,13} Należy mieć na uwadze, że CMV może ulegać okresowej reaktywacji, podczas której dochodzi do pełnego cyklu replikacyjnego i następnej produkcji cząstek zakaźnych wirusa.¹³ Mechanizmy pozwalające wirusowi pozostawać w stanie latencji i prowadzące do reaktywacji nie są, niestety, do końca poznane. Uważa się, że kluczową rolę w reaktywacji zakażenia CMV mogą mieć brak odpowiedzi immunologicznej gospodarza, procesy zapalne lub chociażby stres.^{12,14,15}

CMV jest szeroko rozpowszechniony w populacji, a poziom seroprevalencji na świecie jest bardzo zróżnicowany i zależy przede wszystkim od wieku, statusu socjoekonomicznego i pochodzenia.^{16,17} Szacuje się, że swoiste przeciwciała – immunoglobuliny G (IgG) skierowane przeciw CMV obecne są u 50–90% dorosłej populacji. W krajach rozwiniętych odsetek ten stanowi 40–60%, natomiast w krajach rozwijających się dochodzi nawet do ponad 80% populacji.^{13,18}

Do zakażenia CMV może dojść poprzez kontakt bezpośredni z osobą zakażoną lub materiałem zawierającym zakaźne cząstki wirusa, jak ślina, krew, preparaty krwiopochodne, wydzielina dróg rodnych, mocz, kobiecy pokarm czy przeszczepione narządy.^{17,19} Najczęściej do zakażenia dochodzi we wczesnym dzieciństwie. Wirus ten może zostać wykryty w ślinie i moczu dzieci nawet do 42 miesięcy po zakażeniu, co sprawia, że odgrywają one ważną rolę w transmisji CMV.²⁰ Warto nadmienić, że osoby zawodowo związane z opieką nad dziećmi mogą stanowić grupę wysokiego ryzyka zakażeniem CMV.²¹

Zakażenie CMV u osób mających prawidłową odporność najczęściej przebiega bezobjawowo. Rzadziej występuje jako zespół mononukleozowy z osłabieniem, gorączką, bólem głowy, zapaleniem gardła i migdałków, powiększeniem wątroby i śledziona czy jako śródmiąższowe zapalenie płuc.^{19,22} W transplantologii CMV jest najczęstszym patogenem infekcyjnym związanym z chorobowością i śmiertelnością u biorców przeszczepów narządowych.²³ CMV należy również do najczęstszych etiologicznych czynników wrodzonych zakażeń dotyczących 0,5–2% żywo urodzonych noworodków.²⁴ Wrodzona infekcja CMV jest częstą przyczyną poważnych zaburzeń rozwojowych, ślepoty, niedosłuchu bądź głuchoty, objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego czy ograniczenia wzrostu. Podczas zakażenia pierwotnego ciężarnej transmisja wirusa od matki do płodu sięga 30–40% i związana jest z wystąpieniem bezpośrednich lub odległych następstw zakażenia u dziecka (15–25%).²⁵ Ponadto w badaniach sugeruje się udział CMV w rozwoju wielu szeroko rozpowszechnionych chorób sercowo-naczyniowych (miażdżycy, choroby niedokrwiennej serca, restenozy naczyń wieńcowych),^{26,27} chorób nowotworowych (glejaków, raka jelita grubego)^{28,29} oraz chorób autoimmunologicznych (układowego tocznia rumieniowatego, twardziny układowej, łuszczycy).^{30,31}

Badania nad częstotścią zakażeń CMV wśród pielęgniarek w Polsce i za granicą

Obecnie w Polsce nie ma badań określających częstość występowania zakażenia CMV w grupie zawodowej pielęgniarek. Jednak już w 1983 r. Szepietowski et al. przeprowadzili w naszym kraju badanie odnoszące się do występowania przeciwciał przeciwko CMV wśród personelu oddziału dializ i oddziału internistycznego.³² Niestety badanie to miało charakter ogólny, nie uwzględniono w nim bowiem podziału na kategorie zawodowe. Trudno zatem wysuwać jakiegokolwiek wnioski dotyczące częstości występowania przeciwciał CMV w grupie zawodowej pielęgniarek.

W ośrodkach zagranicznych natomiast badania te koncentrują się głównie na ryzyku transmisji CMV wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach pediatrycznych.^{17–26} Należy jednak zauważyć, że są to często badania sprzeczne, pochodzące głównie z lat 80. XX w. Wielu naukowców wskazuje w nich, że w przypadku pielęgniarek pracujących na oddziałach pediatrycznych zwiększone ryzyko zakażenia CMV na skutek narażenia zawodowego nie występuje.^{33,34,36–39} Do podobnych wniosków doszli Lipscomb et al.,⁴¹ którzy nie wykazali w przypadku personelu pielęgniarskiego związku między seropozytywnością a ekspozycją na pacjentów „wysokiego ryzyka”, jak dzieci czy pacjenci z obniżoną odpornością. Również Dworsky et al.³⁸ i Balcarek et al.³⁴ stwierdzili, że osoby pracujące na oddziałach dziecięcych nie są istotnie bardziej narażone na zakażenie CMV od osób niezajmujących się zawodowo dziećmi. W badaniu Stranzinger et al.³⁹ z 2016 r. nie zaobserwowano zwiększonego ryzyka zakażenia CMV u pielęgniarek w porównaniu z innymi grupami zawodowymi zatrudnionymi w tym samym szpitalu dziecięcym.

W tych samych latach Haneberg et al.³⁵ i Friedman et al.³⁶ zaprezentowali w swoich badaniach odwrotne zjawisko, wykazując, że częstość występowania przeciwciał CMV wśród kobiet pracujących w szpitalach pediatrycznych jest większa u osób pracujących w bliższym kontakcie z hospitalizowanymi dziećmi aniżeli u pracowników mających mniejszy kontakt z pacjentami lub niemających go wcale. Podobne rezultaty uzyskali także Sobaszek et al.⁴³ i Lepage et al.,⁴⁴ którzy zaobserwowali, że seropozytywność IgG CMV jest częstsza nie u pielęgniarek pracujących na oddziałach pediatrycznych, a wśród osób zatrudnionych na tych oddziałach jako pomoce pielęgniarskie. Wobec powyższego praca jako pomoc pielęgniarska na oddziałach pediatrycznych wydaje się szczególnie obciążona wysokim ryzykiem zakażenia związanym z częstszym wykrywaniem przeciwciał CMV w tej grupie.

Za granicą widoczne są różnice w pracy pielęgniarki i pomocy pielęgniarskiej, wynikające z odmiennego zakresu obowiązków. Praca na stanowisku pomocy

pielęgniarskiej wymaga częstszego i dłuższego kontaktu z pacjentem i jego materiałem biologicznym, co wynika z rodzaju opieki nad pacjentami, którą sprawują osoby wykonujące ten zawód. Praca pielęgniarki obejmuje zaś przede wszystkim zabiegi, takie jak pobieranie krwi, podawanie iniekcji, a więc wymagające ścisłej higieny rąk. W związku z tym pielęgniarki mogą myć i dezynfekować ręce częściej aniżeli pomoce pielęgniarskie.


W Polsce opiekę pielęgniarską (odżywianie, zaspokajanie potrzeb fizjologicznych, utrzymywanie higieny osobistej), która stanowi większe ryzyko kontaktu z materiałem biologicznym pochodzącym od pacjenta, wykonują głównie pielęgniarki. W związku z innymi warunkami pracy polskich pielęgniarek względem pielęgniarek z innych krajów badania zagraniczne nie mogą stanowić podstawy do porównań i wykluczyć wykonywania tego zawodu jako czynnika sprzyjającego zakażeniom CMV. Nadal aktualne pozostaje więc pytanie, czy grupa zawodowa pielęgniarek w Polsce jest istotnie bardziej narażona na transmisję CMV w trakcie wykonywania czynności służbowych niż populacja niezwiązana zawodowo z ochroną zdrowia. Mając powyższe na uwadze, uzasadnione jest podjęcie badań nad określeniem częstości występowania zakażeń CMV w grupie polskich pielęgniarek w celu zgłębienia wiedzy na ten temat i uzyskania odpowiedzi na powyższe pytanie. Ponadto badanie w aspekcie epidemiologicznym będzie miało znaczenie praktyczne i poznawcze dla grupy zawodowej pielęgniarek, które są silnie narażone na kontakt z patogenną florą wirusową. Wyniki badania pozwolą na uzupełnienie wiedzy na temat narażenia zawodowe pielęgniarek, zwłaszcza że wiedza o warunkach pracy i zakażeniach nabytych w środowisku pracy tej grupy zawodowej wciąż jest niewystarczająca.

Podsumowanie

Niezbędne jest przeprowadzenie badań dotyczących ryzyka zakażenia CMV w grupie zawodowej pielęgniarek, tym bardziej, że ten wirus wciąż pozostaje jednym z najczęstszych etiologicznych czynników wrodzonych zakażeń płodu, związanych z występowaniem bezpośrednich lub odległych następstw zakażenia u dziecka.^{24,25} Ma to bardzo duże znaczenie społeczne z uwagi na to, że zawód pielęgniarki w dużej mierze jest sfeminizowany. Brak szeroko zakrojonych badań przesiewowych dotyczących określenia częstości występowania przeciwciał CMV w grupie zawodowej pielęgniarek uniemożliwia również oszacowanie rzeczywistej skali występowania patogenów, a także możliwych skutków zdrowotnych długofalowego narażenia na kontakt z wirusem, zwłaszcza że głównym elementem oceny ryzyka zawodowego powinno być zapewnienie bezpiecznych i higienicznych warunków pracy. Badania te mogą odgrywać zatem istotną rolę w kontekście wystąpienia niekorzystnych skutków zdrowotnych nabytych w trakcie wykonywania obowiązków służbowych.

ORCID iDs

Patrycja Zając  <https://orcid.org/0000-0003-0152-7712>

Bożena Czarkowska-Pączek  <https://orcid.org/0000-0002-1023-3057>

Piśmiennictwo

- Gorman T, Dropkin J, Kamen J, et al. Controlling health hazards to hospital workers. *New Solut.* 2013;23(supl 1):1–167. doi:10.2190/NS.23.Suppl
- Kowalczyk K, Krajewska-Kułak E, Ostapowicz-Vandame K, et al. Narażenie na czynniki niebezpieczne i szkodliwe w pracy pielęgniarek i położnych. *Probl Piel.* 2010;18(3):353–357. <https://www.termedia.pl/Narazenie-na-czynniki-niebezpieczne-i-szkodliwe-w-pracy-pielęgniarek-i-polożnych,134,35155,0,0.html>. Dostęp 28.11.2019.
- Prażak Z, Kowalska M. Czynniki biologiczne w środowisku zawodowym pielęgniarek i możliwości zmniejszenia narażenia. *Hygeia Public Health.* 2017;52(2):111–118. <http://www.h-ph.pl/pdf/hyg-2017/hyg-2017-2-111.pdf>. Dostęp 28.11.2019.
- Wilczyńska U, Szeszenia-Dąbrowska N. Choroby zawodowe wśród pracowników ochrony zdrowia i pomocy społecznej w Polsce. *Med Pr.* 2010;61(6):597–605. http://www.imp.lodz.pl/upload/oficyna/artykuly/pdf/full/2010/%206-2010_uwilczyńska.pdf. Dostęp 28.11.2019.
- Bolyard EA, Tablan OC, Williams WW, Pearson ML, Shapiro CN, Deitchmann SD. Guideline for infection control in healthcare personnel, 1998: Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1998;19(6):407–463. doi:10.1086/647840
- Estabrooks CA, Midodzi WK, Cummings GG, Ricker KL, Giovannetti P. The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Nurs Res.* 2005;54(2):74–84. doi:10.1097/00006199-200503000-00002
- Potocka P, Rożkiewicz D, Ołdak D. Higiena rąk wśród personelu medycznego – co jeszcze można zrobić. *Forum Zakażeń.* 2016;7(4):289–293. doi:10.15374/FZ2016050
- Pittet D, Allegranzi B, Boyce J; World Alliance for Patient Safety First Global Patient Safety Challenge Core Group of Experts. The World Health Organization Guidelines on Hand Hygiene in Health Care and their consensus recommendations. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2009;30(7):611–622. doi:10.1086/600379
- Almeida CM, Malheiro A. Sleep, immunity and shift workers: A review. *Sleep Sci.* 2016;9(3):164–168. doi:10.1016/j.slsci.2016.10.007
- Fauquet CM, Mayo MA, Maniloff J. *Virus Taxonomy: VIIIth Report of the International Committee on Taxonomy of Viruses.* San Diego, CA, USA: Elsevier Academic Press; 2005.
- Ho M. The history of cytomegalovirus and its diseases. *Med Microbiol Immunol.* 2008;197(2):65–73. doi:10.1007/s00430-007-0066-x
- Varani S, Landini MP. Cytomegalovirus-induced immunopathology and its clinical consequences. *Herpesviridae.* 2011;2(1):6. doi:10.1186/2042-4280-2-6
- Bulek K. Ludzki wirus Cytomegalii (HCMV) – latencja i strategie ucieczki spod kontroli układu odpornościowego. *Post Biol Kom.* 2005;32(1):77–86. https://pbkom.eu/sites/default/files/artykulydo2012/32_1_77.pdf. Dostęp 28.11.2019.
- Wills MR, Poole E, Lau B, Krishna B, Sinclair JH. The immunology of human cytomegalovirus latency: Could latent infection be cleared by novel immunotherapeutic strategies? *Cell Mol Immunol.* 2015;12(2):128–138. doi:10.1038/cmi.2014.75
- Hummel M, Abecassis MM. A model for reactivation of CMV from latency. *J Clin Virol.* 2002;25(supl 2):123–136. doi:10.1016/S1386-6532(02)00088-4
- van Boven M, van de Kasstele J, Korndewal MJ, et al. Infectious reactivation of cytomegalovirus explaining age- and sex-specific patterns of seroprevalence. *PLoS Comput Biol.* 2017;13(9). doi:10.1371/journal.pcbi.1005719
- Cannon MJ, Schmid DS, Hyde TB. Review of cytomegalovirus seroprevalence and demographic characteristics associated with infection. *Rev Med Virol.* 2010;20(4):202–213. doi:10.1002/rmv.655
- Nyholm JL, Schleiss MR. Prevention of maternal cytomegalovirus infection: Current status and future prospects. *Int J Womens Health.* 2010;2:23–35. doi:10.2147/ijwh.s5782

19. Crough T, Khanna R. Immunobiology of human cytomegalovirus: From bench to bedside. *Clin Microbiol Rev.* 2009;22(1):76–98. doi:10.1128/CMR.00034-08
20. Dunal M, Trzcińska A, Siennicka J. Wirus cytomegalii – problem zakażeń wrodzonych. *Post Mikrobiol.* 2013;52(1):17–28. <http://www.pm.microbiology.pl/web/archiwum/vol5212013017.pdf>. Dostęp 28.11.2019.
21. Joseph SA, Béliveau C, Muecke CJ, et al. Cytomegalovirus as an occupational risk in daycare educators. *Paediatr Child Health.* 2006;11(7):401–407. doi:10.1093/pch/11.7.401
22. Zuckerman AJ, Banatvala JE, Pattison JR, Griffiths PD, Schoub BD. *Principles and Practice of Clinical Virology: 5th Edition.* Londyn, Wielka Brytania: John Wiley & Sons Ltd; 2004.
23. Beam E, Razonable RR. Cytomegalovirus in solid organ transplantation: Epidemiology, prevention, and treatment. *Curr Infect Dis Rep.* 2012;14(6):633–641. doi:10.1093/pch/11.7.401
24. Pokorska-Śpiewak M, Niezgoda A, Gołkowska M, et al. Rekomendacje postępowania w zakażeniach wirusem cytomegalii (CMV) – zalecenia Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych. *Prz Epidemiol.* 2016;71(1):297–310. http://www.pteilchz.org.pl/wp-content/uploads/2018/11/rekom_cmv_2016.pdf. Dostęp 28.11.2019.
25. Ornoy A, Diav-Citrin O. Fetal effects of primary and secondary cytomegalovirus infection in pregnancy. *Reprod Toxicol.* 2006;21(4):399–409. doi:10.1016/j.reprotox.2005.02.002
26. Gkrania-Klotsas E, Langenberg C, Sharp SJ, Luben R, Khaw KT, Wareham NJ. Higher immunoglobulin G antibody levels against cytomegalovirus are associated with incident ischemic heart disease in the population-based EPIC-Norfolk cohort. *J Infect Dis.* 2012;206(12):1897–1903. doi:10.1093/infdis/jis620
27. Sorlie PD, Nieto FJ, Adam E, Folsom AR, Shahar E, Massing M. A prospective study of cytomegalovirus, herpes simplex virus 1, and coronary heart disease: The atherosclerosis risk in communities (ARIC) study. *Arch Intern Med.* 2000;160(13):2027–2032. doi:10.1093/infdis/jis620
28. Fonseca RF, Kawamura MT, Oliveira JA, Teixeira A, Alves G, da Glória da Costa Carvalho M. The prevalence of human cytomegalovirus DNA in gliomas of Brazilian patients. *Mem Inst Oswaldo Cruz.* 2012;107(7):953–954. doi:10.1590/S0074-0276201200070002
29. Dimberg J, Hong TT, Skarstedt M, Löfgren S, Zar N, Matussek A. Detection of cytomegalovirus DNA in colorectal tissue from Swedish and Vietnamese patients with colorectal cancer. *Anticancer Res.* 2013;33(11):4947–4950. <http://ar.iiarjournals.org/content/33/11/4947.full>. Dostęp 28.11.2019.
30. Bilgin H, Kocabas H, Kesli R. The prevalence of infectious agents in patients with systemic sclerosis. *Turk J Med Sci.* 2015;45(6):1192–1197. doi:10.3906/sag-1404-150
31. Halenius A, Hengel H. Human cytomegalovirus and autoimmune disease. *Biomed Res Int.* 2014;2014:472978. doi:10.1155/2014/472978
32. Szepietowski T, Adamiec R, Imbs D. Cytomegalovirus antibodies in patients and personnel of a hemodialysis unit [po polsku]. *Pol Arch Med Wewn.* 1983;70(3):101–110.
33. Morgan MA, El-Ghany S, Khalifa NA, Sherif A, Rasslan LR. Prevalence of cytomegalovirus (CMV) infection among neonatal intensive care unit (NICU) and healthcare workers. *Egypt J Immunol.* 2003;10(2):1–8.
34. Balcarek KB, Bagley R, Cloud GA, Pass RF. Cytomegalovirus infection among employees of a children's hospital: No evidence for increased risk associated with patient care. *JAMA.* 1990;263(6):840–844. doi:10.1001/jama.1990.03440060086037
35. Haneberg B, Bertnes E, Haukenes G. Antibodies to cytomegalovirus among personnel at a children's hospital. *Acta Paediatr Scand.* 1980;69(3):407–409. doi:10.1111/j.1651-2227.1980.tb07101.x
36. Friedman HM, Lewis MR, Nemerofsky DM, Plotkin SA. Acquisition of cytomegalovirus infection among female employees at a pediatric hospital. *Pediatr Infect Dis.* 1984;3(3):233–235. doi:10.1097/00006454-198405000-00010
37. Balfour CL, Balfour HH. Cytomegalovirus is not an occupational risk for nurses in renal transplant and neonatal units: Results of a prospective surveillance study. *JAMA.* 1986;256(14):1909–1914. doi:10.1001/jama.1986.03380140079026
38. Dworsky ME, Welch K, Cassidy G, et al. Occupational risk for primary cytomegalovirus infection among pediatric health-care workers. *N Engl J Med.* 1983;309(16):950–953. doi:10.1056/NEJM198310203091604
39. Stranzinger J, Kindel J, Henning M, Wendeler D, Nienhaus A. Prevalence of CMV infection among staff in a metropolitan children's hospital: Occupational health screening findings. *GMS Hyg Infect Control.* 2016;11:Doc20. doi:10.3205/dgkh000280
40. Flowers RH, Torner JC, Farr BM. Primary cytomegalovirus infection in pediatric nurses: A meta-analysis. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1988;9(11):491–496. doi:10.1086/645758
41. Lipscomb JA, Linnemann CC, Hurst PF, et al. Prevalence of cytomegalovirus antibody in nursing personnel. *Infect Control.* 1984;5(11):513–518. doi:10.1017/s0195941700061026
42. Adler SP, Baggett J, Wilson M, Lawrence L, McVoy M. Molecular epidemiology of cytomegalovirus in a nursery: Lack of evidence for nosocomial transmission. *J Pediatr.* 1986;108(1):117–123. doi:10.1016/s0022-3476(86)80785-5
43. Sobaszek A, Fantoni-Quinton S, Frimat P, Leroyer A, Laynat A, Edme JL. Prevalence of cytomegalovirus infection among health care workers in pediatric and immunosuppressed adult units. *J Occup Environ Med.* 2000;42(11):1109–1114. doi:10.1097/00043764-200011000-00015
44. Lepage N, Leroyer A, Cherot-Kornobis N, et al. Cytomegalovirus seroprevalence in exposed and unexposed populations of hospital employees. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2011;30(1):65–70. doi:10.1007/s10096-010-1054-4

Helicobacter pylori – dotychczasowa terapia i leczenie współczesne

Helicobacter pylori: Historical therapy and current treatment

Sebastian Adrian Fedorowicz^{1,A–F}, Karolina Julia Radzikowska^{1,A–F}, Karolina Mende^{1,A–F}, Stanisław Ferenc^{1,2,A,E,F}, Jan Gnus^{1,2,A,E,F}

¹ Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wrocław, Polska

² Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Wrocław, Polska

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych,

D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082-9876 (print), ISSN 2451-1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2020;10(1):49–55

Adres do korespondencji

Sebastian Adrian Fedorowicz
e-mail: seb.fedorowicz@gmail.com

Zewnętrzne źródła finansowania

Brak

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 3.12.2019 r.

Po recenzji: 16.01.2020 r.

Zaakceptowano do druku: 10.02.2020 r.

Streszczenie

Zakażenie *Helicobacter pylori* jest przyczyną zapalenia błony śluzowej żołądka, którego konsekwencją mogą być wrzody żołądka, chłoniak MALT lub proces nowotworowy. Szacuje się, że ta bakteria, będąca potwierdzonym czynnikiem onkogennym, bytuje w przewodzie pokarmowym u ponad połowy ludzi na świecie. Odsetek ten waha się w zależności od stopnia rozwoju ekonomicznego danego państwa – w krajach rozwiniętych może wynosić tylko 24%, natomiast w krajach rozwijających się sięgać nawet 70%. Skuteczność eradykacji *H. pylori* wynosi maksymalnie 90%, a dużym problemem klinicznym jest kwestia oporności bakterii na antybiotyki. Na Dolnym Śląsku 56,7% szczepów tej bakterii jest opornych na metronidazol, a 55,2% na klarytromycynę. Najnowsze wytyczne Konsensusu Maastricht V/Florenceja 2016 potwierdzają, że preparaty probiotyczne ze szczepami *Saccharomyces boulardii*, *Lactobacillus* lub *Bifidobacterium* mogą zwiększyć odsetek eradykacji. Także podaż kiełków brokułów w diecie może wspomagać leczenie zakażenia *H. pylori*. Celem pracy jest przedstawienie i porównanie dotychczasowych metod terapii z leczeniem współczesnym. Omówiono inwazyjne oraz nieinwazyjne metody diagnostyczne. Przybliżono również sposób odkrycia *H. pylori*, charakterystykę mikroorganizmu wraz z jego chorobotwórczością oraz podano podstawowe informacje epidemiologiczne.

Słowa kluczowe: zakażenie *Helicobacter pylori*, probiotyki, eradykacja *Helicobacter pylori*, antybiotykooporność

Cytowanie

Fedorowicz SA, Radzikowska KJ, Mende K, Ferenc S, Gnus J.

Helicobacter pylori – dotychczasowa terapia i leczenie

współczesne. *Piel Zdr Publ.* 2020;10(1):49–55.

doi:10.17219/pzp/118082

DOI

10.17219/pzp/118082

Copyright

© 2020 by Wrocław Medical University

This is an article distributed under the terms of the

Creative Commons Attribution 3.0 Unported License

(<https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/>)

Abstract

Helicobacter pylori infection is a cause of gastritis that in consequence leads to peptic ulcers, MALT lymphoma and cancerous process. It is estimated that this bacteria, being an oncogenic factor, exists in gastrointestinal tract in more than half of the world population. This percentage varies according to the level of economic development of a given country, although in highly developed countries it can be just 24%, while in developing countries it reaches even 70%. The maximal efficacy of *H. pylori* eradication is up to 90% and the issue of antibiotic resistance is a vital clinical problem. There are 56.7% stains with metronidazole resistance and 55.2% stains with clarithromycin resistance in Lower Silesia. The latest guidelines of the Maastricht V/Florence 2016 Consensus confirm that probiotics containing *Saccharomyces boulardii*, *Lactobacillus* or *Bifidobacterium* may increase the percentage of eradication. Moreover, the supply of broccoli sprouts in the diet may support the treatment of *H. pylori* infection. The aim of this study is to present and compare the historical methods of therapy to current treatment. This paper presents invasive and non-invasive methods of diagnosis. Moreover, the way of discovering *H. pylori*, characteristic of this bacteria with its pathogenicity and basic epidemiological information are covered.

Key words: *Helicobacter pylori* infection, probiotics, *Helicobacter pylori* infection eradication, antibiotic resistance

Wprowadzenie

Historia *Helicobacter pylori* jest nierozzerwalnie związana z historią *Homo sapiens*. Dowodzą tego analizy genetyczne, wg których bakteria prawdopodobnie pochodzi z Afryki Wschodniej i rozprzestrzeniła się ok. 58 tys. lat temu wraz z ekspansją człowieka rozumnego. Badania wykazują korelację różnorodności szczepów i ludzkiej różnorodności genetycznej oraz rozmieszczenia geograficznego.¹

Pierwsze wzmianki o spiralnych bakteriach bytujących w żołądku pochodzą dopiero z 1875 r. Georg Bottcher i Michel Letulle zaobserwowali wtedy te mikroorganizmy, jednak nie potrafili ich hodować i prawdopodobnie dlatego nie poruszyli tym odkryciem świata naukowego.² Autorem kolejnych opisów z 1893 r. jest Giulio Bizzozero, który odkrył bakterie bytujące w kwaśnym środowisku psich żołądków.³ Kolejnym kamieniem milowym był 1889 r., kiedy to polski profesor Walery Jaworski po raz pierwszy szczegółowo opisał obecność „ślimakowatych”, „spiralnych” bakterii w ludzkich popłuczynach żołądkowych. Nazwał je *Vibrio rugula* i stwierdził, że mogą być czynnikiem etiologicznym zapalenia żołądka.⁴

Odkrycie Jaworskiego nie wywarło znacznego wpływu na ówczesny świat naukowy z 2 powodów: po pierwsze zostało opublikowane wyłącznie po polsku w *Podręczniku chorób żołądka i dyetyki szczegółowej*, a po drugie spotkało się ze znaczną krytyką środowiska. Franz Boas (autorytet w temacie chorób przewodu pokarmowego i odkrywca pałeczek Boasa–Opplera) wykazał, że jest w stanie otrzymać podobne morfologicznie kształty jako produkty uboczne chemicznej reakcji pomiędzy śluzówką żołądka i kwasem solnym.⁴

Prawdziwy przełom nastąpił jednak dopiero w 1982 r., ponad 90 lat po odkryciu Jaworskiego, kiedy udało się założyć hodowlę *H. pylori in vitro*.⁵ Był to sukces 2 Australijczyków – Barry’ego Jamesa Marshalla i Robina Warrena. W 1984 r. Marshall w celu udowodnienia roli bakterii w patogenezie wrzodów żołądka i zapaleniu żołądka po kontrolnej endoskopii osobiście wypił zawiesinę z bakteriami. Już po kilku dniach narzekał na mdłości i nie-

przyjemny zapach z ust, a następnie pojawiły się wymioty. Wyniki endoskopii w 8. dniu eksperymentu były oczywiste – zaawansowane zapalenie błony śluzowej żołądka, a z biopsji wyhodowano *H. pylori*, która w ten sposób stała się potwierdzonym czynnikiem etiologicznym zapalenia żołądka.⁶ Marshall i Warren w 2005 r. zostali uhonorowani Nagrodą Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny.⁵

Charakterystyka *H. pylori*

H. pylori jest bakterią Gram-ujemną, katalazo- i oksydazo-dodatnią, zaliczaną do pałeczek o spiralnym kształcie. Ma 4–6 rzęsek na biegunie, które umożliwiają jej ruch. Jest względnym beztlenowcem, a do wzrostu potrzebuje dwutlenku węgla. Na jej powierzchni występuje warstwa glikokaliksu warunkująca hydrofobowość oraz ujemny ładunek. W żołądku, gdzie panuje kwaśne środowisko, warstwa ta zostaje częściowo usunięta, w wyniku czego odsłaniają się miejsca hydrofobowe umożliwiające przyleganie do komórek nabłonka żołądka.⁷ Na błonie zewnętrznej drobnoustroju znajduje się lipopolisacharyd (LPS) złożony z lipidu A, oligosacharydowego rdzenia oraz bocznego łańcucha O. W porównaniu z innymi bakteriami lipid A wykazuje małą aktywność biologiczną, a łańcuch boczny O może „naśladować” grupy krwi Lewis, przez co ułatwia bakterii uniknięcie reakcji ze strony układu odpornościowego gospodarza. LPS ma zdolność do zmienności genetycznej, co umożliwia adaptację do warunków na błonie śluzowej żołądka, a także zapewnia różnorodność populacji. Genom koduje szereg białek błony zewnętrznej, takich jak poryny, adhezyny, transportery żelaza czy zestaw białek o nieznanym dotychczas funkcjach.

H. pylori ma również zdolność do szybkiej reakcji na zmiany środowiska, co powoduje zmiany w transkrypcji określonych genów odpowiedzialnych za radzenie sobie ze stresem. Reakcja bakterii na stres środowiskowy jest wieloczynnikowa i może być inicjowana z wykorzystaniem wielu połączonych systemów regulacyjnych.⁸

Istotną rolę w patogenezie odgrywają geny *vacA* kodujące toksynę wakuolizującą wydzielaną przez bakterię, która jest odpowiedzialna za niszczenie komórek nabłonka. W hodowli powoduje ona tworzenie się wodniczek w komórkach żołądka i prowadzi do ich destrukcji. Gen *vacA* zbudowany jest z 2 części zmiennych – regionu s obecnego pod postacią alleli s1 oraz s2, a także regionu m w postaci alleli m1 oraz m2. Kombinacja alleli regionów s i m determinuje produkcję cytotoksyny przez dany szczep. Wariant s1a genu *vacA* wykazuje większą patogenność niż s1b, natomiast wariant s2 jest częściej stwierdzany w rozpoznaniach choroby wrzodowej żołądka. Ponadto wariant m1 powoduje znacznie większe uszkodzenia błony śluzowej żołądka niż wariant m2. Dodatkowo jako marker do wykrywania obecności wysp patogeniczności *cag* wykorzystuje się gen *cagA* (ang. *cytotoxin-associated gene*). Kilka genów wyspy *cag* odpowiada za kodowanie białek wzmacniających zjadliwość szczepu.⁹ Drobnoustroj wytwarza ureazę, która jest istotna w diagnostyce zakażeń, a także zapewnia ochronę przed działaniem kwasu żołądkowego.¹⁰

Epidemiologia *H. pylori*

H. pylori jest szeroko rozpowszechnionym patogenem żyjącym w organizmach ludzi od wielu tysięcy lat. Jest pierwszym oficjalnie potwierdzonym kancerogenem bakteryjnym, a także głównym czynnikiem etiologicznym wrzodów żołądka oraz innych schorzeń przewodu pokarmowego. Zakażenie dotyczy wszystkich rejonów świata, a badania wykazują obecność tej bakterii u ponad połowy żyjącej ludności, chociaż stwierdza się różnice w częstości infekcji w poszczególnych krajach.

Człowiek jest głównym rezerwuarem tego drobnoustroju, a zakażenie szerzy się za pośrednictwem wydzielin (ślina, wymiociny) oraz wydaliny drogą oralno-oralną i fekalno-oralną. Na zakażenie są narażone szczególnie małe dzieci, najczęściej dochodzi do niego przed 12. r.ż. pacjenta.

Bakteria wydalona z kałem może przebywać w środowisku wodnym w postaci przetrwalników, więc przypuszcza się, że woda jest istotną drogą szerzenia się patogenu. Dotyczy to głównie krajów o niskim statusie socjalno-ekonomicznym. Regiony o najwyższym współczynniku zakażenia to Afryka (ok. 70%), Ameryka Południowa (69%) oraz Azja Zachodnia (65%), natomiast w krajach o wysokim stopniu rozwoju ekonomicznego współczynnik ten jest znacznie niższy i osiąga 37% w Ameryce Północnej, 34% w Europie Zachodniej i 24% w Oceanii.¹¹ Polska należy do krajów o wysokim współczynniku zakażenia. Według badań odsetek ludzi zakażonych w naszym kraju sięga ok. 84% wśród osób dorosłych i ok. 32% wśród osób do 18. r.ż.¹²

Okres dzieciństwa jest szczególnie istotny w procesie zakażenia *H. pylori*. Wykazano, że do inwazji docho-

dzi w najmłodszych latach, a złe warunki społeczno-ekonomiczne najbardziej jej sprzyjają. Kontakt z zakażonymi osobami wydaje się główną drogą szerzenia patogenu.¹³ Wraz ze wzrostem urbanizacji na Zachodzie maleje liczba zakażeń *H. pylori*. Według badań przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych, Europie i Japonii obserwuje się spadek zachorowań sięgający 25% na dekadę.¹⁴

Choroby wywołane obecnością *H. pylori*

Przewlekłe zapalenie żołądka

Przewlekłe zapalenie żołądka to stan, w którym na błonie śluzowej żołądka przewlekłe obecny jest naciek zapalny, prowadzący do metaplastji i jej stopniowego zaniku.

Kolonizację błony śluzowej żołądka i dwunastnicy bakteriami *H. pylori* uważa się za główny czynnik wywołujący ich przewlekłe zapalenie. Bakterie mogą znajdować się w pokrywającym błonę śluzową. Charakterystycznym obrazem histologicznym w przebiegu tej choroby jest zanik, metaplastja jelitowa i naciek neutrofilowy. Zapalenie rozwija się jako suma wpływu toksyn i enzymów wydzielanych przez bakterie oraz związków chemicznych uwalnianych przez aktywowane neutrofile.

Przebieg choroby jest zwykle skąpoobjawowy, a czasami nawet bezobjawowy. Zwykle stwierdzane są objawy dyspepsji: nudności, wymioty i uczucie dyskomfortu w nadbrzuszu. Czasami, gdy dojdzie do rozleglejszego ubytku komórek błony śluzowej żołądka, można zdiagnozować hipochlorhydrię lub achlorhydrię.

Ostateczne skutki kliniczne zależą od rozległości i umiejscowienia zakażenia. Przy zastosowaniu skutecznego leczenia dochodzi do znacznej poprawy stanu zdrowia, lecz ustępowanie nacieku zapalnego może trwać znacznie dłużej. Przewlekłe zapalenie żołądka ma istotny związek z występowaniem wrzodów trawiennych i rozwojem raka żołądka.¹⁵

Zakażenie *H. pylori* zawsze prowadzi do aktywnego przewlekłego zapalenia żołądka, które następnie w 1–10% przypadków powoduje wrzody żołądka lub dwunastnicy.¹⁶

Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy

Wrzodem trawiennym nazywamy ubytek w błonie śluzowej sięgający poza jej blaszkę mięśniową. Charakterystyczne jest występowanie nacieku zapalnego w jego otoczeniu. Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy jest jedną z najczęstszych chorób przewodu pokarmowego. Zapadalność wśród mężczyzn jest 2-krotnie wyższa niż wśród kobiet.

Zakażenie *H. pylori* wraz z nadużywaniem niesterydowych leków przeciwzapalnych należą do głównych przyczyn rozwoju wrzodu trawiennego, który w większości przypadków lokalizuje się w dwunastnicy.

Bakteria ma zdolność do wytwarzania ureazy, która rozkłada mocznik. W wyniku tej reakcji w żołądku powstają jony amonowe neutralizujące kwas solny. Dochodzi do obniżenia pH w żołądku, co aktywuje patologiczne wydzielanie gastryny – hormonu powodującego zwiększenie wydzielania kwasu solnego przez żołądek. Błona śluzowa żołądka zostaje podrażniona i w miejscach kontaktu z kwasem solnym rozwija się wrzód trawienny. Dostanie się silnie zakwaszonej treści żołądkowej do dwunastnicy wpływa na rozwój wrzodu w tym miejscu.

O tym, czy zakażenie *H. pylori* wpłynie na rozwój choroby, decyduje również charakterystyka genetyczna bakterii. U zdecydowanej większości pacjentów mających objawy wrzodu trawiennego stwierdzono zakażenie szczepem z genem *cagA*, będącym jednym z wielu genów decydujących o patogenności bakterii.

Istotnymi czynnikami w rozwoju choroby wrzodowej są również osobnicze predyspozycje genetyczne, a także inne czynniki, takie jak palenie papierosów, spożywanie alkoholu czy dieta, mogące zwiększać ryzyko jej rozwoju.

H. pylori jest odpowiedzialna za powstawanie ponad 75% wrzodów dwunastnicy oraz 70% wrzodów żołądka, dlatego eradykacja bakterii jest bardzo istotnym krokiem podczas leczenia. Usunięcie patogenu zmniejsza ponadto 10–15-krotnie ryzyko nawrotu owrzodzeń i ponownego krwawienia z wrzodu. U pacjentów niepoddanych leczeniu antybakteryjnemu nawroty krwawienia w ciągu roku występują w 25% przypadków, a po skutecznej eradykacji ryzyko maleje całkowicie.¹⁷

Rak żołądka

Przewlekłe zanikowe zapalenie błony śluzowej żołądka w przebiegu zakażenia *H. pylori* może powodować raka żołądka.¹⁸ Eradykacja bakterii u osób zakażonych, u których infekcja przebiega bezobjawowo, oraz u osób po endoskopowej resekcji raka żołądka zmniejsza ryzyko rozwoju nowotworu.¹⁹

Chłoniak MALT

Chłoniak MALT (ang. *mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma* – nowotwór tkanki limfatycznej przewodu pokarmowego) najczęściej znajduje się w żołądku. Długotrwały stan zapalny błony śluzowej żołądka wywołany zakażeniem *H. pylori* stwierdza się w 90% przypadków tego nowotworu.²⁰ Badania naukowe udowadniają udział *H. pylori* w inicjacji i progresji chłoniaka MALT.²¹ Wykazano, że eradykacja bakterii powoduje całkowitą regresję histologiczną chłoniaka o niskim stopniu złośliwości.²²

Wpływ *H. pylori* na choroby poza przewodem pokarmowym

Wykazano związek *H. pylori* z niewyjaśnioną niedokrwistością z niedoboru żelaza, idiopatyczną czerwienicą małopłytkową i niedoborem witaminy B₁₂. Eradykacja *H. pylori* w pokrzywce przewlekłej oraz trądziku różowatym również przynosi korzystne efekty.

Wpływ bakterii na astmę, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, chorobę wieńcową, udar niedokrwienny, chorobę Raynauda, choroby Parkinsona i Alzheimerera, zespół Sjögrena, zespół metaboliczny, cukrzycę typu 2 oraz fibromięgię jest na etapie badań, a dotychczasowe wyniki nie wykazują jednoznacznego potwierdzenia.²³

Diagnostyka zakażenia *H. pylori*

Metody diagnostyczne możemy podzielić na inwazyjne i nieinwazyjne. Metody inwazyjne wymagają przeprowadzenia gastrokopii z biopsją. Wskazaniami do ich wykonania jest obecność objawów dyspeptycznych (zgaga, wzdęcia, odbijanie). Wycinek powinien być pobrany z okolicy przedodźwiernikowej, gdzie mogą być obecne bakterie. W części podwypustowej, na dnie lub w trzonie żołądka bakterie mogą znajdować się u chorych przewlekłe przyjmujących inhibitory pompy protonowej (IPP).²⁴ Pobrany materiał może zostać poddany testowi na wytwarzanie ureazy, ocenie histopatologicznej w celu wczesnego wykrycia ewentualnych zmian nowotworowych lub założeniu hodowli. Niewyjaśniona niedokrwistość z niedoboru żelaza, idiopatyczna czerwienica małopłytkowa i niedobór witaminy B₁₂ to powody do poszukiwania zakażenia.

Do metod nieinwazyjnych zalicza się: test na wytwarzanie ureazy (test oddechowy, test moczu), test wykrywający antygeny *H. pylori* w stolcu, test serologiczny, badanie metodą PCR (próbka z kału lub ze śliny). Złotym standardem diagnostycznym jest niewymagający gastrokopii ureazowy test oddechowy (ang. *urease breathing test* – UBT). Pacjent połyka odpowiednią dawkę mocznika znakowanego izotopem ¹³C lub rzadziej radioizotopem ¹⁴C, który w żołądku ulega rozkładowi przez ureazę bakteryjną do amoniaku i dwutlenku węgla. Ilość znakowanego dwutlenku węgla w wydychanym powietrzu koreluje z obecnością *H. pylori* w żołądku. Pomiar wykonuje się po 15–30 min; test odznacza się dużą czułością (90–95%) i swoistością (90–98%). Wybór metody zależy od aktualnej sytuacji klinicznej pacjenta oraz potrzeby wykonania endoskopii górnego odcinka przewodu pokarmowego.²⁴

Strategia „zbadaj i lecz” polega na wykonaniu testu nieinwazyjnego i przeprowadzeniu eradykacji w przypadku wyniku dodatniego. W Polsce jest ona stosowana wyłącznie u młodszych pacjentów (w wieku poniżej 45 lat) z powodu wyższego ryzyka wystąpienia raka żołądka bez objawów alarmowych, takich jak: utrata masy ciała, dysfagia, jawne krwawienie z przewodu pokarmowego, guz w jamie

brzuszej, niedokrwistość z niedoboru żelaza. U osób starszych lub gdy występują objawy alarmowe niezbędne jest wykonanie badania endoskopowego górnego odcinka przewodu pokarmowego.²⁵

Według ustaleń światowego konsensusu z Kioto zakażenie *H. pylori* uznano za chorobę zakaźną, która wymaga leczenia bez względu na to, czy zakażeniu towarzyszą objawy kliniczne, czy też przebiega bezobjawowo.²⁶

Dotychczasowe metody leczenia

Pierwszą terapię zakażenia *H. pylori* w 1987 r. stworzył Thomas Borody, australijski gastroenterolog urodzony w Krakowie. Pracował on wówczas z Marshalllem i Warrenem. Była to terapia potrójna składająca się z bizmutu, metronidazolu oraz tetracykliny. Wkrótce stała się powszechna w Stanach Zjednoczonych.

Z biegiem lat pojawiały się coraz to nowsze doniesienia na temat zakażenia oraz schematów leczenia, dlatego w 1997 r. The European *Helicobacter pylori* Study Group zorganizowała spotkanie w Maastricht dla specjalistów od *H. pylori*, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i reprezentantów z krajowych towarzystw gastroenterologicznych. W spotkaniu konsensusowym w Maastricht wzięło udział 63 uczestników z 19 krajów europejskich, a także obserwatorzy z Kanady, Japonii i USA. Podczas zgromadzenia stwierdzono, że leczenie powinno być proste, dobrze tolerowane, łatwe w realizacji i opłacalne oraz ustalono pewne zmiany dotyczące leków używanych w terapii eradykacyjnej. Klasyczna potrójna terapia opierająca się na bizmucie została zastąpiona przez potrójną terapię składającą się z IPP i 2 antybiotyków (do wyboru: klarytromycyna, metronidazol, amoksycylina). Ówczesna literatura oraz doświadczenie kliniczne wskazywały na większą skuteczność, mniejszą liczbę działań niepożądanych i lepszą podatność pacjentów na taki schemat leczenia.²⁷

Kolejne spotkanie w Maastricht odbyło się w 2000 r. Wtedy również zmodyfikowano terapię. Nowe wytyczne zalecały użycie w terapii pierwszego wyboru IPP lub bizmutu wraz z klarytromycyną i amoksycyliną lub metronidazolem. Liczne badania udowodniły taką samą skuteczność schematów z bizmitem, jak i IPP. Terapia drugiego wyboru powinna być poczwórna i składać się z IPP, bizmutu, metronidazolu oraz tetracykliny. Jeśli bizmut nie jest dostępny, terapią drugiego wyboru może być terapia potrójna opierająca się na IPP.²⁸

Z raportu z konsensusu Maastricht III z 2005 r. wynika, że wytyczne dotyczące leczenia pierwszego wyboru pozostały bez zmian: wciąż jest to IPP, klarytromycyna oraz amoksycylina lub metronidazol, jeśli oporność na klarytromycynę w danym obszarze jest mniejsza niż 15–20%. Dodatkowo wskazano korzyści z użycia metronidazolu zamiast amoksycyliny na obszarach, gdzie oporność na metronidazol jest mniejsza niż 40%. Stwierdzono również przewagę leczenia 14-dniowego nad 7-dniowym. Terapia

poczwórna z bizmitem została uznana za alternatywną terapię pierwszego wyboru oraz pozostała główną terapią drugiego wyboru. Jeśli nie była dostępna, jako terapię drugiego wyboru polecano IPP, amoksycylinę lub tetracyklinę i metronidazol.²⁹

Leczenie potrójne z IPP, klarytromycyną oraz amoksycyliną lub metronidazolem stało się powszechne, ponieważ było zalecane przez wszystkie dotychczasowe konferencje. Jednak po latach zmniejszyła się jego skuteczność, która pozwalała na wyleczenie maksymalnie 70% pacjentów. Było to spowodowane głównie przez rosnącą oporność bakterii na klarytromycynę. W 2012 r. podczas konsensusu Maastricht IV/Florencja, mimo że nie opracowano nowego leku, przeanalizowano badania z użyciem różnych kombinacji dotychczas używanych leków. Uznano zyskało leczenie sekwencyjne polegające na 5-dniowej terapii IPP z amoksycyliną, a następnie 5-dniowej terapii IPP, klarytromycyną i metronidazolem. Zaproponowano również przyjmowanie 3 antybiotyków jednocześnie z IPP (terapia poczwórna bez bizmutu). Odnowiono także starą recepturę polegającą na poczwórnej terapii z bizmitem dzięki opracowaniu galenowej formuły zawierającej sole bizmutu, tetracyklinę oraz metronidazol w jednej pigułce.³⁰

Leczenie współczesne

Współcześnie wg wytycznych z raportu z konsensusu Maastricht V/Florencja²⁵ korzysta się z następujących schematów leczenia zakażenia *H. pylori*:

- terapia potrójna – polega na zastosowaniu IPP oraz 2 z 3 wymienionych poniżej antybiotyków: amoksycyliny, klarytromycyny i pochodnej 5-nitroimidazolu (metronidazolu lub tynidazolu);
- terapia poczwórna z bizmitem – opiera się na związku bizmutu, IPP oraz 2 antybiotyków (zwykle jest to metronidazol łącznie z tetracykliną). Istnieje możliwość zastosowania również lewofloksacyny, amoksycyliny, ryfabutyny lub furazolidonu;
- terapia poczwórna bez bizmutu – ma 3 możliwe warianty. Pierwszy to tzw. terapia równoczesna, która polega na zastosowaniu przez 10–14 dni IPP, amoksycyliny, klarytromycyny i pochodnej nitroimidazolu. Drugi – terapia sekwencyjna – polega na stosowaniu przez pierwsze 5–7 dni IPP i amoksycyliny, a następnie przez kolejne 5–7 dni IPP, klarytromycyny i pochodnej nitroimidazolu. Trzecim wariantem terapii poczwórnej bez bizmutu jest terapia hybrydowa – podczas pierwszych 7 dni stosuje się wyłącznie IPP i amoksycylinę, a następnie dołącza się do nich klarytromycynę i pochodną nitroimidazolu;
- terapia z fluorochinolonem – może być poczwórna albo potrójna. W pierwszym przypadku polega na użyciu IPP, amoksycyliny, fluorochinolonu (głównie lewofloksacyny, czasem moksyfloksacyny) oraz związku bizmutu. Potrójna terapia z fluorochinolonem składa się z tych samych elementów co poczwórna, ale bez związku bizmutu.²⁵

Oporność

Głównym powodem niepowodzeń w eradykacji *H. pylori* jest wytwarzanie oporności przez bakterię. Obecnie oporność bakterii w Polsce jest na wysokim poziomie. Badanie przeprowadzone na Dolnym Śląsku w latach 2011–2013 wykazało istnienie 56,7% szczepów opornych na metronidazol, 55,2% na klarytromycynę, a 5,9% na lewofloksacynę. Podwójną oporność wykryto w 32,8% przypadków. Nie wykryto oporności na amoksycylinę.³¹ Jeśli schematy leczenia zawodzą, należy wykonać test wrażliwości na antybiotyki i dostosować terapię do antybiogramu.

Probiotyki

Probiotyki według definicji Organizacji Narodów Zjednoczonych ds. Wyżywienia i Rolnictwa i Światowej Organizacji Zdrowia to żywe drobnoustroje, które podane w odpowiedniej ilości wywierają korzystny wpływ na zdrowie gospodarza.³² Czy mogą one pomóc w eradykacji *H. pylori*?

Okazuje się, że probiotyki mają pośrednie i bezpośrednie działanie hamujące względem *H. pylori*, wykazane zarówno na modelach zwierzęcych, jak i w próbach klinicznych.³³ Ich stosowanie jako terapii adjuwantowej do klasycznego leczenia zakażeń *H. pylori* zwiększa stopień eradykacji, zmniejszając jednocześnie objawy niepożądane.³⁴ Skąd zatem kontrowersje wokół ich rutynowego stosowania? W Polsce dostępne są dziesiątki różnych preparatów probiotycznych, ale nie wszystkie z nich zostały poddane badaniom dotyczącym skuteczności, a tylko kilka jest zarejestrowanych jako produkty lecznicze.³⁵ Często są to preparaty wieloskładnikowe, niejednorodne, różniące się szczepami bakterii oraz ich dawką, dlatego są trudne do porównania.

Oficjalne wytyczne z konsensusu Maastricht V/Florence z 2016 r. wskazują, że preparaty ze szczepami *Saccharomyces boulardii*, *Lactobacillus* lub *Bifidobacterium* mogą zwiększyć odsetek eradykacji *H. pylori* dzięki poprawie tolerancji terapii, głównie przez zmniejszenie częstości występowania biegunki.²⁵

Wśród preparatów probiotycznych na szczególną uwagę zasługuje preparat ze szczepem *S. boulardii*, którego skuteczność jest dobrze udokumentowana.³⁶ Metaanaliza 11 randomizowanych badań klinicznych obejmująca łącznie 2200 badanych (w tym 330 dzieci) wykazała, że pacjenci z grupy otrzymującej *S. boulardii* wykazują większe prawdopodobieństwo eradykacji *H. pylori* (79,6% zamiast 71% obserwowanych w grupie kontrolnej) oraz mniejsze prawdopodobieństwo wystąpienia wszelkich objawów niepożądanych związanych z terapią, zwłaszcza biegunki i mdłości.³⁶ Autorzy badania konkludują jednak, że mimo znacznego wzrostu stopnia eradykacji wciąż jest on niezadowalający.

Warto w tym miejscu zauważyć, że stosowanie probiotyków w eradykacji *H. pylori* to rozwijający się i ciekawy temat, który wymaga jednak dokładniejszego zbadania.

Terapia periodontologiczna

Liczne badania udowodniły obecność *H. pylori* w jamie ustnej. Terapia periodontologiczna połączona z eradykacją wykazała wyższy wskaźnik wyleczenia oraz mniejsze prawdopodobieństwo nawrotów. Ze względu na ograniczoną liczbę i jakość badań konieczne jest przeprowadzenie ich na większą skalę.³⁷

Porcja warzyw

Sulforafan to substancja organiczna zawierająca siarkę, która wzmacnia oczyszczanie ciała z toksyn oraz wykazuje działanie przeciwnowotworowe.³⁸ W naturze występuje on przede wszystkim w takich warzywach, jak brukselka, jarmuż, kalarepa, rukola i kalafior, a szczególnie duże jego ilości znajdują się w brokołach. Udowodniono, że jedzenie kiełków brokołów może hamować wzrost *H. pylori*.³⁹ Badanie było przeprowadzone na małej grupie respondentów i nie jest mocnym dowodem, ale pokazuje ewentualne możliwości leczenia lub wspomaganie leczenia.

Podsumowanie

Przeglądając historię odkryć oraz leczenia *H. pylori*, można zauważyć wielki wpływ tej bakterii na choroby przewodu pokarmowego. Wykrycie obecności *H. pylori* oraz eradykacja ułatwiają leczenie przewlekłego zapalenia żołądka, nadżerek błony śluzowej żołądka, choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy, raka żołądka, chłoniaka MALT, a także niewyjaśnionej niedokrwistości z niedoboru żelaza, idiopatycznej czerwienicy małopłytkowej i niedoboru witaminy B₁₂. Wskazania dotyczące eradykacji zmieniały się, szczególnie te dotyczące bizmutu. Pierwsze terapie opierały się na tym pierwiastku, po czym w 2000 r. zastąpiono go IPP. W kolejnych latach dowiedziono takiej samej skuteczności schematów leczenia zawierających bizmut, jak i IPP, a więc powrócono do stosowania bizmutu w terapii. Głównym problemem niepowodzeń eradykacji jest zwiększająca się oporność bakterii na antybiotyki. Obok klarytromycyny, amoksycyliny oraz metronidazolu do stosowanych w ostatnich latach leków dołączyły fluorochinolony.

ORCID iDs

Sebastian Adrian Fedorowicz  <https://orcid.org/0000-0002-3207-9353>
Karolina Julia Radzikowska  <https://orcid.org/0000-0002-1718-7540>
Karolina Mende  <https://orcid.org/0000-0003-4516-6648>
Stanisław Ferenc  <https://orcid.org/0000-0003-3669-4748>
Jan Gnus  <https://orcid.org/0000-0002-6220-950X>

Piśmiennictwo

1. Linz B, Balloux F, Moodley Y, et al. An African origin for the intimate association between humans and *Helicobacter pylori*. *Nature*. 2007;445(7130):915. doi:10.1038/nature05562
2. Blaser M. An endangered species in the stomach. *Sci Am*. 2005;292(2):38–45. doi:10.1038/scientificamerican0205-38
3. Bizzozero G. Ueber die schlauchförmigen Drüsen des Magendarmkanals und die Beziehungen ihres Epithels zu dem Oberflächenepithel der Schleimhaut [po niemiecku]. *Archiv für Mikroskopische Anatomie*. 1893;42:82–152. doi:10.1007/bf02975307
4. Kidd M, Modlin M. A century of *Helicobacter pylori*: Paradigms lost-paradigms regained. *Digestion*. 1998;59(1):1–15. <https://www.karger.com/Article/PDF/7461>. Dostęp 12.02.2020.
5. Nobel Media. The 2005 Nobel Prize in Physiology or Medicine [relacja prasowa]. 2005. <https://www.nobelprize.org/prizes/medicine/2005/press-release/>. Dostęp 3.12.2019.
6. Marshall BJ, Armstrong JA, McGeachie DB, Glancy RJ. Attempt to fulfil Koch's postulates for pyloric campylobacter. *Med J Australia*. 1985;142(8):436–439. http://www.medicine.mcgill.ca/epidemiology/hanley/c609/Material/AmeeM/Marshall_Koch_Hpylori_1985.pdf. Dostęp 12.02.2020.
7. Gieralowiec K. *Helicobacter pylori* – charakterystyka drobnoustroju, patogenezę i mikrobiologiczną diagnostykę zakażeń. *Med Dośw Mikrobiol*. 2016;68(3–4):213–223. <http://www.medmikro.org/helicobacter-pylori-charakterystyka-drobnoustroju-patogeneza-i-mikrobiologiczna-diagnostyka-zakazen?lang=pl>. Dostęp 12.02.2020.
8. Kusters JG, van Vliet AH, Kuipers EJ. Pathogenesis of *Helicobacter pylori* infection. *Clin Microbiol Rev*. 2006;19(3):449–490. doi:10.1128/CMR.00054-05
9. Van Doorn LJ, Figueiredo C, Sanna R, et al. Clinical relevance of the *cagA*, *vacA*, and *iceA* status of *Helicobacter pylori*. *Gastroenterology*. 1998;115(1):58–66. doi:10.1016/S0016-5085(98)70365-8
10. Virella G. *Mikrobiologia i choroby zakaźne*. Wyd. 1 pol. Wrocław, Polska: Wydawnictwo Medyczne Urban&Partner; 2000:177–179.
11. Hooi JKY, Ying Lai W, Khoo W, et al. Global prevalence of *Helicobacter pylori* infection: Systematic review and meta-analysis. *Gastroenterology*. 2017;153(2):420–429. doi:10.1053/j.gastro.2017.04.02
12. Bartnik W. *Helicobacter pylori* – diagnostyka i leczenie, specjalnie dla Medycyny Praktycznej – Chirurgii. <https://www.mp.pl/gastrologia/wytyczne/83577,helicobacter-pylori-diagnostyka-i-leczenie> Opublikowano 19.06.2013. Dostęp 3.12.2019.
13. Eusebi LH, Zagari RM, Bazzoli F. Epidemiology of *Helicobacter pylori* infection. *Helicobacter*. 2014;19(supl 1):1–5. doi:10.1111/hel.12165
14. Parsonnet J. Factors associated with disappearance of *Helicobacter pylori* in the West. W: Hunt R, Tytgat G, red. *Helicobacter pylori: Basic Mechanisms to Clinical Cure*. Dordrecht, Holandia: Springer; 2000. doi:10.1007/978-94-011-3927-4
15. Kumar V, Abbas AK, Aster JC. *Robbins Basic Pathology: Tenth Edition*. Filadelfia, PA: Elsevier; 2018;704–706.
16. Adrych K. Czy każdy chory z zakażeniem *Helicobacter pylori* powinien być leczony? Aktualne stanowisko. *Gastroenterol Klin*. 2018;10(1):23–31. https://journals.viamedica.pl/gastroenterologia_kliniczna/article/view/59382. Dostęp 12.02.2020.
17. Dąbrowski A, Hartleb M, Nowakowska-Dułała E, Szczepanek M. Choroby układu pokarmowego. W: Gajewski P, Szczekliki A, red. *Interna Szczekliki 2019*. Kraków, Polska: Medycyna Praktyczna; 2019:1000–1005.
18. Januszewicz W, Wysocki WM, Starzyńska T. Choroby przewodu pokarmowego – rak żołądka. W: Gajewski P, Szczekliki A, red. *Interna Szczekliki 2019* – mały podręcznik. Kraków, Polska: Medycyna Praktyczna; 2019:588–589.
19. Lee YC, Chiang TH, Chou CK, et al. Association between *Helicobacter pylori* eradication and gastric cancer incidence: A systematic review and meta-analysis. *Gastroenterology*. 2016;150(5):1113–1124. doi:10.1053/j.gastro.2016.01.028
20. Wysocki WM, Marlicz K. Choroby przewodu pokarmowego – chłoniaki żołądka. W: Gajewski P, Szczekliki A, red. *Interna Szczekliki 2019* – mały podręcznik. Medycyna Praktyczna. Kraków, Polska: 2019;589–590.
21. Krzyżek P, Kwiatkowska B. The importance of *Helicobacter pylori* in the development of gastric MALT lymphoma – induction of proliferation and immune suppression. *Nowotwory. J Oncol*. 2017;67(4):261–266. doi:10.5603/NJO.2017.0042
22. Park JB, Koo JS. *Helicobacter pylori* infection in gastric mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma. *World J Gastroenterol*. 2014;20(11):2751–2759. doi:10.3748/wjg.v20.i3.684
23. Wong F, Rayner-Hartley E, Byrne MF. Extraintestinal manifestations of *Helicobacter pylori*: A concise review. *World J Gastroenterol*. 2014;20(34):11950–11961. doi:10.3748/wjg.v20.i34.11950
24. Bartnik W, Celińska-Cedro D, Dzieniszewski J, et al. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii dotyczące diagnostyki i leczenia zakażenia *Helicobacter pylori*. *Gastroenterol Klin – Postępy i Standardy*. 2014;6(2):41–49. https://journals.viamedica.pl/gastroenterologia_kliniczna/article/view/38379. Dostęp 12.02.2020.
25. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection-the Maastricht V/Florence Consensus Report. *Gut*. 2017;66(1):6–30. doi:10.1136/gutjnl-2016-312288
26. Sugano K, Tack J, Kuipers EJ, et al. Kyoto global consensus report on *Helicobacter pylori* gastritis. *Gut*. 2015;64(9):1353–1367. doi:10.1136/gutjnl-2015-309252
27. European Helicobacter Pylori Study Group. Current European concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection: The Maastricht Consensus Report. *Gut*. 1997;41(1):8–13. doi:10.1136/gut.41.1.8
28. Malfertheiner P, Mégraud F, O'Morain C, et al. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection: The Maastricht 2–2000 Consensus Report. *Aliment Pharmacol Ther*. 2002;16(2):167–180. doi:10.1046/j.1365-2036.2002.01169.x
29. Kodama M, Murakami K, Okimoto T, Fujioka T. Guidelines for the management of *Helicobacter pylori* – Maastricht III-2005 and Japanese guidelines [po japońsku]. *Nihon Rinsho*. 2008;66(4):804–810.
30. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA, et al; European Helicobacter Study Group. Management of *Helicobacter pylori* infection: The Maastricht IV/ Florence Consensus Report. *Gut*. 2012;61(5):646–664. doi:10.1136/gutjnl-2012-302084
31. Ferenc S, Gnus J, Kościelna M, et al. High antibiotic resistance of *Helicobacter pylori* and its effect on tailored and empiric eradication of the organism in Lower Silesia, Poland. *Helicobacter*. 2017;22(2):e12365. doi:10.1111/hel.12365
32. Food and Agriculture Organization of the United Nation, World Health Organization. Health and nutritional properties of probiotics in food including powder milk with live lactic acid bacteria. *Prevention*. 2001;5(1):1–10.
33. Zhu XY, Liu F. Probiotics as an adjuvant treatment in *Helicobacter pylori* eradication therapy. *J Dig Dis*. 2017;18(4):195–202. doi:10.1111/1751-2980.12466
34. Dang Y, Reinhardt JD, Zhou X, Zhang G. The effect of probiotics supplementation on *Helicobacter pylori* eradication rates and side effects during eradication therapy: A meta-analysis. *PLoS One*. 2014;9(11):e111030. doi:10.1371/journal.pone.0111030
35. Szajewska H. Probiotyki – aktualny stan wiedzy i zalecenia dla praktyki klinicznej. *Med. Prakt*. 2017;7–8:19–37. <https://www.mp.pl/gastrologia/wytyczne/168224,probiotyki-aktualny-stand-wiedzy-i-zalecenia-dla-praktyki-klinicznej>. Dostęp 12.02.2020.
36. Szajewska H, Horvath A, Kołodziej M. Systematic review with meta-analysis: *Saccharomyces boulardii* supplementation and eradication of *Helicobacter pylori* infection. *Aliment Pharmacol Ther*. 2015;41(12):1237–1245. doi:10.1111/apt.13214
37. Ren Q, Yan X, Zhou Y, Li WX. Periodontal therapy as adjunctive treatment for gastric *Helicobacter pylori* infection. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2. doi:10.1002/14651858.CD009477.pub2
38. Szwejda-Grzybowska J. Antykancerogenne składniki warzyw kapustnych i ich znaczenie w profilaktyce chorób nowotworowych. *Bromatol Chem Toksykol*. 2011;4(44):1039–1046. <https://ptfarm.pl/download/8,8,99,5,4>. Dostęp 12.02.2020.
39. Galan MV, Kishan AA, Silverman AL. Oral broccoli sprouts for the treatment of *Helicobacter pylori* infection: A preliminary report. *Dig Dis Sci*. 2004;49(7–8):1088–1090. doi:10.1023/b:ddas.0000037792.04787.8a

Jak dbać o zdrowie w XXI wieku?

How to take care of health in XXI century?

Arkadiusz Bociek^{A–F}

Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Kielce, Polska

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych, D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082-9876 (print), ISSN 2451-1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2020;10(1):57–63

Adres do korespondencji

Arkadiusz Bociek
e-mail: arkadiusz33333@gmail.com

Zewnętrzne źródła finansowania

Brak

Konflikt interesów

Nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 17.02.2019 r.

Po recenzji: 23.04.2019 r.

Zaakceptowano do druku: 30.06.2019 r.

Streszczenie

Pomimo dużej dostępności do badań profilaktycznych oraz promocji zdrowego stylu życia dbałość o zdrowie społeczeństw krajów wysoko rozwiniętych (w tym również Polski) wydaje się wciąż niewystarczająca, czego dowodem jest coraz większa częstość występowania chorób cywilizacyjnych (m.in. chorób układu krążenia, nowotworów złośliwych, nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, otyłości, chorób układu oddechowego oraz pokarmowego i zaburzeń psychicznych) i ich wysoki udział w statystykach przyczyn zgonów (nawet do 80% wszystkich zgonów). Do zalecanych działań prozdrowotnych można zaliczyć: szczepienia ochronne (obowiązkowe oraz zalecane, zgodnie z kalendarzem szczepień), w tym przeciwko wirusom onkogennym (WZW B, HPV), wykonywanie badań profilaktycznych i skriningowych (mammografii, cytologii, kolonoskopii, niskodawkowej tomografii komputerowej klatki piersiowej, regularnych badań lekarskich i badań biochemicznych oraz badań prenatalnych), ograniczenie stosowania używek (szczególnie wyrobów tytoniowych), zbilansowaną dietę, regularną aktywność fizyczną, dbałość o dobre samopoczucie i relacje społeczne oraz wybór odpowiedniego miejsca zamieszkania. Działania te wydłużają średnie przeżycie oraz polepszają jakość życia, ograniczając jednocześnie częstość występowania chorób, zwłaszcza cywilizacyjnych. Należy zatem dołożyć wszelkich starań, aby rozszerzyć zakres działań edukacyjnych i profilaktycznych w ramach promocji zdrowia.

Słowa kluczowe: dieta, aktywność fizyczna, profilaktyka, szczepienia, skrining

Cytowanie

Bociek A. Jak dbać o zdrowie w XXI wieku?
Piel Zdr Publ. 2020;10(1):57–63. doi:10.17219/pzp/110399

DOI

10.17219/pzp/110399

Copyright

© 2020 by Wrocław Medical University
This is an article distributed under the terms of the
Creative Commons Attribution 3.0 Unported License
(<https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/>)

Abstract

In spite of high availability of the preventive and screening programs and the healthy lifestyle promotion, care for health in societies of highly developed countries still seems to be insufficient. It may be observed as increasing morbidity due to civilization diseases (among others: cardiovascular diseases, cancer, hypertension, diabetes, obesity, respiratory system and digestion system diseases, and psychiatric disorders) and their high share in statistics of causes of death (up to 80%). Recommended pro-health actions include: vaccination (obligatory and recommended according to vaccination schedule), including inoculation against oncogenic viruses (HBV, HPV), taking part in preventive and screening programs (mammography, cytology, colonoscopy, low-dose computed tomography of the chest, regular physical examination, biochemical tests, and prenatal screening), restriction of use of stimulants (especially tobacco products), well-balanced diet, regular physical activity, care of well-being and social relations, as well as choosing an accurate place of residence. The abovementioned actions lead to increasing of the average life expectancy and better quality of life. They also reduce the prevalence of civilization diseases. Thus, every effort must be made to extend the educational and preventive role of health promotion.

Key words: diet, physical exercise, prevention, vaccination, screening

Wprowadzenie

Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO) definiuje zdrowie jako „stan pełnego, fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu (dobrego samopoczucia), a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności”.¹ WHO podkreśla także, że zdrowie jest prawem każdego człowieka, a jednocześnie, że dbałość o powyższe wartości powinna stanowić nadrzędny cel społeczeństwa. Czy jednak rzeczywiście tak jest? Aktualne dane statystyczne niestety wskazują, że społeczeństwa krajów bardzo wysoko rozwiniętych, pokładając nadzieje w wysokospecjalistycznej medycynie naprawczej, wciąż zapominają o obowiązku troski o stan zdrowia obywateli. Problem ten został opisany już w 1974 r. przez Lalonde’a, który w swoim raporcie wskazał, że za zdrowie odpowiadają kolejno: styl życia (50%), czynniki genetyczne (20%), środowisko fizyczne i społeczne (20%) oraz służba zdrowia (10%). Praca ta zapoczątkowała rozwój promocji zdrowia jako odrębnej dyscypliny.² Chociaż od tego czasu wdrożono liczne programy edukacyjne i profilaktyczne, to w świetle przytaczanych danych wydaje się, że świadomość olbrzymiego wpływu stylu życia na zdrowie człowieka wciąż pozostaje niewystarczająca.

Celem niniejszej pracy była analiza najczęstszych przyczyn zgonów w Polsce w kontekście dostępnych programów profilaktycznych, zachowań prozdrowotnych i innych czynników wpływających na zdrowie człowieka oraz wyciągnięcie z niej wniosków.

Analiza najczęstszych przyczyn zgonów

W krajach bardzo wysoko rozwiniętych, w tym także w Polsce³, za najczęstszą przyczynę zgonów (ok. 80%) uznaje się grupę chorób związaną w dużej mierze właśnie z niewłaściwym stylem życia – tzw. choroby cywilizacyjne. Zalicza się do nich m.in.: otyłość, chorobę wieńcową, cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, udar mózgu, zawał serca, astmę oskrzelową, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc

(POChP), gruźlicę, AIDS, nowotwory złośliwe, choroby psychiczne oraz choroby układu pokarmowego.⁴

W Polsce w 2014 r. najczęstszymi przyczynami zgonów były właśnie choroby cywilizacyjne lub ich powikłania, a więc choroby układu krążenia (45,1%), nowotwory złośliwe (25,4%) oraz choroby układu oddechowego (5,4%). Należy także podkreślić, że udział samobójstw (1,5%) w statystyce przyczyn zgonów stanowił znacznie większy odsetek niż chociażby wypadki komunikacyjne (<0,8%).^{5,6} W sumie stanowi to ponad 75% przyczyn zgonów w Polsce, a przecież wymienione powyżej 3 grupy nie obejmują wszystkich chorób, których występowanie i przebieg można modyfikować przez odpowiednie zachowania prozdrowotne. Wśród powodów hospitalizacji w 2014 r. jednymi z najczęstszych były również choroby układu krążenia (15%), nowotwory złośliwe (9,2%) oraz choroby układu oddechowego (6,8%).⁵ Wliczając do statystyki dodatkowo chorych hospitalizowanych z powodu pozostałych chorób cywilizacyjnych, grupa ta stanowi ponad jedną trzecią przyczyn wszystkich hospitalizacji w Polsce. Należy także podkreślić, że ok. 40% dorosłych Polaków doświadczyło w ciągu swojego życia jakiegoś zaburzenia psychicznego, a najczęstszymi z nich były nadużywanie alkoholu, ataki paniki i depresja.⁷

Działania prozdrowotne o potwierdzonej skuteczności w ograniczeniu występowania chorób cywilizacyjnych

Szczepienia ochronne

Szczepienia ochronne zapewniają odporność lub łagodniejszy przebieg choroby u osoby szczepionej poprzez wytworzenie odporności swoistej. Są przy tym znacznie bezpieczniejsze niż przebycie choroby, przeciwko której mają chronić. Wiele chorób, przeciwko którym wykonuje się szczepienia, to choroby wirusowe

(m.in. odra, różyczka, ospa wietrzna, polio, rotawirusy), których nie da się skutecznie leczyć przyczynowo i które mogą mieć ciężki, zagrażający życiu przebieg. Nawet jeśli istnieje leczenie przyczynowe, to często jest długotrwałe (jak np. w gruźlicy) lub choroba ma ciężki przebieg (jak np. w infekcjach pneumokokowych lub *Haemophilus influenzae* typu B – HIB), dlatego optymalną formą zabezpieczenia przed tymi zakażeniami są szczepienia ochronne.^{8,9} Szczepienia ochronne spowodowały spadek umieralności na choroby zakaźne, przeciwko którym powstały, nawet o blisko 95%. Warunkiem tak dużej ich skuteczności jest jednak wystąpienie tzw. odporności zbiorowej, czyli osiągnięcie wyszczepialności na poziomie co najmniej 95%.^{8,9} W Polsce w ostatnich latach obserwuje się niebezpieczne obniżanie się wskaźnika wyszczepialności, co ma związek z panującą modą na nieszczepienie. Dotyczy to szczególnie szczepionek przeciwko odrze, śwince i różyczce – w tym przypadku wskaźnik wyszczepialności spadł już poniżej 95%.¹⁰

Zgodnie z komunikatem Głównego Inspektora Sanitarnego¹¹ do szczepień obowiązkowych w Polsce zalicza się szczepienia przeciwko: gruźlicy, wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (WZW B), błonicy, tężcowi, krztuścowi, polio, HIB, odrze, śwince, różyczce, pneumokokom oraz ospie wietrznej. Do szczepień zalecanych należą szczepienia przeciwko: WZW A, grypie, rotawirusom, meningokokom, wirusowi brodawczaka ludzkiego (ang. *human papilloma virus* – HPV), kleszczowemu zapaleniu mózgu. Osoby wyjeżdżające do obszarów, na których endemicznie występują wybrane choroby, powinny zaszczepić się także przeciwko cholercie, durowi brzuszemu, wściekliznie i żółtej gorączce.¹¹

Szczepienia przeciwnowotworowe

Szczególną grupą szczepień są szczepienia przeciwko wirusom onkogennym, czyli zdolnym do wywołania mutacji inicjującej powstanie nowotworu u człowieka. Wylimowanie ryzyka zakażenia tymi wirusami przez szczepienie wyklucza ryzyko zachorowania na nowotwór przez nie powodowany, niemniej jednak należy pamiętać, że do powstania danego typu nowotworu, np. nowotworu płaskonabłonkowego, może dojść na innej drodze niż infekcja wirusowa. Do szczepień przeciwnowotworowych należą szczepienia przeciwko WZW B oraz HPV, odpowiedzialnym odpowiednio za raka wątrobowokomórkowego oraz raki płaskonabłonkowe (raka szyjki macicy, sromu, odbytu czy jamy ustnej). Badania dowodzą, że szczepienia te są bezpieczne i skuteczne. W przypadku HPV istotne jest, aby wybierać szczepionki poliwalentne, które chronią przed większą liczbą onkogennych szczepów wirusa.^{8,12,13}

Badania przesiewowe i profilaktyczne

Ideą badań skriningowych jest wczesne wykrycie choroby i podjęcie leczenia, a w rezultacie zmniejszenie

umieralności z powodu danej choroby oraz ograniczenie ciężkich powikłań. Aby osiągnąć wysoką skuteczność badań przesiewowych, wymagane jest jednak objęcie nimi całej zakwalifikowanej populacji, czego nie udaje się zrealizować w polskich warunkach. Obecnie w Polsce prowadzi się programy profilaktyczne następujących schorzeń: raka piersi, raka szyjki macicy, raka jelita grubego, gruźlicy, chorób układu krążenia, POChP oraz program badań prenatalnych. Dane pokazują, że w naszym kraju objętych programem profilaktyki raka piersi jest zaledwie 37,35% kobiet, a programem profilaktyki raka szyjki macicy tylko 16,65% z nich.¹⁴

Profilaktyka raka piersi polega na wykonywaniu mammografii co 2 lata u wszystkich kobiet w wieku 50–69 lat (40–75 lat u kobiet z grup wysokiego ryzyka) oraz oznaczeniu mutacji genów *BRCA1* i *BRCA2* u kobiet, których krewna I stopnia chorowała na raka piersi lub miała wykrytą tę mutację.^{15,16}

Profilaktyka raka szyjki macicy polega na wykonaniu badania cytologicznego raz na 3 lata u wszystkich kobiet w wieku 25–59 lat lub od 3. roku po inicjacji seksualnej. Szczególnym celem tego badania, oprócz stwierdzenia występowania zmian przednowotworowych oraz nowotworowych, jest wykrycie koilocytozy związanej z zakażeniem wirusem HPV.¹⁷

Profilaktyka raka jelita grubego polega na jednorazowym wykonaniu kolonoskopii u wszystkich osób w wieku 50–65 lat (od 40. r.ż. w przypadku osób, u których krewnego I stopnia rozpoznano raka jelita grubego, oraz od 25. r.ż. u chorych z rozpoznanymi obciążeniami genetycznymi związanymi z rodzinną polipowatością gruczolakowatą [ang. *familial adenomatous polyposis* – FAP] lub dziedzicznym rakiem jelita grubego niezwiązanym z polipowatością [ang. *hereditary non-polyposis colorectal cancer* – HNPCC]).¹⁸ Alternatywą o nieco mniejszej czułości są testy na krew utajoną w stolcu lub testy immunochemiczne stolca wykonywane raz do roku u chorych w tych samych grupach wiekowych.¹⁹ W Polsce nie są one jednak obecnie stosowane ze względu na prowadzenie programu badań kolonoskopowych.

Profilaktyka gruźlicy polega na zbieraniu przez pielęgniarki środowiskowe ankiet od osób z grup zwiększonego ryzyka oraz osób, które miały bezpośredni kontakt z osobą chorującą już na gruźlicę, a następnie na podejmowaniu na ich podstawie decyzji o dalszej diagnostyce w kierunku tej choroby.¹⁴

Profilaktyka chorób układu krążenia polega na przeprowadzeniu badania lekarskiego oraz testów biochemicznych (m.in. oznaczenia lipidogramu oraz stężenia glukozy) i pomiaru ciśnienia tętniczego u osób w wieku 35–55 lat, u których nie rozpoznano uprzednio choroby układu krążenia, ale które są obciążone czynnikami ryzyka jej wystąpienia. Do czynników ryzyka zalicza się: nadciśnienie tętnicze, nieprawidłowości w lipidogramie lub tolerancji glukozy, palenie papierosów, małą aktywność fizyczną, nadwagę i otyłość, wzrost stężenia fibrynogenu

lub kwasu moczowego, nadmierny stres, nieprawidłowe odżywianie się, płęć męską oraz obciążenia genetyczne.¹⁴

Profilaktyka POChP polega na wykonaniu spirometrii u osób powyżej 18. r.ż. palących papierosy, u których nie rozpoznano uprzednio tej choroby.¹⁴

Program badań prenatalnych skierowany jest do kobiet w ciąży spełniających jedno z następujących kryteriów: wiek powyżej 35 lat, wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej, stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka, stwierdzenie zwiększonego ryzyka wystąpienia choroby genetycznej u dziecka, stwierdzenie zwiększonego ryzyka aberracji chromosomowej lub wady płodu na podstawie USG lub badań biochemicznych. Program polega na pogłębieniu diagnostyki prenatalnej z uwzględnieniem badania USG, badań biochemicznych, badania genetycznego rodziców oraz dziecka.¹⁴

Planowane jest także wprowadzenie programu profilaktyki raka płuca. Ma on polegać na jednorazowym wykonaniu niskodawkowej tomografii komputerowej u osób palących papierosy (co najmniej 30 paczkolet) będących w wieku 50–74 lat.²⁰

W ramach profilaktyki badaniem genetycznym powinny być objęte także osoby, u których krewnych rozpoznano chorobę genetyczną lub nowotwór.²¹

Zaprzestanie stosowania używek i palenia wyrobów tytoniowych

Wyroby tytoniowe uznaje się za najbardziej szkodliwą legalną używkę (spośród kilkuset zawartych w nich substancji uznawanych za szkodliwe dla zdrowia ponad 70 ma charakter karcinogeny), inicjującą i/lub przyczyniającą się do rozwoju licznych chorób w obrębie niemal wszystkich układów ludzkiego organizmu, w tym nowotworów. Do najczęstszych przyczyn zgonu związanych z paleniem wyrobów tytoniowych zalicza się: chorobę wieńcową, zawał serca, udar mózgu, raka płuc i górnych dróg oddechowych, POChP, a także poronienia. Do innych schorzeń bezpośrednio powiązanych z paleniem papierosów należą: nowotwory głowy i szyi (szczególnie jamy ustnej), układu pokarmowego, prostaty i piersi, ślepotę, głuchotę, ból pleców, osteoporoza, choroba Alzheimera i demencja, miażdżyca, wady wrodzone lub niedorozwój u płodu i obniżona płodność. Na wszystkie powyższe choroby narażone są także osoby palące biernie. Jednocześnie należy podkreślić, że w skali świata palacze stanowią 23% populacji (32% mężczyzn, 7% kobiet), a w rejonie Europy Wschodniej 31% (42% mężczyzn i 22% kobiet).^{22–24}

Stwierdza się, że zaprzestanie palenia wyrobów tytoniowych ma korzystny efekt zdrowotny w każdym wieku, niemniej jednak jest on tym większy, im wcześniej przerwana zostanie ekspozycja na tę używkę. Szacuje się, że zaprzestanie palenia wyrobów tytoniowych może przedłużyć życie nawet o 25% w porównaniu z kontynu-

owaniem nałogu. Innymi korzyściami wynikającymi z zaprzestania stosowania wyrobów tytoniowych są: znaczne zmniejszenie ryzyka zawału serca i udaru mózgu już po roku od rezygnacji z wyrobów tytoniowych, zatrzymanie ryzyka chorób nowotworowych związanych z paleniem na stałym poziomie, a następnie powolny stopniowy spadek tego ryzyka (szczególnie przy rzuceniu palenia do 35. r.ż.), zmniejszenie częstości ostrych napadów wymagających hospitalizacji w przypadku POChP, zmniejszenie poziomu odczuwanego stresu oraz spadek częstości występowania zaburzeń nastroju.^{23,24}

Szacuje się, że całkowite ryzyko wystąpienia nowotworu złośliwego u osób palących wyroby tytoniowe jest o ok. 50% wyższe niż u osób, które nigdy nie paliły, oraz o ok. 25% wyższe niż u osób, które trwale zaprzestały palenia. Umieralność z powodu nowotworu złośliwego zwiększona jest o 120% względem osób, które nigdy nie paliły i o 60% względem osób, które rzuciły palenie. Najsilniejszą korelację obserwuje się dla raka płuc, którego ryzyko wystąpienia u palaczy jest średnio 13-krotnie większe niż w populacji ogólnej, a ryzyko zgonu z tego powodu 11,5 razy większe. Dla osób, które zrezygnowały z wyrobów tytoniowych, ryzyko wystąpienia raka płuc i zgonu z tego powodu jest zwiększone średnio 4-krotnie względem populacji ogólnej (im dłuższy czas od rzucenia palenia, tym mniejsze ryzyko).²⁴

Wciąż trwają badania nad porównaniem wpływu e-papierosów i standardowych wyrobów tytoniowych na zdrowie człowieka, jednak ze względu na brak unormowań prawnych co do zasad produkcji e-papierosów ich wyniki nie są jednoznaczne. Należy jednak stanowczo zaznaczyć, że e-papierosy z pewnością nie są obojętne dla zdrowia, ponieważ zawierają takie same liczne substancje toksyczne, jak „klasyczne” wyroby tytoniowe. Za mniejszą szkodliwością e-papierosów przemawiają niższe dawki tych toksyn, jednak na niekorzyść papierosów elektronicznych świadczą: wyższe dawki nikotyny (powodujące zatrucia i wykazujące duży potencjał uzależniający), częste sięganie po e-papierosy przez młodzież i młodych dorosłych oraz przez osoby chcące rzucić palenie, a także tendencja do używania poza nimi także innych wyrobów tytoniowych. Produkty te są zbyt krótko na rynku, aby można było przedstawić dla nich w pełni wiarygodne dane epidemiologiczne, takie jak dla „klasycznych” wyrobów tytoniowych.²⁵

Zaprzestanie spożywania alkoholu etylowego

Za największą „bezpieczną” dla osoby dorosłej dawkę etanolu uważa się 20 g na dobę, jednak żadna ilość nie jest zalecana. Regularne spożywanie większych niż wyżej wskazana ilości alkoholu etylowego (zwłaszcza powyżej 60 g na dobę) zwiększa ryzyko wystąpienia nowotworów złośliwych (raka piersi, raka jelita grubego, raka przełyku, raka w obrębie głowy i szyi, a szczególnie w obrębie jamy

ustnej), marskości wątroby oraz przyczynia się do wzrostu całkowitego ryzyka zgonu. Najczęściej jednak alkohol powoduje zdarzenia niepożądane prowadzące do zgonu, m.in. jest przyczyną wypadków, urazów oraz przemocy, co świadczy o tym, że stanowi on przede wszystkim problem społeczny, a nie jedynie samoistny czynnik ryzyka wyżej wymienionych chorób.^{26,27}

Zdrowa, zbilansowana dieta i suplementacja ewentualnych niedoborów żywieniowych

Zalecana jest dieta zgodna z tzw. piramidą żywieniową. Zgodnie z jej zasadami każdy posiłek (podstawa piramidy) powinien zawierać owoce i warzywa oraz wodę jako napój. Każdego dnia (środek piramidy) należy spożywać dodatkowo produkty zbożowe oraz pieczywo (pełnoziarniste), nabiał i oliwę z oliwek. Dopuszcza się herbatę lub kawę. Rzadziej (szczyt piramidy) należy za to jeść ziemniaki, mięso, ryby, jaja, suszone owoce oraz słodycze. Trzeba ograniczyć zwłaszcza tłuste mięso i mięso czerwone. Szczególnie niewskazane są rafinowane skrobię i oleje, utwardzane tłuszcze, produkty dodatkowo słodzone i żywność przetworzona, z długim terminem przydatności do spożycia uzyskanym przez zastosowanie dużej liczby konserwantów.^{28,29,30}

Również wielkość porcji i sumaryczna wartość energetyczna posiłków mają bardzo duże znaczenie dla zdrowia, ponieważ zarówno niedobory żywieniowe, jak i nadwaga oraz otyłość stanowią istotne czynniki ryzyka licznych chorób. Nadwaga i otyłość korelują szczególnie z ryzykiem chorób układu krążenia, miażdżycą, cukrzycą typu 2, niektórymi nowotworami, ale także z całkowitym zwiększonym ryzykiem zgonu.^{26,28} Niestety, liczba dzieci oraz dorosłych z nadwagą lub otyłością w Polsce stale się zwiększa, co należy rozumieć jako dysproporcję między nadmierną podażą kalorii wynikającą z niezdrowej diety a niewystarczającym wysiłkiem fizycznym.³¹ Dane statystyczne wskazują, że w Polsce 62,8% dorosłych mężczyzn i 54,7% kobiet ma nadwagę, a otyłość dotyka odpowiednio 23,8% oraz 26,7% obywateli.³²

Zdrowy człowiek wszystkie potrzebne składniki pokarmowe powinien pozyskiwać z pożywienia. Dopiero w przypadku istniejącego, rozpoznanego zaburzenia ich wchłaniania należy rozważyć suplementację sztucznymi preparatami. Przykładem jest uzupełnianie niedoborów żelaza wynikających najczęściej właśnie z zaburzeń jego wchłaniania.^{33,34} Wyjątkiem od tej zasady jest suplementacja witaminy D, której konieczność w Polsce wynika z warunków klimatycznych i niewystarczającej syntezy tej witaminy w skórze w okresie od października do kwietnia. Zalecana dawka dla osoby dorosłej w tym okresie to 800–2000 IU/dobę. Witaminę D można także bezpiecznie przyjmować w okresie od maja do września, szczególnie przy małej ekspozycji na słońce, jednak należy wtedy rozważyć zmniejszenie jej dawki.³⁵

Regularna aktywność fizyczna

Zalecana jest regularna aktywność fizyczna w wymiarze co najmniej 500 MET-min/tydzień (500-krotność zapotrzebowania energetycznego na minutę spędzoną w spoczynku), najlepiej o charakterze aerobowym. Niemniej każda aktywność, zarówno o mniejszej intensywności, jak i czasie trwania, wpływa pozytywnie na zdrowie, ograniczając występowanie ponad 25 różnych schorzeń, m.in. chorób układu krążenia, nowotworów (szczególnie raka piersi i raka jelita grubego), cukrzycy typu 2, nadciśnienia, udaru mózgu i kamicy żółciowej, a także umieralność z ich powodu.³⁶ Aktywność fizyczna ma dodatkowo pozytywny wpływ na zdrowie psychiczne. Wykazano, że uprawianie sportu może cofać istniejące już zaburzenia psychiczne.³⁷

Dbalność o zdrowie psychiczne, życie społeczne, rodzinne oraz wybór miejsca zamieszkania

Dbalność o zdrowie psychiczne wydaje się równie istotna, co o zdrowie fizyczne. Wykazano, że niski iloraz inteligencji oraz zaburzenia psychiczne powodują nawet kilkunastokrotny wzrost ryzyka niepełnosprawności lub zgonu przed 35. r.ż. Również zaburzenia psychiczne, takie jak depresja, zwiększają o ponad 50% ryzyko zgonu. Zjawisko to jest szczególnie wyraźne i niebezpieczne, gdy osoba dotknięta taką chorobą w obawie przed stygmatyzacją ukrywa swoje schorzenie i nie podejmuje leczenia.^{38–40}

Zaobserwowano także, że izolacja społeczna i samotność zwiększają całkowite ryzyko zgonu, co ma znaczenie zwłaszcza w przypadku osób starszych, jednak przekłada się przynajmniej częściowo na całą populację. W grupie seniorów problem ten jest szczególnie istotny ze względu na często mniejsze możliwości nawiązywania nowych znajomości niż w pozostałych grupach wiekowych. Jednocześnie zaobserwowano, że wysoka satysfakcja z życia istotnie obniża ryzyko zgonu.^{41,42} Niezależnie od powyższych obserwacji wykazano, że osoby nieprzebywające w stałym związku narażone są na zwiększone ryzyko zgonu, przy czym zależność ta nie występowała u osób rozwiedzionych oraz owdowiałych.⁴³

Zaobserwowano, że ryzyko wystąpienia i zgonu z powodu chorób układu krążenia, a także niektórych nowotworów jest związane także z miejscem zamieszkania. Analizy wskazują, że zamieszkiwanie na terenach wiejskich zmniejsza ryzyko wystąpienia chorób układu krążenia, jednak umieralność osób z tych regionów zarówno na te schorzenia, jak i na nowotwory jest większa. Zwiększone ryzyko zgonu w przypadku terenów wiejskich tłumaczy się mniejszą dostępnością do opieki zdrowotnej.^{44,45}

Podsumowanie

Obecnie choroby cywilizacyjne są przyczyną nawet do ok. 80% zgonów. Dzięki odpowiedniej dbałości o zdrowie możliwe jest znaczne zmniejszenie całkowitego ryzyka zgonu poprzez ograniczenie ryzyka wystąpienia chorób cywilizacyjnych. Szczególnie istotne jest podejmowanie działań w zakresie profilaktyki i zdrowego stylu życia, takich jak: szczepienia ochronne (w tym przeciwnowotworowe), udział w badaniach skriningowych, zrezygnowanie z używek, stosowanie zbilansowanej, pełnowartościowej diety i utrzymywanie prawidłowej masy ciała, regularna aktywność fizyczna oraz prowadzenie satysfakcjonującego życia społecznego i rodzinnego. Niestety, społeczna świadomość dużego wpływu na zdrowie czynników spoza medycyny naprawczej, czyli przede wszystkim stylu życia, wciąż pozostaje niewystarczająca. W Polsce odzwierciedla się to chociażby we wciąż bardzo małej zgłaszalności na programy profilaktyczne, malejącym wskaźniku wyszczepialności czy wysokim odsetku osób palących wyroby tytoniowe. Należy także podkreślić obserwowaną dysproporcję między wysokokaloryczną dietą a niewystarczającą aktywnością fizyczną, czego efektem jest zwiększająca się liczba osób cierpiących na nadwagę i otyłość. Kolejnymi problemami doprowadzającymi do ograniczonej skuteczności szeroko rozumianej promocji zdrowia jest także szybko postępujący rozwój medycyny naprawczej, który z jednej strony stwarza coraz lepsze możliwości leczenia oraz związane z nimi nadzieje i oczekiwania, ale z drugiej powoduje także koszty – zarówno samego jej rozwoju, jak i nowych drogich terapii. Z kolei stale rosnące koszty świadczeń zdrowotnych ograniczają dalszy rozwój medycyny. Dochodzi więc do tzw. anomalii Cochrane'a, czyli dysproporcji pomiędzy oczekiwaniami społecznymi co do poprawy jakości zdrowia związanej ze wzrostem nakładów finansowych na służbę zdrowia a własną dbałością o zdrowie.

Wnioski

Główną konkluzją płynącą z powyższej analizy jest konieczność jeszcze szerszego prowadzenia edukacji zdrowotnej w ramach promocji zdrowia, aby poszerzać wiedzę o zachowaniach prozdrowotnych oraz zachęcać do udziału w programach profilaktycznych – zarówno ze względu na płynącą z tego poprawę jakości zdrowia, jak i obniżenie kosztów medycyny naprawczej, ponieważ dane statystyczne wskazują, że własna dbałość o zdrowie Polaków wciąż pozostaje na niewystarczającym poziomie.

ORCID iD

Arkadiusz Bociek  <https://orcid.org/0000-0002-0356-8211>

Piśmiennictwo

1. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. 2006. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf. Dostęp 11.02.2019.
2. Lalonde M. *A New Perspective on The Health of Canadians: A Working Document*. Ottawa, Kanada: Government of Canada; 1974. <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>. Dostęp 11.02.2019.
3. United Nations Development Programme. *Human Development Indices and Indicators: 2018 Statistical Update*. Nowy Jork, NY: United Nations Development Programme; 2018. http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018_human_development_statistical_update.pdf. Dostęp 11.02.2019.
4. Kitajewska W, Szeląg W, Kopański Z, Maslyk Z, Sklyarov. Choroby cywilizacyjne i ich prewencja. *J Clin Healthc*. 2014;1. http://www.jchc.eu/numery/2014_1/201411.pdf. Dostęp 11.02.2019.
5. Wojtyński B, Goryński P, red. *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*. Warszawa, Polska: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny; 2016. <http://www.sdgs.pl/wp-content/uploads/2017/06/sytuacja-zdrowotna-ludnosci-w-polsce-2016-s.pdf>. Dostęp 11.02.2019.
6. Główny Urząd Statystyczny. Zgony według przyczyn określanych jako „garbage codes”. <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/statystyka-przyczyn-zgonow/zgony-wedlug-przyczyn-okreslanych-jako-garbage-codes,3,1.html>. Opublikowano 2018. Dostęp 11.02.2019.
7. Kiejna A, Piotrowski P, Adamowski T, et al. Rozpowszechnienie wybranych zaburzeń psychicznych w populacji dorosłych Polaków z odniesieniem do płci i struktury wieku – badanie EZOP Polska. *Psychiatr Pol*. 2015;49(1):15–27. doi:10.12740/PP/30811
8. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. Co to jest szczepionka? <http://szczepienia.pzh.gov.pl/wszystko-o-szczepieniach/co-to-jest-szczepionka/>. Zaktualizowano 27.11.2019. Dostęp 11.02.2019.
9. Jarzab A, Skowicki M, Witkowska D. Szczepionki podjednostkowe – antygeny, nośniki, metody koniugacji i rola adiuwantów. *Postep Hig Med Dosw*. 2013;67:1128–1143. <http://www.phmd.pl/api/files/view/29384.pdf>. Dostęp 11.02.2019.
10. Czarkowski MP, Kondej B, Staszewska-Jakubik E, Cielebąk E, opr. *Szczepienia ochronne w Polsce w 2017 roku*. Warszawa, Polska: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Główny Inspektorat Sanitarny; 2018. http://www.wold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2017/Sz_2017.pdf. Dostęp 11.02.2019.
11. Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia. Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 25 października 2018 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2019. <https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2018/01/akt.pdf>. Dostęp 11.02.2019.
12. Ayoola R, Larion S, Poppers DM, Williams R. Clinical factors associated with hepatitis B screening and vaccination in high-risk adults. *World J Hepatol*. 2019;11(1):86–98. doi:10.4254/wjh.v11.i1.86
13. Brotherton JML, Bloem PN. Population-based HPV vaccination programmes are safe and effective: 2017 update and the impetus for achieving better global coverage. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2018;47:42–58. doi:10.1016/j.bpobgyn.2017.08.010
14. Narodowy Fundusz Zdrowia. Programy profilaktyczne. <http://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/programy-profilaktyczne/>. Dostęp 12.02.2019.
15. Kuchenbaecker KB, Hopper JL, Barnes DR, et al. Risks of breast, ovarian, and contralateral breast cancer for *BRCA1* and *BRCA2* mutation carriers. *JAMA*. 2017;317(23):2402. doi:10.1001/jama.2017.7112
16. Sardanelli F, Aase HS, Álvarez M, et al. Position paper on screening for breast cancer by the European Society of Breast Imaging (EUSOBI) and 30 national breast radiology bodies from Austria, Belgium, Bosnia and Herzegovina, Bulgaria, Croatia, Czech Republic, Denmark, Estonia, Finland, France, Germany, Greece, Hungary, Iceland, Ireland, Italy, Israel, Lithuania, Moldova, The Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Romania, Serbia, Slovakia, Spain, Sweden, Switzerland and Turkey. *Eur Radiol*. 2017;27(7):2737–2743. doi:10.1007/s00330-016-4612-z
17. Nowakowski A, Cybulski M, Buda I, et al. Cervical cancer histology, staging and survival before and after implementation of organised cervical screening programme in Poland. *PLoS One*. 2016;11(5):e0155849. doi:10.1371/journal.pone.0155849

18. Świętokrzyskie Centrum Onkologii. Profilaktyka raka jelita grubego. <https://www.onkol.kielce.pl/pl/dla-pacjenta/profilaktyka-raka-jelita-grubego>. Dostęp 12.02.2019.
19. Bray C, Bell LN, Liang H, Collins D, Yale SH. Colorectal cancer screening. *WMJ*. 2017;116(1):27–33. https://mfprac.com/web2019/07/literature/literature/Gastroenterology/ColonCA-Screening_Bray.pdf. Dostęp 12.02.2019.
20. Rada Przejrzystości działająca przy Prezesie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Opinia Rady Przejrzystości nr 116/2018 z dnia 28 maja 2018 roku o projekcie programu „Ogólnopolski Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) za Pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK) – połączenie prewencji wtórej z pierwotną w celu poprawy świadomości dotyczącej raka płuca wśród społeczeństwa i personelu ochrony zdrowia” Ministra Zdrowia. https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2018/066/ORP/U_20_171_180528_opinia_116_rak_pluca_MZ.pdf. Dostęp 12.02.2019.
21. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Pracownia Genetyki Nowotworów. Kto powinien skorzystać z badań genetycznych? <http://genetykatorun.pl/poradnia/kto-powinien-skorzystac-z-badan-genetycznych/>. Dostęp 12.02.2019.
22. Jethwa AR, Khariwala SS. Tobacco-related carcinogenesis in head and neck cancer. *Cancer Metastasis Rev*. 2017;36(3):411–423. doi:10.1007/s10555-017-9689-6
23. West R. Tobacco smoking: Health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychol Health*. 2017;32(8):1018–1036. doi:10.1080/08870446.2017.1325890
24. Ordóñez-Mena JM, Schöttker B, Mons U, et al. Quantification of the smoking-associated cancer risk with rate advancement periods: Meta-analysis of individual participant data from cohorts of the CHANCES consortium. *BMC Med*. 2016;14(1):62. doi:10.1186/s12916-016-0607-5
25. Rom O, Pecorelli A, Valacchi G, Reznick AZ. Are E-cigarettes a safe and good alternative to cigarette smoking? *Ann N Y Acad Sci*. 2015;1340(1):65–74. doi:10.1111/nyas.12609
26. Lhachimi SK, Nusselder WJ, Smit HA, et al. Potential health gains and health losses in eleven EU countries attainable through feasible prevalences of the life-style related risk factors alcohol, BMI, and smoking: A quantitative health impact assessment. *BMC Public Health*. 2016;16(1):734. doi:10.1186/s12889-016-3299-z
27. O’Keefe JH, Bhatti SK, Bajwa A, DiNicolantonio JJ, Lavie CJ. Alcohol and cardiovascular health: The dose makes the poison... or the remedy. *Mayo Clin Proc*. 2014;89(3):382–393. doi:10.1016/j.mayocp.2013.11.005
28. Vitiello V, Germani A, Capuzzo Dolcetta E, Donini LM, Del Balzo V. The new modern mediterranean diet italian pyramid. *Ann Ig*. 2016;28(3):179–186. doi:10.7416/ai.2016.2096
29. Instytut Żywności i Żywienia. Zasady prawidłowego żywienia. <http://www.izz.waw.pl/zasady-prawidlowego-zywienia>. Dostęp 6.03.2018.
30. Katz DL, Meller S. Can we say what diet is best for health? *Annu Rev Public Health*. 2014;35(1):83–103. doi:10.1146/annurev-publhealth-032013-182351
31. Wasiluk A, Szczuk J. Underweight, overweight, and obesity in boys and girls at the age of 7–18 years from eastern Poland in the years 1986–2006. *Med Stud*. 2015;2(2):99–105. doi:10.5114/ms.2015.52907
32. World Health Organization. Nutrition, Physical Activity and Obesity – Poland. 2013. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/243317/Poland-WHO-Country-Profile.pdf?ua=1. Dostęp 28.02.2018.
33. Mieszkowska M, Michota-Katulka E. Suplementy diety – korzyści i działania niepożądane. *Bezpieczeństwo Pracy – nauka i praktyka*. 2008;6:28–30. <http://yadda.icm.edu.pl/yadda/element/bwmeta1.element.baztech-article-BPC1-0004-0046>. Dostęp 12.02.2019.
34. Brzozowska A. Wzbogacanie żywności i suplementacja diety składnikami odżywczymi – korzyści i zagrożenia. *Żywność*. 2001;4(29). http://journal.ptz.org/wp-content/uploads/2018/01/02_Brzozowska.pdf. Dostęp 12.02.2019.
35. Rusińska A, Płudowski P, Walczak M, et al. Zasady suplementacji i leczenia witaminą D – nowelizacja 2018 r. *Postępy Neonatol*. 2018;24(1). doi:10.31350/postepyneonatologii/2018/1/PN2018001
36. Warburton DER, Bredin SSD. Health benefits of physical activity. *Curr Opin Cardiol*. 2017;32(5):541–556. doi:10.1097/HCO.0000000000000437
37. White RL, Babic MJ, Parker PD, Lubans DR, Astell-Burt T, Lonsdale C. Domain-specific physical activity and mental health: A meta-analysis. *Am J Prev Med*. 2017;52(5):653–666. doi:10.1016/j.amepre.2016.12.008
38. Gilman SE, Sucha E, Kingsbury M, Horton NJ, Murphy JM, Colman I. Depression and mortality in a longitudinal study: 1952–2011. *Can Med Assoc J*. 2017;189(42):E1304–E1310. doi:10.1503/cmaj.170125
39. Corrigan PW, Rao D. On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *Can J Psychiatry*. 2012;57(8):464–469. doi:10.1177/070674371205700804
40. Lie SA, Tveito TH, Reme SE, Eriksen HR. IQ and mental health are vital predictors of work drop out and early mortality. Multi-state analyses of Norwegian male conscripts. *PLoS One*. 2017;12(7):e0180737. doi:10.1371/journal.pone.0180737
41. Steptoe A, Shankar A, Demakakos P, Wardle J. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2013;110(15):5797–5801. doi:10.1073/pnas.1219686110
42. Li CP. Life satisfaction as a predictor of mortality hazard among elderly people in the United Kingdom and Taiwan. *J Nurs Res*. 2013;21(1):26–38. doi:10.1097/jnr.0b013e3182828e98
43. Cheung YB. Marital status and mortality in British women: A longitudinal study. *Int J Epidemiol*. 2000;29(1):93–99. doi:10.1093/ije/29.1.93
44. Nilssen Y, Strand TE, Fjellbirkeland L, et al. Lung cancer treatment is influenced by income, education, age and place of residence in a country with universal health coverage. *Int J Cancer*. 2016;138(6):1350–1360. doi:10.1002/ijc.29875
45. Cabré Vila JJ, Ortega Vila Y, Aragonès Benaiges E, Basora Gallisà J, Araujo Bernardo Á, Solà Alberich R. Impact of place of residence on the presentation of cardiovascular events and all-cause mortality in a cohort with metabolic syndrome [po hiszpańsku]. *Rev Esp Salud Publica*. 2018;92:1–12. <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v92/1135-5727-resp-92-e20180969.pdf>. Dostęp 13.02.2019.

Czy pielęgniarkom wolno strajkować „o kasę”? Wyzwania dla uwzględniania interesów własnych pielęgniarek w świetle teorii systemów deliberatywnych na przykładzie strajku w Centrum Zdrowia Dziecka z 2016 r.

Can nurses strike for more money? Challenges for taking nurses' self-interests into account in the light of the deliberative systems theory: A partial analysis of 2016 strike in the Children's Memorial Health Institute

Michał Zabdyr-Jamróż^{A–D,F}

Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum, Kraków, Polska

A – koncepcja i projekt badania, B – gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – analiza i interpretacja danych,
D – napisanie artykułu, E – krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, ISSN 2082-9876 (print), ISSN 2451-1870 (online)

Piel Zdr Publ. 2020;10(1):65–77

Adres do korespondencji

Michał Zabdyr-Jamróż

e-mail: michal.zabdyr.jamroz@gmail.com

Zewnętrzne źródła finansowania

Brak

Konflikt interesów

Nie występuje

Podziękowania

Pragnę podziękować Aleksandrze Wagner, Simonowi Niema-
yerowi, Johnowi Dryzekowi, Jane Mansbridge i Annie Tanasoce
za konsultacje i pomoc w przygotowaniu niniejszego artykułu.
Dziękuję także władzom Wydziału Nauk o Zdrowiu UJ CM
za wsparcie finansowe wyjazdów badawczych i konsultacji. Za po-
moc w opracowaniu tabeli dziękuję szczególnie Jane Mansbridge.

Praca wpłynęła do Redakcji: 22.11.2017 r.

Po recenzji: 12.01.2018 r.

Zaakceptowano do druku: 9.09.2019 r.

Cytowanie

Zabdyr-Jamróż M. Czy pielęgniarkom wolno strajkować
„o kasę”? Wyzwania dla uwzględniania interesów własnych
pielęgniarek w świetle teorii systemów deliberatywnych
na przykładzie strajku w Centrum Zdrowia Dziecka z 2016 r.
Piel Zdr Publ. 2020;10(1):65–77. doi:10.17219/pzp/112225

DOI

10.17219/pzp/112225

Copyright

© 2020 by Wrocław Medical University

This is an article distributed under the terms of the

Creative Commons Attribution Non-Commercial License

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Streszczenie

Strajk pielęgniarek w Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie z 2016 r. i dyskusja publiczna wokół niego stanowi przykład wielu wyzwań dla uwzględniania interesu własnego pielęgniarek w kształtowaniu polityk zdrowotnych. Artykuł ten poświęcony jest analizie tych wyzwań z perspektywy najnowszych trendów w teorii demokracji deliberatywnej, a konkretnie teorii systemów deliberatywnych. Opiera się na analizie wybranych działań i wypowiedzi głównych interesariuszy sporu. Punktem wyjścia dla analizy jest – dokonana w ramach teorii systemów deliberatywnych – kompleksowa rehabilitacja obrony interesów własnych w deliberacji i docenienie pozytywnej systemowej roli strajków. Artykuł zawiera podsumowanie i teoretyczną syntezę wyzwań dla deliberatywnego uwzględniania interesów własnych w politykach publicznych. Wyróżnione zostają 3 główne wyzwania będące typowymi niedeliberatywnymi strategiami w stosunku do interesów własnych: 1. kompartmentacja – redukcja problemu do wąskiego targu tych interesów; 2. instrumentalizacja innych czynników (takich jak emocje) w celu tłumienia interesów własnych oraz 3. zbyt rygorystyczny standard publicznej deliberacji, który prowadzi do ich wykluczenia jako sprzecznych z dobrem wspólnym. W artykule omówiono kryteria oceny tych strategii z perspektywy funkcjonalności systemu deliberatywnego. Wykorzystanie teorii demokracji deliberatywnej w analizie dyskursu wokół strajku pielęgniarek wskazuje na użyteczność zastosowania tej perspektywy badawczej w obszarze zdrowia publicznego.

Słowa kluczowe: demokracja deliberatywna, interesy własne, strajk pielęgniarek, systemy deliberatywne

Abstract

A 2016 nurses' strike from the Children's Memorial Health Institute in Warsaw, together with a public discussion surrounding it, is an example of a number of challenges for taking nurses' self-interest into account in health policy-making. This paper is devoted to an analysis of these challenges from the perspective of the latest trends in the theory of deliberative democracy – specifically, the deliberative systems theory. The paper presents an analysis of selected actions and statements of the main stakeholders of the dispute. The starting point for the analysis is (within the deliberative systems theory) a comprehensive rehabilitation of self-interest in deliberation and appreciation of the systemic role of strikes. The article contains a summary and theoretical synthesis of challenges for deliberative consideration of self-interests in policy-making. Three main challenges – i.e., the typical non-deliberative strategies regarding self-interests – are distinguished: 1) compartmentalization – reducing the problem to a narrow bargaining of these interests; 2) instrumentalization of other inputs (such as emotions) to suppress self-interest; and 3) too rigorous standard of public deliberation that leads to the exclusion of self-interests as contrary to the common good. The article discusses the criteria for assessing these strategies from the perspective of functionality of the deliberative system. The use of the deliberative democratic theory in the analysis of the discourse surrounding the nurses' strike indicates the usefulness of applying this research perspective in the area of public health.

Key words: deliberative democracy, self-interests, nurses' strike, deliberative systems

Wprowadzenie

Strajk pielęgniarek w warszawskim Centrum Zdrowia Dziecka (CZD) z 2016 r. stanowi istotny przykład wyzwań nie tylko stojących przed polskim systemem opieki zdrowotnej, ale mających także wpływ na debatę publiczną na jego temat. Pokazuje on sposób, w jaki w publicznym dyskursie delegitymizowany i wykluczony jest interes własny strajkujących w ochronie zdrowia grup zawodowych. Takie wykluczenie interesów własnych z publicznej deliberacji zostało poddane istotnej krytyce z perspektywy teorii demokracji deliberatywnej. Teoria ta w swej najnowszej odsłonie, tj. teorii systemów deliberatywnych, zawiera cenne wskazówki co do tego, jak włączać interesy własne do deliberacji w sposób konstruktywny.

System deliberatywny to całokształt miejsc komunikacji rozciągniętej w czasie i mającej wpływ na kształt decyzji politycznych. Z tej perspektywy można oceniać funkcjonalność różnych instytucji i praktyk (takich jak strajk) pod względem realizacji celów demokratycznej deliberacji: nie tylko służenia merytorycznej poprawności, ale także demokratycznej inkluzji, czyli uwzględnianiu racji wszystkich uwikłanych w daną publiczną kwestię interesariuszy.

Przykłady dyskwalifikowania interesu własnego strajkujących pielęgniarek, występujące głównie w oficjalnych komunikatach ministra zdrowia (jako interesariusza sporu i lidera opinii publicznej), posłużyły w tej pracy jako podstawa do analizy egzemplifikacyjnej na potrzeby identyfikacji wyzwań dla uwzględniania interesów własnych w publicznej deliberacji w świetle teorii systemów deliberatywnych. Badanie to przeprowadzono na podstawie opracowania katalogu wyzwań dla deliberatywnego uwzględniania 3 czynników: interesów własnych, wiedzy eksperckiej oraz emocji.¹

Artykuł ten koncentruje się na interesach własnych, ale w końcowej analizie zawiera typologię wyzwań także w odniesieniu do emocji i wiedzy eksperckiej. Wspomniana typologia wyodrębnia kryteria oceny funkcjonalności

systemów deliberatywnych. Wykorzystanie teorii demokracji deliberatywnej w analizie dyskursu wokół strajku pielęgniarek wskazuje na użyteczność zastosowania tej perspektywy badawczej w obszarze zdrowia publicznego.

Fragmety tego artykułu i zaprezentowane w nim badania pochodzą z pracy doktorskiej autora pt. *Deliberatywny model polityki*, która opublikowana będzie w formie monografii *Wszechstronność. O deliberacji w polityce zdrowotnej z uwzględnieniem emocji, interesów własnych i wiedzy eksperckiej*.¹ Bardziej rozbudowaną analizę omawianego przypadku autor przedstawia w czasopiśmie „Social Theory & Health” w artykule pt. *“All they want is money!” The deliberative theory approach to the inclusion of nurses' self-interests in the 2016 strike in the Children's Memorial Health Institute in Warsaw*.²

Teoria systemów deliberatywnych

Teoria systemów deliberatywnych powstała w ramach teorii demokracji deliberatywnej, która od lat 90. XX w. stanowi właściwie główny wątek teorii demokracji.

Demokracja deliberatywna i zwrot systemowy w jej obrębie

Pojęcie deliberacji wywodzi się z łacińskiego czasownika *delibero*, który znaczy ‘rozważać, zastanawiać się’; *deliberatio, deliberationis* natomiast to ‘czas do namysłu’ (*delibero* znaczy także ‘naradzać się z kimś’, czy wręcz ‘zapytywać wyrocznie o radę’).^{3(s148)} Termin *deliberative democracy* – tłumaczony najczęściej jako ‘demokracja deliberatywna’ (rzadziej ‘deliberacyjna’) – wprowadził do myśli politycznej Bessette w 1980 r.⁴ Z czasem termin ten zyskał popularność w odniesieniu do zespołu teoretycznych i praktycznych koncepcji zorientowanych na dialogiczny wymiar demokracji.^{5(s300)} Na podstawie syntezy najnowszych ujęć, w ramach teorii demokracji deliberatywnej,⁶ deliberację można zdefiniować jako tego rodzaju dyskusję (tj. rozmowę z różnicą stanowisk) o sprawach

publicznych, której przebieg (relacje między uczestnikami, procedury, moderacja) sprzyja wywołaniu wśród jej uczestników postawy deliberatywnej,⁷ czyli chęci uczenia się od pozostałych i gotowości do zmiany stanowiska pod wpływem argumentów i racji innych (inaczej niż w debacie), ale bez oczekiwania otrzymania czegoś w zamian (inaczej niż w targowaniu się [ang. *bargaining*]).

W ewolucji teorii demokracji deliberatywnej najbardziej znaczącym epizodem ostatnich lat jest zwrot systemowy związany z publikacją zbiorową pt. *Deliberative Systems* (Systemy deliberatywne) wydaną w 2012 r.⁸ Oznaczał on odejście od wcześniejszej koncentracji na doskonaleniu technik prowadzenia pojedynczych dyskusji (w formie tzw. minipublik) bezpośrednio na potrzeby podejmowania decyzji. Skupiał się na poszerzeniu horyzontów rozważań na temat deliberacji w odniesieniu do całości debaty publicznej, a nie tylko do pojedynczych dyskusji w określonych formalnie gremiach. Fundament pod ten zwrot położyła Mansbridge w swojej pracy z 1999 r. pt. *Everyday talk in the deliberative system* (Codzienna rozmowa w systemie deliberatywnym).⁹ W tekście tym wprowadziła ona pojęcie systemu deliberatywnego, które oznacza pewną całość wzajemnie powiązanych „miejsz” dyskusji (zarówno minipublik, jak i np. parlamentów czy debat telewizyjnych) oraz praktyk niemających charakteru dyskusji (np. marsze, strajki, bojkoty konsumencie, okupacje), których współoddziaływanie prowadzi do kształtowania się stanowisk i – w rezultacie – decyzji politycznych. System deliberatywny obejmuje wiele miejsc sfery publicznej, a nawet społecznej i prywatnej.^{8,10}

Z podejścia systemowego wynika twierdzenie, że deliberacja może mieć niebezpośredni – nawet bardzo odległy, ale jednak – wpływ na decyzje. Deliberację w tym podejściu należy analizować przez pryzmat jej „narastających i opóźnionych efektów”.^{11(s279)} Systemowe podejście do deliberacji podkreśla transformacyjną rolę dyskusji toczonych w całym systemie deliberatywnym – nawet polaryzujących debat i kłótni – także tych nieformalnych, prywatnych, włączając w to codzienne rozmowy (ang. *everyday talk*).⁹ Położenie akcentu na wymiar czasowy poszerza zakres decyzji uznawanych za skutek deliberacji. Mogą one przyjąć formę decyzji emergentnych (ang. *emergent decisions*) – wyłaniających się jako skutek zsumowania drobnych, stopniowych zmian opinii – czy decyzji przez akrecję (ang. *decision by accretion*) – tj. przez nawarstwianie się kolejnych informacji na przestrzeni długiego czasu (ang. *knowledge creep*).¹²

Drugą i zapewne najbardziej oryginalną tezą zwrotu systemowego jest twierdzenie, że pewne pojedyncze niedeliberatywne praktyki (niemające dyskusyjnego charakteru) mogą przynieść deliberatywne skutki dla całości systemu. Na przykład niespełniające ideałów deliberacji protesty, marsze czy strajki mogą unaocznic reszcie społeczeństwa i decydentom powagę danego problemu, prowadząc do pogłębionej dyskusji publicznej i w efekcie do – opierającej się na rozumnych przesłankach – zmiany opinii publicznej.

Co istotne, podejście takie dopuszcza także, że niektóre praktyki o wysokim standardzie deliberacji mogą (przy wadliwym określeniu ich roli) przynosić dla całości systemu niedeliberatywne skutki.^{10(s3,32)}

Inaczej niż wcześniej celem podejścia systemowego jest dążenie do poprawy jakości całego systemu, a nie tylko pojedynczych forów dyskusji (konkretnych ciał dyskutujących, jak rady, panele itp.). Stąd w jego ramach pojawiają się konkretne propozycje uregulowań dotyczących systemu politycznego, partyjnego i mediów, jak choćby postulaty reformy reguł finansowania kampanii wyborczych, regulacji rynku medialnego itp. Podejście systemowe polega na analizowaniu podziału pracy pomiędzy częściami systemu, rozpatrując każdą z nich ze względu na ich różne deliberatywne mocne i słabe strony.

Funkcje, kryteria ewaluacji i błędy systemu deliberatywnego

System deliberatywny służy obywatelom do „lepszego zrozumienia, czego pragną i potrzebują, zarówno indywidualnie, jak i zbiorowo”.^{9(s211–212)} Wprowadzenie pojęcia systemu deliberatywnego poszerza skalę analizy w ramach teorii deliberatywnej zarówno w przestrzeni, jak i czasie. Czyni przedmiotem analizy podział ról między częściami systemu i zmienia kryteria rozpatrywania ich deliberatywnego charakteru. Z tego względu deliberatywną jakość danej instytucji czy praktyki można oceniać na 2 poziomach (ang. *two-tier approach*):

- w obrębie jej samej („czy dana dyskusja spełnia standardy deliberacji?”);
- w relacji do całości systemu („czy dana dyskusja przyczynia się do rozprzestrzeniania wartości deliberatywnych w systemie?”).

Po kryterium oceny systemu deliberatywnego jako całości – a z tej perspektywy także jego części – Mansbridge et al. wymieniają 3 podstawowe funkcje takiego systemu.¹⁰

1. Funkcja epistemiczna polega na „tworzeniu preferencji, opinii i decyzji, które są oparte na faktach i logice oraz stanowią wynik znaczącego i konstruktywnego namysłu nad istotnymi uzasadnieniami”.^{10(s11)} W zamyśle tej funkcji jest orientacja na poszukiwanie praktycznych rozwiązań istotnych publicznie kwestii.
2. Funkcja etyczna to „krzewienie wzajemnego szacunku (ang. *mutual respect*) pomiędzy obywatelami”.^{10(s11)} Wymaga ona odrzucenia przymusu, dominacji i oszustwa. Szacunek stanowi nieodłączny element sprawności systemu deliberatywnego – jest rdzeniem demokratycznej deliberacji,^{13(s79)} to „smar w trybach efektywnej komunikacji”.^{10(s11)}
3. Funkcja demokratyczna, częściowo wynikająca z etycznej, polega na umożliwieniu udziału w dyskusji wszystkim zainteresowanym stronom. To „promocja opartych na warunkach równości inkluzyjnych procesów politycznych”.^{10(s12)}

Różni autorzy w obrębie formującego się zwrotu systemowego na swój sposób identyfikowali kryteria poprawnego działania systemu deliberatywnego. Hendriks w ramach swojej koncepcji zintegrowanego systemu deliberatywnego (ang. *integrated deliberative system*) wyróżniła wiele sfer dyskursywnych (ang. *discursive spheres*)¹⁴:

– sfery mikrodyskursywne (ang. *micro discursive spheres*) to sformalizowane małe ciała decyzyjne (komisje parlamentarne, śledcze, eksperckie itp.);

– sfery zróżnicowanych dyskursów (ang. *mixed discursive spheres*) są na obrzeżach ośrodków decyzyjnych i stanowią miejsca spotkań wszystkich interesariuszy (spotkania konsultacyjne, seminaria i konferencje);

– sfery makrodyskursywne (ang. *macro discursive spheres*), które wykraczają poza 2 powyższe, a częściowo je obejmują (media, ruchy społeczne, grupy aktywistów).

Zdaniem Hendriks „zdrowy system deliberatywny” składa się z wielu sfer dyskursywnych i sprzyja budowaniu kanałów relacji między nimi. Tak działający system otwiera różne dyskursy na siebie nawzajem – szczególnie na dyskursy zmarginalizowane. System wadliwy prowadzi do segmentacji sfer i usztywniania dyskursu. Szczególnie istotną rolę odgrywają tu sfery zróżnicowanych dyskursów, które są areną styku pomiędzy przedstawicielami władzy i aktywistami społecznymi.¹⁴

Dryzek jako kryterium sprawności systemu deliberatywnego zaproponował w 2009 r. kategorię zdolności deliberatywnej (ang. *deliberative capacity*).¹⁵ Podstawą tej kategorii jest wyróżnienie 5 kluczowych elementów systemu deliberatywnego.

1. Przestrzeń publiczna (ang. *public space*) jest otwarta na wszystkich i obejmuje różnorakie miejsca rozmów: od mediów masowych po kawiarnie.
2. Przestrzeń uprawomocniona (ang. *empowered space*) jest tworzona przez ośrodki władzy składające się z instytucji uprawnionych do podejmowania istotnych społecznie decyzji: od legislatur, poprzez rady korporacyjne, po sieci rządzenia (ang. *governance networks*).
3. Transmisja stanowi kanał, przez który przestrzeń publiczna wywiera wpływ na przestrzeń uprawomocnioną: od kampanii społecznych, poprzez zmiany kulturowe, po związki osobiste.
4. Rozliczalność (ang. *accountability*) jest relacją odwrotną, poprzez którą przestrzeń uprawomocniona odpowiada przed przestrzenią publiczną.
5. Decyzyjność (ang. *decisiveness*) stanowi środki realnego wpływu 4 poprzednich elementów na treść wiążących decyzji.

W kontekście tych 5 elementów zdolność deliberatywna to „zakres, do jakiego system polityczny posiada struktury, które umożliwiają deliberację, która jest autentyczna, inkluzywna i ważka (ang. *consequential*)”. Autentyczność polega na skłanianiu do wspólnego namysłu w dążeniu do uniwersalizacji partykularnych sądów w duchu wzajemności – powinna ona obejmować elementy 1–4. Inkluzywność jest włączaniem do dyskusji możliwie

wszystkich zainteresowanych stron i istotnych w danym obszarze dyskursów – powinna obejmować elementy 1 i 2. Ważkość odnosi się do elementu ostatniego – 5, czyli do posiadania przez daną dyskusję wpływu, oddziaływania – pośredniego lub bezpośredniego – na zachodzące decyzje i zmiany.¹⁵

Perspektywa systemowa rzuca nowe światło na problem istotnych dla demokracji deliberatywnej patologii systemu deliberatywnego, czyli tych zjawisk, których należy unikać, aby system działał poprawnie. W ramach skonsolidowanego podejścia systemowego Mansbridge et al. wskazują na 5 patologii systemu deliberatywnego.^{10(s23,24)}

1. Zbytne związanie i wzajemne uzależnienie różnych elementów systemu uniemożliwia działanie mechanizmu samokorygującego.
2. Zbytne oderwanie od siebie elementów systemu powoduje słabość wzajemnych relacji i brak oddziaływania. „Separowanie odbiorców do oddzielnych nisz osób podobnie myślących uniemożliwia obywatelom słuchanie strony przeciwnej i rozwijanie szacunku dla ludzi, z którymi się nie zgadzają”.^{10(s21)}
3. Instytucjonalna dominacja władzy polega na skupieniu w ramach jednego podmiotu rządzącego wielu funkcji systemowych. Przykładem takiej patologii jest kontrola najpopularniejszych mediów przez władzę.
4. Społeczna dominacja to nadmierny wpływ jednej grupy lub kategorii interesów na inne części systemu. Przykładem jest przemożna zdolność jednoczesnego oddziaływania wielkiego biznesu na polityków (poprzez sponsorowanie kampanii wyborczych), media (wykup reklam i posiadanie udziałów gwarantujących decyzyjny głos w radach nadzorczych) i organizacje społeczne (sponsorowanie stowarzyszeń, które naciskają na przyjęcie rozwiązań prawnych korzystnych dla danego biznesu).
5. Głęboko zakorzeniona stronniczość, czyli wynikająca z polaryzacji polityczno-ideowej niezdolność do podejmowania sensownej rozmowy między stronami sporu politycznego.

Dwupoziomowa analiza jakości deliberatywnej danej instytucji – na poziomie wewnętrznym i systemowym – wskazuje, że praktyki, które same w sobie nie są deliberatywne, w szerszej perspektywie mogą pełnić pozytywną rolę dla całości systemu. Protest stanowi świadectwo – znak przekazany zarówno rządzącym, jak i reszcie społeczeństwa – że dla danej grupy jakaś sprawa jest ważna i że nie powinno się jej dłużej ignorować. Sam protest jest głosem upominającym, zwracającym uwagę. W perspektywie systemowej jest formą krzyku, który ma zwrócić uwagę na daną sprawę w realiach silnie selektywnych mediów i otaczającego szumu informacyjnego. W ujęciu teorii systemów deliberatywnych strajk stanowi głos widoczny w przestrzeni publicznej, przez który mają się dokonać transmisja i nacisk na przestrzeń uprawomocnioną – w celu wywołania decyzji i podniesienia rozliczalności. Strajk realizuje cały szereg funkcji względem systemu

deliberatywnego (funkcje: epistemiczną, etyczną i demokratyczną) i służyć ma redukcji patologii systemowych, w tym: zbytniego oderwania od siebie elementów, nadmiernej dominacji jakiejś grupy czy instytucji i innych.

Bez tego typu formy wyrazu – bez możliwości strajku, marszu czy okupacji – liczne grupy, które mają znikomy dostęp do mediów czy ogólnie mały wpływ na polityki publiczne, mogą być systematycznie ignorowane. Wzorowym przykładem grupy o praktycznie silnie ograniczonym wpływie na kształt polityki – mimo istotnej roli systemowej – są pielęgniarki i położne. Uwarunkowania tego stanu rzeczy, także w świetle nierównej pozycji społecznej zawodów sfeminizowanych, omawia Kubisa w pracy pt. *Bunt białych czepków*.¹⁶ W przypadku przedstawicieli tych zawodów akcje protestacyjne, takie jak strajk, mogą być jedynym sposobem na to, by ich problemy zostały wzięte pod publiczną rozwagę.

Interesy własne w teorii demokracji deliberatywnej

W obrębie teorii deliberatywnej problem traktowania interesów własnych jest zagadnieniem rozwijanym odrębnie od zwrotu systemowego, jednak stanowi jego integralny element, bez którego uwzględnienia funkcjonowanie systemu deliberatywnego nie byłoby kompletne.

W moich badaniach wyszczególniam w sumie 3 kategorie wkładów polityki (ang. *inputs of governance*): wiedzę ekspercką (ang. *expertise*); emocje (ang. *emotions*) – stanowiące podstawę intuicji moralnych i politycznych, więć i podziałów ideologicznych; interesy własne (ang. *self-interests*). Niniejszy artykuł poświęcam roli tych ostatnich, a pozostałe szerzej omawiam w innych publikacjach.^{1,2}

Interesy własne

W teorii deliberatywnej interesy własne – w tym materialne – identyfikowane są jako takie racje, które mają charakter partykularny i są uznawane za potencjalnie sprzeczne z interesami własnymi innych albo z interesem publicznym (do innych racji zaliczałyby się np. emocje czy wiedza ekspercka). Są one tym, co jednostki lub grupy postrzegają jako ich partykularny cel, potrzebę lub pragnienie. Nie są one natomiast partykularnymi wizjami dobra wspólnego. Jak wskazują Mansbridge et al. (za uwagę Amy Gutmann), interes własny nie ma innych na względzie (ang. *other-regarding*) ani nie bierze pod uwagę ideałów (ang. *ideal-regarding*). Wzorowym przykładem jego występowania jest, gdy ktoś „argumentuje przeciw interesom innych, a na rzecz interesu »własnego« danej grupy lub osoby czy jej rodziny lub innej podgrupy, z którą się głęboko identyfikuje”.¹⁷

Interesy własne mogą być umotywowane lub ujawnione przez ideologie albo teorie naukowe. Są jednak postrzegane jako stany obiektywne, niemodyfikowane

przez dyskusję czy naukowe odkrycia. W związku z tym konflikt interesów własnych postrzegany jest jako możliwy do rozstrzygnięcia tylko za pomocą kompromisu – w drodze negocjacji (ang. *negotiation*) lub targowania się między „współpracującymi antagonistami”.^{17(s70–72)} Targowanie się jest traktowane jako gra o sumie zerowej – może zmienić jedynie stopień, w jakim usatysfakcjonowane są interesy własne stron. Dlatego najbardziej typową regułą koordynacji i podejmowania decyzji jest tu jednomyślność, gdzie zdolność weta (odmowa współpracy) przysługująca wszystkim stronom stanowi także pewnego rodzaju formę przymusu, szczególnie dotkliwą dla tych, którzy mają słabszą pozycję w relacji i trudniej im odejść od stołu negocjacyjnego.

Wykluczenie interesów własnych i targowania z deliberacji

W klasycznej wersji demokracji deliberatywnej interesy własne wzbudzały silny sceptycyzm. Krytykowano je za wprowadzanie egocentrycznego punktu widzenia (ang. *ego-centric viewpoint*), podczas gdy deliberacja powinna polegać na niewzruszonym skupieniu na dobru wspólnym.¹⁸

Interesy własne natomiast w czystej postaci wyrażane są w targowaniu się. Jest to rodzaj dyskusji, który polega na wyłącznej koncentracji na egocentrycznych interesach własnych obu stron. W tym miejscu (inaczej niż np. Gutman i Thompson^{19(s71)}) analitycznie odróżniam targowanie się – jako niedeliberatywny typ komunikacji – od negocjacji, które mogą realizować deliberatywne wartości. Targowanie się definiuję więc jako proces koordynacji i decyzji, w którym kooperujący antagoniści modyfikują swoje stanowisko tylko poprzez wzajemną wymianę ustępstw lub konkretne korzyści dla interesu własnego w ogólnym rachunku atutów i potrzeb. Zdolność odejścia od stołu sprawia, że silniejsza strona transakcji może narzucać swoje żądania, nawet bez czynienia żadnych ustępstw. Jest to forma przymusu jak najbardziej uznawana w tego typu procesie. Przymus przejawiać się tu może także w strategicznej kontroli informacji – szczególnie informacji o faktycznych potrzebach i możliwościach (przykładowo: rzemieślnik może zawyżyć koszty danego produktu, by uzyskać lepszą cenę od klienta). Strony targujące się rywalizują, mając na względzie przede wszystkim interesy własne. Ignorując kwestie wzajemnego uzasadnienia, nie są wobec siebie szczerze.^{17(s70–72)} Z tego względu dla targowania się korzystniejsze są warunki niejawności, w których strony nie podlegają ocenie zewnętrznej.

Za sprawą elementów przymusu i strategicznej kontroli informacji targowanie się jest wzorowym przykładem niedeliberatywnej ekspresji interesów własnych. Z tego powodu wnoszenie tego wkładu do deliberacji niesie ryzyko przekształcenia się jej w taki właśnie targ. Jego niedeliberatywny charakter polega na tym, że strony uzależniają zmianę stanowiska nie od lepszego argumentu (jak w ramach postawy deliberatywnej), ale od „otrzymania czegoś

w zamian”, czyli od zaspokojenia swojego egoistycznego interesu. Targowanie się redukuje spór do jednego kryterium. Występuje pod hasłem „biznes to biznes”. Ignoruje tym samym inne wkłady (wiedzę ekspercką i emocje), które w dobrej deliberacji powinny być brane pod uwagę.

Rehabilitacja interesów własnych i negocjacje deliberatywne

Przekonanie o konieczności wykluczenia interesów własnych z deliberacji zaczęło kwestionować już w 1990 r. Dryzek.^{20(s43)} W 1996 r. analogiczne uwagi zgłaszali Bohman,^{21(s255)} Benhabib^{22(s73)} oraz Gutman i Thompson,^{19(s71)} a także Habermas.^{23(s180)} Głosy te podsumowali Mansbridge et al., zauważając, że deliberatywne poszukiwanie warunków uczciwej współpracy może i powinno „obejmować rozpoznanie i dążenie do realizacji interesów własnych, włączając w to interesy materialne”. Ich zdaniem „odpowiednio powściągnięte” interesy własne „powinny być częścią deliberacji skutkującej demokratyczną decyzją”. Jest to konieczne, by uczynić decyzje uczciwymi, jeśli idzie o korzyści i obciążenia, jakie z nich płyną.^{17(s64)} Krytyka wyłączenia interesów własnych z deliberacji jest dwojaka. Z jednej strony wynika z tego, że konflikt interesów własnych w polityce jest powszechny i zawężanie deliberacji do sytuacji bez takiego konfliktu czyni deliberację przeważnie bezużyteczną albo prowokuje ukrywanie interesów własnych pod przykrywką szczytnych celów publicznych. Z drugiej strony zauważa się, że na dobro wspólne i sprawiedliwość w znacznej mierze składają się poszczególne interesy własne i aby były one zaspokojone, powinny być w deliberacji wyrażone, objaśnione i wzięte pod rozwagę.^{17(s72,73,75),20(s43),22(s73)}

Rehabilitacja interesów własnych przywiodła Warrena et al. do idei „deliberatywnych negocjacji”. Negocjacje takie uwzględniają ideały wzajemnego szacunku (ang. *mutual respect*), równości (ang. *equality*), wzajemności (ang. *reciprocity*), wzajemnego uzasadnienia (ang. *mutual justification*), uczciwości (ang. *fairness*) i braku przymusu (ang. *non-coercion*).²⁴ Należy zaznaczyć, że to pojęcie zakłada rozróżnienie negocjacji od targowania się.²⁵ Co ciekawe, rozróżnienie to – mimo nader częstego traktowania tych terminów jako synonimów^{24(s144)} – występuje już w literaturze na temat biznesu:

Targujesz się wtedy, gdy w ogóle nie jesteś zainteresowany nawiązaniem długotrwałych stosunków z kontrpartnerem i, szczerze mówiąc, bardziej zależy ci na jego pieniądzu lub towarach niż na jego szacunku. [...] [K]iedy sprzedajesz, chcesz po prostu dostać jak najwięcej pieniędzy, a kiedy kupujesz, chcesz jak najmniej zapłacić. [...] Negocjacje to forma inwestycji, która w zamian za poświęcony czas ma przynieść określone korzyści. Mogą to być korzyści finansowe, ale zaliczamy do nich także rozwiązanie konfliktu lub uzgodnienie decyzji. Tak jak w wypadku wszystkich inwestycji, powinneś zadbać o to, by uzyskane korzyści były adekwatne do poniesionych nakładów.^{26(s18,21,22)}

Zarówno targowanie się, jak i negocjacje to „dyskusje zorientowane na decyzję” między podmiotami o sprzecznych interesach, których porozumienie z założenia ma polegać na kompromisie – decyzji w drodze wzajemnych ustępstw. W obu przypadkach podmioty dążą do osiągnięcia takiego porozumienia, które będzie „tak dobre z ich perspektywy, jak to tylko możliwe”. Jednak przy targowaniu się przedmiot rozmowy jest ograniczony do interesów własnych stron, podczas gdy w negocjacjach rozważane są zainteresowania w perspektywie szerszej – obejmujące wizje dobra wspólnego, wartości, emocje i inne preferencje. Ten właśnie aspekt czyni negocjacje kompatybilnymi z „deliberacją w sferze publicznej” (ang. *political realm*).^{25(s92)}

Deliberatywne negocjacje „mają miejsce w warunkach względnej otwartości i jawności względem interesów, potrzeb oraz ograniczeń”, czyli realizacji deliberatywnych ideałów „wzajemnego uzasadnienia, szacunku i uczciwości”,^{27(s92,93)} ale przy porzuceniu klasycznego wymogu, by deliberacja prowadziła do konsensu. Wynika to ze spostrzeżenia, że deliberacja może i powinna służyć także do uzyskiwania kompromisu (a nawet poprzedzać decyzję większościową). Deliberacja powinna być także procesem klaryfikacji i uporządkowania konfliktu poprzez wspólne odkrywanie istoty sporu.¹⁸ W deliberatywnych negocjacjach „strony dostrzegają konflikt interesów, ale dążą do wzajemnego uzasadnienia i szacunku, a także poszukują uczciwych (ang. *fair*) warunków współpracy i rezultatów”. Takie podejście jest szczególnie istotne, kiedy konsens jest niemożliwy do osiągnięcia, ale „wynegocjowany kompromis może być drugi najlepszy, ale dostatecznie dobry”.^{25(s93,102)}

Analiza egzemplifikacyjna wybranych fragmentów dyskusji publicznej wokół strajku pielęgniarek w CZD w 2016 r.

Przykładem niedeliberatywnego traktowania uprawnionych interesów własnych pielęgniarek jest dyskusja publiczna wokół ich strajku w warszawskim CZD z 2016 r. W jej ramach koncentruję się na analizie wypowiedzi ministra zdrowia jako interesariusza sporu (*de facto* strony tegoż z racji bycia podmiotem założycielskim CZD) i jednocześnie lidera opinii w toczony wokół strajku dyskusji publicznej.

Interesy własne i ich tłumienie w imię dobra wspólnego

CZD jest jednym z największych szpitali pediatrycznych w Polsce. Ma status instytutu naukowego i jednostki badawczo-rozwojowej Ministerstwa Zdrowia. Świadczenia,

których udziela, są finansowane publicznie z kontraktów zawieranych z Narodowym Funduszem Zdrowia, czyli publiczną agencją podległą ministrowi zdrowia, dysponującą ustawowymi składkami zdrowotnymi. W omawianym okresie CZD było w trudnej sytuacji finansowej już od dłuższego czasu. Sam strajk pielęgniarek był umotywowany niskimi płacami i przeciążeniem pracą. Wszystko to w kontekście pogłębiającego się braku pielęgniarek w Polsce,²⁸ których liczba na 1000 mieszkańców jest jedną z najniższych w krajach Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (tylko 5,2 w 2014 r.)²⁹ i których populacja bezustannie starzeje się (średni wiek pielęgniarki w 2014 r. to 48 lat).³⁰

Strajk pielęgniarek trwał 16 dni, tj. od 24 maja do 8 czerwca. Poprzedzały go we wcześniejszych miesiącach różne inne formy protestu. Żądania dotyczyły podwyżki płacy miesięcznej o 400 zł i zatrudnienia dodatkowych 40 pielęgniarek w celu rozłożenia obowiązków.³¹ Zarząd CZD kwestionował legalność strajku, zauważając, że w jego trakcie procedury medyczne musiały być odwołane, 4 oddziały zostały zamknięte, a pacjentów trzeba było przenieść do innych szpitali lub skierować do domów.³² Pielęgniarki odpowiedziały, że zorganizowały strajk w sposób minimalizujący wpływ na normalne funkcjonowanie szpitala, a zakłócenia te były albo przesadzone, albo spowodowane przez inne okoliczności.³³

Dnia 30 maja ówczesny minister zdrowia Konstanty Radziwiłł podczas konferencji prasowej stwierdził, że „strajk w CZD naraża tę placówkę na pogłębianie się problemów, stawiając pod znakiem zapytania jej przyszłość”, dodając, że „nie chciałby być jego [CZD] likwidatorem”.³⁴ Zauważył, że według danych ministerialnych płace pielęgniarek są relatywnie wysokie w ramach systemu – ze średnią pensją w wysokości 3800 zł (co jest kwotą o 600 zł wyższą od szacunków Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych)²⁸ – a nawet wyższe w samym CZD: 4940 zł.³⁴ Ta uwaga doprowadziła bezpośrednio do powstania na Facebooku strony zatytułowanej *Paski pielęgniarek*, która publikowała zdjęcia odcinków pensji pielęgniarek z całej Polski, najczęściej z kwotami poniżej 2000 zł (płaca minimalna w owym czasie wynosiła 1850 zł).³⁵ Zdjęcia były opatrywane historiami sytuacji życiowej i zawodowej pielęgniarek.³⁶ Dnia 31 maja minister zdrowia wypowiedział się w wywiadzie telewizyjnym: „w tym proteście – to znaczy nie proteście – w tym strajku chodzi po prostu o kasę. Proszę, żebyśmy nie rozwadniali tego”.³⁷

Wkrótce po tej wypowiedzi jedna z pielęgniarek reprezentujących strajkujące powiedziała przed kamerami telewizji:

Ja już nie chcę tych 400 zł [podwyżki], tylko poproszę, żeby pielęgniarek było tyle na oddziale, żebym ja nie musiała patrzeć rodzicowi w oczy i mówić „zaraz”, „chwile”, „nie teraz”.³⁴

Ostatecznie strajk został zawieszony wskutek porozumienia zawartego za zamkniętymi drzwiami. Fotokopie pełnej umowy opublikował nieoficjalnie jako pierwszy por-

tal Fakt24.³⁸ Pielęgniarki otrzymały podwyżkę w wysokości ok. trzech czwartych początkowego postulatu oraz kilka innych możliwych benefitów finansowych. Porozumienie zawierało deklarację „poprawy warunków pracy i płacy pielęgniarek i położnych” jako mających być „przedmiotem wspólnej troski Strony Związkowej i Pracodawcy”. Wzmianka o innych interesariuszach („małych pacjentach”) dotyczyła tylko treści wspólnego komunikatu prasowego. Żądanie zatrudnienia nowych pielęgniarek nie zostało zrealizowane. W odniesieniu do tej kwestii dyrekcja CZD wskazała, że podwyżka płac ma stanowić zachętę do zatrudnienia nowych pielęgniarek w przyszłości. Mimo to niektóre pielęgniarki wyraziły rozczarowanie wynikami porozumienia ze względu na niespełnienie kluczowego postulatu, jakim była poprawa warunków pracy i obciążenie w obowiązkach. Mimo podziałów wśród pielęgniarek strajk nie został wznowiony – przeważać miało zmęczenie protestem i poszukiwanie „świętego spokoju”.^{39,40}

W tym miejscu wypada zaważyć, że zachowanie obu stron tego sporu podyktowane było najprawdopodobniej mechanizmem, który należy określić jako „egoizm strukturalny”. Polega on na takim urzędzeniu relacji w systemie, że wymuszają one zachowania egoistyczne podmiotów (w tym także „egoizm instytucji”) jako najbardziej racjonalne, nawet pomimo pierwotnie dobrej woli. Egoizm strukturalny jest typowy dla polskiego systemu zdrowotnego szczególnie od czasu reform w 1999 r.,⁴¹ choćby przez oparcie kluczowych relacji na kontraktach cywilnoprawnych między Narodowym Funduszem Zdrowia a prywatnymi i publicznymi świadczeniodawcami. W takich warunkach zakłada się, że wszelkie procesy i decyzje mają być regulowane w toku quasi-rynkowego targowania się między współpracującymi, ale rywalizującymi antagonistami. To sprawia, że ocena jednej ze stron jako mającej złą wolę i zachowującej się sprzecznie z ideałami deliberatywnymi byłaby niesprawiedliwym pominięciem okoliczności systemowych, przymuszających podmioty do takiego, a nie innego postępowania. Na styku polskiego systemu zdrowotnego i systemu tworzenia polityki zdrowotnej „branie pacjentów na zakładników” – odmowa świadczeń ponadlimitowych, strajki personelu, a nawet odmowa zawierania kontraktów przez świadczeniodawców – stanowią najskuteczniejszą metodę komunikacji politycznej i często jedyną ścieżkę wpływu na kształt reform.⁴² Ponadto spełnienie niektórych postulatów (szczególnie tych dotyczących natychmiastowego zatrudnienia nowego personelu) mogło być nieosiągalne z powodu uwarunkowań organizacyjnych systemu i niemożliwych do przełamania w takiej skali ograniczeń finansowych.

Kompartymencja a manipulacyjny potencjał odwołań do dobra wspólnego

Przedstawiony przypadek ukazuje 2 potencjalne wyzwania wobec włączenia interesów własnych do deliberacji.

Pierwszym – a chronologicznie finalnym – jest klasyczne targowanie się za zamkniętymi drzwiami: koncentracja na egocentrycznym punkcie widzenia i dążenie do zaspokojenia przede wszystkim interesów własnych stron (podwyżki pensji) z potencjalnym pominięciem innych czynników i interesów stron trzecich. W tym przypadku wszelkie postulaty dotyczące dobra wspólnego czy pacjentów (zatrudnienie większej liczby personelu w celu poprawy dostępności opieki dla pacjentów) zostają zagubione i pominięte lub potencjalnie potraktowane jako karta przetargowa.

Targowanie się jest tym przejawem rozważania interesów własnych, który przywołuje tradycyjną krytykę postawy egocentrycznej. Za zamkniętymi drzwiami agresywne targi są dużo łatwiejsze, gdyż nie wiążą się z negatywną oceną opinii publicznej. Targowanie się jest też łatwiejsze dzięki możliwości redukcji problemu do jednego czynnika: interesów własnych. Ta strategia „uprzedziałowienia” lub „kompartymentalizacji” (ang. *compartmentalization*) – swego rodzaju wydzielenia, zaszufladkowania – jest niezwykle wygodna przy zawiłych problemach zachodzących w złożonych systemach. Umożliwia zawężenie problemu do jednego, rozstrzygającego kryterium. Pozwala stwierdzić, że „to tylko interesy – nic osobistego” i w ten sposób usprawiedliwia porzucenie innych wkładów: względów emocjonalnych lub ideowych, nawet danych naukowych, a także interesów stron trzecich – jako rozpraszać uwagę. Pasuje to wyraźnie do egoizmu strukturalnego i sprawia, że nawet w relacjach między podmiotami publicznymi zachodzi strategiczna kontrola informacji oraz różne formy ekonomicznego przymusu. Sprawia to, że zarządzanie złożonymi problemami jest znacznie prostsze, ale nie czyni samych problemów prostszymi. Dopuszczając odkładanie się nierozwiązanych kwestii, kładzie grunt pod kolejne narastające i tym razem głęboko zakorzenione konflikty.

Kompartymentalizacja jest wymuszana nie tylko praktycznie, ale i normatywnie – przez prawne traktowanie koncentracji na interesach własnych jako trybu domyślnego rozwiązywania sporów zbiorowych. Zgodnie z ustawą z dnia 23 maja 1991 r. o rozwiązywaniu sporów zbiorowych spór zbiorowy pracowników z pracodawcą lub pracodawcami może dotyczyć warunków pracy, płac lub świadczeń socjalnych oraz praw i wolności związkowych pracowników lub innych grup, którym przysługuje prawo zrzeszania się w związkach zawodowych.⁴³ Pasuje to wyraźnie do strukturalnego egoizmu w polskim systemie zdrowotnym – ukierunkowuje na targi interesów własnych. Sprawia, że nawet w relacjach między podmiotami publicznymi zachodzi strategiczna kontrola informacji oraz różne formy ekonomicznego przymusu. W ten sposób zarządzanie złożonymi problemami jest znacznie prostsze, ale nie upraszcza samych problemów, kładąc grunt pod kolejne, narastające konflikty. W takim procesie interes wspólny oraz potrzeby interesariuszy niebędących bezpośrednimi stronami sporu często są pomijane.

Drugie wyzwanie, czy też druga niedeliberatywna strategia włączenia danego czynnika do deliberacji, jest nieco mniej oczywiste. Objawia się tym, że jedna ze stron stara się wytłumic interes własny drugiej strony poprzez odwołania do dobra wspólnego, interesu publicznego czy innych wartości. Polega na zbywaniu czyichś uzasadnionych żądań jako egoistycznych („chodzi im tylko o kasę”) – na dyskredytowaniu ich w oczach opinii publicznej jako zagrażających dobru innych i instytucji, która innym służy.

Warto zwrócić uwagę, że grupa zawodowa strajkująca w tym konkretnym przypadku jest szczególnie podatna na tłumienie jej interesów własnych. Zawód pielęgniarstwa jest tradycyjnie silnie kojarzony z wizerunkiem pracy opiekuńczej (ang. *care job*) – zawodu domyślnie kobiecego, wymagającego znacznej dozy poświęcenia się dla innych oraz przynoszącego ograniczone korzyści materialne i społeczne (niski prestiż), w którym główna gratyfikacja powinna pochodzić z samego pomagania innym (w myśl zasady: „cnota jest nagrodą samą w sobie”). Tego typu przekonania i postawy dotyczące cnót zawodowych danej grupy ułatwiają jej eksploatację. Nie jest to wyłącznie problem Polski. Obecny jest także w innych krajach (m.in. Francji i Niemczech), a ostatnimi laty nawet narasta wraz z realizacją doktryny oszczędzania (ang. *austerity*) i wdrażania konkurencji międzysektorowej oraz wynikającej z nich prekaryzacji (niestabilności) pracy w sektorach opieki zdrowotnej i opieki społecznej.⁴⁴

Przywołana wyżej reakcja jednej z pielęgniarek („Ja już nie chcę tych 400 zł [...]”) stanowi wyraz postawy osoby o silnym poczuciu cnoty zawodowej i odpowiedzialności za pacjentów. Gotowa jest poświęcić swój interes (podwyżkę) na rzecz dobra innych („żeby pacjenci nie musieli czekać”). Cnoty tego rodzaju – szczególnie wyraźne u starszego pokolenia pielęgniarek i położnych – w realiach gry w strukturalny egoizm stają się obciążeniem. Osłabiają umiejętność obrony interesów własnych. Na podstawie wywiadów przeprowadzonych z członkiniami Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Kubisa zauważa:

Rozmówczynie [jej] podkreślają, że starsze polskie pielęgniarki charakteryzują się wielką lojalnością wobec zakładu pracy, co przekłada się często dość negatywnie na możliwości dochodzenia swoich praw.^{16(s170)}

W tym przypadku tradycyjnie deliberatywne wezwania do troski o dobro wspólne mogą być poddane subwersji i wykorzystane w niedeliberatywny sposób – przeciw słabszej stronie sporu. Warto zauważyć, że powyższy przypadek odniesień do dobra wspólnego czy zagrożenie jego naruszeniem (likwidacją szpitala) może stanowić próbę wywołania silnych emocji i wytłumienia przy ich pomocy woli obrony interesów własnych.

Ten podwójny problem z wnoszeniem interesów własnych do deliberacji dostrzegli w 2005 r. Karpowicz i Mansbridge:

Zbyt duży nacisk na wypracowanie wspólnego dobra generuje nierealistyczne oczekiwania i zaciera rzeczywisty konflikt. Zbyt duży nacisk na odkrywanie istniejących interesów sugeruje, że interesy są stałe, statyczne, i tylko czekają na znalezienie.^{45(s238)}

Sama Mansbridge zarysowała ten problem jeszcze w 1999 r.^{9(s226)} Powyższy przypadek tym wyraźniej ukazuje mroczniejszą, mniej deliberatywną stronę klasycznej idei dobra wspólnego. Może ono stać się instrumentem wytłumienia zasadnych roszczeń, zmuszając strony albo do ukrycia faktycznego interesu własnego, albo wręcz sprawiając, że dana strona nie odważy się nawet przedstawić swoich racji. W obu przypadkach jest to rezultat sprzeczny z ideałami deliberatywnymi, mimo że wynika z dążenia do klasycznego wzorca deliberacji. W tym miejscu warto przywołać kluczową krytykę tego ostatniego, wyartykułowaną już w 1997 r. przez Sanders:

[Klasyczny] model deliberacji po prostu nie bierze w wystarczającym stopniu pod uwagę sposobów, na które status i hierarchia kształtują wzorce wypowiedzania się i słuchania, aby zapewnić, że wszystkie perspektywy są rozważane, że uczestnictwo w dyskusji publicznej wpaja poczucie autonomii i że dążenie do wspólnego interesu nie pokrywa się z promocją dominujących poglądów.^{46(s370)}

Analiza z perspektywy teorii systemów deliberatywnych

Na potrzeby analizy w szerszym kontekście wyróżnić można 3 kategorie czynników lub wkładów (ang. *inputs*), jakie mogą być wnoszone do dyskusji o sprawach publicznych. Oprócz interesów własnych są to: wiedza ekspercka i emocje.¹ W toku ewolucji teorii deliberatywnej stosunek jej przedstawicieli do nich zmienił się znacząco. Obecność emocji w deliberacji – podobnie jak interesów własnych – poddana została rehabilitacji. Tymczasem początkowo dość afirmatywny stosunek do podejścia eksperckiego został zweryfikowany. Zagadnienia te omówione zostaną w odrębnych publikacjach. Niniejszy artykuł poświęcony jest problematyce interesów własnych, ale zawiera nawiązania do innych czynników, szczególnie do wykorzystania emocji w omawianym sporze. Wychodząc od przedstawionego odróżnienia, da się ustalić szereg wyzwań w braniu ich pod uwagę w deliberacji.

Trzy strategie niedeliberatywnego traktowania czynników

Zidentyfikować można 3 podstawowe postaci niedeliberatywnego traktowania czynników: (A) uprzedziałowienie (lub kompartmentacja), (B) instrumentalizację i (C) nadgorliwe wykluczenie. Przedstawiony wyżej przypadek obrazuje wszystkie 3 w odniesieniu do – głównie – wkładu interesu własnego.¹ Z perspektywy demokracji deliberatywnej uznać je można za błędy, choć w innych modelach demokracji stanowią dość typowe strategie działania. Są

one na pewno patologiami z perspektywy teorii systemu deliberatywnego, gdyż – zamiast służyć lepszemu zrozumieniu problemów – prowadzą do większego zaciemnienia przedmiotu dyskusji lub jej wytłumienia. Zaburzają epistemiczną funkcję systemu deliberatywnego (wymianę informacji), jednocześnie nadwyrężając funkcję etyczną (wzajemny szacunek) i demokratyczną (autentyczną inkluzję).^{10(s10–12)}

(A) Zawężanie do jednego rodzaju czynnika (kompartmentacja)

Pierwsza strategia polega na zawężaniu danej dyskusji tylko do jednego rodzaju wkładu jako pojedynczego kryterium rozstrzygającego. Polega na wzmiankowanym już wzorcu uprzedziałowienia lub kompartmentacji czynników w jednej z kategorii dyskusji. Kompartmentacja opiera się na afirmacji 3 „grzechów głównych przeciw postawie deliberatywnej” – czynników będących barierami dla zmiany preferencji pod wpływem lepszych argumentów i potrzeb innych. Pierwszym „grzechem” jest (x) ekspercka arogancja, czyli przekonanie o posiadaniu pełni istotnej wiedzy naukowej, skutkująca często eksperckim widzeniem tunelowym (ignorowaniem całości kształtu sytuacji: np. potrzeb interesariuszy, ale i całości dowodów niepasujących do paradygmatu badawczego). Drugim jest (y) interesowność – uzależnienie zmiany stanowiska od otrzymania czegoś w zamian, od zaspokojenia interesu własnego. Trzeci to (z) pryncypialność – uparte obstawanie przy z góry przyjętym stanowisku, typowe dla emocjonalnych (erystycznych) debat. Interesowna koncentracja na interesach własnych stron (y) prowadzi do targowania się – ze strategiczną kontrolą informacji i przymusem wynikającym z posiadanych zasobów i słabości. Argumenty czy odwołania do solidaryzmu lub interesu wspólnego zasadniczo mogą być tu ignorowane. Kompartmentacja w tym wypadku polega właśnie na wcielaniu w życie archetypicznego hasła „nie bierz tego do siebie, to tylko interesy”.

(B) Instrumentalizacja wkładów i maskowanie faktycznych motywacji

Druga strategia polega na wykorzystywaniu różnych wkładów w sposób instrumentalny, czyli taki, który ukrywa faktyczne motywacje. Jest to w zasadzie strategia zanieczyszczania modelowych rozwiązań ze strategii kompartmentacji – bardziej lub mniej ukrytego wprowadzania danego czynnika do tego typu dyskusji, w której nie powinien się on znaleźć (np. przemycenie motywów emocjonalnych do targu interesów własnych). Strategia instrumentalizacji może wynikać właśnie z wykluczenia jakiegoś rodzaju czynników z danego typu forum decyzyjnego, szczególnie przy braku innego pola ekspresji tych właśnie wkładów jako partykularnych racji danej strony, przykładowo gdy dana sprawa rozstrzygana jest tylko

na forum eksperckim (np. prawnym) i brakuje kanałów uwzględniania w niej np. motywów religijnych. Instrumentalizacja jest wtedy próbą obejścia tego, zakładanego w strategii kompartmentacji, wykluczenia, ale bez jego bezpośredniej negacji. Polega wtedy na prezentacji stanowiska jako dobrze umotywowanego wiedzą ekspercką, przy czym opiera się na jej nieszczerym, manipulacyjnym czy instrumentalnym traktowaniu. Istnieje wiele przykładów i różnych kierunków tego rodzaju instrumentalizacji. Sytuacja, gdy interesy własne czy ideologie są uzasadnianie selektywnie wybraną lub zmanipulowaną wiedzą naukową, jest tylko jednym z nich.

(C) Nadgorliwe wykluczenie wkładów partykularnych

Trzecia strategia niedeliberatywnego traktowania czynników objawia się, gdy dyskutujący przyjmują całkowicie odwrotne od pierwszego podejście, czyli gdy wyznają lub deklarują zbyt wysoki (zbyt wykluczający) standard rozumu publicznego: racjonalności, eksperckości i dążenia do dobra wspólnego. Typ ten jest dość nieintuicyjny. Jakim sposobem stawianie deliberacji wysoko poprzeczki ma przynosić niedeliberatywne skutki? Czyżby to może poprzez całkowite wykluczenie pozostałych wkładów jako partykularnych. Zbyt wysoko postawiona poprzeczka jakości deliberacji (jako „chłodnej racjonalnej dyskusji o dowodach naukowych, wartościach publicznych i dobru wspólnym”) legitymizuje zagłuszanie istotnych partykularnych racji, takich jak interesy własne czy emocjonalne przekonania. Przejawia się np. w przyjmowaniu moralizatorskiego tonu (ang. *moral high ground*) wobec tych uczestników rozmowy, którzy dopominają się o interesy własne. Przyjmować też może postać upokarzającego „uspokajania” dyskutantki przez mężczyznę na bazie krzywdzących stereotypów płciowych (były brytyjski premier David Cameron uciszał argumenty opozycyjnej deputowanej słowami: „Calm down, dear!”).⁴⁷

Kiedy stosuje się absolutny wymóg formułowania swoich postulatów z odwołaniem do dobra wspólnego i wymóg ten jest kryterium dostępu do publicznej dyskusji,

stać się on może nadmiernym obciążeniem dla tych interesariuszy, którzy dysponują mniejszym kapitałem kulturowym, mają niższą pozycję polityczno-ekonomiczną czy mniejszą biegłość w danego typu grze interesów. W przypadku grup słabszych brak takich zasobów naraża je na zarzut, że ich postulaty są nieuprawnione i zachęca pozostałych aktorów polityki do ich ignorowania. Strategia ta prowadzi więc do tzw. wewnętrznego wykluczenia, o którym pisała Young w kontekście nierówności płci, czyli do rzeczywistego ignorowania czyjegoś głosu pomimo dopuszczenia go do dyskusji.⁴⁸⁽⁵⁷⁵⁾

Konkluzje

Wszystkie 3 wskazane strategie niedeliberatywnego traktowania wkładów mogą być wzajemnie powiązane lub wręcz się przeplatać. Przypadek strajku pielęgniarek w CZD dobrze obrazowałby praktykę, gdy silniejszy podmiot krytykuje innego aktora za egoizm („pielęgniarkom chodzi o kasę”), wykorzystując odwołania do dobra wspólnego (niedeliberatywna strategia (C) – tabela 1; pole 1), a przy okazji dokonując zawołanego wzięcia dobra pacjentów na zakładnika („nie chcę być likwidatorem CZD”) – tym samym instrumentalizując emocje związane z troską o dobro chorych dzieci oraz lojalność wobec miejsca pracy i współpracowników ((B); pole 2). Kazus ten pokazuje ponadto, jak – pomimo wcześniejszych zabiegów dopominania się o dobro wspólne (może na zasadzie urabiania pozycji przetargowej) – ostateczne rozstrzygnięcie dokonało się z wykorzystaniem strategii kompartmentacji ((A); pole 3), czyli w drodze zamkniętego targu interesów potencjalnie ignorującego pozostałe wkłady czy interesy innych stron.

Poziom systemowy – korzyści i patologie

W tym miejscu pozostaje jeszcze umieszczenie wskazanych strategii na poziomie systemowym. W ramach kategorii zdolności deliberatywnej Dryzeka^{15(s1397)} wymienione strategie dostarczają bardziej szczegółowych

Tabela 1. Trzy wkłady wnoszone do deliberacji i ich niedeliberatywne przejawy²

Table 1. Three inputs brought into deliberation and their non-deliberative manifestations²

Wkłady	Wiedza ekspercka	Interesy własne	Emocje
Deliberatywne formy wyrazu	poszukiwanie wiedzy – prawdziwej i pełnej	deliberatywne negocjacje	świadectwo, kurtuazja, retoryka budowania mostów
„Grzechy” przeciw postawie deliberatywnej	(x) arogancja – zbytnia pewność siebie, ekspercka pycha	(y) interesowność – domaganie się korzyści	(z) pryncypialność – bezkompromisowe, nieustępliwe obstawanie przy swoim stanowisku
Niedeliberatywne strategie traktowania	(A) uprzedziałowienie (kompartmentacja)	scjentystyczne krótkowidztwo oraz widzenie tunelowe	3. targowanie się
	(B) instrumentalizacja	manipulacja dowodami	odwołanie do interesów partykularnych
	(C) nadgorliwe wykluczenie	jako „tylko teorii” lub z powodu braku dowodów	1. jako „egoistycznych”
			afektywne debaty
			2. szantaż emocjonalny
			jako „irracjonalnych”

kryteriów autentyczności i inkluzywności systemu deliberatywnego, szczególnie w kontekście rozliczalności rządzących z przestrzeni uprawomocnionej i transmisji do niej motywów pochodzących z przestrzeni publicznej.

Z perspektywy systemowej (A) kompartmentacja – obrazowana przykładem rozstrzygnięcia strajku w drodze targu interesów własnych – sama w sobie niekoniecznie jest szkodliwa. Traktowana może być jako remedium na wiele innego rodzaju błędów. Kompartmentacja staje się jednak problemem systemowym, gdy posunięta jest zbyt daleko i przyjmuje postać „segmentacji systemu demokratycznego”^{15(s1397)} – rozbija go na zbyt od siebie niezależne sfery samodzielnego rozpatrywania interesów własnych stron przy pominięciu innych wkładów czy interesów stron trzecich. Tym sposobem psuje ona system deliberatywny przez osłabianie sfery zróżnicowanych dyskursów Hendriks,¹⁴ czyli obszaru, w których stykać mogłyby się różnego typu motywacje interesariuszy. Natomiast strategia (C) nadgorliwego wykluczenia czy delegitymizacji partykularnych interesów własnych – „chodzi im tylko o pieniądze” – jest niekorzystna systemowo, gdyż torpeduje zdolność deliberatywną w wymiarze inkluzji.^{15(s1397)}

Patologicznym przejawem (B) instrumentalizacji jest zdecydowane manipulowanie wkładami – jak w przypadku szantażu moralnego, w którym interes własny jednej ze stron zostaje wytlumiony. Niweczy ono szczególnie funkcję epistemiczną systemu.

Pozycja partykularnych interesów w deliberacji

Na początku przedstawionej historii z CZD interesy własne strajkujących były zbywane jako zagrażające dobru wspólnemu (C). Finalnie jednak rozstrzygnięcie konfliktu dokonało się w drodze wytargowanego kompromisu (A), w którym (z tego, co wiemy) zaspokojono jedynie interesy własne stron, bez odniesienia się do postulatów wprost ukierunkowanych na dobro wspólne czy interes pacjentów. Proces przepracowania sporu rozpoczął się więc od negocjowania i delegitymizacji interesów własnych, a zakończył na wręcz ich absolutyzacji. W tym miejscu postawię tezę, że w procesie, który miałby spełniać standardy demokratycznej deliberacji, ta relacja powinna być niejako odwrócona: „nieobrobione” interesy własne powinno się dopuścić na wejściu, po to, by można je było przedyskutować i finalnie wypracować rozwiązanie zaspokajające je przy zabezpieczeniu interesów wszystkich interesariuszy, także tych nieuczestniczących bezpośrednio w sporze.

Chambers przekonuje, że dyskusja, która „przyjmuje racje prywatne (ang. *private reasons*) jako swój punkt początkowy” nie może być zaklasyfikowana jako deliberacja (będąc raczej targowaniem się).⁴⁹ W niniejszej pracy dochodzę do wniosku, że – po to, by realnie przyswoić rehabilitację interesów własnych dla deliberacji – wymóg satysfakcjonowania interesów powszechnych (ang. *general*

appeals) musi być wyraźnie ograniczony do rezultatów deliberacji i do postawy samych uczestników. Nie może być natomiast warunkiem początkowym – kryterium uczestnictwa. Jest za to kluczowym elementem postawy deliberatywnej – wspólnym obowiązkiem wszystkich uczestników deliberacji – by dopomagać sobie nawzajem w poszukiwaniu uczciwego rozwiązania. Nie można im jednak odbierać prawa do wnoszenia do deliberacji swoich partykularnych postulatów, i to bez konieczności „opakowania ich” w publiczne uzasadnienie, zabraniając szczerego wnoszenia żądań czy pretensji w kategoriach tego, czym one są – racji partykularnych. Wymóg formułowania ich w kategoriach rozumu publicznego może być dla niektórych interesariuszy zbyt trudny do samodzielnej realizacji. Dla innych może to być wygodny pretekst do wykluczenia podmiotów mniej biegłych w retoryce politycznej.^{46,48,50,51}

Jasne jest, że prezentowanie swoich postulatów w kategoriach rozumu publicznego jest wysoce wskazane i bardzo pomocne, gdyż będzie sprzyjać ich sprawniejszemu uznaniu przez innych. Nie możemy jednak zapominać, że tego typu prezentacja bardzo często przyjmuje raczej formę nieszczerzej erystyki i (B) instrumentalizacji czynników takich jak wiedza ekspercka czy wspólne wartości. Zafałszowuje ona wtedy treść właściwych postulatów i czyni deliberację mniej produktywną. Umożliwienie precyzyjnego prezentowania partykularnych racji może być bardziej konstruktywne niż domaganie się ich pospiesznie spreparowanego usprawiedliwienia. Deliberatywny model polityki zdrowotnej powinien dopuszczać takie „przedpolityczne postawy i preferencje”, a następnie poddawać je wspólnej deliberatywnej obróbce przez interesariuszy dla wypracowania uczciwego, rozsądnego rozwiązania sporu.

Podsumowanie

W świetle teorii systemów deliberatywnych strajk pielęgniarek z CZD – mimo że sam był aktem niedeliberatywnym – stanowił w perspektywie systemowej gest o wyraźnie deliberatywnym charakterze. Był upomnieniem się o swoje prawa i wniesieniem danej sprawy pod publiczną dyskusję. To, w jaki sposób z samym strajkiem radziły sobie władze publiczne i podległe im podmioty, wskazuje na wykorzystanie wielu niedeliberatywnych strategii: (C) wykluczenia interesów własnych pielęgniarek; (B) zagłuszenia go przez instrumentalne wykorzystanie emocji związanych z troską o pacjentów; oraz – finalnie – (A) kompartmentacji problemu w zamkniętym targowaniu się. Wykluczenie interesu własnego (C) narusza zasadę demokratycznej inkluzji i zaburza poznawczą rolę systemu, ograniczając wymianę istotnych informacji. Tę patologię wzmacnia instrumentalizacja emocji przeciw interesom własnym (B), ale także kompartmentacja (A) sporu w wygodnym forum targowania się. Redukowanie problemu do

ograniczonego zakresu wkładów (w tym przypadku tylko do interesów własnych) prowadzi do potencjalnie szkodliwej w przyszłości segmentacji systemu: zawężenia jego oglądu do zamkniętych obszarów podejmowania decyzji i ograniczenia możliwości poszukiwania kompleksowych rozwiązań. Strategia taka jest szczególnie problematyczna w kontekście narastającego braku kadr w zawodach pielęgniarki i położnej w Polsce. W tym kontekście teoria demokracji deliberatywnej oferuje nie tylko zestaw istotnych narzędzi analitycznych, ale także daje wskazówki co do tego, jak poprawić prowadzenie polskiej polityki zdrowotnej.

ORCID iD

Michał Zabdyr-Jamróż  <https://orcid.org/0000-0002-3203-7954>

Piśmiennictwo

- Zabdyr-Jamróż M. *Wszechstronność. O deliberacji w polityce zdrowotnej z uwzględnieniem emocji, interesów własnych i wiedzy eksperckiej* [w druku]. Kraków, Polska: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2020.
- Zabdyr-Jamróż M. "All they want is money!" The deliberative theory approach to the inclusion of nurses' self-interests in the 2016 strike in the Children's Memorial Health Institute in Warsaw [w druku]. *Soc Theory Health*. 2019. doi:10.1057/s41285-019-00123-y
- Kumaniecki K. *Słownik łacińsko-polski*. Warszawa, Polska: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1985.
- Bessette JM. Deliberative democracy: The majority principle in republican government. W: Goldwin RA, Schambra WA, red. *How Democratic is the Constitution?* Waszyngton, DC: American Enterprise Institute; 1980:102–116. Za: Held D, Nowicki W, tłum. *Modele demokracji*. Kraków, Polska: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2010:300.
- Held D. *Modele demokracji*. Kraków, Polska: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2010.
- Mansbridge JJ. A minimalist definition of deliberation. W: Heller P, Rao V, red. *Deliberation and development*. Waszyngton, DC: World Bank; 2015:27–49.
- Owen D, Smith G. Survey article: Deliberation, democracy, and the systemic turn. *J Polit Philos*. 2015;23(2):213–234. doi:10.1111/jopp.12054
- Parkinson J, Mansbridge JJ, red. *Deliberative Systems: Deliberative Democracy at the Large Scale*. Nowy Jork, NY: Cambridge University Press; 2012.
- Mansbridge JJ. Everyday talk in the deliberative system. W: Macedo S, red. *Deliberative Politics: Essays on Democracy and Disagreement*. Nowy Jork, NY: Oxford University Press; 1999:211–239.
- Mansbridge JJ, Bohman J, Chambers S, et al. A systemic approach to deliberative democracy. W: Parkinson J, Mansbridge J, red. *Deliberative Systems Deliberative Democracy at the Large Scale*. Nowy Jork, NY: Cambridge University Press; 2012:1–26.
- Mackie G. Does democratic deliberation change minds? *Polit Philos Econ*. 2006;5(3):279–303. doi:10.1177/1470594X06068301
- Weiss CH. Knowledge creep and decision accretion. *Sci Commun*. 1980;1(3):381–404. doi:10.1177/107554708000100303
- Gutmann A, Thompson DF. *Why Deliberative Democracy?* Princeton, NJ: Princeton University Press; 2009.
- Hendriks CM. Integrated deliberation: Reconciling civil society's dual role in deliberative democracy. *Polit Stud*. 2006;54(3):486–508. doi:10.1111/j.1467-9248.2006.00612.x
- Dryzek JS. Democratization as deliberative capacity building. *Comp Polit Stud*. 2009;42(11):1379–1402. doi:10.1177/0010414009332129
- Kubisa J. *Bunt białych czepków – analiza działalności związkowej pielęgniarek i położnych*. Warszawa, Polska: Scholar; 2014.
- Mansbridge JJ, Bohman J, Chambers S, et al. The place of self-interest and the role of power in deliberative democracy. *J Polit Philos*. 2010;18(1):64–100. doi:10.1111/j.1467-9760.2009.00344.x
- Habermas J. Morality and ethical life: Does Hegel's critique of Kant apply to discourse ethics? *Northwest Univ Law Rev*. 1988;(83):38–53. doi:10.1017/S026352320000126
- Gutmann A, Thompson DF. *Democracy and Disagreement*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1996.
- Dryzek JS. *Discursive Democracy: Politics, Policy, and Political Science*. Cambridge, Wielka Brytania: Cambridge University Press; 1994.
- Bohman J. *Public Deliberation: Pluralism, Complexity and Democracy*. Cambridge, MA: MIT Press; 1996.
- Benhabib S. *Democracy and difference: Contesting the boundaries of the political*. Vol 31. Cambridge, Wielka Brytania: Cambridge University Press; 1996.
- Habermas J. *Faktyczność i obowiązywanie – teoria dyskursu wobec zagadnień prawa i demokratycznego państwa prawa*. Warszawa, Polska: SCHOLAR; 2005.
- Warren ME, Mansbridge JJ, Bächtiger A, et al. Negotiating agreements in international relations. W: Mansbridge J, Martin CJ, red. *Negotiating Agreement in Politics*. Waszyngton, DC: American Political Science Association, Task Force Report; 2013.
- Warren ME, Mansbridge JJ. Deliberative negotiation. W: Mansbridge J, Martin CJ, eds. *Negotiating Agreement in Politics*. Waszyngton, DC: American Political Science Association; 2013:86–120.
- Peeling N. *Negocjacje. Co dobry negocjator wie, robi i mówi*. Warszawa, Polska: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne; 2010.
- Goodin RE. *Innovating Democracy*. Nowy Jork, NY: Oxford University Press; 2008.
- Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych. *Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych – zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych*. Warszawa, Polska: Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych; 2015. https://nipip.pl/wp-content/uploads/2016/12/Raport_2015_NIPiP.pdf. Dostęp 8.01.2019.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. Health resources – Nurses. OECD Data. <http://data.oecd.org/healthres/nurses.htm>. Opublikowano 2015. Dostęp 30.03.2017.
- PAP/Rynek Zdrowia. W Polsce najmniej pielęgniarek wg rankingu OECD – Polityka zdrowotna. <http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/W-Polsce-najmniej-pielęgniarek-wg-rankingu-OECD,162523,14.html>. Dostęp 30.03.2017.
- Onet Wiadomości. Pielęgniarki z Centrum Zdrowia Dziecka zabrały głos po konferencji ministra zdrowia – Wiadomości. <http://wiadomosci.onet.pl/kraj/pielegniarke-z-centrum-zdrowia-dziecka-zabrały-głos-po-konferencji-ministra-zdrowia/r65xrc>. Opublikowano 30.06.2016. Dostęp 30.03.2017.
- Centrum Zdrowia Dziecka. Oświadczenie [kierownictwa Centrum Zdrowia Dziecka]. http://www.czd.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=2005:owiadczenie&catid=27:wane&Itemid=420. Opublikowano 27.05.2016. Dostęp 30.07.2019.
- Sztylek-Turovsky A, Nasiłowska M. Strajkujące pielęgniarki: z górnikami rząd się liczy, a my mamy być grzeczne [wywiad]. Medonet. <https://www.medonet.pl/zdrowie/zdrowie-dla-kazdego,pielęgniarki-nie-przerwa-strajku,artykul,1721757.html>. Opublikowano 24.05.2016. Zaktualizowano 25.05.2016. Dostęp 30.07.2019.
- Fakt24. Strajk pielęgniarek. Minister przerywa milczenie! <http://www.fakt.pl/wydarzenia/polityka/minister-zdrowia-o-strajku-pielęgniarek-w-centrum-zdrowia-dziecka/wc677hd>. Opublikowano 30.06.2016. Dostęp 30.03.2017.
- Paski Pielęgniarek. <https://www.facebook.com/paski.pielęgniarek/>. Opublikowano 2016. Dostęp 30.03.2017.
- Fakt24. Tyle zarabiają pielęgniarki. Pokazały swoje paski wypłat. <http://www.fakt.pl/wydarzenia/polityka/tyle-zarabiaja-pielęgniarki-w-polsce-cala-prawda-o-zarobkach-pielęgniarek/ds7d1tg>. Opublikowano 30.06.2016. Dostęp 30.03.2017.
- TVN24. Konstany Radziwiłł w „Jeden na Jeden” – Jeden na Jeden. <http://www.tvn24.pl/jeden-na-jeden,44,m/konstanty-radziwiłł-w-jeden-na-jeden,648195.html>. Opublikowano 31.06.2016. Dostęp 30.03.2017.
- Porozumienie zawarte w dniu 8 czerwca 2016 r. pomiędzy Instytutem Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie a Zakładową Organizacją Związkową Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych w przedmiocie sporu zbiorowego zainicjowanego zgłoszeniem żądań w dniu 8 grud-

- nia 2014 r. W: Fakt24. Co wywalczyły pielęgniarki? Mamy treść porozumienia!. 2016. <http://www.fakt.pl/wydarzenia/polityka/pielgniarkom-z-czd-chodzilo-tylko-o-kase-fakt-publikuje-porozumienie-z-czd/62h1f19#slajd-2>. Dostęp 10.12.2019.
39. Pochrzęst-Motyczyńska A. Centrum Zdrowia Dziecka. Jest porozumienie ze strajkującymi pielęgniarkami. *Gazeta Wyborcza* Warszawa. <http://warszawa.wyborcza.pl/warszawa/1,34862,20209281,centrum-zdrowia-dziecka-jest-porozumienie-ze-strajkujacy-mi.html>. Opublikowano 6.08.2016. Dostęp 30.03.2017.
 40. Kazimierzczuk A. Porozumienie w Centrum Zdrowia Dziecka – kryzys w CZD. *Rzeczpospolita*. <http://www.rp.pl/Kryzys-w-CZD/160609200-Porozumienie-w-Centrum-Zdrowia-Dziecka.html>. Opublikowano 6.09.2016. Dostęp 30.03.2017.
 41. Włodarczyk WC, Hoffman R, Golinowska S, et al. *Strategia zmian w systemie opieki zdrowotnej. Szansa przezwyciężenia kryzysu*. Warszawa, Polska: Ministerstwo Zdrowia, Zespół ds. Rozwiązań Systemowych w Ochronie Zdrowia; 2004. http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/szwsoz_220304.pdf. Dostęp 8.01.2020.
 42. Kowalska I, Sagan A, Mokrzycka A, Zabdyr-Jamróż M. The first attempt to create a national strategy for reducing waiting times in Poland: Will it succeed? *Health Policy*. 2015;119(3):258–263. doi:10.1016/j.healthpol.2014.12.010
 43. Art 1. Ustawa z dnia 23 maja 1991 r. o rozwiązywaniu sporów zbiorowych. *DzU z 1991 r. Nr 55, poz 236*.
 44. Archambault E, Prille E, Zimmer A. European civil societies compared: Typically German – typically French? *Volunt Int J Volunt Non-profit Organ*. 2013;25(2):514–537. doi:10.1007/s11266-013-9349-6
 45. Karpowitz CF, Mansbridge JJ. Disagreement and consensus: The importance of dynamic updating in public deliberation. W: Gastil J, Levine P, red. *The Deliberative Democracy Handbook: Strategies for Effective Civic Engagement in the Twenty-first Century*. San Francisco, CA; Wiley; 2005:237–253.
 46. Sanders LM. Against deliberation. *Polit Theory*. 1997;25(3):347–376. doi:10.1177/0090591797025003002
 47. BBC. David Cameron criticised for “calm down dear” jibe. *BBC News*. <http://www.bbc.com/news/uk-politics-13211577>. Opublikowano 27.04.2011. Dostęp 28.05.2017.
 48. Young IM. *Inclusion and Democracy*. Nowy Jork, NY; Oxford, Wielka Brytania: Oxford University Press; 2002.
 49. Chambers S. Behind closed doors: Publicity, secrecy, and the quality of deliberation. *J Polit Philos*. 2004;12(4):389–410. doi:org/10.1111/j.1467-9760.2004.00206.x
 50. Young IM. Activist challenges to deliberative democracy. *Polit Theory*. 2001;29(5):670–690. doi:10.1177/0090591701029005004
 51. Fung A. Deliberation before the revolution toward an ethics of deliberative democracy in an unjust world. *Polit Theory*. 2005;33(3):397–419. doi:10.1177/0090591704271990

Pielęgniarstwo
i Zdrowie Publiczne
Nursing and Public Health

