



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

pod red. Edyty Kędry, Zbigniewa Nowaka, Ewy Todorov

W GŁOGOWIE
PANIS.

Głogów 2025

RECENZENCI

prof. dr hab. n. o zdr. Agnieszka Młynarska
dr n. o zdr. Piotr Jerzy Gurowiec

PAŃSTWOWA AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH W GŁOGOWIE
67-200 Głogów, ul. Piotra Skargi 5
tel.: 76 832 04 22
tel./fax: 76 835 35 82
e-mail: wydawnictwo@pans.glogow.pl
www.pans.glogow.pl

ISBN

978-83-63349-38-7

Copyright 2025 © by PANS w Głogowie

Projekt okładki i skład:

Edyta Kędra

Zbigniew Nowak

Ewa Todorov

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

AUTORZY

Abrachamowicz Aleksandra	-	Centrum Medyczne Medyk, Rzeszów
Abram Vira	student	Uniwersytet Bielsko-Bialski, absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu
Adamczuk Justyna	mgr pielęgniarstwa	Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno- Rehabilitacyjny w Zakopanem; Podhalański Szpital Specjalistyczny w Nowym Targu
Babiarczyk Beata	dr n. o zdr.	Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu
Bajor Karolina	mgr pielęgniarstwa	Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Gerontologii i Opieki Długoterminowej
Bałabas Gabriela	mgr pielęgniarstwa	Poradnia Onkologiczna z Oddziałem Chemioterapii Diennej NZOZ Mrukmed w Rzeszowie
Barnaś Edyta	prof. dr hab. n. o zdr.	Uniwersytet Rzeszowski, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii
Bartusik-Aebisher Dorota	dr hab. n. med. inż. prof. UR	Uniwersytet Rzeszowski, Collegium Medicum, Wydział Medyczny
Baszyńska Karolina	mgr pielęgniarstwa	Miejskie Centrum Zdrowia w Lubinie, Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego
Bierska Oliwia	-	Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu
Bizoń Karina	-	Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu
Błajda Joanna	dr	Uniwersytet Rzeszowski, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii
Błaszczuk Małgorzata	-	-
Borodziej Adriana	dr n. o zdr. i n. med.	Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Katedra Pielęgniarstwa, Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Zabiegowego
Brodowicz-Król Magdalena	dr n. o zdr.	Uniwersytet Rzeszowski, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii
Buksa Justyna	mgr pielęgniarstwa	-
Cendrowska Michalina	-	Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu, SKN Historyków i Etyków Pielęgniarstwa i Położnictwa przy Zakładzie Opieki Holistycznej i Zarządzania w Pielęgniarstwie
Chmiel Elżbieta	-	Akademia Zamojska, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk Klinicznych, Katedra Zdrowia i Pielęgniarstwa Środowiskowego
Chmielewska Małgorzata	dr n. med. i n. o zdr.	Uniwersytet Radomski im. Kazimierza Pułaskiego, Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, Katedra Pielęgniarstwa
Cibor Jacek	mgr	Uczelnia Medyczna im. Marii Skłodowskiej – Curie w Warszawie
Chowaniec Joanna	mgr pielęgniarstwa	Uniwersytet Rzeszowski, Collegium Medicum, Wydział Nauk

		o Zdrowiu i Psychologii; Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie
Dąbek Anna	mgr	Uniwersytet Medyczny Wrocław, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Geriatrii i Opieki Długoterminowej
Drożdżowska Magda	-	Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku
Durołek Wiktoria	-	Uniwersytet Rzeszowski, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii
Dydek Julia	student	Uniwersytet Rzeszowski, Collegium Medicum, Studenckie Koło Naukowe Profilaktyki Zdrowotnej Kobiet
Dziurka Magdalena	mgr położnictwa	Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Opieki Holistycznej i Zarządzania w Pielęgniarstwie
Fajnkuchen Aleksandra	mgr	Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa
Felińczak Anna	dr n. med.	Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Pediatrii i Koordynowanej Opieki nad Dzieckiem
Filipiuk Izabela	-	Oddział Onkologii Klinicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie
Foltyn Agnieszka	dr n. o zdr.	Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu
Fraś Małgorzata	dr n. o zdr.	Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu
Gaj Marika	lic. pielęgniarstwa	Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku, Studenckie Koło Naukowe Aurea Miediocritas
Garwacka-Czachor Elżbieta	dr n. med.; mgr pielęgniarstwa	Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu; Collegium Witelona Uczelnia Państwowa, Wydział Nauk o Zdrowiu i Kulturze Fizycznej w Legnicy
Głazowska Alicja	-	Akademia Zamojska, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk Klinicznych, Katedra Zarządzania w Pielęgniarstwie i Pielęgniarstwa Klinicznego
Grzybowska Amelia	student	Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu, SKN Historyków i Etyków Pielęgniarstwa i Położnictwa przy Zakładzie Opieki Holistycznej i Zarządzania w Pielęgniarstwie
Guz Ewa	dr n. o zdr.	Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku
Hiller- Janik Anna	mgr	Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku
Inglot Gabriela	-	Uniwersytet Rzeszowski, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii
Jaciubek Marzena	dr n. med. i n. o zdr.; mgr pielęgniarstwa	Warszawski Uniwersytet Medyczny, Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa
Jarosz Izabela	studentka	Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Studenckie Koło Naukowe Menadżer przy Zakładzie Opieki Holistycznej i Zarządzania w Pielęgniarstwie

Jarosz Weronika	mgr	Uniwersytet Medyczny Wrocław, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, absolwent
Jendrzejczak Anna	-	Akademia Zamojska, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk Klinicznych
Jonak Kamila	-	Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Katedra Pielęgniarstwa
Juda Małgorzata	mgr pielęgniarstwa	Uniwersytet Rzeszowski, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii
Kachel Dominika	mgr pielęgniarstwa	Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku
Kadłubowska Monika	dr n. o zdr.	Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu
Kasprzyk Agata	-	-
Kaszuba Małgorzata	dr n. med. i n. o zdr.; mgr pielęgniarstwa	Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy; Warszawska Akademia Medyczna Nauk Stosowanych, Wydział Nauk o Zdrowiu
Kazimierska-Zajac Magdalena	dr	Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Zakład Humanistycznych Nauk o Zdrowiu
Kędra Edyta	dr n. med.; mgr pielęgniarstwa	Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Głogowie, Instytut Nauk o Zdrowiu
Klisowska Iwona	dr n. med. i n. o zdr.; mgr pielęgniarstwa	Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Pediatrii i Koordynowanej Opieki nad Dzieckiem
Klukow Jadwiga	dr n. med.	Akademia Zamojska, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk Klinicznych, Katedra Zarządzania w Pielęgniarstwie i Pielęgniarstwa Klinicznego
Kobel Iwona	mgr pielęgniarstwa	Akademia Zamojska, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk o Człowieku, Katedra Ratownictwa Medycznego i Medycyny Taktycznej
Kociatkiewicz Edyta	mgr piel	Emeis Zakład Opiekuńczo Leczniczy Św Jadwiga, Wrocław
Kociuba-Adamczuk Katarzyna	dr	Akademia Zamojska w Zamościu, Wydział Nauk o Zdrowiu
Kolonko Jolanta	dr n. o zdr.; mgr pielęgniarstwa	Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu
Kołtuniuk Aleksandra	dr hab. n. o zdr. i n. med.	Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Katedra Pielęgniarstwa, Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Zabiegowego
Korczak Agnieszka	mgr pielęgniarstwa	Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Targu; Śląskie Centrum Rehabilitacji w Rabce Zdroju; Szpital Uzdrowski Rabka- Zdrój
Korona Barbara	-	Uniwersytet Rzeszowski, absolwentka kierunku Położnictwo
Kosek Maria	studentka	Studentka Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie (SGGW), Wydział Medycyny Weterynaryjnej
Kostka Anna	-	Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku, Wydział Nauk o Zdrowiu
Kot Łukasz	dr	Akademia Zamojska, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk o Człowieku, Katedra Turystyki i Rekreacji

Kraińska Agnieszka	mgr pielęgniarstwa	Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Geriatrii i Opieki Długoterminowej
Kraśńska Alicja	studentka	Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
Krasucka Kamila	studentka	Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu, SKN Historyków i Etyków Pielęgniarstwa i Położnictwa przy Zakładzie Opieki Holistycznej i Zarządzania w Pielęgniarstwie
Kraśnianin Elżbieta	dr n. med.; położna	Uniwersytet Rzeszowski, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii
Krause Kinga	mgr pielęgniarstwa	Przedsiębiorstwo Lecznicze, „GeriaMed” w Głogowie
Krawczyk Bożena	dr n. med. i n. o zdr.	Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu
Kremska Anna	dr n. o zdr.; mgr położnictwa	Uniwersytet Rzeszowski, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii
Kroczyk Katarzyna	mgr pielęgniarstwa	Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu
Krutak Grażyna	mgr pielęgniarstwa	Polsko-Amerykańskie Kliniki Serca, Centrum Kardiologii i Kardiochirurgii w Bielsku-Białej
Krygowska Agnieszka	-	Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie
Krzemińska Sylwia	dr hab. n o zdr., mgr pielęgniarstwa	Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku, Wydział Nauk o Zdrowiu
Krzysztoforska Katarzyna	mgr pielęgniarstwa	Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Geriatrii i Opieki Długoterminowej
Kubisa Aneta	dr n. o zdr.	Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
Kudłacik Beata	dr n. med. i n. o zdr.	Uniwersytet Bielsko- Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu
Kulikowska Daria	mgr pielęgniarstwa	Uniwersytet Radomski im. Kazimierza Pułaskiego, Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, Katedra Pielęgniarstwa, absolwentka
Kupczak-Wiśniowska Bogusława	dr n. o zdr.	Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu
Kurowska Natalia	studentka	Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu, studentka
Kursik Szymon	-	Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku, Studenckie Koło Naukowe Aurea Miediocritas
Kuszeńska Katarzyna	-	Szpital Kielecki Św. Aleksandra sp. z o.o. w Kielcach, Laboratorium Diagnostyczne
Kuźmińska Gabriela		Uniwersytet Rzeszowski, absolwentka kierunku Położnictwo
Kwika Maria Dorota	dr n. med. i n. o zdr.	Akademia Zamojska, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk o Człowieku
Larysz Anna	dr n. med. i n. o zdr.; mgr pielęgniarstwa	Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Katedra Pielęgniarstwa, Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Zabiegowego

Lipa Monika	-	Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku, Studenckie Koło Naukowe Aurea Miediocritas
Lipski Wojciech	dr	Uniwersytet Marii Curie- Skłodowskiej w Lublinie, Katedra Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego; Polskie Towarzystwo Logopedyczne
Lisowska Aleksandra	dr n. med., mgr pielęgniarstwa	Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Geriatrii i Opieki Długoterminowej
Lonc Marlena	-	Centrum Medyczne Medyk, Rzeszów
Machajska Katarzyna	-	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu
Madej Edyta	-	Nowy Szpital we Wschowie, Oddział Wewnętrzny
Madej Karolina	-	Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu
Majka Katarzyna	dr n. med i n. o zdr.; mgr pielęgniarstwa	Warszawski Uniwersytet Medyczny, Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa; Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy Blok Operacyjny Traumatologii i Ortopedii
Malewicz Katarzyna	dr	Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Katedra Pielęgniarstwa, Zakład Geriatrii i Opieki Długoterminowej
Manulik Stanisław	dr	Uniwersytet Medyczny Wrocław, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Organizacji Opieki Zdrowotnej
Marzec Edyta	mgr pielęgniarstwa	Akademia Zamojska, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk Klinicznych, Katedra Zdrowia i Pielęgniarstwa Środowiskowego
Mendrycka Mariola	dr n. biol.; inż.	Uniwersytet Radomski im. K. Pułaskiego w Radomiu, Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, Katedra Kosmetologii
Miazga Aldona	dr	Uniwersytet Rzeszowski, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii, Katedra Położnictwa, Laboratorium Badań Innowacyjnych w Położnictwie
Michalak Monika	-	Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa
Michalik Anna	dr n. o zdr.; mgr pielęgniarstwa	Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu
Milecka Dorota	dr n. o zdr.	Uniwersytet Opolski w Opolu, Instytut Nauk o Zdrowiu, Collegium Witelona Uczelnia Państwowa, Wydział Nauk o Zdrowiu i Kulturze Fizycznej w Legnicy
Molas Stanisława	mgr pielęgniarstwa	Akademia Zamojska, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk Klinicznych, Katedra Zdrowia i Pielęgniarstwa Środowiskowego
Możdżan Justyna	-	Uniwersytet Rzeszowski
Mroczek Mateusz	student	Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu, student kierunku Pielęgniarstwo
Mularczyk Olga	mgr pielęgniarstwa	Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku
Nalepa Dorota	dr n. med., mgr pielęgniarstwa	Akademia Zamojska, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk Klinicznych
Nikiel Michalina	-	-
Nogowczyk M.	mgr pielęgniarstwa	Uniwersytet Bielsko- Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu

Nykiel Karolina	absolwentka	Uniwersytet Rzeszowski, absolwentka kierunku Położnictwo
Omelewska-Kowalczyk Marzena	mgr pielęgniarstwa	Akademia Zamojska, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk Klinicznych, Katedra Zarządzania w Pielęgniarstwie i Pielęgniarstwa Klinicznego
Orzeł Zbigniew	dr n. o zdr.	Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku
Oskwarek Paweł	-	Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy
Ostrowska Elżbieta	dr n. o zdr. i n. med.	Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Katedra Pielęgniarstwa, Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Zabiegowego
Ośmiałowska Edyta	dr n. med. i n. o zdr.	Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Katedra Pielęgniarstwa, Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Zabiegowego
Ozdoba Patrycja	-	Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Opieki Holistycznej i Zarządzania w Pielęgniarstwie
Pabiś Małgorzata	-	Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Zakład Podstaw Pielęgniarstwa
Pajak Celina	dr n. med.	Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu
Pajak Diana	lic. pielęgniarstwa	Wielospecjalistyczny Szpital SPZOZ w Nowej Soli, Oddział Chirurgii Ogólnej
Pańczyk Magdalena	-	Akademia Zamojska, studentka Pielęgniarstwa
Papierkowska Roksana	-	Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Katedra Pielęgniarstwa
Paś Lidia	lic. pielęgniarstwa	Głogowski Szpital Powiatowy sp. z o.o., Oddział Chirurgii Ogólnej
Paterak Aneta	absolwentka	Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo w Akademii Zamojskiej
Peterman Joanna	mgr	Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka we Wrocławiu
Pikur Karolina	studentka	Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu, SKN Historyków i Etyków Pielęgniarstwa i Położnictwa przy Zakładzie Opieki Holistycznej i Zarządzania w Pielęgniarstwie
Pilch Katarzyna	studentka	Uniwersytet Rzeszowski, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii, Studenckie Koło Naukowe Położnych
Pliszczyk Krzysztof	student	Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku, Studenckie Koło Naukowe Aurea Miediocritas
Polanowska Marta	mgr pielęgniarstwa	Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku, Wydział Nauk o Zdrowiu
Policht Gabriela	studentka	Uniwersytet Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie
Pollok - Waksmańska Wioletta	dr hab. n. med. i n. o zdr.	Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu
Polnik- Lonc Maja	mgr położnictwa	Uniwersytet Rzeszowski, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii, Katedra Położnictwa, Laboratorium Badań Innowacyjnych w Położnictwie
Przybylska Żaneta Ada	lic. pielęgniarstwa	Wielospecjalistyczny Szpital w Nowej Soli, Oddział Kardiologiczny

Rapczyńska Beata Anna	-	Uczelnia Medyczna im. Marii Skłodowskiej – Curie w Warszawie
Regner Dorota	dr n. o zdr., magister pielęgniarstwa	Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa
Rozensztrauch Anna	dr hab.	Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Zakład Pediatrii i Koordynowanej Opieki nad Dzieckiem, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa
Ruszel Magdalena	studentka	Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Studenckie Koło Naukowe Menadżer przy Zakładzie Opieki Holistycznej i Zarządzania w Pielęgniarstwie
Ryba Zuzanna	mgr położnictwa	Uniwersytet Rzeszowski, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii, Collegium Medicum, absolwentka kierunku Położnictwo, studia II stopnia
Ryszka Julia	studentka	Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu
Ryś Bogusława	mgr pielęgniarstwa	Uniwersytet Bielsko- Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu
Seń Mariola	dr n. med.; mgr pielęgniarstwa	Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Zakład Pediatrii i Koordynowanej Opieki nad Dzieckiem
Serafin Renata	-	Uniwersytet Radomski im. K. Pułaskiego w Radomiu, Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, Katedra Pielęgniarstwa
Serwatka Julia	absolwentka	Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, absolwentka kierunku pielęgniarstwo
Skoczylas Kornelia	dr n. med. i n. o zdr.	Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu
Sobolewska Katarzyna	-	Uniwersytet Rzeszowski, Kolegium Nauk Medycznych, Instytut Nauk o Zdrowiu, absolwentka kierunku Położnictwo, studia II stopnia
Soszyńska-Zielińska Patrycja	dr n. o zdr.	Akademia Nauk Stosowanych Mazovia w Siedlcach
Stasiowska Anna	student	Uniwersytet Rzeszowski, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii, Studenckie Koło Naukowe Położnych
Stocka Edyta	mgr	Uczelnia Medyczna im. Marii Skłodowskiej – Curie w Warszawie
Styk Bożena	-	Warszawska Akademia Medyczna Nauk Stosowanych w Warszawie
Sulek Jolanta	dr n. o zdr.	Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Targu; Uniwersytecki Szpital Ortopedyczno- Rehabilitacyjny w Zakopanem
Sutryk Mariusz	mgr pielęgniarstwa	Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku
Syroka-Walkiewicz Żaneta	-	Akademia Nauk Społecznych i Medycznych w Lublinie, Wydział Medyczny
Szara Marta	dr n. o zdr.	Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Opieki Holistycznej i Zarządzania w Pielęgniarstwie
Szymańska Alicja	lic. pielęgniarstwa	Szpital Powiatowy w Głogowie, oddział chorób wewnętrznych
Tetych Radosław	mgr pielęgniarstwa	Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku

Trybusińska Dorota	dr n. med i n. o zdr.	Uniwersytet Radomski im. Kazimierza Pułaskiego, Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, Katedra Pielęgniarstwa
Trześniewska-Ofiara Zuzanna	mgr	Mazowiecki Szpital Specjalistyczny sp. z o.o. w Radomiu, Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej
Twardak Iwona	mgr pielęgniarstwa	Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Pediatrii i Koordynowanej Opieki nad Dzieckiem
Twardak Jerzy	dr n. med. i n. o zdr.; mgr pielęgniarstwa	Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego
Urban Magdalena	lic. pielęgniarstwa	Lubelska Akademia WSEI, Wydział Nauk o Człowieku, Studenckie Koło Naukowe przy Monoprofilowym Centrum Symulacji Medycznej
Waltoś – Tutak Barbara	mgr	Centrum Medyczne Medyk, Rzeszów
Wardak Katarzyna	dr	Uniwersytet Rzeszowski, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii, Katedra Położnictwa, Laboratorium Badań Innowacyjnych w Położnictwie
Wawszczak Emilia	dr	UKSW Warszawa, WMCM, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego
Więch Paweł	dr hab. n. o zdr.	Uniwersytet Rzeszowski, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii
Wiktorzak Paweł	-	Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy
Wojdyła Beata	mgr pielęgniarstwa	Akademia Zamojska, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk Klinicznych, Katedra Zarządzania w Pielęgniarstwie i Pielęgniarstwa Klinicznego
Wojdyła Grzegorz	-	Akademia Zamojska, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk Klinicznych, Katedra Zdrowia i Pielęgniarstwa Środowiskowego
Wojdyła Paulina	student	Uniwersytet Rzeszowski, Collegium Medicum, Studenckie Koło Naukowe Profilaktyki Zdrowotnej Kobiet
Wojtaszek Alicja	dr n. o zdr.; mgr pielęgniarstwa	Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Targu
Wolanin Antoni	dr n. o zdr.	Akademia Zamojska, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk Klinicznych, Katedra Zdrowia i Pielęgniarstwa Środowiskowego
Wolanin Marta	-	Akademia Zamojska, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk o Człowieku, Katedra Fizjoterapii
Woźniak-Kosek Agnieszka	dr hab. n. med.	Wojskowy Instytut Medyczny – PIB, Centralny Szpital Kliniczny MON w Warszawie, Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej
Wójcik Karolina	-	Lux Med Szpital Kraków, Blok Operacyjny
Wójcik Paulina	-	Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu
Wróbel Romana	dr n. o zdr.	Uniwersytet Rzeszowski, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii
Wróbel-Kosior Edyta	-	Uniwersytet Rzeszowski, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii, Katedra Położnictwa, Laboratorium Badań Innowacyjnych w Położnictwie

Zając Agata	mgr pielęgniarstwa	Akademia Zamojska, absolwentka studiów na kierunku Pielęgniarstwo
Zalewska Natalia	-	Warszawska Akademia Medyczna Nauk Stosowanych w Warszawie, student
Zams Beata	-	Akademia Zamojska, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk Klinicznych, Katedra Zarządzania w Pielęgniarstwie i Pielęgniarstwa Klinicznego
Zaród Ewa	mgr pielęgniarstwa	Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu
Zborowska Iwona	mgr	Uniwersytet Medyczny Wrocław, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Geriatrii i Opieki Długoterminowej
Zierkiewicz Dorota	-	Wrocław
Zięba Maria	dr n. med.; mgr pielęgniarstwa	Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Sączu
Zimmer Karolina	dr n. ścisł. i przyr.	Uniwersytet Bielsko-Bialski, Wydział Nauk o Zdrowiu
Zych Barbara	dr n. med.	Uniwersytet Rzeszowski, Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii
Żachowska Amelia	lic. pielęgniarstwa	Wielospecjalistyczny Szpital w Nowej Soli, Oddział Chirurgiczny
Żaglewska Olimpia	studentka	Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku, Studenckie Koło Naukowe Aurea Miediocritas
Żak Anna	studentka	Uniwersytet Bielsko-Bialski, absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu
Żołyniak-Brzuchacz Aleksandra	mgr	Uniwersytet Rzeszowski, Szkoła Doktorska
Żółkiewska Beata		Akademia Zamojska, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk Klinicznych

Szanowni Państwo

Po raz kolejny oddajemy w Wasze ręce e-monografię, która stanowi zwieńczenie organizowanej IV Ogólnopolskiej Konferencji Naukowo – Szkoleniowej pt.: „Nasze Pielęgniarki. Nasza przyszłość. Troska o pielęgniarki wzmacnia gospodarkę”.

Kontynuując tradycję lat wcześniejszych, również tegoroczna konferencja wpisywała się w hasło obchodów Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki (MDP), ustanowionego przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek (ICN). Dr Pamela Cipriano, prezes ICN, powiedziała m.in.: „(...) podkreślamy znaczenie wspierania zdrowia i dobrego samopoczucia pielęgniarek, które mają kluczowe znaczenie dla funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej na całym świecie. Pielęgniarki stają przed wieloma wyzwaniami: fizycznymi, psychicznymi, emocjonalnymi i etycznymi, i konieczne jest, abyśmy poradzili sobie z tymi wyzwaniami w sposób, który promuje ich ogólne zdrowie. (...)”. Jak zauważyła Prezes ICN, uznanie dobrostanu pielęgniarek za priorytet, stwarza warunki do dalszego rozwoju i doskonalenia jakości udzielanych przez nie świadczeń, co z kolei będzie się przekładać na zdrowie naszych społeczności. Zgromadzone w tym opracowaniu materiały doskonale wpisują się w założenia tegorocznego MDP. Poruszają szerokie spektrum zagadnień, począwszy od czynników warunkujących zdrowie pielęgniarek/pielęgniarzy, poprzez organizację pracy i stawiane jej oczekiwania, po aspekty opieki nad człowiekiem zdrowym i chorym. Nie zabrakło również doniesień z zakresu położnictwa.

Opracowanie to nie powstałoby, gdyby nie Państwa aktywność. Niektórzy są z nami od samego początku, inni dołączają do naszego grona autorów w poszczególnych edycjach spotkań konferencyjnych organizowanych co roku w kwietniu przez Uczelniane Koło Naukowe PTP – nauczycieli akademickich przy PANS w Głogowie, Studenckie Koło Naukowe PTP przy PANS w Głogowie oraz Instytut Nauk o Zdrowiu PANS w Głogowie. Cieszymy się z Państwa obecności, z tego, że chętnie dzielicie się wynikami swoich badań pokazując potencjał, jaki tkwi w pielęgniarstwie i w przedstawicielach tej profesji. Mamy nadzieję, że spotkamy się również w przyszłym roku, co najmniej w tym samym, jak nie większym składzie.

*Edyta Kędra
Zbigniew Nowak
Ewa Todorov*

SPIS TREŚCI

Autorzy	2
Wstęp	11
Wpływ pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne personelu medycznego - doniesienie wstępne	
Anna Michalik, Karina Bizoń	20
Ocena wpływu wybranych czynników na poziom stresu wśród pielęgniarek operacyjnych	
Aleksandra Fajnkuchen, Magdalena Kazimierska-Zajac, Dorota Regner, Monika Michalak	32
Czynniki stresogenne w pracy pielęgniarek anestezyjologicznych i operacyjnych	
Emilia Wawszczak, Edyta Stocka	42
Typ osobowości a występowanie stresu zawodowego wśród pielęgniarek i pielęgniarzy	
Antoni Wolanin, Aneta Paterak, Grzegorz Wojdyła, Marta Wolanin	54
Wpływ stresu zawodowego na jakość życia pielęgniarek i pielęgniarzy	
Edyta Ośmiałowska, Adriana Borodzicz, Anna Larysz, Katarzyna Machajska	65
Wpływ adaptacji społeczno-zawodowej pielęgniarek na satysfakcję z pracy	
Karolina Baszyńska, Elżbieta Garwacka-Czachor, Dorota Milecka.....	78
Źródła wsparcia dla pielęgniarek w podejmowaniu decyzji zawodowych	
Jolanta Sulek, Justyna Adamczuk, Agnieszka Korczak	97
Satysfakcja zawodowa pielęgniarek pracujących w wybranych podmiotach leczniczych województwa małopolskiego	
Alicja Wojtaszek, Maria Zięba , Justyna Buksa.....	107
Tworzenie zasobów własnych a poczucie pewności zawodowej pielęgniarki	
Anna Hiller- Janik, Dominika Kachel, Szymon Kursik	120
Zaufanie do kierowniczej kadry a stres doświadczany w środowisku pracy pielęgniarek i pielęgniarzy	
Jadwiga Klukow, Gabriela Policht, Marta Szara, Marzena Omelewska – Kowalczyk, Edyta Marzec	128
Klimat organizacyjny a poziom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek	
Izabela Filipiuk, Marta Szara, Magdalena Dziurka, Patrycja Ozdoba.....	140
Poczucie koherencji i jego wpływ na zdrowie pielęgniarek	
Jolanta Sulek, Agnieszka Korczak, Justyna Adamczuk	151

Wizerunek współczesnego pielęgniarstwa w opinii społeczeństwa

Katarzyna Majka, Małgorzata Kaszuba, Marzena Jaciubek, Paweł Oskwarek, Paweł Wiktorzak..... 160

Zachowania zdrowotne pielęgniarek pracujących w trybie zmianowym

Aneta Kubisa, Małgorzata Błaszczuk, Anna Felińczak, Katarzyna Malewicz, Iwona Klisowska..... 172

Wpływ pracy w systemie zmianowym na stan zdrowia personelu pielęgniarstwa w porównaniu z personelem pielęgniarstwa pracującym w systemie jednozmianowym

Anna Larysz, Alicja Krasińska, Adriana Borodicz, Edyta Ośmiałowska, Dorota Zierkiewicz, Elżbieta Ostrowska, Edyta Kociatkiewicz..... 186

Wpływ pracy zmianowej na tendencje do nadwagi i otyłości w grupie zawodowej pielęgniarek

Emilia Wawszczak, Beata Anna Rapczyńska..... 199

Wpływ pracy zmianowej pielęgniarek na ryzyko wystąpienia wypalenia zawodowego

Dorota Nalepa, Magdalena Pańczyk, Beata Żółkiewska, Anna Jendrzejczak..... 210

Wpływ formy zatrudnienia pracowników bloku operacyjnego na bezpieczeństwo pacjenta

Emilia Wawszczak, Jacek Cibor 220

Postawy personelu pielęgniarstwa wobec systemu wynagrodzeń, a ich satysfakcja z wykonywanej pracy

Julia Ryszka, Beata Babiarczyk 231

Świadomość obciążeń związanych z zawodami medycznymi na przykładzie zawodu pielęgniarki, ratownika medycznego i fizjoterapeuty

Monika Lipa, Olimpia Żaglewska, Marika Gaj, Krzysztof Pliszczyk, Dominika Kachel ... 243

Ocena zadowolenia z pracy zawodowej pielęgniarek pracujących w samodzielnym publicznym szpitalu wojewódzkim im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu

Marzena Omelewska-Kowalczyk, Zbigniew Orzeł, Magda Drożdżowska, Ewa Guz, Mariusz Sutryk..... 252

Zasady ergonomii pracy i aktywność fizyczna w profilaktyce bólów kręgosłupa wśród pracowników ochrony zdrowia

Karolina Wójcik, Mariola Seń, Iwona Klisowska 265

Zjawisko racjonowania opieki pielęgniarstwa w oddziałach pediatrycznych

Iwona Klisowska, Joanna Peterman, Anna Felińczak, Katarzyna Malewicz, Anna Rozensztrauch..... 274

Inteligencja emocjonalna pielęgniarek psychiatrycznych i jej znaczenie w opiece nad pacjentem– przegląd badań

Karolina Pikur, Michalina Cendrowska, Magdalena Dziurka 286

Wypalenie zawodowe wśród pielęgniarek- wpływ stresu i strategie radzenia sobie

Roksana Papierkowska, Julia Serwatka, Kamila Jonak, Stanisław Manulik, Katarzyna Malewicz 297

Jakość życia, a poziom wypalenia zawodowego wśród personelu pielęgniarskiego pracującego w oddziałach zabiegowych oraz zachowawczych

Anna Felińczak, Agata Kasprzyk, Katarzyna Malewicz, Iwona Klisowska, Aneta Kubisa 310

Analiza porównawcza występowania zjawiska wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek zatrudnionych na oddziałach szpitalnych oraz w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego

Katarzyna Kociuba- Adamczuk, Żaneta Syroka- Walkiewicz, Wojciech Lipski 321

Wypalenie zawodowe pielęgniarek a miejsce pracy

Anna Dąbek, Katarzyna Malewicz, Iwona Zborowska, Stanisław Manulik, Weronika Jarosz 336

Wypalenie zawodowe wśród dietetyków - problem dla pielęgniarek specjalistek ochrony zdrowia pracujących

Izabela Jarosz, Magdalena Ruszel, Marta Szara, Jadwiga Klukow 349

Analiza wybranych czynników kształtujących nastawienie kobiet do szczepień przeciw SARS-CoV-2 w trakcie trwania pandemii COVID-19

Barbara Waltoś – Tutak, Marlena Lonc, Aleksandra Abrachamowicz, Edyta Barnaś .. 362

Jakość życia osób po przebytym zakażeniu SARS-CoV-2

Daria Kulikowska, Dorota Trybusińska, Małgorzata Chmielewska 372

Zachowania zdrowotne pacjentów będących w wieku 45-80 lat chorujących na nadciśnienie tętnicze i leczących się w POZ na terenie Gminy Maków Podhalański- doniesienie wstępne

Celina Pająk, Anna Michalik, Paulina Wójcik..... 385

Stanowisko polskich matek w zakresie szczepień profilaktycznych potomstwa przeciwko zakażeniom wirusami brodawczaka ludzkiego

Romana Wróbel, Wiktoria Durołek, Anna Kremska, Elżbieta Kraśnianin, Katarzyna Wardak 401

Wpływ wybranych czynników socjodemograficznych i klinicznych na poziom samodzielności w radzeniu sobie z chorobą przez pacjentów z niewydolnością serca

Żaneta Ada Przybylska, Dorota Milecka, Elżbieta Garwacka-Czachor 412

Problemy psychofizyczne występujące w okresie przed i po rehabilitacji u pacjentów w wieku 40-80 lat po przebytych udarach niedokrwiennym mózgu

Celina Pająk, Karolina Madej 438

Wiedza a zachowania zdrowotne pacjentów powiatu wschowskiego chorujących na cukrzycę typu 2

Edyta Madej, Elżbieta Garwacka-Czachor, Dorota Milecka..... 452

Telefon komórkowy i gry mobilne wśród uczniów w wieku 7-18 lat – doniesienia wstępne

Wioletta Pollok-Waksmańska, Katarzyna Kroczyk, Bogusława Kupczak-Wisniewska .. 469

Wiedza kobiet na temat profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy

Agnieszka Krygowska, Marta Szara, Magdalena Dziurka, Patrycja Ozdoba 480

Wpływ pobytu w Dziennym Domu Opieki Medycznej na sprawność funkcjonalną seniorów

Kinga Krause, Elżbieta Garwacka-Czachor, Dorota Milecka 492

Poziom wiedzy kobiet na temat profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy

Olga Mularczyk, Zbigniew Orzeł, Magdalena Urban, Mariusz Sutryk, Ewa Guz, Radosław Tetych 507

Analiza porad pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej realizowanych u pacjentów po wszczepieniu endoprotezy stawu biodrowego

Stanisława Molas, Alicja Głazowska, Elżbieta Chmiel, Beata Zams..... 517

Jakość życia kobiet z endometriozą

Elżbieta Kraśnianin, Romana Wróbel, Anna Kremska, Aldona Miazga, Katarzyna Wardak, Barbara Zych, Justyna Wojdyło 526

Występowanie powikłań wczesnych u pacjentów poddawanych zabiegom wewnątrznaczyniowym

Oliwia Bierska, Jolanta Kolonko, Bożena Krawczyk, Ewa Zaród , Monika Kadłubowska 537

Wybrane czynniki a jakość życia pacjentów z nowotworem jelita grubego po cyklu chemioterapii

Joanna Chowaniec, Magdalena Brodowicz-Król, Małgorzata Juda, Gabriela Bałabas, Paweł Więch..... 548

Oczekiwania pacjentów a satysfakcja z opieki pielęgniarstwa w oddziale radioterapii	
Maria Dorota Kwika, Agata Zajac, Iwona Kobel, Beata Wojdyła, Łukasz Kot	560
Realizacja programu edukacji odnośnie raka piersi na przykładzie jednostki medycyny pracy	
Barbara Waltoś – Tutak, Aleksandra Abrachamowicz, Marlena Lonc	571
Wpływ stresu na ocenę stanu zdrowia wśród osób z niewydolnością serca	
Aleksandra Lisowska, Karolina Bajor, Jerzy Twardak, Agnieszka Kraińska, Iwona Twardak	580
Postrzeganie starości przez młodzież	
Mateusz Mroczek, Małgorzata Pabiś	590
Wiedza pacjentów przebywających na oddziale Kardiologii Inwazyjnej na temat czynników ryzyka ostrych zespołów wieńcowych	
Bożena Krawczyk, Grażyna Krutak, Monika Kadłubowska, Jolanta Kolonko	599
Sposoby radzenia sobie z chorobą nowotworową wśród pacjentów leczonych hematologicznie	
Sylwia Krzemińska, Anna Kostka, Marta Polanowska, Adriana Borodicz	612
Wiedza kobiet w wieku 18 - 40 lat przebywających z dzieckiem na oddziale pediatrycznym na temat zespołu FAS	
Anna Żak, Wioletta Pollok -Waksmańska, Katarzyna Kroczyk, Agnieszka Foltyn.....	621
Opieka koordynowana w opinii położnych POZ	
Patrycja Soszyńska-Zielińska	631
Rozwój indywidualnych praktyk położnych środowiskowo-rodzinnych w województwie podkarpackim w latach 1999-2020	
Anna Kremska, Barbara Korona, Romana Wróbel, Elżbieta Kraśnianin, Katarzyna Wardak, Aldona Miazga, Barbara Zych	641
Poziom wiedzy kobiet rodzących na temat farmakologicznych i niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego	
Anna Kremska, Gabriela Kuźmińska, Romana Wróbel, Elżbieta Kraśnianin, Katarzyna Wardak, Aldona Miazga, Maja Polnik- Lonc, Barbara Zych.....	654
Wpływ wybranych czynników socjodemograficznych i klinicznych na poziom stresu rodziców dzieci urodzonych przedwcześnie	
Barbara Zych, Anna Kremska, Anna Stasiowska, Katarzyna Pilch	667

Zespół napięcia przedmiesiączkowego a jakość życia młodych kobiet

Anna Kremska, Karolina Nykiel, Romana Wróbel, Elżbieta Kraśnianin, Katarzyna Wardak,
Aldona Miazga, Edyta Wróbel-Kosior, Barbara Zych 678

Problemy emocjonalne kobiet po urodzeniu dziecka wymagającego leczenia w Oddziale Patologii Noworodka w dobie pandemii SARS-CoV-2

Karolina Zimmer, Natalia Kurowska, Wioletta Pollok-Waksmańska 690

Doświadczenia osób transpłciowych w korzystaniu z opieki ginekologicznej – przegląd wyników badań

Kamila Krasucka, Amelia Grzybowska, Karolina Pikur, Magdalena Dziurka 703

Ocena wiedzy kobiet w wieku rozrodczym na temat metod rozpoznawania płodności

Julia Dydek, Paulina Wojdyła, Katarzyna Sobolewska, Joanna Błajda 714

Ocena poziomu wiedzy pierwiastek na temat przebiegu porodu

Paulina Wojdyła, Julia Dydek, Zuzanna Ryba, Joanna Błajda 722

Wpływ pandemii COVID-19 na stan emocjonalny kobiet w okresie okołoporodowym

Polnik-Lonc Maja, Kremska Anna, Możdżan Justyna 734

Banki mleka kobiecego: wyzwania i doświadczenia kobiet - przegląd badań

Amelia Grzybowska, Kamila Krasucka, Magdalena Dziurka 743

Rozwój pielęgniarstwa środowiskowego w powiecie cieszyńskim

Beata Kudłacik, Małgorzata Fraś, M. Nogowczyk, Bogusława Ryś, Kornelia Skoczylas,
Katarzyna KroczeK..... 754

Antropozoonozy jako wyzwanie zdrowia publicznego w kontekście koncepcji One Health

Maria Kosek, Mariola Mendrycka, Agnieszka Woźniak-Kosek 766

Mowa osoby chorej psychicznie (na przykładzie schizofrenii) w ocenie pielęgniarki psychiatrycznej

Wojciech Lipski Katedra, Katarzyna Kociuba-Adamczuk 784

Być z pacjentem do końca

Polanowska Marta, Krzemińska Sylwia..... 796

Edukacja przyszłości: wykorzystanie symulacji i technologii w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych

Małgorzata Kaszuba, Katarzyna Majka, Paweł Oskwarek, Paweł Wiktorzak 808

Zakażenia *Clostridioides difficile* - obecny stan wiedzy

Mariola Mendrycka, Zuzanna Trześniewska-Ofiara, Renata Serafin, Katarzyna Kuszewska, Agnieszka Woźniak-Kosek..... 820

Zakażenia krwiopochodne o etiologii wirusowej – wyzwanie dla współczesnej medycyny

Mariola Mendrycka, Zuzanna Trześniewska-Ofiara, Katarzyna Kuszewska, Agnieszka Woźniak-Kosek..... 835

Opieka nad noworodkiem urodzonym skrajnie przedwcześnie z zespołem zaburzeń oddychania

Aldona Miazga, Joanna Błajda, Anna Kremska, Romana Wróbel, Elżbieta Kraśnianin, Barbara Zych, Katarzyna Wardak, Gabriela Inglot 852

Zadania pielęgniarki w opiece nad dzieckiem z astmą oskrzelową – studium przypadku

Alicja Szymańska, Dorota Milecka..... 862

Edukacja, profilaktyka i prehabilitacja w onkologii – perspektywa fizjoterapeuty

Aleksandra Żołyński-Brzuchacz, Edyta Barnaś, Dorota Bartusik-Aebisher..... 882

Opieka pielęgniarska nad dzieckiem z celiakią - studium przypadku

Amelia Żachowska, Dorota Milecka, Edyta Kędra, Elżbieta Garwacka-Czachor..... 892

Droga do samodzielności: Znaczenie kompleksowej opieki nad pacjentem z urazem rdzenia kręgowego - przypadek kliniczny

Natalia Zalewska, Bożena Styk..... 913

Opieka pielęgniarska w oddziale intensywnej terapii nad 51-letnią pacjentką jako potencjalnym dawcą narządów w konsekwencji doznanego krwotoku mózgowego

Michalina Nikiel, Ewa Zaród, Jolanta Kolonko..... 921

Opieka pielęgniarska nad 53-letnim pacjentem z rdzeniowym zanikiem mięśni w środowisku domowym

Vira Abram, Katarzyna KroczeK, Kornelia Skoczylas 936

Proces pielęgnowania pacjenta w trakcie radioterapii guza mózgu – studium przypadku

Diana Pająk, Elżbieta Garwacka-Czachor, Dorota Milecka 948

Rola i zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem z otępieniem

Aleksandra Lisowska, Katarzyna Krzysztoforska, Agnieszka Kraińska, Iwona Klisowska, Iwona Twardak..... 962

Specyfika opieki pielęgniarstwiej nad pacjentem poddanym brachyterapii gruczołu krokowego - studium przypadku

Lidia Paś, Elżbieta Garwacka-Czachor, Dorota Milecka..... 974

WPLYW PANDEMII COVID-19 NA ZDROWIE PSYCHICZNE PERSONELU MEDYCZNEGO - DONIESIENIE WSTEPNE

ANNA MICHALIK, KARINA BIZOŃ

Wstęp. Pandemia COVID-19 to jedna z największych katastrof tego stulecia, która miała istotny wpływ na ludzi na całym świecie. Wzrosły lęki związane z wirusem oraz jego potencjalnymi skutkami w każdym aspekcie funkcjonowania. Ludzie zaczęli odczuwać niepokój i obawy o swoje zdrowie oraz zdrowie bliskich. Brak pewności co do przyszłości, ekonomiczne obawy oraz izolacja społeczna wpłynęły negatywnie na samopoczucie, prowadząc do poczucia bezradności i przytłaczającego smutku. Dodatkowo, codzienne stresory związane z pandemią przyczyniły się do rozwoju chronicznego stresu, który miał długoterminowe konsekwencje dla zdrowia psychicznego [1]. W wyniku kryzysu zdrowia publicznego psychologiczne konsekwencje szczególnie dotknęły pracowników ochrony zdrowia, którzy nagle skonfrontowani zostali z nieoczekiwanymi, zagrażającymi zdrowiu doświadczeniami. Wyniki wielu badań wskazują, że personel medyczny jako najbardziej narażona grupa zawodowa, doświadczył negatywnych konsekwencji, w tym dla zdrowia psychicznego. Wśród czynników, które wpłynęły na zdrowie psychiczne personelu medycznego wymienia się: wysokie ryzyko zakażenia, przemęczenie, brak odpowiedniego sprzętu ochronnego, narażenie na traumatyczne sytuacje, tj: liczne zgony pacjentów, praca w obciążeniu psychicznym, izolacja od rodziny i bliskich, brak wsparcia i zrozumienia ze strony społeczeństwa [2-4]. Co więcej, doświadczenia z poprzednich epidemii wskazują, że stres, na jaki na co dzień narażeni są pracownicy ochrony zdrowia, zwiększa ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych [2].

Cel pracy. Celem głównym pracy było zbadanie czy pandemia COVID-19 miała wpływ na zdrowie psychiczne personelu medycznego.

Materiał i metody. Badania prowadzono w okresie od grudnia 2022 roku do marca 2023 roku wśród personelu medycznego Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Dyrekcji placówki. W badaniu wzięło udział 100 respondentów, którzy samodzielnie nanosili odpowiedzi w kwestionariuszach, zgodnie z przedstawionymi na nich wskazówkami. Badania zostały przeprowadzone z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety własnej oraz dwóch narzędzi standaryzowanych – Skali Odczuwanego Stresu PSS-10 i Skali Depresji Becka. Kwestionariusz ankiety składał się z metryczki oraz 25 pytań dotyczących zasadniczej problematyki badań. Pytania miały charakter zamknięty, jednokrotnego wyboru. Skala Odczuwanego Stresu PSS-10 składa się z 10 pytań, które dotyczą różnych

subiektywnych odczuć związanych ze zdarzeniami w życiu osobistym, poszczególnymi zachowaniami oraz sposobami radzenia sobie z problemami. W tej skali można uzyskać 0-40 pkt. Uzyskany wynik jest sumą wszystkich punktów, im wyższy wynik, tym większe nasilenie potencjalnie odczuwanego stresu. Skala Depresji Becka jest wykorzystywana w diagnostyce depresji, składa się z 21 pytań, gdzie możliwe są 4 warianty odpowiedzi. Punktacja wyrażona jest w zakresie 0-63 punktów. W zależności od liczby uzyskanych punktów określa się poziom nasilenia objawów depresji, gdzie: 0-11 pkt – brak depresji; 12-19 pkt – lekka depresja; 20-25 pkt – depresja umiarkowana; 26 i więcej pkt – ciężka depresja.

Materiał badawczy stanowiła grupa 100 osób wykonujących zawód medyczny w przedziałach wiekowych od 20 do powyżej 50 lat, z różnym stanem cywilnym, zamieszkujących w mieście lub na wsi, ze stażem pracy w zawodzie od 1 roku do powyżej 50 lat oraz z wykształceniem wyższym, średnim, a także zasadniczym zawodowym. Szczegółowa charakterystyka grupy badanej została przedstawiona w Tabeli I.

Tabela I. Charakterystyka badanej grupy

Metryczka		Ogółem		Płeć			
				kobieta		mężczyzna	
		n	%	n	%	n	%
Płeć	Kobieta	71	71,0	71	100,0	0	0,0
	Mężczyzna	29	29,0	0	0,0	29	100,0
Wiek	20-30 lat	29	29,0	25	35,2	4	13,8
	31-40 lat	20	20,0	12	16,9	8	27,6
	41-50 lat	22	22,0	13	18,3	9	31,0
	Powyżej 50 r.ż.	29	29,0	21	29,6	8	27,6
Stan cywilny	Panna/kawaler	31	31,0	23	32,4	8	27,6
	Zamężna/żonaty	58	58,0	44	62,0	14	48,3
	Rozwiedziona/rozwiedziony	10	10,0	3	4,2	7	24,1
	Wdowa/wdowiec	1	1,0	1	1,4	0	0,0
Miejsce zamieszkania	Wieś	34	34,0	33	46,5	1	3,4
	Miasto	66	66,0	38	53,5	28	96,6
Wykształcenie	Podstawowe	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Gimnazjalne	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Zasadnicze zawodowe	3	3,0	3	4,2	0	0,0
	Średnie	15	15,0	15	21,2	0	0,0
	Wyższe	82	82,0	53	74,6	29	100,0
Wykonywany zawód	Opiekun medyczny	13	13,0	13	18,3	0	0,0
	Ratownik medyczny	11	11,0	1	1,4	10	34,5
	Pielęgniarka/pielęgniarz	54	54,0	53	74,7	1	3,4
	Lekarz	22	22,0	4	5,6	18	62,1
Staż pracy w zawodzie	1-5 lat	28	28,0	24	33,8	4	13,8
	6-10 lat	17	17,0	10	14,1	7	24,1
	11-15 lat	10	10,0	8	11,3	2	6,9
	16-20 lat	11	11,0	5	7,0	6	20,7
	Powyżej 20 lat	34	34,0	24	33,8	10	34,5

Legenda: n – liczba, % - procent

Wszystkie obliczenia statystyczne zostały przeprowadzone przy użyciu pakietu statystycznego R-4.2.2 oraz arkusza kalkulacyjnego Excel 2016. Zmienne mierzone na skali ilościowej zostały scharakteryzowane za pomocą m.in. średniej arytmetycznej, odchylenia standardowego, natomiast zmienne typu jakościowego, które były mierzone na skali nominalnej zostały przedstawione za pomocą licznosci oraz wartości procentowych. Istotność różnic między dwoma grupami zbadano testem istotności różnic, tj. testem U Manna-Whitney'a oraz w przypadku więcej niż dwóch grup – testem Kruskala-Wallisa. Do badania zależności między zmiennymi o charakterze jakościowym zastosowano test chi-kwadrat oraz test chi-kwadrat z poprawką Yates'a. We wszystkich obliczeniach za poziom istotności przyjęto $p < 0.05$.

Wyniki. Większość respondentów (68%) chorowała na COVID-19, 13% nie chorowało, a 19% nie wiedziało, czy chorowało. Mniej niż połowa badanych osób (45%) twierdziła, że fakt przechorowania COVID-19 nie miał wpływu na ich psychikę. Co piąty badany twierdził, że miał wpływ negatywny. Znaczna część respondentów (79%) nie korzystała z poradnictwa psychologicznego, ani nie uczestniczyła w terapii z psychoterapeutą, zaledwie 12% zasięgnęło specjalistycznej porady u psychologa bądź rozpoczęło psychoterapię. Osoby, które w trakcie wybuchu i trwania pandemii COVID-19 miały styczność z ludźmi zakażonymi stanowiły większość badanych (82%). Większa część respondentów (63%) pracowała na oddziale COVID+, a co trzecia badana osoba została oddelegowana do pracy z pacjentami zakażonymi SARS-CoV-2. Ponad połowa ankietowanych (62%) pracowała w oddziale przekształconym w oddział COVID+. Żadna z osób badanych nie pracowała w szpitalu tymczasowym. Znacząca większość respondentów (76%) stwierdziła, iż pandemia COVID-19 miała wpływ na kondycję psychiczną personelu medycznego. Mniejsza część (24%) uważała, że miała wpływ obojętny. U ponad połowy ankietowanych (61%) wystąpił lęk, u 27% przez dłuższy okres czasu utrzymywał się obniżony nastrój. Prawie 70% badanych (67%) towarzyszył przewlekły stres, a 66% obniżona odporność na stres. U 39% ankietowanych pojawiła się potrzeba izolacji bądź wycofania społecznego. Co piąty badany doświadczył anhedonii oraz utraty zainteresowań. 30% respondentów cierpiało w tym czasie z powodu bezsenności, bądź występowały u nich trudności z zasypianiem. Nieznaczny odsetek ankietowanych (5%) miał myśli samobójcze. Ponad jedna czwarta badanych (28%) miała problemy z koncentracją lub pamięcią. Ponad 10% (14%) osób skarżyło się na dolegliwości somatyczne, a u 23% respondentów występowała tendencja do zwiększonego korzystania z używek.

Biorąc pod uwagę Skalę Depresji Becka średnia liczba punktów uzyskanych przez respondentów wyniosła 7,7 (SD 7,7), w zakresie od 0 do 33 punktów. W przypadku Skali

Odczuwanego Stresu (PSS-10) średnia liczba punktów to 20,6 (SD 2,7), w zakresie od 12 do 28 pkt (Tabeli II).

Tabela II. Skala Depresji Becka, Skala Odczuwanego Stresu (PSS-10) - statystyka opisowa

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Maks</i>	<i>Q1</i>	<i>Me</i>	<i>Q3</i>
Skala Depresji Becka	7,7	7,7	0	33,0	2,0	5,0	11,0
Skala Odczuwanego stresu (PSS-10)	20,6	2,7	12	28,0	20,0	20,0	22,0

Legenda: M – średnia; SD – odchylenie standardowe; Min – wartość minimalna, Maks – wartość maksymalna, Q1 – kwartył 25%; Me – mediana; Q3 – kwartył 75%

Większość osób badanych (77%) nie wykazywała objawów depresji, natomiast u 19% respondentów liczba uzyskanych punktów wskazała na występowanie depresji łagodnej, a u 4% depresji umiarkowanej (Tabela III).

Tabela III. Liczba uzyskanych punktów w kwestionariuszu Skali Depresji Becka

		Ogółem	
		N	%
Skala Depresji Becka	0–11 punktów – brak depresji	77	77,0
	12–26 – łagodna depresja	19	19,0
	27–49 – umiarkowana depresja	4	4,0
	50–63 – ciężka depresja	0	0,0

Legenda: n – liczba; % - procent

Analiza statystyczna wykazała istotną statystycznie zależność pomiędzy liczbą punktów uzyskanych w skali Depresji Becka ($p=0,0052$) oraz Skali Odczuwanego Stresu ($p=0,0012$) a wiekiem respondentów. Personel medyczny w wieku 20-30 lat uzyskał wyższy poziom punktowy w Skali Depresji Becka ($M = 12,14$) oraz stresu ($M = 17,00$) niż osoby powyżej 30 lat ($M = 7,2$ i $M=15,02$). Najniższy wynik w poziomie pomiaru depresji ($M = 4,03$) i stresu ($M = 10,45$) stwierdzono u personelu w wieku powyżej 50 lat.

Istotny statystycznie okazał się także poziom odczuwanego stresu względem stanu cywilnego osób badanych. Rozwodnicy oraz wdowcy uzyskali niższy wynik w Skali Odczuwanego Stresu ($M = 10,09$) niż osoby stanu panna/kawaler ($M = 16,65$). W przypadku osób stanu zameężna/żonaty był to wynik na poziomie $M=13,79$ ($p=0,0116$). W przypadku punktacji w Skali Depresji Becka różnice nie były istotnie statystycznie zróżnicowane ($p>0,05$).

Analiza statystyczna nie wykazała natomiast istotnego wpływu płci na kondycję psychiczną badanych osób. Grupa kobiet w Skali Depresji Becka uzyskała wynik $M = 8,66$ oraz w Skali Odczuwanego Stresu: $M = 15,00$, a grupa mężczyzn kolejno: $M = 5,45$ i $M= 12,48$ ($p>0,05$).

Miejsce zamieszkania również nie różnicowało istotnie wyników uzyskanych w Skali Depresji Becka i Skali Odczuwanego Stresu. Średnia liczba punktów w Skali Depresji Becka zamieszkujących obszar wiejski wyniosła $M = 5,53$, natomiast u ankietowanych

zamieszkujących obszary miejskie $M = 8,86$. W Skali Odczuwanego Stresu pierwsza grupa uzyskała wynik $M = 12,91$, natomiast grupa druga uzyskała wynik na poziomie $M = 14,97$ (Tabela IV).

Tabela IV. Podział wyników Skali Depresji Becka i Skali Odczuwanego Stresu (PSS-10) w zależności od płci, wieku, stanu cywilnego, miejsca zamieszkania

		Skala Depresji Becka			Skala Odczuwanego stresu (PSS-10)		
		M	SD	p	M	SD	P
Płeć	Kobieta	8,66	8,42	0,1509	15,00	7,28	0,0840
	Mężczyzna	5,45	5,18		12,48	7,01	
Wiek	20-30 lat	12,14	10,48	0,0052	17,00	7,52	0,0012
	31-50 lat	7,24	5,95		15,02	6,48	
	Powyżej 50 r.ż.	4,03	3,91		10,45	6,68	
Stan cywilny	Panna/kawaler	10,39	10,06	0,0783	16,65	8,34	0,0116
	Zamężna/żonaty	7,16	6,43		13,79	6,57	
	Rozwiedziona/rozwieziony Wdowa/wdowiec	3,27	2,72		10,09	5,38	
Miejsce zamieszkania	Wieś	5,53	5,09	0,0932	12,91	6,84	0,1679
	Miasto	8,86	8,61		14,97	7,42	

Legenda: M – średnia; SD – odchylenie standardowe; p – prawdopodobieństwo

Analiza statystyczna wykazała istotne statystycznie różnice w poziomie stresu respondentów ze względu na wykonywany zawód ($p=0,0328$). W Skali Odczuwanego Stresu opiekunowie medyczni otrzymali wynik na poziomie: $M = 18,23$; ratownicy: $M = 10,55$; pielęgniarki i pielęgniarze: $M = 14,69$; lekarze: $M = 12,77$. Wyniki w Skali Depresji Becka plasowały się na poziomach: $M = 9,23$ u opiekunów medycznych; $M = 3,45$ w grupie ratowników medycznych; $M = 9,43$ u personelu pielęgniarskiego i $M = 4,82$ u lekarzy. W tym przypadku różnice nie były istotne statystycznie (Tabela V).

Tabela V. Różnice w poziomie depresji oraz stresu ze względu na wykonywany zawód

	Wykonywany zawód								Z	p
	Opiekun medyczny		Ratownik medyczny		Pielęgniarka/pielęgniarz		Lekarz			
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Skala Depresji Becka	9,23	4,97	3,45	3,62	9,43	9,30	4,82	4,05	-0,829	0,4070
Skala Odczuwanego Stresu (PSS-10)	18,23	4,38	10,55	8,24	14,69	7,81	12,77	5,59	8,751	0,0328

Test Kruskala-Wallis

Legenda: M – średnia; SD – odchylenie standardowe; p – prawdopodobieństwo

Analiza statystyczna wykazała istotne statystycznie różnice w punktacji w Skali Depresji Becka oraz Skali Odczuwanego Stresu ze względu na staż pracy. Personel medyczny ze stażem pracy do 5 lat uzyskał wyższy poziom punktów w skali depresji ($M = 12,61$) oraz stresu ($M = 17,32$) niż osoby, które przepracowały więcej niż 5 lat w zawodzie ($M = 5,83$ i $M=13,08$) (Tabela VI).

Tabela VI. Różnice w poziomie depresji oraz stresu ze względu na staż pracy

	Staż pracy				Z	P
	1-5 lat		powyżej 5 lat			
	M	SD	M	SD		
Skala Depresji Becka	12.61	10.36	5.83	5.44	-2.911	0.0036
Skala Odczuwanego Stresu (PSS-10)	17.32	7.39	13.08	6.90	-2.748	0.0060

Test Manna-Whitney'a

Legenda: M – średnia; SD – odchylenie standardowe; p – prawdopodobieństwo

Analiza statystyczna nie wykazała istotnych statystycznie różnic w poziomie depresji oraz stresu ze względu na zachorowalność na chorobę COVID-19. Osoby, które chorowały na COVID-19 wykazały poziom M = 6,24 w Skali Depresji Becka, a w Skali Odczuwanego Stresu M = 13,43. Ankietowani, którzy nie chorowali uzyskali poziomy, kolejno: M = 13,02; 17,31, a osoby, które nie wiedziały, że chorowały M = 10,05; M=15,21.

Biorąc pod uwagę pracę na oddziale COVID+ wykazano istotnie statystycznie różnice w poziomie uzyskanych punktów. Personel medyczny, który pracował na tym oddziale uzyskał wyższy wynik w Skali Depresji Becka (M = 8,83) niż pracownicy, którzy na nim nie pracowali (M = 5,86). W przypadku Skali Odczuwanego Stresu były to wyniki M = 14,46 vs. M = 13,95 (p>0,05) (Tabela VII).

Tabela VII. Różnice w poziomie depresji oraz stresu ze względu na pracę z ludźmi chorymi na COVID-19

		Skala Depresji Becka			Skala Odczuwanego Stresu (PSS-10)		
		M	SD	p	M	SD	p
Czy pracował(a) Pan/Pani na oddziale Covid+?	Tak	8,83	7,75	0,0294	14,46	7,14	0,6426
	Nie	5,86	7,45		13,95	7,54	

Test U Manna-Whitney'a

Legenda: M – średnia; SD – odchylenie standardowe; p – prawdopodobieństwo

Analiza statystyczna nie wykazała zależności między opinią respondentów na temat wpływu pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne personelu medycznego w zależności od płci i wieku.

U 70,1% personelu pielęgniarskiego oraz opiekunów medycznych w czasie trwania pandemii występowały lęki, natomiast u 57,6% ratowników medycznych oraz lekarzy ich nie stwierdzono, co stanowiło różnicę istotną statystycznie (Tabela VIII).

Tabela VIII. Wpływ pandemii COVID-19 na wystąpienie u personelu medycznego lęku

		Wykonywany zawód				χ^2	p
		Pielęgniarka/ pielęgniarz/ opiekun medyczny		Ratownik medyczny/ lekarz			
		n	%	n	%		
Czy w czasie trwania pandemii Covid-19 wystąpił u Pana/Pani lęk?	Tak	47	70,1	14	42,4	7,144	0,0075*
	Nie	20	29,9	19	57,6		

*test chi-kwadrat, **test chi-kwadrat z poprawką Yates'a

Legenda: n – liczba, % - procent, p – prawdopodobieństwo

U 38,8% personelu pielęgniarskiego oraz opiekunów medycznych utrzymywał się przez dłuższy czas obniżony nastrój, natomiast 97% ratowników medycznych oraz lekarzy nie zauważyło takiego objawu u siebie (Tabela IX).

Tabela IX. Wpływ pandemii COVID-19 na wystąpienie u personelu medycznego utrzymującego się przez dłuższy czas obniżonego nastroju

		Wykonywany zawód				χ^2	<i>p</i>
		Pielęgniarka/ pielęgniarz/ opiekun medyczny		Ratownik medyczny/ lekarz			
		n	%	n	%		
Czy w czasie trwania pandemii Covid-19 wystąpił u Pana/Pani utrzymujący się przez dłuższy czas obniżony nastrój ?	Tak	26	38,8	1	3,0	12,600	0,0004**
	Nie	41	61,2	32	97,0		

*test chi-kwadrat, **test chi-kwadrat z poprawką Yates'a

Legenda: n – liczba, % - procent, p – prawdopodobieństwo

U 64,2% osób z personelu pielęgniarskiego i wśród opiekunów medycznych stwierdzono towarzyszenie przewlekłego stresu. W grupie ratowników i lekarzy był to wynik znacznie wyższy – 72,7% (p=0,5296). W grupie pielęgniarek i opiekunów medycznych 65,7% zauważyło u siebie obniżoną odporność na stres. Zbliżony wynik (66,7%) odnotowano także w grupie ratowników medycznych i lekarzy (p=0,9213).

U 47,8% personelu pielęgniarskiego oraz opiekunów medycznych wystąpiła potrzeba izolacji społecznej, u 78,8% ratowników medycznych oraz lekarzy ten objaw nie wystąpił, co stanowiło różnicę istotną statystycznie (Tabela X).

Tabela X. Wpływ pandemii COVID-19 na pojawienie się u personelu medycznego potrzeby izolacji bądź wycofania społecznego

		Wykonywany zawód				χ^2	<i>p</i>
		Pielęgniarka/ pielęgniarz/ opiekun medyczny		Ratownik medyczny/ lekarz			
		n	%	n	%		
Czy w czasie trwania pandemii Covid-19 pojawiła się u Pana/Pani potrzeba izolacji społecznej bądź wycofania społecznego?	Tak	32	47,8	7	21,2	5,482	0,0192**
	Nie	35	52,2	26	78,8		

*test chi-kwadrat, **test chi-kwadrat z poprawką Yates'a

Legenda: n – liczba, % - procent, p – prawdopodobieństwo

U 26,9% personelu pielęgniarskiego oraz opiekunów medycznych stwierdzono utratę zainteresowań i anhedonię, natomiast 97% ratowników medycznych oraz lekarzy zaprzeczyło występowanie takich odczuć (Tabela XI).

Tabela XI. Wpływ pandemii COVID-19 na pojawienie się u personelu medycznego utraty zainteresowań i anhedonii

		Wykonywany zawód				χ^2	<i>p</i>
		Pielęgniarka/ pielęgniarz/ opiekun medyczny		Ratownik medyczny/ lekarz			
		n	%	n	%		
Czy w czasie trwania pandemii Covid-19 pojawiła się u Pana/Pani utrata zainteresowań i anhedonia (niezdolność do odczuwania przyjemności z aktywności, które wcześniej ją dawały)?	Tak	18	26,9	1	3,0	6,687	0,0097**
	Nie	49	73,1	32	97,0		

*test chi-kwadrat, **test chi-kwadrat z poprawką Yates'a

Legenda: n – liczba, % - procent, *p* – prawdopodobieństwo

U większości respondentów w grupie pielęgniarek i opiekunów medycznych (64,2%) nie wystąpiła bezsenność i trudności z zasypianiem. W grupie ratowników medycznych i lekarzy także większość ankietowanych (81,8%) nie miała takich objawów ($p=0,1145$).

Znaczna większość badanych w obu grupach odpowiedziała przecząco na pytanie o pojawieniu się myśli samobójczych w czasie trwania pandemii COVID-19. W grupie pielęgniarek i opiekunów medycznych był to wynik: 94%, a w grupie ratowników medycznych i lekarzy 97%.

W grupie personelu pielęgniarskiego oraz opiekunów medycznych 35,8% osób potwierdziło problemy z koncentracją lub z pamięcią, 87,9% ratowników medycznych oraz lekarzy nie borykało się z takimi problemami (Tabela XII).

Tabela XII. Wpływ pandemii COVID-19 na pojawienie się u personelu medycznego problemów z koncentracją lub z pamięcią

		Wykonywany zawód				χ^2	<i>p</i>
		Pielęgniarka/ pielęgniarz/ opiekun medyczny		Ratownik medyczny/ lekarz			
		n	%	n	%		
Czy w czasie trwania pandemii Covid-19 pojawiły się u Pana/Pani problemy z koncentracją lub z pamięcia?	Tak	24	35,8	4	12,1	5,041	0,0248**
	Nie	43	64,2	29	87,9		

*test chi-kwadrat, **test chi-kwadrat z poprawką Yates'a

Legenda: n – liczba, % - procent, *p* – prawdopodobieństwo

U 20,9% personelu pielęgniarskiego i opiekunów medycznych w czasie wystąpienia gorszego samopoczucia pojawiły się dolegliwości somatyczne, natomiast 51,5% ratowników medycznych oraz lekarzy nie miało gorszego samopoczucia (Tabela XIII).

Tabela XIII. Wpływ pandemii COVID-19 na wystąpienie u personelu medycznego dolegliwości somatycznych w czasie wystąpienia gorszego samopoczucia

		Wykonywany zawód				χ^2	<i>p</i>
		Pielęgniarka/ pielęgniarz/ opiekun medyczny		Ratownik medyczny/ lekarz			
		n	%	n	%		
Czy w czasie wystąpienia gorszego samopoczucia miewał(a) Pan/Pani dolegliwości somatyczne?	Tak	14	20,9	0	0,0	16,132	0,0003*
	Nie	41	61,2	16	48,5		
	Nie miewam	12	17,9	17	51,5		

*test chi-kwadrat, **test chi-kwadrat z poprawką Yates'a

Legenda: n – liczba, % - procent, p – prawdopodobieństwo

Wśród pielęgniarek i opiekunów medycznych większość z osób badanych (82,%) nie zauważyła u siebie zwiększonej tendencji do korzystania z używek. W grupie ratowników medycznych i lekarzy 66,7% również odpowiedziało przecząco na zadane pytanie ($p=0,0848$).

Dyskusja. Pandemia COVID-19 wywołana wirusem SARS-CoV-2 spowodowała ogromne obciążenia zdrowotne. Wpłynęła na stan psychiczny i fizyczny zarówno osób zakażonych, jak i tych, którzy sprawowali nad nimi opiekę. Szczególnie narażeni byli pracownicy ochrony zdrowia, którzy mieli bezpośredni kontakt z pacjentami chorymi na COVID-19 [4]. W badaniach własnych co piąty respondent stwierdził, że pandemia odcisnęła negatywne piętno na ich psychice, jednak zdecydowana większość z nich nie korzystała z poradnictwa psychologicznego, ani nie uczestniczyła w terapii z psychoterapeutą. W licznych badaniach dotyczących wpływu pandemii na zdrowie psychiczne stwierdzono, że czynnikami wpływającymi na kondycję zdrowia psychicznego okazały się: wiek, płeć oraz miejsce zamieszkania [4-6]. W przeprowadzonych badaniach własnych, w Skali Depresji Becka kobiety uzyskały wynik na poziomie $M = 8,66$, mężczyźni natomiast $M = 5,45$. Odczuwanie stresu w grupie żeńskiej także było większe ($M = 15,00$), aniżeli w grupie męskiej ($M = 12,48$). Ankietowani w starszym wieku (powyżej 50 roku życia) nie doświadczali zaburzeń depresyjnych ($M = 4,03$) oraz odczuwali mniejszy poziom stresu ($M = 10,45$), niż osoby młodsze. W badaniach własnych miejsce zamieszkania także miało wpływ na doświadczanie depresji bądź odczuwanie stresu. Respondenci mieszkający na obszarach wiejskich, gdzie dostęp do informacji publicznej może być bardziej ograniczony, uzyskali niższy wynik w Skali Depresji Becka oraz w Skali Odczuwanego Stresu niż na obszarach miejskich. Powyższe wyniki mogą wskazywać na niższą tolerancję na stres u osób młodszych w porównaniu z osobami starszymi. Może to wynikać z faktu, iż coraz częściej obserwuje się mniejszą odporność psychiczną w populacji młodych osób na całym świecie, w tym młodych

pracowników ochrony zdrowia, którzy prawdopodobnie po raz pierwszy doświadczyli tak przejmującego doświadczenia straty i pracy w warunkach bezpośredniego zagrożenia zdrowia. Kobiety także wykazały mniejszą odporność psychiczną. Warto zaznaczyć, iż kobiety stanowią zdecydowaną większość w grupie personelu pielęgniarskiego.

Badania Grzelak L. oraz Szwarca P. [7] przeprowadzone wśród 65 osób z personelu pielęgniarskiego nie wykazały wpływu doświadczenia zawodowego na kondycję zdrowia psychicznego podczas pandemii COVID-19. Badania własne wykazały natomiast, iż personel medyczny ze stażem pracy do 5 lat doświadczał wyższego poziomu stresu niż osoby, które przepracowały więcej niż 5 lat w zawodzie. W badaniach M. Fukowskiej i T. Koweszko [2] na temat stanu psychicznego i satysfakcji z pracy wykazano, iż przedstawiciele zawodów medycznych w okresie pandemii doświadczali pogorszenia swojej sytuacji zawodowej. Najwięcej zmian na gorsze stwierdzono w grupie pielęgniarek, które uzyskiwały wyższy poziom odczuwanego lęku oraz niższy poziom usatysfakcjonowania ze swojej pracy. Podobnie, w badaniach przeprowadzonych przez Salopek-Žiha D. oraz wsp. [8] w jednym z chorwackich szpitali wykazano, że pielęgniarki w porównaniu z personelem lekarskim przejawiały wyższe wyniki w zakresie depresji, lęku i stresu. Potwierdzają to również badania własne. Pielęgniarki oraz opiekunowie medyczni jako osoby, które sprawowały bezpośrednią opiekę nad pacjentami z COVID-19 były najbardziej narażone na odczuwanie skutków pandemii. Cao i wsp. [9] zbadali także wpływ zachorowania na COVID-19 wśród personelu medycznego. Wykazali, że wśród lekarzy 6,3% osób odczuwało niepokój z powodu zachorowania innych lekarzy. Badania własne nie wykazały natomiast istotnych statystycznie różnic w poziomie zaburzeń depresyjnych czy stresu u respondentów ze względu na zachorowalność na COVID-19. Powyższa rozbieżność mogła wynikać z różnic w charakterze wykonywanej pracy oraz z różnicy w liczebności w badanych grupach. Lu i wsp. [10] przeprowadzili badanie przekrojowe, w którym dokonali oceny lęku oraz depresji na 2299 uczestnikach. 2024 osób ankietowanych reprezentowało zawód medyczny, resztę natomiast stanowili pracownicy administracyjni. Pracownicy ochrony zdrowia, którzy doświadczali bezpośredniego kontaktu z chorymi na COVID-19 byli narażeni 2 razy bardziej na depresję i lęk oraz 1,4 razy bardziej na odczuwanie strachu niż pracownicy niemedyczni. W przeprowadzonych badaniach własnych uzyskano wyniki o podobnym charakterze – personel medyczny, który miał styczność z osobami chorymi na COVID-19 doświadczał częściej zaburzeń na tle zdrowia psychicznego.

Pandemia COVID-19 niewątpliwie spowodowała obciążenia zdrowotne, wpływając na stan psychiczny oraz fizyczny osób, które zachorowały oraz osób, które sprawowały nad nimi

opiekę. Narażenie na zwiększony, przedłużający się stres w czasie trwania pandemii miało negatywny wpływ na kondycję psychiczną społeczeństw, a w szczególności pracowników sektora medycznego.

Wnioski.

1. Pandemia COVID-19 miała bezpośredni wpływ na kondycję psychiczną personelu medycznego.
2. Kobiety oraz osoby w młodszy wieku były szczególnie narażone na spadek kondycji psychicznej w trakcie trwania pandemii COVID-19.
3. Staż pracy oraz doświadczenie zawodowe nie miało wpływu na kondycję psychiczną personelu medycznego.
4. Personel pielęgniarski jako grupa bezpośredniego i stałego kontaktu z pacjentami zakażonymi SARS-CoV-2 był najbardziej narażony na wystąpienie zaburzeń na tle psychicznym.
5. Fakt przechorowania COVID-19 nie miał wpływu na zdrowie psychiczne personelu medycznego.
6. Praca z ludźmi chorymi na COVID-19 miała negatywny wpływ na kondycję psychiczną personelu medycznego.
7. Pandemia COVID-19 miała wpływ na wystąpienie u personelu medycznego: lęku, obniżonego nastroju, stresu, problemów ze snem.
8. Konieczne jest wprowadzenie monitorowania kondycji zdrowia psychicznego osób wykonujących zawód medyczny w czasie wystąpienia trudnej sytuacji epidemiologicznej.

Piśmiennictwo:

1. Nowakowska E, Sulimiera Michalak S. COVID-19 – choroba wywołana zakażeniem wirusem SARS-COV-2 globalnym zagrożeniem dla zdrowia publicznego. *Postępy mikrobiologii* 2020; 59(3): 227–236.
2. Fukowska M., Koweszko T. Analiza stanu psychicznego i satysfakcji z pracy personelu medycznego w okresie pandemii COVID-19. *Psychiatria* 2022; 19(1):1-10.
3. Walton M, Murray E, Christian MD. Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care* 2020; 9(3):241-247.
4. Szambor T, Masiak J, Urbańska A, Składanowski M. Relationship between taking medical care of people infected with COVID-19 and mental health of healthcare professionals. *Pol J Public Health* 2019;129(4): 145-147.
5. Zawilska B, Swaczyna T, Masiarek P, Waligórska A, Dominiak Z. COVID-19: Epidemiologia, patogenez, diagnostyka i objawy kliniczne. *Farmacja Polska* 2021; 77 (3): 166-177.
6. Hossain MM, Tasnim S, Sultana A, Faizah F, Mazumder H, Zou L, McKyer ELJ, Ahmed HU, Ma P. Epidemiology of mental health problems in COVID-19: a review. *F1000Research* 2020, 9:636.

7. Grzelak L, Szwarc P. Wpływ pracy w czasie pandemii covid-19 na stres personelu pielęgniarskiego. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu* 2021; 6(1): 7–21.
8. Salopek-Žiha D, Hlavati M, Gvozdanović Z, Gašić M, Placento H, Jakić H, Klapan D, Šimić H. Differences in Distress and Coping with the COVID-19 Stressor in Nurses and Physicians. *Psychiatry* 2020; 32(2):287-293.
9. Cao J, Wei J, Zhu H, Duan Y, Geng W, Hong X, Jiang J, Zhao X, Zhu B. A Study of Basic Needs and Psychological Wellbeing of Medical Workers in the Fever Clinic of a Tertiary General Hospital in Beijing during the COVID-19 Outbreak. *Psychother. Psychosom.* 2020;89:252–254.
10. Lu W, Wang H, Lin Y, Li L. Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychiatry Res.* 2020; 288:112936. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112936.

OCENA WPŁYWU WYBRANYCH CZYNNIKÓW NA POZIOM STRESU WŚRÓD PIELĘGNIAREK OPERACYJNYCH

**ALEKSANDRA FAJNKUCHEN, MAGDALENA KAZIMIERSKA-ZAJĄC, DOROTA REGNER,
MONIKA MICHALAK**

Wstęp. Pielęgniarki operacyjne mają szczególny wkład w zapewnianiu bezpieczeństwa oraz odpowiedniego środowiska podczas zabiegów chirurgicznych. Blok operacyjny jest specyficznym miejscem pracy. Pracownicy narażeni są na działanie licznych czynników szkodliwych i niebezpiecznych oraz pracę pod wpływem dużego stresu. Specyfika pracy pielęgniarki operacyjnej w dużym stopniu różni się od pozostałych specjalności. Pielęgniarka operacyjna jest odpowiedzialna za przygotowanie pacjenta do zabiegu operacyjnego, zapewnienie bezpieczeństwa i odpowiedniego komfortu choremu, przygotowanie sali bloku operacyjnego, narzędzi chirurgicznych, instrumentowanie podczas zabiegu operacyjnego, kontrolę liczby narzędzi i materiałów oraz prowadzenie dokumentacji medycznej. Pielęgniarka operacyjna powinna cechować się opanowaniem, sprawnością manualną, podzielnością uwagi. Swoją pracę musi wykonywać w maksymalnym skupieniu i w gotowości, żeby szybko reagować w nieoczekiwanych, nagłych sytuacjach. Od pielęgniarki operacyjnej oczekuje się również wielospecjalistycznej wiedzy i umiejętności, nieustannego kształcenia i poszerzania kwalifikacji [1].

Jest to zatem praca wymagająca pod względem fizycznym, emocjonalnym i psychicznym, co sprawia, że wykonywanie codziennych obowiązków zawodowych może być źródłem stresu. Stres wciąż stanowi poważny problem dla pielęgniarek i jest powodem do rozważań w środowisku medycznym. Przewlekły stres, brak możliwości konstruktywnego radzenia sobie z nim stanowi poważne konsekwencje nie tylko dla zdrowia pielęgniarek, ale także dla jakości opieki świadczonej pacjentom. Prowadzenie badań w tym obszarze jest w związku z tym niezwykle istotne, bo zwiększa świadomość skutków stresu, konieczności właściwego zarządzania nim, a także możliwości zapobiegania przewlekłemu stresowi w środowisku medycznym [2].

Cel pracy. Celem głównym pracy było określenie, jakie czynniki wywołują stres u pielęgniarek/pielęgniarzy pracujących na sali operacyjnej oraz ocena stopnia ich nasilenia. Zakładano również sprawdzenie, które z czynników są najbardziej stresujące, jak często badani odczuwają stres w pracy oraz czy istnieją zależności pomiędzy wiekiem a występowaniem objawów stresu.

Materiał i metody badawcze. Badana grupa liczyła 100 osób. Badanie przeprowadzono stosując metodę sondażu diagnostycznego. Kwestionariusze udostępniono badanym za

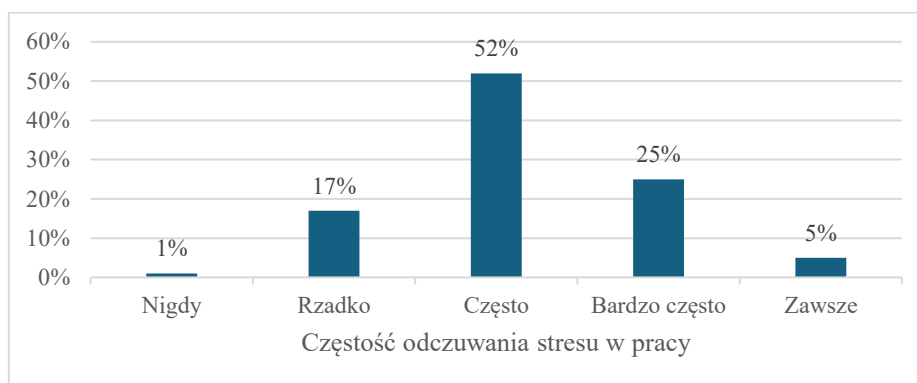
pośrednictwem internetu. Wykorzystano standaryzowane narzędzie Skalę Odczuwanego Stresu (PSS-10) w polskiej adaptacji Z. Juszczyńskiego i N. Ogińskiej - Bulik oraz kwestionariusz własny. Skala PSS-10 składa się z 10 pytań, które odnoszą się do odczuwanych emocji i myśli mających związek z wydarzeniami na przestrzeni ostatniego miesiąca. Ocena nasilenia stresu jest wynikiem odpowiedzi na pytania dotyczące różnych subiektywnych odczuć związanych z problemami lub umiejętnością radzenia sobie ze stresem. Każde z 10 pytań jest oceniane w skali od 0 (nigdy) do 4 (bardzo często). Ankieta własna składała się z części gromadzącej dane socjodemograficzne tj. wiek, płeć, wykształcenie, staż pracy w zawodzie oraz okres pracy na stanowisku pielęgniarki operacyjnej i formę zatrudnienia oraz z części drugiej, która odnosiła się do identyfikacji czynników stresogennych ankietowanych oraz ich subiektywnych odczuć związanych z doświadczanym stresem, jego częstotliwością, nasileniem oraz głównymi objawami odczuwanego stresu. Przeprowadzone badanie było dobrowolne i anonimowe.

Analizę statystyczną przeprowadzono w środowisku R (wer. 3.6.0), programie PSPP oraz MS Office 2019. Doboru testów dokonywano na podstawie rozkładu zmiennych, weryfikowanego testem Shapiro-Wilka. Przyjęto poziom istotności $p = 0,05$. Zmienne jakościowe (porządkowe, nominalne) analizowano testami chi-kwadrat; w tabelach 2x2 stosowano poprawkę Yatesa, a przy niespełnieniu założeń testu chi-kwadrat – test dokładny Fishera (również dla większych tabel). Zmienną porządkową analizowano testem dla jednej próby, porównując częstości empiryczne i oczekiwane. Dla zmiennych ilościowych w grupach stosowano test t Studenta lub analizę wariancji ANOVA. We wszystkich testach sprawdzano istotność różnic lub zależności pomiędzy zmiennymi względem hipotezy zerowej H_0 .

Wyniki. W grupie badanej zdecydowaną większość stanowiły kobiety (93%). Najlicniejszą kategorią wiekową były osoby w przedziale 41–50 lat (36%). Kolejne grupy wiekowe to osoby w wieku 20–30 lat (27%) oraz 31–40 lat (22%). Najmniej liczną grupą były osoby powyżej 51 roku życia (15%). Pod względem wykształcenia 65% uczestników badania posiadało tytuł licencjata pielęgniarstwa. Ukończenie studiów magisterskich zadeklarowało 29% respondentów, natomiast 6% posiadało wykształcenie średnie medyczne (liceum medyczne). W zakresie kwalifikacji zawodowych 37% badanych posiadało specjalizację z zakresu pielęgniarstwa operacyjnego, a 23% znajdowało się w trakcie jej realizacji. Analiza stażu pracy wykazała, że 43% respondentów posiadało ponad 20 lat doświadczenia zawodowego. Staż pracy w przedziale 1–5 lat - 18% osób, 11–20 lat – 16%, 6–10 lat – 14%, a mniej niż jeden rok – 9%. Zdecydowana większość uczestników badania (67%) pracowała w systemie dwuzmianowym. W odniesieniu do stażu pracy na oddziale chirurgicznym, 29% badanych pracowało na takim oddziale krócej niż rok, 20% miało staż 1–5 lat, 10% – 6–10 lat, 15% – 11–

15 lat, natomiast 26% osób deklarowało ponad 20-letnie doświadczenie w pracy na oddziale chirurgicznym.

Wyniki ankiety własnej: Satysfakcję z pracy zawodowej czerpie 89% ankietowanych. Badane osoby w zdecydowanej większości postrzegają swoją pracę jako stresującą (98%), nieco ponad połowa badanych (52%) deklaruje częste odczuwanie stresu, a dodatkowo ¼ bardzo częste odczuwanie stresu w związku z wykonywaną pracą. 5% ankietowanych odczuwa stres zawsze (wykres 1).



Wykres 1. Częstość odczuwania stresu w pracy.

Odczuwanie objawów stresu zgłaszało 91% personelu. Najczęściej wskazywane objawy odczuwanego stresu to: problemy ze snem, ból głowy, trudności w koncentracji, ból brzucha oraz niechęć do pracy. Dokładne wyniki przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Zgłaszane objawy stresu wśród pielęgniarek operacyjnych.

Objawy stresu	Częstość	Procent obserwacji
ból brzucha	29	31,87%
ból głowy	48	52,75%
niechęć do pracy	29	31,87%
apatia	16	17,58%
dolegliwości gastryczne	22	24,18%
problemy ze snem	56	61,54%
trudności w koncentracji	43	47,25%
inne	6	6,59%

Wpływ stresu związanego z wykonywanymi obowiązkami zawodowymi na życie prywatne deklarowało 71% ankietowanych.

Dominującymi czynnikami wywołującymi stres były odpowiedzialność za życie i zdrowie pacjenta (59%), możliwość popełnienia błędu (57%), presja czasu (55%), długotrwała koncentracja (52%), niewystarczająca obsada personelu (49%), duża odpowiedzialność (45%), konflikty interpersonalne (43%). Równie często deklarowane były czynniki takie, jak

utrudniony przepływ informacji (39%), zła organizacja pracy (38%), niedostateczne wsparcie przełożonych (35%), brak stałych przerw na posiłek (34%), brak współpracy, duża ilość zabiegów, wymuszona pozycja ciała (po 32%), nadmiar obowiązków, możliwość zakażenia się (po 31%), niskie wynagrodzenie (29%), niekompetencje pracowników (27%), nadmiar dokumentacji (26%), częste awarie sprzętu (25%), rywalizacja między pracownikami (24%), dyżury nocne i świąteczne, niedostatecznie wyposażenie stanowiska pracy (po 22%), kontakt ze śmiercią chorego (18%). Najrzadziej deklarowanymi czynnikami wywołującymi stres były praca zmianowa (9%), czynniki nieprzyjemne np. nieprzyjemny zapach (6%), kontakt z pacjentem (2%) oraz mobbing ze strony oddziałowej (1%). Poniższa tabela zawiera zbiorcze zestawienie 28 czynników wraz z udziałem procentowym odpowiedzi.

Tabela 2. Czynniki wywołujące stres wśród pielęgniarek operacyjnych.

Czynniki wywołujące stres	Częstość	Procent obserwacji
wymuszona pozycja ciała	32	32,00%
presja czasu	55	55,00%
możliwość zakażenia się	31	31,00%
długotrwała koncentracja	52	52,00%
możliwość popełnienia błędu	57	57,00%
odpowiedzialność za pacjenta	59	59,00%
nadmiar dokumentacji	26	26,00%
nadmiar obowiązków	31	31,00%
duża odpowiedzialność	45	45,00%
brak stałych przerw na posiłek	34	34,00%
dyżury nocne i świąteczne	22	22,00%
praca zmianowa	9	9,00%
niewystarczająca obsada	49	49,00%
niedostateczne wyposażenie	22	22,00%
niekompetencje współpracowników	27	27,00%
brak współpracy	32	32,00%
konflikty interpersonalne	43	43,00%
rywalizacja między pracownikami	24	24,00%
niedostateczne wsparcie przełożonych	35	35,00%
kontakt ze śmiercią chorego	18	18,00%
utrudniony przepływ informacji	39	39,00%
niskie wynagrodzenie	29	29,00%
czynniki nieprzyjemne	6	6,00%
kontakt z pacjentem	2	2,00%
częste awarie sprzętu	25	25,00%
długi czas trwania zabiegu	21	21,00%
duża ilość zabiegów	32	32,00%
zła organizacja pracy	38	38,00%
inne	1	1,00%

Drugim rozbudowanym pytaniem w ankiecie było określenie przez respondentów, w jakim stopniu są stresujące przedstawione czynniki występujące w miejscu pracy. Respondenci mieli przyporządkować do każdego z wymienionych czynników jedną odpowiedź ze skali rankingowej: w ogóle nie stresujące, trochę stresujące, średnio/czasem stresujące, stresujące, bardzo stresujące. Poniższa tabela zawiera zbiorcze zestawienie 28 czynników wraz z ilością odpowiedzi.

Tabela 3. Czynniki stresogenne występujące w pracy pielęgniarek operacyjnych.

Czynniki stresogenne		nie stresujące	trochę stresujące	średnio stresujące	stresujące	bardzo stresujące
wymuszona pozycja ciała	N	32	39	14	9	6
	%	32,0%	39,0%	14,0%	9,0%	6,0%
presja czasu	N	9	32	13	20	26
	%	9,0%	32,0%	13,0%	20,0%	26,0%
możliwość zakażenia się	N	13	40	16	23	8
	%	13,0%	40,0%	16,0%	23,0%	8,0%
długotrwała koncentracja	N	11	25	12	28	24
	%	11,0%	25,0%	12,0%	28,0%	24,0%
możliwość popełnienia błędu	N	6	26	13	19	36
	%	6,0%	26,0%	13,0%	19,0%	36,0%
odpowiedzialność za pacjenta	N	8	22	18	19	33
	%	8,0%	22,0%	18,0%	19,0%	33,0%
nadmiar dokumentacji	N	25	26	28	13	8
	%	25,0%	26,0%	28,0%	13,0%	8,0%
nadmiar obowiązków	N	13	23	29	23	12
	%	13,0%	23,0%	29,0%	23,0%	12,0%
duża odpowiedzialność	N	7	25	16	21	31
	%	7,0%	25,0%	16,0%	21,0%	31,0%
brak stałych przerw na posiłek	N	25	29	22	14	10
	%	25,0%	29,0%	22,0%	14,0%	10,0%
dyżury nocne i świąteczne	N	44	17	21	14	4
	%	44,0%	17,0%	21,0%	14,0%	4,0%
praca zmianowa	N	45	18	20	13	4
	%	45,0%	18,0%	20,0%	13,0%	4,0%
niewystarczająca obsada	N	19	23	17	22	19
	%	19,0%	23,0%	17,0%	22,0%	19,0%
niedostateczne wyposażenie	N	18	33	16	21	12
	%	18,0%	33,0%	16,0%	21,0%	12,0%
niekompetencje współpracowników	N	18	30	18	14	20
	%	18,0%	30,0%	18,0%	14,0%	20,0%
brak współpracy	N	14	24	20	18	24
	%	14,0%	24,0%	20,0%	18,0%	24,0%
konflikty interpersonalne	N	12	25	19	22	22
	%	12,0%	25,0%	19,0%	22,0%	22,0%
rywalizacja między pracownikami	N	28	22	17	15	18
	%	28,0%	22,0%	17,0%	15,0%	18,0%
niedostateczne wsparcie przełożonych	N	13	29	21	13	24
	%	13,0%	29,0%	21,0%	13,0%	24,0%
kontakt ze śmiercią chorego	N	18	37	17	15	13
	%	18,0%	37,0%	17,0%	15,0%	13,0%
utrudniony przepływ informacji	N	11	29	21	26	13
	%	11,0%	29,0%	21,0%	26,0%	13,0%
niskie wynagrodzenie	N	10	35	16	18	21
	%	10,0%	35,0%	16,0%	18,0%	21,0%

Czynniki stresogenne		nie stresujące	trochę stresujące	średnio stresujące	stresujące	bardzo stresujące
czynniki nieprzyjemne	N	36	41	11	6	6
	%	36,0%	41,0%	11,0%	6,0%	6,0%
kontakt z pacjentem	N	54	28	9	5	4
	%	54,0%	28,0%	9,0%	5,0%	4,0%
częste awarie sprzętu	N	20	36	17	14	13
	%	20,0%	36,0%	17,0%	14,0%	13,0%
długi czas trwania zabiegu	N	27	32	16	16	9
	%	27,0%	32,0%	16,0%	16,0%	9,0%
duża ilość zabiegów	N	17	32	19	20	12
	%	17,0%	32,0%	19,0%	20,0%	12,0%
zła organizacja pracy	N	11	30	19	21	19
	%	11,0%	30,0%	19,0%	21,0%	19,0%

Według respondentów najbardziej stresującymi czynnikami były: możliwość popełnienia błędu (36%), odpowiedzialność za pacjenta (33%), duża odpowiedzialność (31%). Najmniej stresującymi czynnikami były: kontakt z pacjentem (54%), praca zmianowa (45%), dyżury nocne i świąteczne (44%).

Wyniki Skali PSS-10: Wysoki poziom stresu odnotowano u 66% respondentów, średni poziom stresu u 26%, natomiast niski u 8 % ankietowanych. Rozkład poziomu natężenia stresu przedstawiony został w tabeli 4.

Tabela 4. Rozkład poziomów nasilenia stresu wśród pielęgniarek operacyjnych.

Zmienna	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Maks</i>	<i>Me</i>
nasilenie stresu	100	21,60	6,54	4,00	40,00	21,50
nasilenie stresu – sten	100	7,06	1,76	3,00	10,00	7,00

N – liczebność; *M* – średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *Min* – minimum; *Maks* – maksimum; *Me* – mediana

Wyniki badania wykazały istotną zależność między poziomem wykształcenia a natężeniem stresu wśród personelu pielęgniarskiego. Średni poziom stresu w grupie osób z wykształceniem licencjackim wynosił $M = 20,52$ ($SD = 6,65$), natomiast wśród osób posiadających wykształcenie magisterskie był istotnie wyższy i wynosił $M = 23,90$ ($SD = 6,06$). Różnica ta okazała się statystycznie istotna ($p < 0,05$), co oznacza, że pielęgniarki i pielęgniarze z tytułem magistra doświadczali wyższego poziomu stresu niż osoby z wykształceniem licencjackim. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 5. Wykształcenie a nasilenie stresu wśród pielęgniarek operacyjnych.

		Statystyki opisowe				
		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
	nasilenie stresu	-2,33	92	0,022		
Wykształcenie	licencjackie				20,52	6,65
	magisterskie				23,90	6,06

t – statystyka testu; *df* – stopnie swobody; *p* – istotność statystyczna; *M* – średnia; *SD* – odchylenie standardowe

Na podstawie przeprowadzonych analiz wykazano, że staż pracy istotnie różnicuje nasilenie odczuwanego stresu związanego z możliwością popełnienia błędu. Analiza wykazała statystycznie istotne różnice między osobami o krótkim (do 5 lat) a długim (powyżej 20 lat) stażu pracy ($p < 0,05$).

W grupie osób ze stażem do 5 lat mediana nasilenia stresu w związku z możliwością popełnienia błędu wyniosła $Me = 4,00$, co oznacza, że przynajmniej połowa badanych w tej grupie oceniała ten czynnik jako silnie stresujący. W grupie badanych ze stażem powyżej 20 lat mediana wyniosła $Me = 2,00$, co wskazuje na znacznie niższe natężenie stresu związanego z tym aspektem pracy.

Uzyskane wyniki sugerują, że mniej doświadczone pielęgniarki w istotnie większym stopniu odczuwają lęk przed popełnieniem błędu niż ich bardziej doświadczeni zawodowo koledzy i koleżanki. Szczegółowe dane dotyczące zależności pomiędzy stażem pracy a poziomem stresu związanego z możliwością popełnienia błędu przedstawiono w tabeli 6.

Tabela 6. Staż pracy, a stres związany z możliwością popełnienia błędu w zawodzie pielęgniarki.

Staż pracy			p
możliwość popełnienia błędu	do 5 lat	6 – 20 lat	0,141
	do 5 lat	powyżej 20 lat	0,031
	6 – 20 lat	powyżej 20 lat	1,000

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; p – istotność statystyczna

Nie wykazano istotnej statystycznie różnicy między natężeniem stresu, a pracą w systemie dwuzmianowym, wiekiem, a także posiadaniem specjalizacji z zakresu pielęgniarstwa operacyjnego bądź byciem w trakcie specjalizacji (tabele 7, 8, 9).

Tabela 7. System pracy a nasilenie stresu.

					Statystyki opisowe	
		t	df	p	M	SD
System pracy	nasilenie stresu	-0,97	98	0,335		
	jednozmianowy				20,70	7,27
	dwuzmianowy				22,05	6,15

t – statystyka testu; df – stopnie swobody; p – istotność statystyczna; M – średnia; SD – odchylenie standardowe

Wśród osób pracujących jednozmianowo nasilenie stresu wynosiło średnio $M = 20,70$ ($SD = 7,27$), a wśród pracujących dwuzmianowo średnia była nieco wyższa, wynosiła $M = 22,05$ ($SD = 6,15$). Różnice nie są jednak istotne statystycznie ($p > 0,05$).

Tabela 8. Występowanie objawów stresu a wiek.

		Wiek			Wynik testu
		20 – 30 lat	31 – 40 lat	powyżej 40 lat	
Występowanie objawów stresu	występują	N	24	20	47
		%	88,9%	90,9%	92,2%

		Wiek			Wynik testu
		20 – 30 lat	31 – 40 lat	powyżej 40 lat	
nie występują	N	3	2	4	$\chi^2 = 0,230$ $df = 2$ $p = 0,891$
	%	11,1%	9,1%	7,8%	
Ogółem	N	27	22	51	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody; N – liczebność; p – istotność statystyczna

Wynik był statystycznie nieistotny ($p > 0,05$). Występowanie objawów stresu nie było istotnie zależne od wieku respondentów.

Tabela 9. Występowanie objawów stresu a posiadanie specjalizacji.

	Posiadanie specjalizacji	F	$df1$	$df2$	p	M	SD
nasilenie stresu	posiadam					20,95	4,85
	w trakcie	0,40	2	54	0,672	22,22	6,57
	nie posiadam					21,85	7,85

F – statystyka testu; df – stopnie swobody; p – istotność statystyczna; M – średnia; SD – odchylenie standardowe

Wśród osób posiadających specjalizację nasilenie stresu wynosiło średnio $M = 20,95$ ($SD = 4,85$), wśród osób będących w trakcie specjalizacji $M = 22,22$ ($SD = 6,57$), a wśród nieposiadających specjalizacji $M = 21,85$ ($SD = 7,85$). Opisane różnice były nieistotne statystycznie ($p > 0,05$).

Dyskusja. Pielęgniarka, realizując swoje obowiązki zawodowe, ponosi pełną odpowiedzialność za wykonywane świadczenia medyczne. Odpowiada zawodowo, karnie oraz cywilnie. Szczególnie wymagająca jest praca pielęgniarek operacyjnych, która wiąże się z licznymi obciążeniami zarówno psychicznymi, jak i fizycznymi. Obciążenia psychiczne wynikają z pracy w środowisku osób chorych i cierpiących, konieczności wykonywania różnorodnych zadań oraz szybkiego reagowania na zmieniające się warunki. Z kolei obciążenia fizyczne towarzyszą zarówno przygotowaniu pacjenta do zabiegu, jak i jego przebiegowi [3]. Jak wskazują wcześniejsze badania, długotrwałe napięcie emocjonalne oraz przewlekły stres mogą prowadzić do rozwoju wypalenia zawodowego [4]. Zidentyfikowanie czynników stresogennych charakterystycznych dla pracy pielęgniarek operacyjnych pozwala na przygotowanie i wdrażanie strategii mających na celu redukującą stresu, poprawę warunków pracy i jakości świadczonych usług medycznych.

Wyniki przeprowadzonych badań własnych wykazały, że aż 90% respondentek odczuwa stres związany z wykonywaną pracą. Większość uczestniczek badania określiła swoją pracę jako stresującą i wskazywała na częste doświadczanie stresu. Podobne obserwacje poczynili Burba i wsp., którzy analizując poziom stresu w grupie 100 pielęgniarek zatrudnionych w różnych oddziałach klinicznych, stwierdzili, że zdecydowana większość z nich uznaje stres za

nieodłączny element zawodu pielęgniarki [5]. Również Białkowska i współautorzy, badając obciążenie psychofizyczne pielęgniarek operacyjnych, zauważyli, że znaczna część z nich doświadcza reakcji stresowych w związku z wykonywaną pracą [6].

W prezentowanym badaniu zastosowano Skalę Odczuwanego Stresu (PSS-10), która wykazała wysoki poziom stresu u 66% badanych. U 26% respondentów poziom stresu określono jako średni, natomiast jedynie 8% uzyskało wynik wskazujący na niski poziom stresu. W badaniach Bulbuloglu i wsp. również wykazano wysoki poziom stresu wśród pielęgniarek operacyjnych – 45,5% badanych uzyskało wysokie wyniki w PSS-10 [7].

Wysokiemu poziomowi stresu często towarzyszą objawy somatyczne i psychiczne. W przeprowadzonym badaniu aż 91% uczestniczek wskazało, że doświadcza objawów związanych ze stresem. Najczęściej zgłaszano: problemy ze snem (61,5%), bóle głowy (52,7%), trudności w koncentracji (47,3%) oraz bóle brzucha i niechęć do pracy (po 31,9%). Białkowska i wsp. również odnotowali podobne objawy, m.in. bóle głowy, zaburzenia koncentracji oraz senność [6].

Źródła stresu w pracy pielęgniarek/pielęgniarzy mogą mieć zarówno charakter zawodowy, jak i osobisty. W przeprowadzonym badaniu najczęściej wskazywanym czynnikiem stresogennym był lęk przed popełnieniem błędu. Wynik ten jest zbieżny z danymi przedstawionymi przez Popow i wsp., którzy wskazali, że największe obciążenie psychiczne w pracy pielęgniarki wynika z konieczności stałej czujności, odpowiedzialności za życie i zdrowie pacjenta oraz presji czasu [1]. Podobne wyniki uzyskali Kornakiewicz i wsp., którzy analizując czynniki wpływające na wypalenie zawodowe pielęgniarek, zwrócili uwagę na stres wynikający z odpowiedzialności za pacjenta, lęku przed popełnieniem błędu oraz kontaktu ze śmiercią [10]. Co istotne, osoby z krótszym stażem pracy (< 5 lat) wykazywały wyższy poziom stresu związanego z możliwością popełnienia błędu niż osoby z doświadczeniem powyżej 20 lat. Również w badaniu własnym zaobserwowano taką zależność, co potwierdza wyniki wcześniejszych badań Popow i wsp. [1].

Wnioski.

1. Praca na stanowisku pielęgniarki operacyjnej wiąże się z wysokim ryzykiem narażenia na stres oraz odczuwaniem somatycznych lub psychicznych objawów z nim związanych.
2. W percepcji badanych praca pielęgniarki/pielęgniacza na sali operacyjnej jest wysoko stresująca. Ponadto stres w tej grupie jest zjawiskiem powszechnym.
3. Konsekwencje stresu pielęgniarki operacyjnej (w tym szczególnie najczęściej wymieniane jak problemy ze snem, bóle głowy czy trudności z koncentracją) mogą wpływać nie tylko

na dobrostan pielęgniarki, ale i na pracę całego zespołu operacyjnego, a przez to na jakość świadczonej opieki.

4. Wyniki badania wskazują na pilną potrzebę wdrożenia metod radzenia sobie ze stresem w środowisku pielęgniarek/pielęgniarzy operacyjnych. Rozwiązaniem mogłoby być organizowanie szkoleń, na których przedstawiano by skuteczne i konstruktywne metody redukcji stresu.

Piśmiennictwo:

- [1] Popow A., Cierznikowska K., Kozłowska E. i wsp.: Stress-inducing factors among a group of operational nurses. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2018; 2:56–63.
- [2] McVicar A.: Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing* 2003; 44:633-642
- [3] Kulczycka K., Żarnowska M., Stychno E., i wsp.: Wstępna ocena ryzyka zawodowego na stanowisku instrumentariuszki jako element skutecznego zarządzania personelem szpitalnym. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie* 2016; 15:101-114.
- [4] Schneider-Matyka, D., Róż, D. A., Szkup, M., Jurczak, A., Wieder-Huszla, S., & Grochans, E.: Analiza wpływu stresu na wypalenie zawodowe pielęgniarek. *Problemy pielęgniarstwa* 2017;25(4): 245-251.
- [5] Burba M., Gotlib J.: Ocena występowania stresu w grupie pielęgniarek zatrudnionych w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. prof. Witolda Orłowskiego w Warszawie. *Pielęgniarstwo Polskie* 2017; 63:54-61.
- [6] Białkowska M., Pasek J., Cieslar G., i wsp.: Obciążenie psychofizyczne pielęgniarek pracujących na bloku operacyjnym urazowo-ortopedycznym. *Pielęgniarstwo Polskie* 2021; 1:19-24.
- [7] Bulbuloglu S., Kapikiran G., Saritas S.: Perceived and sources of occupational stress in surgical intensive care nurses. *Proceedings of Singapore Healthcare* 2021; 30:200-205.

CZYNNIKI STRESOGENNE W PRACY PIEŁĘGNIAREK ANESTEZJOLOGICZNYCH I OPERACYJNYCH

EMILIA WAWSZCZAK, EDYTA STOCKA

Wstęp. Jednym z nieodzownych elementów życia każdego współczesnego człowieka jest stres. Wpisany on jest w tempo życia obecnego świata i dotyczy on zarówno sfery zawodowej, jak i prywatnej [1]. Odczuwanie stresu niesie za sobą liczne skutki negatywne dla człowieka, ale wiąże się również z pozytywnymi efektami. Jednak nadmierna ekspozycja na stres powoduje liczne zmiany w organizmie człowieka zarówno o charakterze fizjologicznym, jak i biochemicznym. Natomiast stres tzw. pozytywny wpływa korzystnie na człowieka, przyczyniając się do napędza go do działania, dodaje sił w walce z trudną sytuacją [2].

Specyficznym typem stresu jest ten odczuwany w pracy, który określany jest mianem stresu zawodowego. Zdaniem wielu analityków jest to rodzaj stresu, który pojawia się, gdy uzdolnienia jak i możliwości danej jednostki nie odpowiadają wymaganiom oraz potrzebom pracy, a także w przypadku gdy w otoczeniu jednostki pojawiają się pewne trudności, które uniemożliwiają zaspokojenie ważnych dla niej potrzeb lub osiągnięcie cennych dla niej wartości [3,4].

Szczególnie narażoną na stres grupą zawodową są pracownicy służby zdrowia, w tym zwłaszcza personel pielęgniarski. Uwarunkowania stresogenności wśród medyków wynikają w głównej mierze z koniecznością ochrony i ratowania życia ludzkiego. Wielu analityków podkreśla, że do szczególnie stresujących aspektów pracy pielęgniarek i pielęgniarzy zalicza się ciągłą walkę o życie chorych, a także bliski kontakt z pacjentem oraz jego rodziną [5,6].

Ponadto analitycy problemu podkreśla, że zawód pielęgniarki wymaga nie tylko wytrzymałości fizycznej, ale przede wszystkim psychicznej. Wynika to ze specyfiki zadań przypisanych do zawodu pielęgniarki, a mianowicie ciężkiego przebiegu choroby, która często wiąże się ze śmiercią pacjentów. Zawód pielęgniarki jest zawodem, który powoduje największy stres wśród pracowników, co może prowadzić do uciążliwych, a nawet niebezpiecznych problemów zdrowotnych, ale także być przyczyną wypalenia zawodowego i chęci rezygnacji z wykonywania tego zawodu [5,6].

Kluczowy wpływ na poziom stresu wśród medyków wywierają takie aspekty jak: ciągła walka o życie pacjenta, a także bliski kontakt z pacjentem oraz jego rodziną. Do innych czynników stresogennych w pracy pielęgniarek i pielęgniarzy zalicza się: złą organizację pracy, pracę

w trybie zmianowym, a także zbyt niskie płace, czy też konflikt ze współpracownikami lub przełożonymi oraz brak zrozumienia oraz wsparcia ze strony pracodawców.

Zespół bloku operacyjnego składa się z pielęgniarek operacyjnych i anestezjologicznych, chirurgów, anestezjologów, a także z salowych. Blok operacyjny jest jedną z kluczowych komórek w organizacji szpitala [7, 8].

Bloki operacyjne charakteryzują się szczególnymi warunkami pracy. Personel pracujący na salach operacyjnych, zarówno lekarze, jak i pielęgniarki, są zobowiązani nie tylko do posiadania niezbędnych umiejętności i etyki zawodowej, ale także do wykonywania swojej pracy zgodnie ze ścisłymi wymogami i procedurami. W razie potrzeby muszą być zawsze gotowi do udzielenia pierwszej pomocy pacjentom [9-11].

Pielęgniarki zaczynające swoją pracę na bloku operacyjnym powinny dysponować szeregiem umiejętności i kompetencji. Do podstawowych wymogów, jakie musi spełnić pielęgniarka operacyjna należy wyższe wykształcenie kierunkowe, prawo wykonywania zawodu, zaświadczenie o stanie zdrowia [12-14].

W zakresie obowiązków pielęgniarek operacyjnych znajduje się całościowe, samodzielne, fachowe, biegłe, planowe przygotowanie oraz instrumentowanie przy operacji [15]. Pielęgniarkom operacyjnym powierzono do zrealizowania cały szereg funkcji, zwłaszcza takich jak: dbałość o sterylność materiałów, zapewnienie bezpieczeństwa pacjentowi, czy też instrumentowanie do zabiegu oraz przygotowywanie narzędzia do sterylizacji [12]. Zadania jakie realizuje pielęgniarka operacyjna dzieli się na trzy etapy: zadania realizowane przed zabiegiem, w jego trakcie oraz po operacji. Ponadto z uwagi na fakt, że na bloku operacyjnym pracują pielęgniarki operacyjne i pielęgniarki pomagające zadania realizowane przez personel pielęgniarski mogą różnić się od siebie [13,14].

Kwestia wykonywania zawodu pielęgniarki anestezjologicznej została unormowana w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 roku w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii [15]. Personel pielęgniarski specjalizujący się w pielęgniarstwie anestezjologicznym, a także z zakresu intensywnej opieki w głównej mierze sprawuje opiekę nad pacjentem poddawany znieczuleniu. Praca pielęgniarki anestezjologicznej jest dziedziną wysokospecjalistyczną. Prowadzi działania terapeutyczne wobec pacjentów po znieczuleniu i zabiegu operacyjnym. Realizuje zadania wobec pacjenta w stanie zagrożenia życia i zdrowia w warunkach intensywnej terapii oraz Systemu Ratownictwa Medycznego [16].

Pielęgniarka anestezjologiczna to pielęgniarka, która zatrudniona jest na bloku operacyjnym lub na oddziale intensywnej terapii. Kluczową rolą pielęgniarki anestezjologicznej jest

współuczestniczenie w znieczuleniu pacjenta. Pielęgniarstwo w tej dziedzinie jest pielęgniarstwem klinicznym, dlatego musi w sobie skupić wiedzę kliniczną, humanistyczną i techniczną [17]. Pielęgniarkom anestezyjologicznym w szczególności powierzono realizację takich zadań jak: opiekę nad pacjentem poddawany znieczuleniu do zabiegów operacyjnych oraz diagnostycznych, które wymagają anestezji. Personel ten sprawuje opiekę nad chorym nieprzytomnym, w stanie zagrożenia życia zarówno w zakresie intensywnej terapii, jak i ratownictwa medycznego. Jednym z wielu obowiązków jest opieka nad dawcą i biorcą narządów przed, w trakcie i po zabiegach przeszczepiania narządów. Pielęgniarka ma obowiązek nadzorować oraz prowadzić dokumentację wykonywanych świadczeń medycznych. Prowadzi działalność edukacyjną skierowaną zarówno do pacjenta, jak i jego rodziny w zakresie zachowań prozdrowotnych i pielęgnacji chorego oraz zapobiegania powikłaniom. Pielęgniarka anestezyjologiczna powinna umieć ocenić: stan świadomości posługując się Skalą Glasgow (GCS), źrenice chorego, stan chorego w zakresie występujących u niego objawów wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego, czyli bóle głowy, wymioty, zaburzenia świadomości, sztywność karku. Do oceny przez zespół anestezyjologiczny należą zaburzenia wegetatywne związane ze stymulacją układu współczulnego tj. tachykardia, wzrost ciśnienia tętniczego krwi, temperatura ciała, wydzielanie potu oraz zaburzenia mowy czyli afazję [18].

Według Międzynarodowej Organizacji Pracy pracownicy ochrony zdrowia, w tym pielęgniarki, doświadczają wysokiego poziomu stresu zawodowego. Szczególnie pielęgniarki są narażone na wiele fizycznych, psychologicznych i biologicznych obciążeń podczas pracy, co dodatkowo nasila stres zawodowy [19].

Za jeden z najbardziej stresujących zawodów uznaje się zawody medyczne. Kluczowy wpływ na poziom stresu wśród medyków wywierają takie aspekty jak: ciągła walka o życie pacjenta, a także bliski kontakt z pacjentem oraz jego rodziną. Do innych czynników stresogennych w pracy pielęgniarek i pielęgniarzy zalicza się: złą organizację pracy, pracę w trybie zmianowym, a także niskie wynagrodzenie, konflikty ze współpracownikami i/lub przełożonymi, czy też brak zrozumienia oraz wsparcia ze strony pracodawców [25, 32, 33].

Wśród głównych grup stresorów charakterystyczne dla pracy personelu pielęgniarskiego wyróżnia się:

1. Czynniki związane z treścią pracy, np. wymuszona koncentracja pracy, wielozadaniowość itp.,
2. Czynniki wynikające z organizacji pracy – np. presja czasu, szybkie tempo pracy itp.,

3. Cechy społeczne wynikające z konieczności interakcji z ludźmi – np. brak wsparcia przełożonego, a także współpracowników, rywalizacja itp.,
4. Psychologiczne cechy pracy wynikające z jej relacji do potrzeb oraz preferencji współpracowników – np. niski prestiż zawodu, niewystarczająca liczba pracowników, ograniczone możliwości awansu itp.,
5. Cechy pracy wywołujące zakłócenia na linii praca-dom;
6. Fizyczne warunki pracy – np., długie godziny pracy w niekorzystnej pozycji, a także przykry zapach, wydzieliny, itp. [20].

Stres w pracy pielęgniarki jest wieloczynnikowy i może wynikać z samych cech związanych z treścią pracy, jak i organizacji pracy, kontaktów z pacjentami, czy psychologicznych cech pracy i wielu innych. Stres doświadczany przez pielęgniarki w miejscu pracy powoduje m.in. obniżenie satysfakcji z pracy, zmniejszenie wydajności pracy i obniżenie jej jakości. Zaobserwowano, że niektórzy pracownicy ochrony zdrowia odchodzą z pracy, ponieważ nie mają siły fizycznej, aby dalej zmagać się z ciągłym stresem [21].

Celem pracy było wskazanie czynników stresogennych występujących w pracy personelu pielęgniarskiego anestezjologicznego oraz operacyjnego.

Materiał i metody. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, użyto autorski kwestionariusz ankiety składający się z pytań typu zamkniętego z możliwością wyboru jednej lub kilku odpowiedzi. W badaniu wzięło udział 120 osób – 60 pielęgniarek anestezjologicznych i 60 operacyjnych. Zebrany materiał wprowadzono do bazy danych programu Excel. Wszystkie obliczenia wykonano za pomocą pakietu statystycznego SPSS Statistics 25,0. Badania miały charakter anonimowy i dobrowolny, poddano je analizie opisowej, graficznej oraz statystycznej. Do zbadania zależności statystycznej pomiędzy analizowanymi cechami użyto testu chi kwadrat. Siłę zależności pomiędzy zmiennymi w tabelach krzyżowych oceniono za pomocą testu V Cramera (tabele 2x3, 4x5 itp.). Wszystkie miary siły związku są normalizowane, tak aby przyjmowały wartości z przedziału (0-1), w związku z czym: 0-0,29 – zależność słaba, 0,30-0,49 – zależność umiarkowana, a także 0,5-1 – zależność silna. Za poziom istotności statystycznej przyjęto $p < 0,05$.

Wyniki. Charakterystyka grupy badanej: spośród 120 badanych pielęgniarek i pielęgniarzy najwięcej było kobiet, które stanowiły 82% badanych, zaś mężczyźni 18%. Wśród badanych największa część respondentów była w wieku 41-50 lat i stanowiła 34% badanych oraz w wieku 31-40 lat - 29% badanych. W badanej grupie pielęgniarek i pielęgniarzy dominowały osoby pozostające w związku małżeńskim 73% badanych. Największa część uczestników badania zamieszkiwała na terenach miejskich - 68% badanych. W badanej grupie 52% posiadało

wykształcenie wyższe licencjackie, zaś 38% wyższe magisterskie. Pozostałe 10% badanych stanowiły pielęgniarki dyplomowane. Specjalizację z zakresu pielęgniarstwa anestezyjologicznego posiadało 27% badanych, zaś z pielęgniarstwa operacyjnego 32% badanych. W badanej grupie największa część badanych pracowała w zawodzie pielęgniarstwie od 11 do 20 lat 28% badanych oraz od 6 do 10 lat 26% badanych. Największa część badanych wskazywała, że jako pielęgniarka anestezyjologiczna lub operacyjna pracowała od 6-10 lat 33% badanych oraz od 11 do 20 lat 32% badanych.

Największa część badanych deklarowała, że na co dzień w pracy towarzyszy im wysoki poziom stresu - 54% badanych, zaś bardzo wysoki wskazało 11% badanych. Natomiast 27% badanych przyznało, że poziom ich stresu odczuwanego w pracy nie jest ani wysoki, ani niski. Zdecydowana większość badanych - 87% była zdania, że stres w pracy pielęgniarki/pielęgniarskiego jest nieodłącznym jej elementem. Konieczność podejmowania szybkich decyzji w pracy pielęgniarki/pielęgniarskiego zdaniem największej części badanych, bo 54% w wysokim stopniu wpływa na poziom stresu w pracy. Zbyt duża ilość zadań do wykonania w pracy zdaniem badanego personelu pielęgniarstwa w wysokim stopniu wpływa na poziom stresu - tak wskazało 51% badanych, zaś 27% wskazało, że nawet w bardzo wysokim. Duża odpowiedzialność za zdrowie i życie drugiego człowieka według 68% badanych wpływa w wysokim stopniu na poziom stresu w pracy badanego personelu pielęgniarstwa, zaś według 23% badanych nawet w bardzo wysokim. Natomiast 48% badanych było zdania, że w wysokim stopniu lęk przed popełnieniem błędu wpływa na poziom stresu w pracy pielęgniarek, zaś zdaniem 34% nawet w bardzo wysokim stopniu. Brak porozumienia z przełożonym zdaniem 43% badanych wpływa na poziom stresu w pracy w wysokim stopniu, zaś zdaniem 40% badanych w stopniu średnim. Najczęściej badany personel pielęgniarstwa wskazywał, że współpraca lekarz-pielęgniarka wpływa na poziom stresu w pracy w stopniu średnim, tak wskazało 43% badanych, lecz dla 27% badanych miała ona wysoki wpływ na stres. Kontakt z pacjentem i jego rodziną zdaniem największej części badanych pielęgniarek i pielęgniarzy - 53% wpływa na poziom stresu w pracy w średnim stopniu. Natomiast kontakt ze śmiercią oraz cierpieniem zdaniem 38% badanych ma wysoki wpływ na poziom stresu, a nawet zdaniem 35% bardzo wysoki. Również najwięcej badanych określiło, że wysoki wpływ na poziom stresu w pracy personelu pielęgniarstwa ma brak znajomości odpowiedniej techniki opieki nad pacjentem, tak wskazało 62% badanych. Brak odpowiednich do pracy środków, czy materiałów itp. zdaniem 48% badanych wpływa w średnim stopniu na poziom stresu zawodowego. Posiadanie przez badanych świadomości odnośnie zagrożeń dla własnego zdrowia (ekspozycji zawodowej) wpływa w wysokim stopniu na

poziom stresu w pracy, tak wskazało 52% badanych. Natomiast 37% badanych wskazało, że czynnik ten wpływa na stres w pracy w bardzo wysokim stopniu. Wysokość wynagrodzenia za pracę jest zdaniem największej części badanych 46% przyczyną wysokiego stresu w pracy, a zdaniem 43% nawet bardzo wysokiego. Duże ryzyko popełnienia błędu w pracy wpływa zdaniem 81% badanych w wysokim stopniu na stres odczuwany przez nich w pracy, zaś zdaniem 35% nawet w bardzo wysokim stopniu. Najwięcej spośród badanych pielęgniarek i pielęgniarzy bo 48% wskazało, że konieczność bycia w ciągłej gotowości do szybkiego reagowania wpływa w wysokim stopniu na poziom stresu. Konieczność długotrwałej koncentracji uwagi w pracy zdaniem największej części badanych - 40% wpływa na stres w pracy w średnim stopniu.

Badani wskazywali objawy, które świadczą o występującym u nich stresie (tabela 1.).

Tabela 1. Objawy stresu odczuwanego w pracy pielęgniarek anestezjologicznych i operacyjnych

Objawy	Liczba	%
Nie zauważyłem/łam żadnych objawów	0	0%
Ból głowy	102	85%
Ból brzucha	107	89%
Nudności	10	8%
Oslabienie	91	76%
Złe samopoczucie	110	91%
Apatia	42	35%
Rozdrażnienie	51	42%
Depresyjność	16	13%
Trudności z koncentracją	47	39%
Trudności ze snem	94	78%

Poproszono badanych o wskazanie jakie odczucia obserwują u siebie w związku ze stresem w pracy, które są skierowane wobec innych współpracowników, czy pacjentów. Przedstawiono je w tabeli nr 2.

Tabela 2. Objawy związane ze stresem jaki odczuwają badani w pracy skierowane wobec współpracowników lub pacjentów

Objawy	Liczba	%
Irytowanie się trudnościami występującymi w pracy	98	81%
Spadek empatii wobec pacjentów i ich rodzin	78	65%
Wzrost agresji, wrogości	32	27%
Uszczypliwość, złośliwość	104	86%
Zazdrość	36	30%
Inicjowanie konfliktów w pracy	24	20%

Największa część badanych - 59% wskazała, że stres odczuwany przez nich w pracy raczej wpływa na spadek ich motywacji do pracy. Zapytano badanych o to jak wpływa stres

odczuwany w pracy na występowanie u nich myśli o zmianie pracy. Największa część badanych 38% wskazała, że rzadko wpływa on na myśli o zmianie pracy, zaś 20% wskazało, że często przyczynia się do pojawiania się tego typu myśli. W celu zredukowania stresu odczuwanego w pracy największa część badanych pielęgniarek i pielęgniarzy korzysta regularnie z okresów odpoczynku i urlopów 96% - badanych. Natomiast wśród innych form walki ze stresem zawodowym badani wskazywali: utrzymywanie i dbanie o kontakty towarzyskie (68% badanych), a także korzystanie ze wsparcia współpracowników lub rodziny (46% badanych), czy też uprawianie sportu (37% badanych).

Założono, że wybrane aspekty zawodowe (wykształcenie pielęgniarckie, staż pracy w zawodzie pielęgniarckim, staż pracy jako pielęgniarka anestezjologiczna i operacyjna) istotnie różnicują czynniki stresogenne odczuwane w pracy przez badany personel pielęgniarcki.

Wyniki analizy statystycznej odrzuciły związek pomiędzy wykształceniem pielęgniarckim, w tym posiadaną specjalizacją, a oceną czynników stresogennych odczuwanych w pracy przez badane pielęgniarki i pielęgniarzy bowiem $p > 0,005$.

Również staż pracy jako pielęgniarka anestezjologiczna i operacyjna nie różnicował istotnie czynników stresogenne odczuwane w pracy przez badany personel pielęgniarcki, gdyż $p > 0,005$. Natomiast analiza statystyczna wykazała, że istnieje związek pomiędzy oceną czynników stresogennych, a stażem pracy w zawodzie ogółem.

Analiza pokazała zależność pomiędzy wpływem lęku przed popełnieniem błędu na poziom stresu zawodowego badanych, a stażem pracy badanych w zawodzie pielęgniarckim. Zależność ta była istotna statystycznie $\chi^2 = 16,87$, $p = 0,005$ i miała umiarkowaną siłę (V Cramera=0,33). Badanie pokazało, że pielęgniarki i pielęgniarze z najkrótszym stażem pracy, czyli 1-5 lat wszyscy wskazali, że odczuwają bardzo wysoki poziom lęku przed popełnieniem błędu. Natomiast personel pielęgniarcki z najdłuższym stażem pracy wskazywał, że lęk przed popełnieniem błędu wpływa średnio lub nisko na poziom ich stresu.

Analiza statystyczna wykazała, że istnieje również związek pomiędzy stażem pracy w zawodzie pielęgniarckim a wpływem współpracy lekarz-pielęgniarka na poziom stresu badanych. Zależność ta była istotna statystycznie $\chi^2 = 23,79$, $p = 0,002$ i miała umiarkowaną siłę (V Cramera=0,36). Badanie pokazało, że pielęgniarki i pielęgniarze z najkrótszym stażem pracy, czyli 1-5 lat oraz 6-10 lat najczęściej wskazywali, że odczuwają bardzo wysoki poziom stresu w związku ze współpracą z lekarzami.

Ponadto staż pracy w zawodzie wykazał związek z wpływem kontaktów z pacjentem i jego rodziną na poziom stresu zawodowego badanego personelu pielęgniarckiego. Zależność ta była istotna statystycznie $\chi^2 = 10,43$, $p = 0,004$ i miała umiarkowaną siłę (V Cramera=0,34).

W szczególności bardzo wysoki poziom stresu odczuwały pielęgniarki i pielęgniarze z najkrótszym stażem pracy w zawodzie w związku z kontaktami z pacjentem i jego rodziną. Przyjmuje się, że występują istotne różnice w ocenie czynników stresogennych odczuwanych w pracy pomiędzy pielęgniarkami anestezyjologicznymi, a pielęgniarkami operacyjnymi. Analiza statystyczna wykazała, że istnieje związek pomiędzy oceną czynników stresogennych przez pielęgniarki anestezyjologiczne i operacyjne.

Konieczność podejmowania szybkich decyzji w pracy w różnym stopniu wpływała na poziom stresu pielęgniarek operacyjnych i anestezyjologicznych. Zależność ta była istotna statystycznie $\chi^2=13,02$, $p=0,003$ i miała umiarkowaną siłę (V Cramera=0,36). Pielęgniarki operacyjne dominowały wśród badanych, którzy deklarowali, że konieczność podejmowania szybkich decyzji w pracy w bardzo wysokim stopniu wpływa na poziom stresu w pracy.

Również zbyt krótki czas na wykonanie zadań w pracy w różnym stopniu wpływał na poziom stresu pielęgniarek operacyjnych i anestezyjologicznych. Zależność ta była istotna statystycznie $\chi^2=15,34$, $p=0,004$ i miała umiarkowaną siłę (V Cramera=0,34). Pielęgniarki anestezyjologiczne dominowały wśród badanych, którzy deklarowali, że zbyt krótki czas na wykonanie zadań w pracy w bardzo wysokim stopniu wpływa na poziom stresu zawodowego.

Brak odpowiedniej ilości personelu pielęgniarskiego również wykazał związek z oddziałem, na którym zatrudnieni są badani. Zależność ta była istotna statystycznie $\chi^2=12,31$, $p=0,005$ i miała umiarkowaną siłę (V Cramera=0,30). Pielęgniarki anestezyjologiczne dominowały wśród badanych, którzy deklarowali, że brak odpowiedniej ilości personelu pielęgniarskiego w pracy w bardzo wysokim stopniu wpływa na poziom stresu zawodowego.

Dyskusja. Analiza wyników badania wykazała, że na personel pielęgniarski oddziałuje cały szereg czynników stresogennych związanych z pracą w charakterze pielęgniarski anestezyjologicznej i operacyjnej, zarówno związany z aspektami organizacyjnymi pracy, czy też kontaktami ze współpracownikami i pacjentami, a także w związku z powierzonymi im obowiązkami. Analiza wykazała, że oddziaływanie czynników stresogennych wśród pielęgniarek i pielęgniarzy różniło się ze względu na staż pracy w zawodzie.

Wykazano jednak, że pomimo tego, że praca w zawodzie medycznym uważana jest za wysoce stresogenną największa część badanego personelu pielęgniarskiego deklarowała, że lubi swoją pracę (64% badanych), a także że gdyby mogła, raczej wybrałaby ponownie zawód pielęgniarski (71% respondentów). W badanej grupie dominowały pielęgniarki i pielęgniarze, którzy twierdzili, że ich praca jest satysfakcjonująca (62% badanych).

Podobne wyniki badań uzyskali inni badacze (Burba i Gotlib), którzy również podjęli się analizy stresu wśród personelu pielęgniarskiego. W badanej przez nich grupie pielęgniarek i pielęgniarzy aż 84% było zdania, że stres jest wpisany w zawód pielęgniarski [21].

Wśród badanych przeważały opinie, że praca pielęgniarek anestezyjologicznych i operacyjnych jest bardziej stresująca niż w pozostałych specjalizacjach (57% badanych). Największa część badanych deklarowała, że na co dzień w pracy towarzyszy im wysoki poziom stresu (54% badanych), a także, że stres w pracy pielęgniarki/pielęgniara jest nieodłącznym jej elementem (87% badanych).

Również Michalak i Przybył z zespołem podjęli się zbadania pracowników bloku operacyjnego, w tym pielęgniarek operacyjnych oraz anestezyjologicznych. Wykazali, że blisko 50% badanych pracowników bloku operacyjnego określała poziom stresu odczuwanego w pracy jako wysoki. Najwyższy poziom stresu odczuwały osoby cechujące się krótkim stażem pracy [22].

Analiza wykazała, że staż pracy w zawodzie pielęgniarskim istotnie różnicował wpływ analizowanych czynników na poziom ich stresu zawodowego, w tym zwłaszcza takich jak lęk przed popełnieniem błędu, współpraca lekarz - pielęgniarka oraz kontakt z pacjentem i jego rodziną.

Szczególnie istotne w badaniu było określenie występowania istotnych różnic w ocenie czynników stresogennych odczuwanych w pracy pomiędzy pielęgniarkami anestezyjologicznymi, a pielęgniarkami operacyjnymi. Analiza statystyczna wykazała taką zależność, przy czym pielęgniarki operacyjne odczuwały wyższy poziom stresu w takich aspektach jak konieczność podejmowania szybkich decyzji w pracy w porównaniu do pielęgniarek anestezyjologicznych. Natomiast pielęgniarki anestezyjologiczne częściej niż operacyjne wskazywały, że w wysokim stopniu na stres zawodowy wpływa na nie zbyt krótki czas na wykonanie zadań oraz brak odpowiedniej ilości personelu pielęgniarskiego.

Burba i Gotlib wskazują, że osoby wykonujące zawód pielęgniarski narażone są na oddziaływanie całego szeregu różnych czynników stresogennych, które w szczególności związane są z ochroną zdrowia i ratowaniem życia pacjentów [21]. Wyniki ich badań dowodzą, że do szczególnie stresogennych czynników pracy zalicza się pracę pod presją czasu oraz odpowiedzialność za życie i zdrowie pacjenta, a także napięte stosunki z pacjentem i jego rodziną, zła atmosfera w pracy, niskie wynagrodzenie, czy też zła organizacja pracy, brak potrzebnych do pracy środków i urządzeń. Podobne rezultaty badań uzyskał Zdziebło z zespołem konkludując, że czynnikami najbardziej stresogennymi wśród badanych

pielęgniarek były duża odpowiedzialność, zbyt niskie wynagrodzenie, kontakt ze śmiercią, narażenie na szkodliwe czynniki [20].

Analitycy wskazują również, że praca personelu pielęgniarskiego zatrudnionego na bloku operacyjnym, w tym pielęgniarek operacyjnych i anestezjologicznych jest szczególnie stresogenna. Przykładowo Kluszczyńska M. wskazuje na pracę z ciężko chorym pacjentem, niejednokrotnie dawcą narządów, czy z asystowaniem w trudnych, rozległych i dynamicznych zabiegach [24].

Liczni badacze wskazują, że personel pielęgniarski boryka się z wieloma objawami stresu odczuwanego w pracy. Wyniki badań Zdziebło wskazują, że badana grupa pielęgniarek najczęściej obserwowała u siebie takie objawy stresu zawodowego jak: bóle kręgosłupa, bóle głowy, ciągłe zmęczenie oraz drażliwość i brak cierpliwości [20].

Natomiast Kowalewska B. z zespołem podkreśliła, że badana przez nich grupa pielęgniarek operacyjnych wskazywała, że nadmierna ekspozycja na stres w pracy wpływa na nie negatywnie: zarówno na samą pracę, gdyż stają się mniej wydajne w pracy, ale również wpływają na powstanie problemów psychicznych i społecznych, a także pogorszenie zdrowia fizycznego. Badacze podkreśli, że u personelu pielęgniarskiego, który poddawany jest ciągłej ekspozycji na stres obserwuje się występowanie bóli w okolicach mięśni karku, barków oraz okolicy krzyżowo – lędźwiowej kręgosłupa, a także owrzodzenie układu pokarmowego, depresję, nerwicę, a także wzrost zachorowalności na nadciśnienie tętnicze, chorobę wieńcową czy też występowania udarów mózgu, czy zawałów serca [25].

Badanie wykazało również, że pomimo dużej ekspozycji na stres w pracy największa część badanych - 38% wskazała, że rzadko wpływa on na myśli o zmianie pracy.

Jak podają Burba i Gotlib jednymi z najpoważniejszych objawów, a także konsekwencji odczuwania stresu w pracy przez personel pielęgniarski jest zespół wypalenia zawodowego, prowadzący do przedmiotowego traktowania pacjentów, a nawet porzucenia zawodu [20].

Wnioski.

1. Na badany personel pielęgniarski oddziałuje cały szereg czynników stresogennych związanych z pracą jako pielęgniarska anestezjologiczna, jak i operacyjna, zarówno związany z aspektami organizacyjnymi pracy, czy też kontaktami ze współpracownikami i pacjentami, a także odnośnie powierzonych im obowiązków.
2. Pielęgniarki i pielęgniarze biorący udział w badaniu dostrzegają u siebie wiele różnych objawów stresu zawodowego, w tym ból głowy, trudności ze snem, złe samopoczucie, czy irytowanie się trudnościami występującymi w pracy.

3. Staż pracy w zawodzie istotnie różnicował wpływ analizowanych czynników na poziom ich stresu zawodowego, w tym zwłaszcza takich jak: lęk przed popełnieniem błędu, współpraca lekarz - pielęgniarka oraz kontakt z pacjentem i jego rodziną.
4. Występowały istotne różnice w ocenie czynników stresogennych odczuwanych w pracy pomiędzy pielęgniarkami anestezjologicznymi, a pielęgniarkami operacyjnymi, przy czym pielęgniarki operacyjne odczuwały wyższy poziom stresu w takich aspektach jak konieczność podejmowania szybkich decyzji w pracy w porównaniu do pielęgniarek anestezjologicznych. Natomiast pielęgniarki anestezjologiczne częściej niż operacyjne wskazywały, że w wysokim stopniu na stres zawodowy wpływa na nie zbyt krótki czas na wykonanie zadań oraz brak odpowiedniej ilości personelu pielęgniarskiego.

Bibliografia

1. Pietraszek A., Charzyńska-Gula M., Łuczyk M., Szadowska-Szlachetka Z., Kachaniuk H., Kwiatkowska J., Analiza przyczyn stresu zawodowego w opinii pielęgniarek = An analysis of the causes of occupational stress in the opinions of nurses. „Journal of Education, Health and Sport”. 2016; 6(9): 643-652
2. Sygit-Kowalkowska E., Radzenie sobie ze stresem jako zachowanie zdrowotne człowieka- perspektywa psychologiczna. „Hygeia Public Health”, 2014, 49(2): 202-208.
3. Witczak A., Kaźmierczyk J., Satysfakcja zawodowa a stres zawodowy na przykładzie pracowników banków w Polsce. Wyd. PTE, Zielona Góra 2022.
4. Kaszubska A., Stres w pracy. Wyd. PIP, Warszawa 2023.
5. Brzostowska K., Wpływ czynników stresujących na personel pielęgniarski. „Pomorskie Forum Bezpieczeństwa”, 2022, I-II (12-13): 39-42.
6. Majchrowska G., Tomkiewicz K., Stres i wypalenie zawodowe w zawodzie pielęgniarki–wyniki badań pielęgniarek z SOR ZZOZ Cieszyn. „Pielęgniarstwo Polskie Polish Nursing”, 2015, 3(57): 267-271.
7. Kluszczyńska M., Rola i zadania pielęgniarki operacyjnej przy zabiegu pomostowo aortalno-wieńcowym. „Współczesne pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia”, 2018, 7, 4: 93-96.
8. Białkowska M., Pasek J., Cieślak G., Koczy B., Obciążenia psychofizyczne pielęgniarek pracujących na bloku operacyjnym urazowo-ortopedycznym. „Pielęgniarstwo Polskie”, 2021, 1(79): 19-24.
9. Ciuruś M., Pielęgniarstwo operacyjne. Wydawnictwo Makmed. Lublin 2018: 36–61.
10. Luce – Wunderle G., Debrand – Passard A.: Pielęgniarstwo operacyjne. Wyd. Edra Urban & Parter, Wrocław 2022.
11. Stowarzyszenie Pielęgniarki Cyfrowe, Kompetencje pielęgniarki operacyjnej. [w:] <https://www.medexpress.pl/blogosfera/kompetencje-piellegniarki-operacyjnej-czesc-1-74049/> (dostęp: 3.07.2024r).
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 roku w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Dz.U. 2013, poz.15.

13. Pielęgniarka – specjalista pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki. Wyd. Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Departament Rynku Pracy. Warszawa 2018: 4-10.
14. <https://szpital-drezdenko.pl/2021/09/14/praca-pielegniarki-anestezjologicznej/> (dostęp: 3.07.2024r.)
15. Specyfika pracy pielęgniarki anestezjologicznej. [w:] <https://nursing.com.pl/artukul/specyfika-pracy-pielegniarki-anestezjologicznej-5f3e9cb599dc40003dcdd56> (dostęp: 3.07.2024r.)
16. Kwak M., Zaczek I., Wilczek-Rużyczka E., Stress and ways of coping with it by Polish nurses - a meta-analysis of research. "Med Og Nauk Zdr.", 2018, 24(2): 120-125.
17. Domagała P.M., Ocena psychologicznych i biochemicznych parametrów narażenia zawodowego na stres wśród pielęgniarek. Rozprawa doktorska. Wyd. UM w Gdańsku, Gdańsk 2019.
18. Stępień M., Szmigiel M., Stres personelu pielęgniarstwa związany z pracą na oddziałach pediatrycznych. „Pielęgniarstwo Polskie”, 2017, 1(63), 3: 62-68.
19. Gajda E., Biskupek-Wanot A., Stres i jego skutki. [w:] Biskupek-Wanot A., Wanot B., Kasprowska-Nowak K., Aktywność fizyczna i problematyka stresu. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego im. Jana Długosza w Częstochowie, Częstochowa 2020: 84-93.
20. Zdziebło K., Zboina B., Stępień R., Mędrykowska A., Stres zawodowy jako czynnik determinujący jakość życia w opinii pielęgniarek. „Polish Journal of Health and Fitness”, 2015, 1: 57-71.
21. Burba M., Gotlib J., Ocena występowania stresu w grupie pielęgniarek zatrudnionych w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. prof. Witolda Orłowskiego w Warszawie. „Pielęgniarstwo Polskie”, 2017, 1(63), 3: 54-61.
22. Michalak M., Przybył K., Kazimierska-Zajac M., Strategie radzenia sobie ze stresem wśród personelu medycznego sali operacyjnej. „Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne”, 2022, t. 11,2: 59-64.
23. Falewicz A., Psychologiczne koncepcje stresu i radzenia sobie. „Studia Paradyskie”, 2017, 27: 279-286.
24. Kluszczyńska M., Rola i zadania pielęgniarki operacyjnej przy zabiegu pomostowo aortalno-wieńcowym. „Współczesne pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia”, 2018, 7, 4: 93-96.
25. Kowalewska B., Popławska A., Rolka H. i in., Wpływ stresu na pielęgniarki operacyjne. [w:] Krajewska - Kułak E., Łukaszuk C., Lewko J., (red.), W drodze do brzegu życia, t. 11, Wyd. UM w Białymstoku, Białystok 2013: 1391-1399.

TYP OSOBOWOŚCI A WYSTĘPOWANIE STRESU ZAWODOWEGO WŚRÓD PIEŁĘGNIAREK I PIEŁĘGNIARZY

ANTONI WOLANIN, ANETA PATERAK, GRZEGORZ WOJDYŁA, MARTA WOLANIN

Wstęp. W literaturze nie ma zgody co do precyzyjnego znaczenia przypisywanego słowu „osobowość” [1]. Osobowość rozumiana jest jako całość myśli, emocji i zachowań wyznaczających kierunek życia człowieka. Podlega ona różnym zmianom na przestrzeni czasu i warunkuje wybór określonego stylu życia, który to może być niekorzystny dla zdrowia. Dlatego od wielu lat prowadzone są badania zmierzające do wyjaśnienia roli osobowości w rozwoju i przebiegu chorób somatycznych. Osobowość wpływa na różne obszary funkcjonowania człowieka, w tym również na jego zdrowie [2, 3].

Teoretycy zajmujący się osobowością grupują ludzi według typów osobowości. Coraz częściej można spotkać podział na osobowość typu A, B, C i D [4].

Wzór osobowości typu A definiowany jest jako zespół jawnego zachowania lub styl życia charakteryzujący się: skrajnym współzawodniczeniem, walką o osiągnięcia, agresywnością, pobudliwością, nadmierną czujnością, wybuchowym sposobem mówienia, napięciem mięśni twarzy, poczuciem presji czasu i nadmiernej odpowiedzialności [5].

Zachowania typu A można rozpatrywać z punktu widzenia treści, jak i cech formalnych. Do tych pierwszych zalicza się silną potrzebę osiągnięć, tendencję do dominacji i agresywność [6]. Natomiast cechy formalne obejmują znaczną dynamikę zachowań, energię przejawiającą się w działaniu, pośpiech i niecierpliwość wyrażane na poziomie behawioralnym określonym sposobem mówienia, poruszania się czy gestykulacji. Cechy te są związane z temperamentem człowieka. Wzór zachowania A można więc traktować jako określony sposób regulacji stosunków jednostki z otoczeniem, w którym znaczącą rolę przypisuje się dużej potrzebie osiągnięć [7]. Badania sugerują, że osoby odczuwające silną presję czasu, które mają wzorce osobowości typu A, są bardziej podatne na rozwój choroby wieńcowej niż osoby bardziej zrelaksowane, o wzorcu osobowości typu B [8, 9].

Wzór zachowania Typu A jest przeciwstawiany wzorowi zachowania Typu B, przypisywanego osobom, łagodnym, nie spieszącym się, nie rywalizującym nadmiernie i bardziej poddającym się prądowi życia niż walce o osiągnięcia [10]. Osoby z osobowością typu B nie mają wygórowanych ambicji, nie podejmują rywalizacji z innymi, łatwo zadowolają się tym co mają, nie wykazują pośpiechu, łatwo odprężają się, mają tendencję bardziej do poddawania się prądowi życia niż do podejmowania ciągłej walki. Naukowcy określają ten typ osobowości jako „zdrowy” [11].

Koncepcja osobowości typu C powstała w wyniku poszukiwań specyficznych właściwości osobowości sprzyjających zachorowaniu na choroby nowotworowe. Osoba reprezentująca ten typ nie jest zdolna do zachowań agresywnych, charakteryzuje się natomiast cierpliwością, kooperatywnością, brakiem asertywności, ukrywaniem negatywnych emocji (zwłaszcza gniewu) i uległością wobec zewnętrznych autorytetów. Taki wzorzec zachowania prowadzi wg specjalistów do załamania się potencjałów odpornościowych, braku wiary we własne możliwości, rozwoju poczucia bezradności, beznadziejności czy pesymizmu życiowego i utraty woli życia [12].

Pojęcie osobowości stresowej, inaczej nazywanej typem D, zostało wprowadzone do literatury w 1995 roku przez Denoletta . Na ten typ osobowości składają się dwa wymiary traktowane jako jej stałe cechy: negatywna emocjonalność i hamowanie społeczne. Negatywna emocjonalność wyraża się w katastroficznym widzeniu rzeczywistości, odczuwaniu silnego lęku i napięcia, dokonywaniu oceny zdarzeń jako zagrażających i szkodliwych. Osoby z wysokim wynikiem negatywnej emocjonalności wykazują tendencje do zamartwiania się, pesymizmu, mają skłonność do załamania się w sytuacjach trudnych [13]. Drugą cechą osobowości typu D jest hamowanie społeczne. Osoby z wysokim wynikiem tego wymiaru mają dużą rezerwę w kontaktach społecznych, są nieśmiałe, mają chęć do przebywania w samotności i izolowania się od otaczającego świata. Hamowanie społeczne związane jest z mniejszą skłonnością do poszukiwania wsparcia społecznego i niskim poczuciem własnej wartości. Osoby z osobowością typu D nie ujawniają negatywnych emocji z obawy przed dezaprobatą otoczenia. Pesymistycznie nastawione są do świata, reagują na stres bezradnością, poczuciem braku możliwości działania. Uznawane są przez otoczenie za egocentryków nastawionych na realizację własnych potrzeb i celów. Należą do osób spokojnych, nie lubiących zmian i unikających ryzyka. Typ D doświadcza dużego stresu w kontaktach interpersonalnych [4].

Cel pracy. Ocena związku między typem osobowości a stresem zawodowym występującym wśród pielęgniarek i pielęgniarzy.

Materiał i metody. W badaniu o charakterze retrospektywnym, uczestniczyło 200 losowo wybranych pielęgniarek i pielęgniarzy (91,5% stanowiły kobiety i 8,5% mężczyźni). Odsetek osób zatrudnionych na oddziałach zachowawczych to 42% badanych oraz na oddziałach zabiegowych - 58% badanych.

W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Kwestionariusz powstał w oparciu o doświadczenia własne autorów pracy oraz w oparciu o literaturę przedmiotu, dotyczącą stresu w badanej grupie. Kwestionariusz zawierał łącznie 33 pytania, mające na celu ocenę czynników

stresogennych w miejscu pracy pielęgniarki oraz metryczkę. Badania prowadzono od 10 stycznia 2023 roku do 23 kwietnia 2023 roku. Badania były anonimowe i dobrowolne. Każda z osób została przed badaniem poinformowana o ich przebiegu oraz podpisała pisemną zgodę na udział w badaniach.

Programem w którym utworzono wykresy był program Microsoft Excel. W opracowaniu wykorzystano test t-Studenta dla prób niezależnych oraz jednoczynnikową analizę wariancji. Za istotną statystycznie uznano wartość $\alpha \leq 0.05$.

Charakterystyka badanej grupy: Największą liczbę stanowiły osoby w wieku 41-50 lat (40,5%), powyżej 51 lat (24,5%), 31-40 lat (21,5%) i 20-30 lat (13,5%). Nieco ponad połowę badanych to mieszkańcy wsi (50,5%). W oddziale o charakterze zabiegowym pracowało 58,0% osób, natomiast 42,0% badanych stanowili pracownicy oddziału zachowawczego. Aż 46% badanych były to osoby ze stażem pracy powyżej 21 lat. 88,5% osób pracowało w systemie 12-godzinny, pozostałe 11,5% - w systemie zmianowym. Osoby z wykształceniem licencjackim stanowiły 37,0%, z wykształceniem wyższym ze specjalizacją - 30,0%. Aż 70,5% badanych były to osoby zatrudnione w jednym miejscu. a umowę o pracę na czas nieokreślony zatrudnionych było 83,5% badanych – Tabela I.

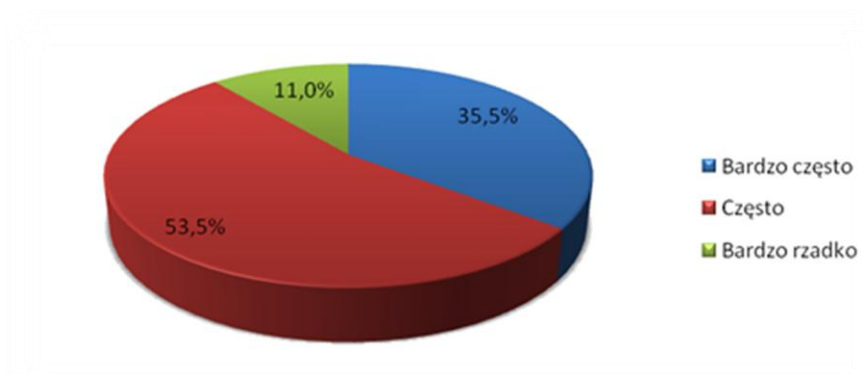
Tabela I. Szczegółowa charakterystyka badanej grupy.

		N	%
Wiek	20 - 30 lat	27	13,5%
	31 - 40 lat	43	21,5%
	41 - 50 lat	81	40,5%
	Powyżej 51 lat	49	24,5%
Płeć	Kobieta	183	91,5%
	Mężczyzna	17	8,5%
Miejsce zamieszkania	Miasto	99	49,5%
	Wieś	101	50,5%
Miejsce pracy	Oddział zachowawczy	84	42,0%
	Oddział zabiegowy	116	58,0%
Staż pracy	Do 5 lat	34	17,0%
	6 - 10 lat	21	10,5%
	11 - 15 lat	18	9,0%
	16 - 20 lat	35	17,5%
	Ponad 21 lat	92	46,0%
System pracy	Jednozmianowa	23	11,5%
	Praca w systemie 12-godzinny	177	88,5%
Wykształcenie	Liceum medyczne/ studium medyczne	26	13,0%
	Licencjackie	74	37,0%
	Magisterskie	40	20,0%
	Wyższe ze specjalizacją	60	30,0%
Liczba miejsc świadczenia pracy	1	141	70,5%
	2	53	26,5%

	3	6	3,0%
System zatrudnienia	Umowa o pracę na czas określony	35	17,5%
	Umowa o pracę na czas nieokreślony	167	83,5%
	Umowa zlecenie	28	14,0%

N- liczba badanych

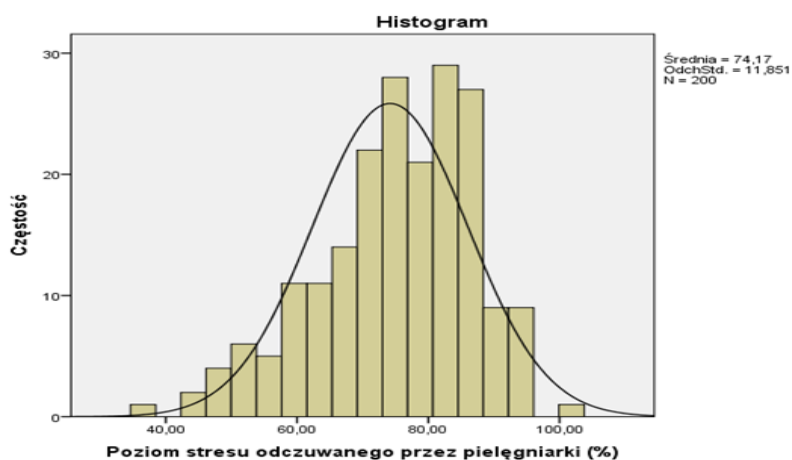
Wyniki badań. Często stres w miejscu pracy odczuwało 53,5% pielęgniarek/ pielęgniarzy (N=107), bardzo często 35,5% osób (N=71), a 11,0% badanych (N=22) przyznało, że stres w pracy towarzyszył im bardzo rzadko – Ryc. 1.



Ryc. 1. Częstość odczuwania stresu w miejscu pracy

Ogólny poziom stresu odczuwanego przez pielęgniarki/ pielęgniarzy oceniono przy użyciu pytań 11-24, po przekodowaniu ich na skale 1-4 pkt. lub 0-5 pkt., po zsumowaniu wyników i przeliczeniu ich na wartości procentowe, gdzie wyższym wynikowi odpowiadał wyższy poziom stresu.

Średni poziom stresu odczuwany przez pielęgniarki/ pielęgniarzy wyniósł 74,17% (SD=11,85). Zakres odczuwanego stresu przez pielęgniarki, to 36,54% - 100,00%. Poziom odczuwanego stresu przez pielęgniarki/ pielęgniarzy był wysoki – Ryc. 2.



Ryc. 2. Poziom stresu odczuwanego przez pielęgniarki/ pielęgniarzy (%)

Najwyższy poziom stresu (77,92%) odczuwały pielęgniarki/ pielęgniarze w przedziale wiekowym 41-50 lat. Poziom stresu istotnie związany był z wiekiem badanych osób ($p=0,0004$) –Tabela II.

Tabela II. Poziom stresu odczuwanego przez pielęgniarki/ pielęgniarzy (%) a wiek

Poziom stresu odczuwanego przez pielęgniarki (%)						
Wiek	Średnia	SD	Me	Min.	Maks.	N
20 - 30 lat	68,16	12,10	71,15	42,31	84,62	27
31 - 40 lat	71,24	11,95	71,15	48,08	94,23	43
41 - 50 lat	77,92	9,35	78,85	50,00	100,00	81
Powyżej 51 lat	73,86	13,43	73,08	36,54	94,23	49
Ogółem	74,17	11,85	75,00	36,54	100,00	200
p	0,0004					

SD – odchylenie standardowe; Min – minimum; Maks – maksimum; Me – mediana; N- liczba badanych; p- poziom istotności statystycznej

Istotnie większy poziom stresu zaobserwowano w grupie pielęgniarek/ pielęgniarzy, ze stażem pracy powyżej 5 lat ($p=0,0129$) – Tabela III.

Tabela III. Poziom stresu odczuwanego przez pielęgniarki/ pielęgniarzy (%) a staż prac

Poziom stresu odczuwanego przez pielęgniarki (%)						
Staż pracy	Średnia	SD	Me	Min.	Maks.	N
Do 5 lat	68,44	10,93	70,19	42,31	84,62	34
6 - 10 lat	71,25	11,51	71,15	48,08	86,54	21
11 - 15 lat	75,96	12,38	81,73	48,08	88,46	18
16 - 20 lat	75,99	11,69	75,00	50,00	94,23	35
Ponad 21 lat	75,92	11,65	77,89	36,54	100,00	92
Ogółem	74,17	11,85	75,00	36,54	100,00	200
p	0,0129					

SD – odchylenie standardowe; Min – minimum; Maks – maksimum; Me – mediana; N- liczba badanych; p- poziom istotności statystycznej

Praca w systemie 12-godzinny generowała istotnie wyższy poziom stresu pielęgniarek/ pielęgniarzy ($p<0,0001$) – Tabela IV.

Tabela IV. Poziom stresu odczuwanego przez pielęgniarki/pielęgniarzy (%) a system pracy

Poziom stresu odczuwanego przez pielęgniarki (%)						
System pracy	Średnia	SD	Me	Min.	Maks.	N
Jednozmianowa	64,38	10,04	67,31	42,31	80,77	23
Praca w systemie 12-godzinnym	75,45	11,49	76,92	36,54	100,00	177
Ogółem	74,17	11,85	75,00	36,54	100,00	200
p	< 0,0001					

SD – odchylenie standardowe; Min – minimum; Maks – maksimum; Me – mediana; N- liczba badanych; p- poziom istotności statystycznej

Wysoki poziom stresu w pracy odczuwały częściej pielęgniarki/ pielęgniarzy z osobowością typu D (80,67), w mniejszym zakresie badani z osobowością typu A (75,68) lub C (75,07), a w najmniejszym stopniu personel pielęgniarski określający swoją osobowość, jako typ B (72,12). Typ osobowości istotnie wpływa na poziom stresu ($p=0,0189$) – Tabela V.

Tabela V. Poziom stresu odczuwanego przez pielęgniarki/ pielęgniarzy (%) a typ osobowości

Poziom stresu odczuwanego przez pielęgniarki (%)						
Typ osobowości	Średnia	SD	Me	Min.	Maks.	N
Osobowość typu A	75,68	12,22	78,85	50,00	94,23	48
Osobowość typu B	72,12	11,53	73,08	36,54	92,31	107
Osoba reprezentująca typ C	75,07	12,41	76,92	42,31	94,23	26
Osobowość typu D	80,67	9,43	80,77	59,62	100,00	19
Ogółem	74,17	11,85	75,00	36,54	100,00	200
p	0,0189					

SD – odchylenie standardowe; Min – minimum; Maks – maksimum; Me – mediana; N- liczba badanych; p- poziom istotności statystycznej

Najwyższy poziom stresu u pielęgniarek/ pielęgniarzy związany był z wykonywaniem pracy w pośpiechu (86,25%) oraz z poczuciem odpowiedzialności za życia i zdrowie pacjentów (86,13%) – Tabela VI.

Tabela VI. Poziom stresu odczuwanego przez pielęgniarki/ pielęgniarzy (%) w wybranych sytuacjach

	poziom stresu (%)
Jak ocenia Pani/Pan poziom stresu spowodowany brakiem personelu	78,38
Jak oceni Pani/Pan poziom stresu spowodowany przez dysproporcje pomiędzy zarobkami personelu pielęgniarskiego	72,00
Jak oceni Pani/Pan poziom stresu spowodowany zwiększonym ryzykiem zakażenia w związku z wykonywanymi czynnościami pielęgniarskimi	73,50
Jak oceni Pani/Pan poziom stresu spowodowany ryzykiem zakażenia w związku z obecnością w miejscu pracy dużej ilości patogenów	74,63
Jak ocenia Pani/Pan poziom stresu spowodowany agresją ze strony pacjentów	74,63
Jak oceni Pani/Pan poziom stresu spowodowany brakiem sprzętu medycznego niezbędnego do wykonywania czynności pielęgniarskich	75,38
Jak oceni Pani/Pan poziom stresu spowodowany pracą w porze nocnej	72,25
Jak oceni Pani/Pan poziom stresu spowodowany wykonywaniem pracy w pośpiechu	86,25
Jak oceni Pani/Pan poziom stresu spowodowany cierpieniem i śmiercią pacjentów	75,75
Jak oceni Pani/Pan poziom stresu spowodowany reanimacją	81,00
Jak oceni Pani/Pan poziom stresu spowodowany poczuciem odpowiedzialności za życie i zdrowie pacjentów	86,13
Jak oceni Pani/Pan poziom stresu spowodowany złą atmosferą w miejscu pracy	73,00
Jak oceni Pani/Pan poziom stresu spowodowany pracą w wymuszonej pozycji ciała	73,38
Jak oceni Pani/Pan poziom stresu spowodowany konfliktami pomiędzy personelem pielęgniarskim/lekarskim	68,00

Dyskusja. Przeprowadzone badania pozwoliły na wysunięcie konkluzji, iż największy stres zawodowy odczuwają pielęgniarki i pielęgniarze z osobowością typu D.

Jak wynika z Badań Stychno i wsp. typ osobowości D ściśle związany jest ze skłonnością do przeżywania negatywnych emocji jest najsilniejszym wyznacznikiem chorób [4]. Osoby o osobowości typu D są bardziej predysponowane do wystąpienia chorób układu krążenia: choroby niedokrwiennej serca, choroby nadciśnieniowej [14,15]. Ten typ osobowości wykazuje także większą tendencję do innych schorzeń: nowotworowych, łuszczycy, choroby wrzodowej [16,17]. Osobowość typu D wiąże się także z podejmowaniem działań ryzykownych dla zdrowia: nadużywaniem alkoholu, narkotyków, skłonnością do objadania się [18].

W literaturze zagranicznej znaleźć można wiele prac poświęconych tematyce wpływu osobowości na występowanie stresu zawodowego. Jedna z takich prac autorstwa Mengxin i wsp. ukazała się BMC Nursing, a celem artykułu było określenie wpływu satysfakcji z pracy na związek między stresem zawodowymi, a wypaleniem zawodowym wśród pielęgniarek z osobowością typu A. Jak wynika z badań niski poziom zadowolenia z pracy pozostawał w ścisłej relacji między stresem zawodowymi, a wypaleniem zawodowym wśród pielęgniarek.

Udowodniono bezpośredni, jak i pośredni wpływ stresu zawodowego na wypalenie zawodowe oraz ścisły związek z osobowością typu A [19].

W badaniach Somville i wsp. z 2022 roku przeprowadzanych na grupie 531 lekarzy udowodniono istnienie związku między wypaleniem zawodowym i stresem a osobowością typu D [20].

W 2022 roku Moscu i wsp. przeprowadzili badania na sześćdziesięciu pracownikach służby zdrowia na oddziale ratunkowym. Udowodniono, iż osoby o temperamencie melancholijnym i cholerycznym były bardziej podatne na rozwój zespołu wypalenia zawodowego. Występowanie emocjonalnej niestabilności lub neurotyczności powodowała nasilenie zespołu wypalenia zawodowego. Badania potwierdzają, iż osoby ekstrawertyczne łatwiej osiągały wysoki poziom wypalenia zawodowego. Autorzy podkreślają fakt, iż typ osobowości wpływa na sposób, w jaki personel medyczny komunikuje się ze sobą i pacjentami, a także na reakcję na stres zawodowy [21]. Z badań Madson i wsp. wynika, iż pielęgniarki i ratownicy medyczni o wysokim poziomie neurotyczności, cechującym się silnym niezrównoważeniem emocjonalnym o charakterze nerwicowym, niskiej odporności na stres i skłonności do popadania w stany lękowe, są bardziej odpowiedni na stres zawodowy [22].

W badaniach Biganeh i wsp. przeprowadzonych na 92 pielęgniarkach udowodniono, iż neurotyczność, wyczerpanie emocjonalne i depersonalizacja były najważniejszymi predyktorami wysokiego poziomu stresu oksydacyjnego. Wyniki tego badania sugerują, że redukcję stresu oksydacyjnego personelu medycznego można uzyskać przez redukcję czynników wpływających na wypalenie zawodowe, a także poprzez rozpoznanie cech osobowości poszczególnych osób [23].

Zrozumienie typów osobowości może pomóc pielęgniarkom w lepszym zrozumieniu siebie i swoich kolegów, co z kolei może wspierać skuteczną komunikację [24, 25]. W artykule Hetzel-Riggin i wsp. zbadali, w jaki sposób 16 typów osobowości może wpływać na komunikację w zespołach opieki zdrowotnej i między pracownikami służby zdrowia. Wyniki badań są jednoznaczne: typy osobowości mają wpływ na poprawną komunikację pielęgniarek z pacjentami [24].

W opublikowanej w 2021 roku metaanalizie 37 badań poświęconych tej tematyce, potwierdzono dużą korelację między wypaleniem zawodowym a depresją w populacji pielęgniarek. Przeprowadzona metaanaliza potwierdza, iż pielęgniarki pracujące w stresujących i wymagających warunkach i często cierpią na depresję i wypalenie zawodowe [21, 26].

Badania Moscu i wsp. przeprowadzone w Rumunii, na oddziale ratunkowym, potwierdzają istnienie dużego odsetka depresji wśród pielęgniarek i wynosi on 36,1%, natomiast wśród lekarzy odsetek depresji jest niższy i wynosi 25%. Jak wynika z badań depresja związana z ekspozycją na stres w pracy i związane z tym wypaleniem zawodowe [21].

Ważnym aspektem, na który należy zwrócić uwagę według Wang i wsp., jest dopasowywanie typu osobowości do miejsca pracy, co sprzyja prawidłowej komunikacji w sytuacjach stresowych lub kryzysowych wśród personelu medycznego [27]. Gu i wsp. wskazują na konieczność interwencji psychologicznej ukierunkowanej na pomoc pielęgniarkom w sytuacji podejrzenia depresji [28].

Istnieje potrzeba dalszych badań z tego zakresu, a w szczególności zwrócenia uwagi na inne zmienne, jak np. stan zdrowia badanych osób oraz sposoby radzenia sobie z nim.

Wnioski

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

Piśmiennictwo:

1. Fedeli M. Temperamenty charaktery osobowości. Wydawnictwo WAM, Kraków 2003.
2. Ogińska-Bulik N. Osobowość. Stres a zdrowie. Warszawa: Difin; 2017.
3. Heszen I. Kliniczna psychologia zdrowia [W:] Cierpiałkowska L, Sęk H. red. Psychologia Kliniczna. Warszawa: PWN; 2016: 517-541.
4. Stychno E., Kulczycka K., Kosicka B., Ksykiewicz-Dorota A. Osobowość stresowa a satysfakcja z życia pielęgniarek. Przedsiębiorczość i Zarządzanie Wydawnictwo SAN. 2014; XV: 12: II: 45–57.
5. Eliaz A., Wrześniewski K. Ryzyko chorób psychosomatycznych: środowisko i temperament a wzór zachowania A. Wrocław: Ossolineum; 2016
6. Wrześniewski K. Psychologiczne uwarunkowania powstania i rozwoju chorób somatycznych. [W:] Strelau J. red. Psychologia. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2018: III: 493-531.
7. Gurowiec P.J., Kędra E., Demko M., Żochowska E. Czynniki psychologiczne i osobowościowe uwarunkowania choroby wieńcowej [W:] Edyta Kędra. Piotr Jerzy Gurowiec red. Współczesne wyzwania pielęgniarstwa kardiologicznego Głogów 2024. 103-119.

8. Kazmi R., Amjad S., Khan D. Occupational stress and its effect on job performance. A case study of medical house officers of district Abbottabad. *J. Ayub. Med. Coll. Abbottabad* 2008; 20: 135–139.
9. Gieniusz-Wojczyk L., Dąbek J., Kulik H. Type A behaviour pattern and health behaviour of polish nurses. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022; 19: 6358: 1-11.
10. Beutel ME., Wiltink J., Till Y., et al. Type D personality as a cardiovascular risk marker in the general population: results from the Gutenberg health study. *Psychother Psychosom* 2012; 81(2): 108–117.
11. Amiłowska-Czaja A., Kretek HA. Metody badania stresu i wypalenia zawodowego na przykładzie grupy policjantek i pielęgniarek. *Eunomia* 2020; 1(98): 59 – 91.
12. Zimbardo PG., *Psychologia i Życie*, PWN, Warszawa 2005.
13. Denollet J. Personality, emotional distress and coronary heart disease. *European Journal of Personality* 1997;11: 343-357.
14. Piegza M., Pająk J., Leksowska A., Piegza J., Gorczyca PW. Typ osobowości D a choroba niedokrwienna serca. *Psychiatria / Psychiatria* 2021; 18: 2: 129.
15. Kozak G. Osobowość stresowa (typ D), a strategie zmagania się z chorobą nowotworową. *Polish Journal of Health and Fitness*. 2016; 1:1-11: 37-53.
16. Kaleta-Pilarska A. Osobowość typu D u pacjentów z rakiem jelita grubego. *Annales Academiae Medicae Silesiensis* 2023; 77; 51-59.
17. Kaleta A., Zejda J. Ocena rzetelności kwestionariusza osobowości typu D (DS-14) w badaniu chorych z rakiem jelita grubego. *Hygeia Public Health* 2019, 54(1): 41-47.
18. Sekuła M., Jarczewska-Gerc E., Boniecka I., Jędrzejewski E., Paśnik K. Osobowość XXL. Właściwości osobowości sprzyjające nadmiernej masie ciała. *Pol Przegl Chir* 2019; 91: (5): 1-4.
19. Mengxin L., Feng Z., Xiaohong T. Do type A personality and neuroticism moderate the relationships of occupational stressors, job satisfaction and burnout among Chinese older nurses? A cross-sectional survey. *BMC Nurs* 2022; 15: 21 (1): 88.
20. Somville F., Mieren G., De Cauwer H. Burnout, stress and Type D personality amongst hospital/emergency physicians. *Int Arch Occup Environ Health* 2022 Mar; 95(2): 389-398.
21. Moscu CA., Marina V., Anghel M., Anghel AD., Dragomir L. Did personality type influence burn out syndrome manifestations during Covid-19 pandemic? *J Gen Med* 2022; 7:15: 5487-5498.
22. Mason R., Roodenburg J., Williams B. What personality types dominate among nurses and paramedics: A scoping review? 2020; 23(4): 281-290.
23. Biganeh J., Abolghasemi J., Alimohammadi I., Ebrahimi H., Davoud B., Hosseinabadi MB., Ashtarinezhad A. Influences of occupational burnout and personality on lipid peroxidation among nurses in shahroud city, Iran *J UOEH*. 2021; 43(4): 397-408.
24. Hetzel-Riggin MD., Swords BA. Work Engagement and Resiliency Impact the Relationship Between Nursing Stress and Burnout. *Psychol Rep* 2020 Oct; 123(5): 1835-185.
25. Terry L., Newham R. Understanding and applying personality types in healthcare communication. *Nurs Stand* 2020 Jul 8; 35(7): 27-34.
26. Chen C., Meier ST. Burnout and depression in nurses: A systematic review and meta-analysis. *Review Int J Nurs Stud* 2021; 24: 104099.

27. Wang X., Shao J., Weng A., Lian J., Wen F., Fang Q., Hu Y. Nurses' personality traits and perceived work environments during public health emergencies: implications for nursing workforce planning. *Risk Manag Healthc Policy* 2024; 9; 17: 1199–1209.
28. Gu Z., Yang CX., Li MY. Impact of the five-pattern personality traits of traditional Chinese medicine on workplace violence and depression among nurses. *BMC Nursing* 2025; 24: 68: 1-13.

WPLYW STRESU ZAWODOWEGO NA JAKOŚĆ ŻYCIA PIELEŃNIAREK I PIELEŃNIARZY

EDYTA OŚMIAŁOWSKA, ADRIANA BORODZICZ, ANNA LARYSZ,
KATARZYNA MACHAJSKA

Wstęp. Z biegiem lat tempo życia stale przyspiesza, co może przynosić zarówno korzyści, jak i negatywne skutki. Wzrost tempa życia często idzie w parze ze wzrastającą presją otoczenia, rosnącymi oczekiwaniami zawodowymi oraz dążeniem do osiągnięcia coraz wyższych celów i ambicji. Praca zawodowa, choć kluczowa dla stabilności finansowej i osobistej satysfakcji, często stanowi również źródło stresu, który stał się nieodłącznym elementem życia współczesnego społeczeństwa.

W wyniku działania stresu w organizmie dochodzi do szeregu złożonych zmian fizjologicznych i biochemicznych, które łącznie mogą znacząco wpłynąć na zdrowie i ogólne funkcjonowanie jednostki. Stres definiowany jest jako reakcja na różnorodne wymagania względem organizmu. Mogą być one zarówno wewnętrzne, jak i zewnętrzne. Wymagania te mogą obejmować czynniki psychiczne, fizjologiczne oraz społeczne. Obecnie badaniem zjawiska stresu zajmują się zarówno specjaliści medycyny, jak i socjolodzy oraz psycholodzy. Jako kluczowe, w kontekście rozważań nad stresem i jego wpływem na człowieka, należy uwzględnić traktowanie organizmu jako kompleksowej jednostki oddziałującej z otoczeniem. Organizm człowieka może być traktowany jako system, który jest nieustannie narażony na liczne presje i wymagania, które mogą prowadzić do nieefektywnego radzenia sobie z postawionymi wyzwaniami. Nieumiejętne radzenie sobie z nimi może mieć niekorzystny wpływ i jednocześnie nieść ze sobą konsekwencje dla zdrowia psychicznego i fizycznego jednostki [1]. Współczesny pęd życia XXI wieku jest nierozzerwalnie związany z uczuciem stresu, który staje się nieodłącznym elementem dnia codziennego wielu osób i znacząco wpływa na ich jakość życia.

Zawód pielęgniarki związany jest z ratowaniem życia i zdrowia innego człowieka. Profesja ta wiąże się z nieustannym podejmowaniem działań, które wymagają stałej koncentracji i dyspozycji psychofizycznej w ciągu dnia i nocy. Dzięki stałej koncentracji oraz gotowości do działania, pielęgniarki i pielęgniarze muszą szybko reagować na zmieniające się stany pacjentów oraz nieprzewidywalne sytuacje. Profesja ta wymaga nie tylko fachowej wiedzy i umiejętności, ale też empatii i troski o dobre samopoczucie pacjentów[2]. Pielęgniarstwo jest obecnie kluczem w zapewnieniu odpowiedniej ciągłości opieki zdrowotnej chorych. Potrzeba szybkiego reagowania, stałego doskonalenia, mierzenia się w pracy z chorobami i niekiedy

śmiercią pacjentów wiąże się z zagrożeniem wystąpienia znacznego stresu zawodowego, który wpływa znacząco na jakość życia pielęgniarek i pielęgniarzy.

Cel główny. Celem głównym niniejszej pracy jest przeprowadzenie kompleksowej oceny wpływu stresu związanego z pracą pielęgniarek i pielęgniarzy na jakość ich życia, z uwzględnieniem radzenia sobie z nim oraz ewentualnych różnic w doświadczanym stresie i jakości życia w zależności od różnych czynników, takich jak wiek respondenta, poziom wykształcenia, miejsce pracy, staż zawodowy i wsparcie społeczne.

Cele szczegółowe:

1. Ocena poziomu stresu wśród pielęgniarek.
2. Ocena jakości życia aktywnych zawodowo pielęgniarek.
3. Analiza wpływu stażu pracy na poziom stresu i jakość życia pielęgniarek.
4. Badanie strategii radzenia sobie za stresem stosowanych przez pielęgniarki.
5. Analiza różnic w poziomie stresu i jakości życia między pielęgniarkami w różnym wieku.
6. Badanie związków między poziomem stresu a występowaniem chorób przewlekłych.
7. Badanie podejmowania działań zmierzających do poprawy swojej jakości życia przez pielęgniarki.

Materiał i metoda. Badaną grupę stanowiło 146 osób (w tym 134 kobiety i 12 mężczyzn) aktywnie wykonujących zawód pielęgniarki i pielęgniarza. Przeprowadzenie badania dotyczyło zbadanie wpływu stresu zawodowego na jakość życia pielęgniarek i pielęgniarzy. Ankieta w formie online była umieszczona na internetowych grupach zrzeszających osoby wykonujące określony zawód medyczny. Respondentom zadano pytania dotyczące ich poziomu stresu zawodowego oraz jakości życia.

Okres zbierania materiału badawczego zawierał się w czasie od grudnia 2023 roku do lutego 2024 roku. Wszystkie osoby biorące udział w badaniu wyraziły świadomą zgodę na przeprowadzenia anonimowego badania ankietowego. Osoby biorące udział w badaniu były poinformowane o możliwości wycofania się z udziału w badaniu na każdym jego etapie.

W ramach przeprowadzanego badania przeprowadzono ankietę online wśród 146 pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących na różnych oddziałach szpitalnych i placówkach medycznych, co stanowiło reprezentatywną próbę badawczą dla analizowanych zmiennych. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem następujących narzędzi badawczych: Skrócona Wersja Ankiety Oceniającej Jakość Życia (The World Health Organization Quality Of Life – WHOQOL -BREF, Skala – Postrzegany Stres w Pracy (PSwP) w oparciu o PSS-10 oraz ankiety własnego autorstwa.

Metody analizy statystycznej. Zgromadzone dane poddano analizie ilościowej i opisowej. W celu odpowiedzi na pytania badawcze oraz testowania postawionych hipotez, przeprowadzono analizy statystyczne, wykorzystując pakiet IBM SPSS Statistics w wersji 29. Zastosowano narzędzia tego pakietu do wykonania analizy podstawowych statystyk opisowych, analizy korelacji z wykorzystaniem współczynnika korelacji Pearsona oraz *rho* Spearmana, a także testu U Manna-Whitneya. Wartość poziomu istotności statystycznej ustalono na klasyczny próg $\alpha = p = 0,05$.

Wyniki. Badanie zostało przeprowadzone na grupie aktywnych zawodowo pielęgniarek i pielęgniarzy, obejmującej 146 osób. Grupa obejmowała (n) 134 kobiety (91,8% z całości) i (n) 12 mężczyzn (8,2% badanych). Największą kategorię respondentów stanowili uczestnicy w wieku 20-24 lata, reprezentujący 32,2% ogółu badanych. Z kolei najmniejszą grupę stanowili pracownicy medyczni w przedziale wiekowym od 36 do 40 lat, którzy stanowili jedynie 4,8% badanych. Zdecydowaną większość respondentów stanowili ludzie będący w związku małżeńskim, a konkretnie 62 osoby. Następnie, w kolejności, były osoby w związku partnerskim, a także osoby będące singlami. Najmniejszą liczbę stanowili rozwodnicy. Największą grupę ankietowanych stanowili mieszkańcy miast, co stanowiło 76% ogółu respondentów. Dominującym poziomem wykształcenia wśród badanych były studia licencjackie, które wskazało 106 osób, co stanowiło ponad 72% całej grupy. Z kolei najmniejszą grupę stanowili medycy z wykształceniem licealnym medycznym. Ponad połowa, czyli 61,6% badanych, nie posiadała specjalizacji. Dominującą część ankietowanych stanowili pracownicy z doświadczeniem zawodowym wynoszącym do 2 lat, co stanowiło 44,5%. Kolejną najliczniejszą grupę przedstawicieli pielęgniarstwa, posiadający doświadczenie w pracy wynoszące ponad 20 lat, co odpowiadało 25,3 % badanych. Spośród respondentów, 97 osób zgłosiło, że pracuje tylko w jednym miejscu pracy, podczas gdy grupa 49 osób podała, że posiada więcej niż jedno zatrudnienie. Dodatkowo, jedna osoba odpowiedziała, że pracuje na aż pięciu różnych posadach. Grupa składająca się z 75 osób podała, że ich średni czas pracy miesięcznej wynosi między 121 a 180 godzinami, co odpowiada pełnemu etatowi pielęgniarki lub pielęgniarza. Dodatkowo, 15 osób pracuje miesięcznie ponad 200 godzin. Największą grupę respondentów stanowili pracownicy oddziałów zabiegowych, reprezentujący liczbę 40 osób. Następnie, 30 badanych pracowało na oddziałach zachowawczych, 19 osób na innych miejscach pracy, a 16 osób na oddziałach intensywnej terapii oraz w nadzorze intensywnym. Ponad połowa respondentów, a dokładnie 63%, oceniła swoją sytuację majątkową jako dobrą. Jedynie jedna osoba uznała ją za bardzo złą. Połowa ankietowanych opisała subiektywnie swoje zdrowie jako dobre. Jedna osoba sklasyfikowała swój stan zdrowia jako bardzo zły. Ponadto,

91 respondentów zadeklarowało, że nie choruje przewlekle. Osoby chore przewlekle stanowiły grupę 55 osób. Najczęstszymi chorobami były: nadciśnienie tętnicze (18 osób), niedoczynność tarczycy (15 osób), cukrzyca typu I (4 osoby), zespół policystycznych jajników (3 osoby), łuszczyca (2 osoby), astma oskrzelowa (2 osoby), kamica nerkowa, reumatoidalne zapalenie stawów choroba refluksowa przełyku wrzodziejące zapalenie jelita grubego), przepuklina kręgosłupa, cukrzyca typu II, migrena, jaskra, zespół Gilberta – po (1 osobie). Pojedyncze osoby zadeklarowały występowanie zachowań autoagresywnych oraz zespół stresu pourazowego. Zdecydowana większość respondentów, a konkretnie 129 osób, nie korzysta z pomocy psychologicznej lub psychiatrycznej. Większość ankietowanych, aż 78,1% respondentów, twierdzi, że potrafi sobie radzić ze stresem zawodowym. Jednakże 13% badanych przyznało, że ma z tym problem, natomiast pozostała część poszukuje innych form relaksu. Wśród najczęstszych form spędzania czasu wolnego, ankietowali wymieniali: czas z bliskimi, oglądanie filmów i seriali, uprawianie sportu oraz sen. Praktycznie wszyscy ankietowani, bo aż 97,3% zadeklarowało, że zawód pielęgniarki, pielęgniarza jest związany z występowaniem stresu.

Podstawowe statystyki opisowe mierzonych zmiennych ilościowych wraz z testem normalności rozkładu.

Tabela 1. Podstawowe statystyki opisowe wraz z wynikiem testu Kołmogorowa-Smirnowa

Zmienna	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>D</i>	<i>p</i>
WHOQOL-BREF									
Jakość życia									
Domena somatyczna	24,47	25,00	4,21	-0,32	-0,50	14,00	34,00	0,09	0,006
Domena psychologiczna	21,53	22,00	3,75	-0,45	-0,18	11,00	29,00	0,12	<0,001
Domena socjalna	10,45	11,00	2,96	-0,48	-0,31	3,00	15,00	0,14	<0,001
Domena środowiskowa	27,86	28,00	5,12	-0,65	0,97	13,00	40,00	0,09	0,003
PSwP									
Postrzegany stres w pracy	18,32	19,00	5,90	-0,05	0,19	4,00	33,00	0,09	0,004

Związek pomiędzy postrzeganym w pracy stresem a jakością życia.

Tabela 2. Wyniki analizy korelacji *r* Pearsona pomiędzy postrzeganym stresem w pracy a jakością życia wśród grupy pielęgniarzy i pielęgniarek

Wskaźniki jakości życia	Postrzegany stres w pracy	
	<i>r</i> Pearsona	<i>p</i>
Domena somatyczna	-0,42	<0,001
Domena psychologiczna	-0,37	<0,001
Domena socjalna	-0,25	0,002
Domena środowiskowa	-0,27	0,001

Analiza wykazała, że istnieje statystycznie istotna korelacja pomiędzy postrzeganym stresem w pracy a każdym wskaźnikiem jakości życia. Zaobserwowano umiarkowane relacje między stresem zawodowym a jakością życia w dziedzinie somatycznej i psychologicznej, natomiast relacje te były słabe w przypadku dziedziny socjalnej i środowiskowej. Wszystkie znaki korelacji są ujemne, co oznacza, że im wyższy poziom stresu zawodowego doświadczany przez pielęgniarki i pielęgniarzy, tym niższa jest jakość ich życia we wszystkich dziedzinach.

Związek pomiędzy zmiennymi socjodemograficznymi a stresem zawodowym i jakością życia. W kolejnej części analizy zweryfikowano hipotezy dotyczące relacji między zmiennymi socjodemograficznymi (takimi jak wiek i wykształcenie badanych) a stresem zawodowym oraz jakością ich życia. Z uwagi na charakter porządkowy tych zmiennych, przeprowadzono analizę korelacji z wykorzystaniem współczynnika rho Spearmana. Wyniki tej analizy, wraz z danymi dotyczącymi wieku badanych, zostały przedstawione w Tabeli 3.

Tabela 3. Wyniki analizy korelacji rho Spearmana pomiędzy wiekiem a stresem zawodowym i jakością życia

Zmienna	Wiek	
	<i>rho</i> Spearmana	<i>p</i>
PSwP		
Postrzegany stres w pracy	-0,12	0,148
WHOQOL-BREF		
Jakość życia		
Domena somatyczna	-0,20	0,015
Domena psychologiczna	0,04	0,636
Domena socjalna	-0,13	0,129
Domena środowiskowa	-0,13	0,122

Z przeprowadzonej analizy statystycznej wynika, że wiek pracowników nie wykazuje współzależności ze stresem zawodowym. Jednakże, zaobserwowano pojedynczą istotną statystycznie korelację pomiędzy wiekiem a jakością życia w dziedzinie somatycznej. Jest to związek ujemny o słabym stopniu, co sugeruje, że im starsi badani, tym niższa jakość ich życia w tej dziedzinie. Nie stwierdzono jednak podobnych zależności dla pozostałych dziedzin.

Dodatkowo, przetestowano również związek między wykształceniem a stresem zawodowym. Wynik analizy korelacji rho Spearmana wyniósł $r_s = 0,04$; $p = 0,635$, co okazało się nieistotne statystycznie. Oznacza to brak związku między poziomem wykształcenia badanych pielęgniarek i pielęgniarzy a ich stresem zawodowym.

Zależność pomiędzy życiem zawodowym badanych a stresem zawodowym i jakością życia. W dalszym etapie analizy sprawdzono, czy zmienne związane z życiem zawodowym korelują ze stresem zawodowym oraz jakością życia badanych pielęgniarek i pielęgniarzy. Do zmiennych związanych z życiem zawodowym włączono staż pracy

i liczbę miejsc pracy. Liczbę miejsc pracy poddano przekształceniu poprzez scalenie więcej niż jednego miejsca pracy w jedną grupę (Tabela 4). Zauważono istotne różnice w liczebności grup: $\chi^2(1) = 15,78$; $p < 0,001$, dlatego też w analizach porównawczych zastosowano test nieparametryczny (test U Manna-Whitneya).

Tabela 4. Wyniki analizy częstości dla liczby miejsc pracy przed edycją i po edycji

Liczba miejsc pracy	Przed edycją		Po edycji	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Jedno miejsce pracy	97	66,4%	97	66,4%
Dwa miejsca pracy	39	26,7%		
Trzy miejsca pracy	7	4,8%	49	33,6%
Cztery miejsca pracy	2	1,4%		
Pięć miejsc pracy	1	0,7%		

W kolejnym etapie przeprowadzono wcześniej wspomniane porównanie, mające na celu sprawdzenie, czy badani pracujący w jednym miejscu pracy różnią się od tych, którzy pracują w więcej niż jednym miejscu pracy, pod względem doświadczanego stresu zawodowego oraz jakości życia. Wyniki przeprowadzonego testu U Manna-Whitneya przedstawiono w Tabeli 5.

Tabela 5. Wyniki porównań testem U Manna Whitneya dla stresu zawodowego i jakości życia w zależności od liczby miejsc pracy

	Jedno miejsce pracy (<i>n</i> = 97)		Więcej niż jedno miejsce pracy (<i>n</i> = 49)				
	średnia ranga	<i>Me</i>	średnia ranga	<i>Me</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	η^2
PSwP							
Postrzegany stres w pracy	69,14	18,00	82,12	20,00	-1,76	0,079	0,02
WHOQOL-BREF							
Jakość życia							
Domena somatyczna	78,48	26,00	63,64	23,00	-2,01	0,045	0,03
Domena psychologiczna	76,34	23,00	67,88	21,00	-1,15	0,252	0,01
Domena socjalna	75,86	11,00	68,83	10,00	-0,96	0,339	0,01
Domena środowiskowa	78,09	29,00	60,33	27,00	-2,44	0,015	0,04

Wyniki testu wykazały istotne statystycznie różnice dla domen somatycznej i środowiskowej jakości życia (efekty słabe), co oznacza, że liczba miejsc pracy różnicuje jakość życia w tych właśnie dziedzinach. Z analizy średnich rang wynika, że badani pracujący w jednym miejscu pracy wykazywali się wyższą jakością życia w dziedzinie somatycznej i środowiskowej w porównaniu z tymi, którzy pracowali w więcej niż jednym miejscu pracy. Nie stwierdzono istotnych różnic dla pozostałych dziedzin jakości życia ani dla poziomu doświadczanego stresu zawodowego między badanymi grupami.

Następnie przebadano związek między stażem pracy a stresem zawodowym oraz wskaźnikami jakości życia. Przeprowadzono analizę korelacji rho Spearmana (Tabela 6), dostosowując rodzaj analizy do porządkowego charakteru zmiennej stażu pracy.

Tabela 6. Wyniki analizy korelacji rho Spearmana pomiędzy stażem pracy a postrzeganym stresem zawodowym i jakością życia w grupie pielęgniarzy i pielęgniarek

Zmienna	Staż pracy	
	<i>rho</i> Spearmana	<i>p</i>
PSwP		
Postrzegany stres w pracy	-0,07	0,418
WHOQOL-BREF		
Jakość życia		
Domena somatyczna	-0,20	0,017
Domena psychologiczna	0,01	0,902
Domena socjalna	-0,11	0,180
Domena środowiskowa	-0,17	0,045

Na podstawie przedstawionej wcześniej tabeli można wnioskować, że staż pracy nie wykazuje istotnego związku z postrzeganym stresem w pracy. Niemniej jednak, zaobserwowano zależności pomiędzy stażem pracy a jakością życia w dziedzinach somatycznej i środowiskowej. W obu przypadkach, obserwowane relacje są słabe i ujemne. Oznacza to, że im dłuższy jest staż pracy badanych, tym niższa jest ich jakość życia w obszarach somatycznym i środowiskowym. Pozostałe dziedziny jakości życia nie wykazują istotnego współwystępowania ze stażem pracy.

Zależność pomiędzy zdrowiem własnym a stresem zawodowym i jakością życia. W celu weryfikacji związku między oceną stanu zdrowia a stresem zawodowym oraz jakością życia, przeprowadzono zarówno analizę korelacji rho Spearmana, jak i test U Manna-Whitneya.

W pierwszej kolejności zbadano, czy ocena stanu zdrowia koreluje z postrzeganym stresem w pracy oraz jakością życia w czterech domenach (Tabela 7).

Tabela 7. Wyniki analizy korelacji rho Spearmana pomiędzy oceną stanu zdrowia a stresem zawodowym i jakością życia

Zmienna	Ocena stanu zdrowia	
	<i>rho</i> Spearmana	<i>p</i>
PSwP		
Postrzegany stres w pracy	0,19	0,019
WHOQOL-BREF		
Jakość życia		
Domena somatyczna	-0,47	<0,001
Domena psychologiczna	-0,46	<0,001
Domena socjalna	-0,30	<0,001
Domena środowiskowa	-0,45	<0,001

Adnotacja. Kodowanie oceny stanu zdrowia: 1 – bardzo dobrze, 2 – dobrze, 3 – wystarczająco, 4 – źle, 5 – bardzo źle.

Jak się okazuje, ocena stanu zdrowia jest skorelowana z postrzeganym stresem zawodowym. Związek ten jest słaby. Dodatni kierunek korelacji wskazuje, że im lepszą ocenę stanu zdrowia wystawiają badani, tym mniej odczuwają stresu w pracy.

Ponadto, zaobserwowano istotne statystycznie korelacje między oceną stanu zdrowia a jakością życia. Zależności te wystąpiły w każdej z badanych dziedzin, przy umiarkowanej sile korelacji. Kierunek korelacji był ujemny, co oznacza, że im lepiej badani oceniają swoje zdrowie, tym wyższa jest jakość ich życia w każdej z analizowanych dziedzin. Warto jednak zwrócić uwagę, że najmniejszą zależność, odbiegającą od pozostałych, odnotowano w przypadku jakości życia w dziedzinie socjalnej.

Następnie przeprowadzono test U Manna-Whitneya, a wyniki zostały przedstawione w Tabeli 8.

Tabela 8. Wyniki porównań osób z chorobami przewlekłymi a osobami bez chorób przewlekłych testem U Manna-Whitneya dla stresu zawodowego i jakości życia

	Brak chorób przewlekłych (<i>n</i> = 91)		Występowanie chorób przewlekłych (<i>n</i> = 55)		<i>Z</i>	<i>p</i>	η ²
	średnia ranga	<i>Me</i>	średnia ranga	<i>Me</i>			
PSwP							
Postrzegany stres w pracy	68,63	18,00	81,56	20,00	-1,80	0,073	0,02
WHOQOL-BREF							
Jakość życia							
Domena somatyczna	83,62	26,00	56,75	23,00	-3,73	<0,001	0,10
Domena psychologiczna	81,71	23,00	59,91	20,00	-3,03	0,002	0,06
Domena socjalna	75,85	11,00	69,61	11,00	-0,87	0,384	0,01
Domena środowiskowa	78,51	29,00	61,58	27,00	-2,38	0,017	0,04

Analiza wykazała brak istotnych statystycznie różnic w poziomie postrzeganego stresu w pracy w zależności od obecności u badanych chorób przewlekłych. Jednocześnie, uzyskano istotne wyniki dla jakości życia w dziedzinach somatycznej i psychologicznej (efekty umiarkowane), oraz środowiskowej (efekt słaby). Jednakże, efekt nieistotny zaobserwowano dla jakości życia w dziedzinie socjalnej. Analiza średnich rang wykazała, że badani nie cierpiący na choroby przewlekłe charakteryzowali się wyższym poziomem jakości życia w wymienionych dziedzinach w porównaniu do osób, u których występowały choroby przewlekłe.

Dyskusja. W świecie szpitalnym, wykonywanie obowiązków zawodowych wymaga nie tylko wiedzy i umiejętności, ale także zaangażowania w różnorodne aspekty pracy oraz umiejętności radzenia sobie z powszechnie występującym stresem. J.Penc [3] zauważył, że na efektywność osób pracujących wpływ mają czynniki takie jak: natura wykonywanej pracy, środowisko społeczne oraz warunki materialne. Do innych istotnych czynników należą

intensywność i liczba godzin spędzanych w pracy, potrzeby osobiste danego człowieka, emocje, motywacja, a także kompetencje takie jak: kreatywność, odpowiedzialność i zdrowie. Optymalny balans pomiędzy tymi warunkami gwarantuje według badaczy zdobycie satysfakcji w wykonywanej pracy oraz ogólne pozytywne samopoczucie zawodowe.

Stres jest nieodłącznym towarzyszem życia. Nie można bez niego funkcjonować. Pielęgniarki ze względu na specyfikę zawodu jaki wykonują są szczególnie narażone na jego negatywny wpływ pod wieloma względami. Personel medyczny codziennie spotyka się z sytuacjami dotyczącymi występowania choroby czy też niekiedy śmierci swoich pacjentów. Z uwagi na znaczną odpowiedzialność i wymagające obowiązki związane z pracą, zawód pielęgniarki jawi się jako szczególnie stresujący. W ostatnich latach obserwować można rosnącą świadomość znaczenia stresu i zdrowia psychicznego, co podkreśla ich wyjątkową ważność. Wyniki uzyskane w przeprowadzonym badaniu zostały poddane analizie w kontekście dotychczasowych wyników innych badaczy. Celem weryfikacji i potwierdzenia istniejących odkryć, ale również identyfikacji nowych wzorców i zależności, mogących przyczynić się do pogłębienia badanych zjawisk stresu i jakości życia pielęgniarek. Badania przeprowadzone w ramach prezentowanej pracy ukazały związek między stresem zawodowym a jakością życia we wszystkich czterech domenach. Wyniki wskazują na to, że związki są istotne statystycznie: $p < 0,001$ dla domeny somatycznej, $p < 0,001$ dla domeny psychologicznej, $p = 0,002$ dla domeny społecznej oraz $p = 0,001$ dla domeny środowiskowej. Wszystkie związki wykazywały ujemne wartości, co świadczy o tym, że im większy poziom stresu, tym niższa jakość życia w poszczególnych obszarach. Największą siłę wykazywał związek z domeną somatyczną, gdzie współczynnik korelacji Pearsona wynosił $-0,42$. Te wyniki mogą świadczyć o istotnym wpływie stresu zawodowego na różne aspekty życia jednostki. Negatywna korelacja między stresem a jakością życia wskazuje, że doświadczany stres może prowadzić do obniżenia samopoczucia, zwiększenia występowania problemów zdrowotnych, pogorszenia relacji społecznych oraz zmniejszenia satysfakcji z otoczenia środowiskowego. W efekcie, istotność tych związków sugeruje, że zarządzanie stresem zawodowym może być kluczowym elementem w poprawie ogólnej jakości życia pracowników, a także w promowaniu ich zdrowia psychicznego i fizycznego. Dalsze analizy pokazały, że wiek respondentów nie był istotnie powiązany z występowaniem stresu zawodowego ($p = 0,148$). Natomiast istniał słaby związek między jakością życia a wiekiem respondentów w domenie somatycznej ($p = 0,015$, ρ Spearman $= -0,20$). W analizie powiązań wykształcenia ankietowanych z występowaniem stresu zawodowego nie wykazano powiązań. Wynik ten nie był istotny statystycznie, $p = 0,634$.

Analiza kolejnych zależności między życiem zawodowym a jakością życia wykazała, że spośród 146 ankietowanych osób, aż 97 (66,4%) oświadczyło, że posiada jedno miejsce pracy, podczas gdy 49 osób (33,6%) pracuje w więcej niż jednym miejscu pracy. Co interesujące, osoby posiadające więcej niż jedno miejsce pracy cechowały się wyższym poziomem doświadczanego stresu i niższą oceną jakości życia, szczególnie w domenie somatycznej ($p=0,045$) oraz środowiskowej ($p=0,015$). Sugeruje to, że posiadanie wielu miejsc pracy może być czynnikiem ryzyka dla doświadczania większego poziomu stresu oraz niższej jakości życia w pewnych aspektach. Wzrost obowiązków zawodowych i konieczność równoczesnego radzenia sobie z różnymi wymaganiami może prowadzić do zwiększonego obciążenia psychicznego i fizycznego, co negatywnie wpływa na ogólne samopoczucie pracowników. Istotność tych związków podkreśla potrzebę zbadania strategii zarządzania czasem i obowiązkami, które mogą pomóc w redukcji stresu i poprawie jakości życia pracowników, zwłaszcza tych pracujących na kilku stanowiskach jednocześnie.

Dodatkowo, analiza nie wykazała istotnej korelacji między stażem pracy a występowaniem stresu zawodowego ($p=0,418$). Jednakże, zidentyfikowano związek między stażem pracy a jakością życia, ponownie w domenie somatycznej i środowiskowej. W obu przypadkach związki te były ujemne, co oznacza, że im dłuższy staż pracy, tym niższa jakość życia w badanych obszarach. Te wyniki sugerują, że długi staż pracy może być czynnikiem ryzyka dla obniżenia jakości życia pracowników, zwłaszcza w aspektach związanych z zadowoleniem ze środowiska pracy i własnego samopoczucia fizycznego. Dodatkowo, analiza uwzględniła również występowanie chorób przewlekłych jako czynnik potencjalnie wpływający na doświadczanie stresu w pracy oraz jakość życia pracowników. Wyniki pokazały, że występowanie chorób przewlekłych nie różnicowało istotnie poziomu doświadczanego stresu zawodowego. Jednakże, zaobserwowano istotne różnice w jakości życia w zależności od obecności chorób przewlekłych, szczególnie w domenach somatycznej, psychologicznej i środowiskowej, lecz nie w domenie socjalnej. Osoby, które nie cierpiały na choroby przewlekłe, charakteryzowały się wyższym poziomem ogólnej jakości życia, co sugeruje, że obecność takich chorób może negatywnie wpływać na dobrostan i satysfakcję z życia pracowników. Te wnioski podkreślają znaczenie kompleksowego podejścia do promocji zdrowia w miejscu pracy oraz potrzebę wsparcia pracowników cierpiących na choroby przewlekłe w celu poprawy ich jakości życia i samopoczucia zarówno w sferze zawodowej, jak i prywatnej.

Częściowe wyniki zostały zestawione z danymi uzyskanymi w innych analizach prowadzonych przez niezależnych badaczy. W ramach badania prowadzonego przez E. Kupcewicz [3],

głównym przedmiotem analizy była ocena wpływu czynników społeczno-demograficznych oraz warunków środowiska pracy na poziom jakości życia pielęgniarek anestezjologicznych. Ponadto, badanie to miało na celu zbadanie korelacji pomiędzy stosowanymi przez pielęgniarki strategiami radzenia sobie ze stresem a percepcją jakości ich życia. W badaniu użyto również skali WHOQOL-BREF. W badaniu wykazano, że w ocenie kolejnych domen jakości życia, domena socjalna uzyskała najwyższe wyniki ($M=15,4$), kolejno domena psychologiczna $M=14,2$, domena środowiskowa $M=13,3$. Najniżej została oceniona domena somatyczna $M=12,8$. Wyniki te znacząco różnią się od uzyskanych w prezentowanej pracy. W badaniu Kupcewicz w wynikach analizy udowodniono, że wykształcenie pielęgniarek ma istotny statystycznie związek z jakością życia w domenie psychologicznej ($R=0,25$; $p<0,00008$). Istnieje również powiązanie między wykształceniem a jakością życia. W uzyskanych przez badaczkę danych osoby, które ukończyły studia II stopnia na kierunku pielęgniarstwo charakteryzują się wyższymi wskaźnikami jakości życia niż osoby z wykształceniem średnim lub policealnym. Dane zebrane w pracy ukazały inne wyniki.

Kolejna praca, której autorką była K.Zdziebło i współ., objęła badaniem 112 pielęgniarek z różnych specjalności i placówek zdrowia w Sandomierzu. Wykorzystano sondaż diagnostyczny z własnym kwestionariuszem badającym opinie pielęgniarek na temat stresu zawodowego i jakości życia. Kwestionariusz zawierał pytania dotyczące pracy i stresu. Dodatkowo pytano o wpływ stresu zawodowego na życie i funkcjonowanie rodziny. Druga część to kwestionariusz z pytaniami o wiek, staż pracy, miejsce zamieszkania, sytuację materialną i wykształcenie badanych. Badacze prowadzili badania dotyczące identyfikacji czynników stresogennych w pracy zawodowej pielęgniarek i ich wpływu na jakość ich życia. W uzyskanych wynikach ukazano, że 82,72% badanych pielęgniarek uważała swoją pracę za stresującą. W prezentowanej pracy wynik był zdecydowanie wyższy. Wynosił on 97,3%, jedynie cztery osoby ze 146 ankietowanych nie zgodziły się z powyższym stwierdzeniem. Podobne zdanie podzielali ankietowani z badania prowadzonego przez M.Tartas w grupie pielęgniarek hospicyjnych i chirurgicznych. Jednogłośnie stwierdziły one, że praca zawodowa jest postrzegana jako źródło stresu ($p=0,36$). Obie grupy podobnie oceniały stopień stresu – najczęściej jako wysoki (hospicjum 60%; chirurgia 57%) [4,5].

W kolejnej analizie danych przeprowadzonej przez K. Zdziebło [5] uwidoczniło się istotne zjawisko: znacząco większa liczba pielęgniarek, aż 83,9% (94 osoby), zauważyła wpływ stresu zawodowego na jakość swojego życia, w przeciwieństwie do jedynie 16,1% (18 osób), które mają inne zdanie na ten temat. Istotność statystyczna tego związku była poniżej poziomu $p<0,001$. Analiza danych wykazała również istotne statystycznie powiązania między różnymi

aspektami jakości życia a poziomem doświadczanego stresu zawodowego. Odkryto, że im większy poziom stresu zawodowego, tym wyraźnie niższa jakość życia pielęgniarek. Wartości te wykazywały umiarkowany stopień dla domeny somatycznej i psychologicznej.

Co istotne, stres zawodowy oraz niska jakość życia mogą prowadzić do wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek poprzez szereg następujących po sobie mechanizmów. Po pierwsze, ciągłe narażenie na wysoki poziom stresu w pracy może prowadzić do chronicznego zmęczenia psychicznego i fizycznego, co stanowi podstawę dla rozwoju wypalenia zawodowego. Nieustanne przeżywanie negatywnych emocji związanych z pracą, takich jak frustracja, zniechęcenie czy bezsilność, może prowadzić do stopniowego wyczerpywania się zasobów psychicznych i emocjonalnych u pielęgniarek. Ponadto, niska jakość życia, wynikająca z negatywnych doświadczeń, może prowadzić do pogorszenia ogólnego samopoczucia i satysfakcji z pracy. Brak poczucia spełnienia zawodowego, trudności w radzeniu sobie z obowiązkami zawodowymi oraz niezadowolenie z warunków pracy mogą zwiększać ryzyko wypalenia zawodowego. Wypalenie zawodowe może również być skutkiem braku wsparcia społecznego oraz niewłaściwych mechanizmów radzenia sobie ze stresem. Jeśli pielęgniarki nie otrzymują odpowiedniego wsparcia ze strony przełożonych, kolegów pracy czy rodziny, mogą czuć się izolowane i przeciążone emocjonalnie, co zwiększa ryzyko wypalenia zawodowego. Ogólnie rzecz biorąc, stres zawodowy i niska jakość życia tworzą niekorzystne środowisko pracy, które może prowadzić do poważnych konsekwencji dla zdrowia pielęgniarek. Dlatego też ważne jest podejmowanie działań mających na celu zapobieganie i zarządzanie stresem zawodowym, poprawę warunków pracy oraz promowanie zdrowych strategii radzenia sobie w środowisku zawodowym.

Przeprowadzenie analizy pozwoli na lepsze zrozumienie mechanizmów, przez które stres zawodowy może prowadzić do różnych konsekwencji dla personelu medycznego, w tym zmniejszenia satysfakcji z pracy, zwiększonego ryzyka wystąpienia problemów zdrowotnych czy też obniżonej jakości opieki nad pacjentami. W kontekście istoty społecznej i praktycznej, badania te mogą również stanowić podstawę do opracowania skutecznych strategii zarządzania stresem w miejscu pracy pielęgniarek jakim są oddziały szpitalne. Odpowiednie interwencje mogą obejmować zarówno działania na poziomie indywidualnym, takie jak treningi radzenia sobie ze stresem czy wsparcie psychologiczne, jak i zmiany strukturalne w organizacji pracy oraz promowanie kultury organizacyjnej sprzyjającej redukcji stresu. Dodatkowo, badania nad wpływem stresu na jakość życia pielęgniarek mogą przyczynić się do zmian w polityce zdrowotnej, zarówno na poziomie instytucjonalnym, jak i rządowym. Na podstawie rzetelnych danych i wniosków można podejmować bardziej świadome decyzje dotyczące tworzenia ram

regulacyjnych mających na celu ochronę zdrowia i dobrostanu pielęgniarek. Ostatecznie, badania te mają potencjał do przyczynienia się do podniesienia standardów pracy pielęgniarek oraz poprawy jakości opieki zdrowotnej świadczonej pacjentom. Ich wyniki mogą stanowić punkt odniesienia dla dalszych badań oraz dla praktyki klinicznej, mając na celu stworzenie bardziej zrównoważonego i sprzyjającego środowiska pracy dla personelu medycznego.

Wnioski.

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

Bibliografia:

1. Majchrowska G, Tomkiewicz K. Stres i wypalenie zawodowe w zawodzie pielęgniarki - wyniki badań pielęgniarek z SOR ZZOZ Cieszyn. *Pielęgniarstwo Polskie*. 2015;(3):267–72.
2. Grochowska A, Bodys-Cupak I, Korus M. Sposoby radzenia sobie z trudnościami przez pielęgniarki pracujące na oddziałach pediatrycznych. *Piel Pol*. 31 marzec 2017;63(1):97–104.
3. Kupcewicz E. Quality of life of nurses and strategies for coping with stress experienced in the work environment. *Med Og Nauk Zdr*. 13 kwiecień 2017;23(1):627.
4. Tartas M, Derewicz G, Walkiewicz M. Sources of Job Stress Among Nurses In Hospice And Surgical Ward. *Ann, Acad Med Gedan*. 2009;39:145–53.
5. Zdziebło K, Zboina B, Stępień R. Stres zawodowy jako czynnik determinujący jakość życia w opinii pielęgniarek. *Polish Journal of Health and Fitness*. 2015;1:57–71.

WPLYW ADAPTACJI SPOŁECZNO-ZAWODOWEJ PIELEŃNIAREK NA SATYSFAKCJĘ Z PRACY

KAROLINA BASZYŃSKA, ELŻBIETA GARWACKA-CZACHOR, DOROTA MILECKA

Wstęp. Adaptacja społeczno-zawodowa to przystosowanie się do fizycznego środowiska pracy, wymagań zawodu i stanowiska pracy (przez co rozumiane jest opanowanie umiejętności zawodowych potrzebnych do pełnienia funkcji na określonym stanowisku pracy), nowego środowiska społecznego i formalnej organizacji miejsca pracy oraz układu oficjalnych stosunków określonych regulaminami i przepisami [1]. Pojęcie adaptacji zawodowej obejmuje okres od pierwszego kontaktu z miejscem pracy, podpisania umowy, podjęcia zatrudnienia przez pracownika poprzez zaangażowanie się w pracę, aż do chwili uzyskania przez niego samodzielności na objętym stanowisku pracy [2]. Pierwsze tygodnie w nowej pracy wiążą się z uczuciem wątpliwości, zaniepokojenia i zwiększonym napięciem emocjonalnym. Jest to okres kształtowania się nastawienia i postawy względem nowego środowiska. W dłuższej perspektywie może to mieć znaczący wpływ na motywację do pracy i rozwój zawodowy, ale także chęć pozostania w zespole i miejscu pracy lub odwrotnie - odejścia z pracy czy nawet zmiany zawodu [3]. Powodzenie tego procesu jest zależne od funkcjonowania zatrudniającego podmiotu, ale również od samego nowo zatrudnionego pracownika (pielęgniarki), jego starań i zaangażowania, a także postaw wobec zawodu, współpracowników czy samej organizacji [4,5]. W placówkach szpitalnych, które włączyły się w proces akredytacji opracowane i realizowane są programy adaptacji zawodowej dla osób nowo zatrudnionych [6,7]. Program adaptacji wyjaśnia się w następujący sposób: „Przygotowanie do pełnienia funkcji, czyli adaptacja zawodowa powinna dotyczyć wszystkich osób nowo zatrudnionych. Program adaptacji powinien zapewniać wiedzę o funkcjonowaniu szpitala, zapoznawać z obowiązującymi procedurami, zasadami i sposobami postępowania (adaptacja ogólna). Zatrudnieni, którzy obejmują nowe stanowiska pracy, powinni być poddani programowi przygotowującemu do wykonywania powierzonych obowiązków (adaptacja stanowiskowa). Program adaptacji powinien być zakończony oceną, pozwalającą stwierdzić, czy poziom umiejętności i wiedzy zatrudnionych odpowiada wymaganiom i oczekiwaniom ze strony szpitala.[...]” [7]. Zgodnie z tymi zaleceniami program adaptacji powinien dostarczyć nowo zatrudnionym pielęgniarkom informacji o szpitalu oraz zapewnić szkolenie z zakresu specyfiki pracy. Pielęgniarka rozpoczynająca proces adaptacji społeczno-zawodowej powinna otrzymać na piśmie program oraz mieć możliwość ustnego omówienia zapisów dotyczących czasu trwania procesu, etapów, zakresu zadań, informacji o jego zakończeniu i ocenie. Szkolenie powinno odbywać się pod okiem opiekuna (mentora) wskazanego przez szpital oraz zgodnie

z przekazanym programem. Ponadto, program winien wprowadzać w misję podmiotu leczniczego, zakres poprawy jakości i objaśniać topografię szpitala. Obejmuje również opanowanie procedur postępowania w przypadkach zdarzeń mnogich masowych i katastrof oraz przedstawia wytyczne ochrony i bezpieczeństwa osobistego, przybliża system oceniania i nagradzania personelu. Program adaptacji zakończony jest oceną. Zadanie to najczęściej powierzone jest bezpośredniemu przełożonemu [6,7]. Jak w każdym procesie dydaktycznym, tak i w tym przypadku niezbędna jest ocena adaptacji również przez pracownika (pielęgniarkę), który ją ukończył, najlepiej z wykorzystaniem anonimowego kwestionariusza ankiety [8]. Zwrotne informacje powinny posłużyć do zmian i ewentualnej poprawy procesu adaptacji w przyszłości. Realizacja programu adaptacji pielęgniarek odbywa się w dwóch etapach – adaptacji wstępnej, która stanowi jego pierwsze stadium i trwa 4 tygodnie oraz następującej po niej adaptacji właściwej trwającej 5 miesięcy [3,8]. Biorą w niej udział kierownik działu kadr, naczelnia pielęgniarka lub przełożona pielęgniarek, pielęgniarka oddziałowa, zgodnie z podziałem zadań zawartym w opracowanym programie [3,8]. Pozytywne zakończenie okresu wstępnej adaptacji (rozumiane jako pozyskanie wymaganej wiedzy i umiejętności oraz samodzielność w realizacji powierzonych zadań) pozwala uwzględnić pielęgniarkę na dyżurach w systemie zmianowym. Nowy pracownik wchodzi tym samym w okres adaptacji właściwej, który zawiera elementy: instruktaż bieżący na stanowisku pracy, udział w szkoleniach, samokształcenie. Istnieje możliwość rozszerzenia treści i zakresu programu adaptacji społeczno-zawodowej według potrzeb organizacji opieki zdrowotnej i specyfiki stanowiska pracy. Sam okres adaptacji również może zostać wydłużony lub też skrócony w zależności od specyfiki miejsca pracy [3,8]. Odpowiednio i umiejętnie prowadzony proces adaptacji przyczynia się do tego, iż pracownik/pielęgniarka sprawniej organizuje sobie pracę, posiada poczucie własnej skuteczności, a w związku z tym przydzielone czynności wykonuje bardziej płynnym, spokojnym tokiem. Pracownik odpowiednio wprowadzony do pracy wykazuje zwiększone zaangażowanie i samodzielność w wykonywaniu powierzonych zadań, co jest istotnie dla zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza, który opiera się właśnie na samodzielności i decyzyjności [9, 10]. Aby pracownik mógł odpowiednio się zaangażować musi wiedzieć, czego się od niego oczekuje oraz czuć akceptację ze strony współpracowników [10]. Źle zorganizowany i w odczuciu nowego pracownika nieudany okres adaptacji będzie niósł ze sobą rozczarowanie oraz rozbieżność między oczekiwaniami od nowej (często wymarzonej) pracy, a rzeczywistością [9]. To, w jaki sposób przebiegnie adaptacja pracownika wpłynie na to, czy będzie odczuwał zadowolenie z pracy, czy też nie. To z kolei bezpośrednio przełoży się na stopień zaangażowania w wypełnianie obowiązków i realizację celów przedsiębiorstwa

pociągając skutki dla samego przedsiębiorstwa, jak i jego klientów – w tym przypadku pacjentów [11]. Mentoring jest strategią rozwoju osobistego, która zyskuje na popularności w wielu dziedzinach, również w pielęgniarstwie. Jest także możliwością wprowadzania nowych rozwiązań będących szansą na nowocześniejsze pielęgniarstwo [12,13]. Polega na rozwijaniu potencjału podopiecznego, samoświadomości i satysfakcji. Osiągalne korzyści to przede wszystkim zwiększenie satysfakcji z podjętej pracy nowo zatrudnionego personelu, zapobieganie wypaleniu zawodowemu i rozwój zawodowy rzutujący na decyzję o pozostaniu w zawodzie i przywiązaniu pracownika do miejsca pracy [14,15]. Wprowadzenie nowych pracowników w czynności związane ze stanowiskiem i miejscem pracy powinno odbywać się pod opieką osoby o właściwych kwalifikacjach i kompetencjach [9]. Wykonując swoją rolę wspiera również podopiecznych w wyrażaniu osobistych opinii, dylematów i pomysłów, wzmacnia wspomniany wyżej profesjonalizm i rozwój tożsamości zawodowej [16,17]. Praca na rzecz instytucji zajmuje znaczną część życia człowieka w wielu przypadkach stanowiąc problem w rozgraniczeniu życia zawodowego od prywatnego. Funkcjonowanie jednostki w pracy związane jest z odczuwaniem zadowolenia i satysfakcji z pracy (bądź też nie), co ma przełożenie na osiągnięte wyniki zawodowe, ale też szeroko rozumianą jakość życia. Satysfakcję z pracy spostrzega się w perspektywie szerszego przedziału czasu w odróżnieniu od zadowolenia z pracy, które interpretuje się jako krótkotrwałą reakcję [18,19]. Z pojęciem satysfakcji wiąże się stan równowagi pomiędzy oczekiwaniami i potrzebami pracownika, a ich zaspokojeniem. Najczęściej satysfakcję z pracy rozpatruje się w odniesieniu do postawy człowieka, to znaczy sposobu wywiązywania się z powierzonych mu obowiązków zawodowych. Zwykle określa się ją w kategorii pozytywnego lub negatywnego samopoczucia, które powstaje w rezultacie wykonywania tychże obowiązków [11]. W głównej mierze utożsamiana jest z poczuciem szczęścia, przyjemności, zadowolenia z czegoś i ma charakter subiektywny, uzależniony od osobistych oczekiwań i systemu wartości jednostki [20,21]. Początek kariery zawodowej wiąże się z pewnego rodzaju kryzysem, który nazywany jest „szokiem nowej sytuacji”, czy „szokiem startu zawodowego” [22]. Najczęściej wymieniane trudności w pierwszej pracy pielęgniarki to: brak wystarczających umiejętności praktycznych, praca w systemie zmianowym, niewystarczająca wiedza teoretyczna i nadmiar obowiązków [23]. Podjęcie nowej pracy zawsze wiąże się z posiadaniem pewnych oczekiwań. Szczególnie rozpoczęcie pierwszej pracy w zawodzie po ukończeniu kształcenia na kierunku pielęgniarstwo, które zmienia status studenta na pracownika ochrony zdrowia i członka zespołu terapeutycznego. Wspomniane osoby najczęściej liczą na pozytywne relacje w zespole i przyjazną atmosferę, spodziewają się pomocy od osób zarządzających zespołem oraz

zgodności charakteru pracy z osobistymi zainteresowaniami [23]. Podczas okresu adaptacji społeczno-zawodowej dochodzi do weryfikacji posiadanych oczekiwań i konfrontacji z realiami pracy [23,24]. Ważna jest możliwość ich realizacji właśnie już na etapie adaptacji. Ma to duże znaczenie dla późniejszego zaangażowania się pracownika w wykonywanie czynności zawodowych [24].

Celem głównym pracy jest zbadanie wpływu procesu adaptacji społeczno-zawodowej pielęgniarek na poziom satysfakcji z wykonywanej pracy.

Materiał i metody badawcze. Badanie prowadzono od lipca 2023 r. do stycznia 2024 r. wśród pielęgniarek/pielęgniarzy zatrudnionych w podmiotach leczniczych województwa dolnośląskiego. Na udział w badaniu wyraziło zgodę 135 osób zatrudnionych w szpitalu, których staż pracy nie jest krótszy niż 6 miesięcy i nie dłuższy niż 60 miesięcy. Respondenci mieli możliwość zrezygnowania z badania na każdym jego etapie. W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankiety, zaś narzędzia badawcze stanowiły: narzędzie standaryzowane, czyli Skala Satysfakcji z Pracy (SSP) oraz autorski kwestionariusz ankiety, w którym uwzględniono pięć grup pytań. Pierwsza dotyczyła danych socjodemograficznych, druga cech pracy, trzecia organizacji przebiegu adaptacji społeczno-zawodowej, czwarta przebiegu adaptacji społeczno-zawodowej. Część trzecia i czwarta były oceniane według kryteriów (testów) szkolnych: bardzo dobry (5,0) - powyżej 90% poprawnych odpowiedzi, dobry plus (4,5) 81-90%, dobry (4,0) 71-80%, dostateczny plus (3,5) 66-70%, dostateczny (3,0) 60-65% i niedostateczny (2,0) poniżej 60% poprawnych odpowiedzi. Piąta grupa zawierała 1 pytanie zamknięte wielokrotnego wyboru dotyczące oczekiwań w zakresie poprawy przebiegu adaptacji społeczno-zawodowej. W sumie ankietę zawierała 39 pytań zamkniętych. Użyto także Skali Satysfakcji z Pracy (SSP) [25]. Kwestionariusz ankiety składa się z 5 stwierdzeń, z którymi respondent mógł się zgodzić lub nie zgodzić. Zadaniem osoby biorącej udział w sondażu było dokonanie szczerzej oceny (przy każdym z stwierdzeń), która najbardziej odpowiada opinii osoby badanej, według 7-punktowej skali. Wynik SSP to łączna liczba punktów uzyskanych z pięciu pytań. Zakres możliwych do uzyskania wyników to 5-35 punktów. Wyższe wyniki świadczą o większym stopniu zadowolenia, zaś niższe o mniejszym poziomie zadowolenia z wykonywanej pracy [25]. Na badanie uzyskano pozytywną opinię Komisji Bioetycznej Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Głogowie z dnia 20.06.2023r. o numerze 25/2023.

Opis zastosowanych metod analizy statystycznej. Analizę zmiennych ilościowych wykonano wyliczając statystyki opisowe takie jak: średnia, odchylenia standardowe, mediana, kwartyle oraz minimum i maksimum. Analizę zmiennych jakościowych przeprowadzono wyliczając

częstości bezwzględne i procentowe wystąpienia wszystkich wartości, jakie zmienne te mogły przyjmować. Porównanie wartości zmiennych ilościowych w dwóch grupach wykonano za pomocą testu Manna-Whitney'a. Porównanie wartości zmiennych ilościowych w trzech lub więcej grupach wykonano za pomocą testu Kruskala-Wallisa i, w razie wykrycia istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami, testu post-hoc Dunna. Korelacje pomiędzy zmiennymi ilościowymi analizowano za pomocą współczynnika korelacji Spearmana. W analizie przyjęto poziom istotności 0,05. A więc wszystkie wartości p poniżej 0,05 interpretowano jako świadczące o istotnych zależnościach. Analizę wykonano w programie R, wersja 4.3.2. [26].

Wyniki badań. Charakterystyka socjodemograficzna badanej grupy. Spośród 135 pielęgniarek i pielęgniarzy biorących udział w badaniu zdecydowaną większość (ponad 96%) stanowiły kobiety. Największą grupą były osoby mające 42 lata i powyżej – 27,41%, posiadające wykształcenie licencjackie – 69,635. Prawie trzy czwarte (73,33%) respondentów mieszkało w mieście. Uzyskane wyniki szczegółowo przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna badanej grupy

Zmienna	N	%	Zmienna	N	%
Płeć			Wykształcenie		
Kobieta	130	96,30%	Licencjat pielęgniarstwa	94	69,63%
Mężczyzna	5	3,70%	Magister pielęgniarstwa	41	30,37%
Wiek			Miejsce zamieszkania		
25 lat i poniżej	33	24,44%	Miasto	99	73,33%
26-29 lat	28	20,74%	Wieś	36	26,67%
30-33 lat	24	17,78%			
34-37 lat	6	4,44%			
38-41 lat	7	5,19%			
42 i powyżej	37	27,41%			

Charakterystyka zawodowa badanych pielęgniarek. Największą część badanych stanowiły osoby ze stażem pracy 4-5 lat (ponad 51%). Zdecydowana większość respondentów podjęła pracę w czasie krótszym niż rok od momentu ukończenia studiów (80,0%), najwięcej (35%) osób pracowało na oddziale zachowawczym dla dorosłych, najczęściej deklarowaną formą zatrudnienia była umowa o pracę na czas nieokreślony (57,04%), ponad 82% pielęgniarek pracowało w systemie zmianowym. Przeszło 85% deklarowało, iż miejsce zatrudnienia było ich własnym wyborem, 38% określiło stopień zgodności miejsca pracy z zainteresowaniami zawodowymi jako raczej wysoki, niemalże 30% jako wysoki, a niespełna 28% jako bardzo wysoki. Uzyskane wyniki szczegółowo przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Charakterystyka zawodowa badanych pielęgniarek

Zmienna	N	%	Zmienna	N	%
Staż pracy w zawodzie			Forma zatrudnienia		
6 miesięcy do 1 roku	29	21,48%	Umowa na okres próbny	5	3,70%
2-3 lata	35	25,93%	Umowa o pracę na czas określony	43	31,85%
4-5 lat	69	51,11%	Umowa o pracę na czas nieokreślony	77	57,04%
Brak odpowiedzi	2	1,48%	Umowa zlecenie	4	2,96%
Czas od ukończenia studiów do podjęcia pracy w zawodzie			Kontrakt	6	4,44%
1-3 miesiące	93	68,89%	System pracy		
4-6 miesięcy	9	6,67%	Zmianowy	111	82,22%
7-12 miesięcy	6	4,44%	Jednozmianowy	14	10,37%
Powyżej roku	27	20,00%	Mieszany	10	7,41%
Oddział			Czy miejsce zatrudnienia było Twoim wyborem?		
Oddział zachowawczy dla dorosłych	47	34,81%	Tak	115	85,19%
Oddział zabiegowy dla dorosłych	37	27,41%	Nie	19	14,07%
Oddział intensywnego nadzoru/intensywnej opieki dla dorosłych	40	29,63%	Brak odpowiedzi	1	0,74%
Oddział zachowawczy dla dzieci	2	1,48%	W jakim stopniu obecne miejsce pracy zgodne jest z Twoimi zainteresowaniami zawodowymi?		
Oddział zabiegowy dla dzieci	4	2,96%	Bardzo wysokim	37	27,41%
Oddział intensywnego nadzoru/intensywnej opieki dla dzieci	5	3,70%	Wysokim	39	28,89%
			Raczej wysokim	52	38,52%
			Niskim	6	4,44%
			Bardzo niskim	1	0,74%

Organizacja przebiegu adaptacji społeczno-zawodowej. Nikt z personelu pielęgniarstwa biorącego udział w badaniu nie ocenił organizacji przebiegu adaptacji społeczno-zawodowej na bardzo dobry. Jedna osoba (0,74%) przyznała ocenę dobry z plusem. Co trzecia osoba oceniła organizację przebiegu adaptacji społeczno-zawodowej na dwójkę. Uzyskane wyniki szczegółowo przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Organizacja przebiegu adaptacji społeczno-zawodowej w opinii badanych

Zmienna	n	%	Zmienna	n	%
Czy w okresie adaptacji społeczno-zawodowej miałaś/eś wyznaczonego opiekuna?			Jak długo pracowałaś/eś w systemie jednozmianowym celem zapoznania się z nowym miejscem pracy?		
Tak	51	37,78%	1 dzień	9	6,67%
Nie	34	25,19%	Ok. tygodnia	23	17,04%

Bywało różnie	50	37,04%	Ok. 2 tygodni	30	22,22%
W jakim stopniu wyznaczony opiekun spełnił Twoje oczekiwania?			Ok. 3 tygodni	8	5,93%
Bardzo wysokim	14	13,86%	Ok. 1 miesiąc	41	30,37%
Wysokim	30	29,70%	Ok. 2 miesiące	3	2,22%
Raczej wysokim	42	41,58%	Ok. 3 miesiące	11	8,15%
Niskim	14	13,86%	Ok. 4 miesiące i powyżej	9	6,67%
Bardzo niskim	1	0,99%	Brak odpowiedzi	1	0,74%
Na jakim stanowisku zatrudniony był Twój opiekun?			Jak precyzyjnie został przedstawiony Ci zakres Twoich obowiązków?		
Pielęgniarka oddziałowa	24	23,76%	Bardzo precyzyjnie	13	9,63%
Pielęgniarka koordynująca	14	13,86%	Precyzyjnie	43	31,85%
Pielęgniarka odcinkowa	63	62,38%	Raczej precyzyjnie	46	34,07%
W jakiej formie został przedstawiony Ci program adaptacji społeczno-zawodowej?			Mało precyzyjnie	26	19,26%
Ustnej i pisemnej	38	28,15%	Nieprecyzyjnie	7	5,19%
Jedynie ustnej	44	32,59%	Na ile przedstawiony nowy zakres obowiązków był dla Ciebie zrozumiały?		
Jedynie pisemnej	4	2,96%	Bardzo zrozumiały	12	8,89%
Nie został mi przedstawiony	47	34,81%	Zrozumiały	65	48,15%
Brak odpowiedzi	2	1,48%	Raczej zrozumiały	48	35,56%
Ile trwał Twój okres adaptacji społeczno-zawodowej?			Mało zrozumiały	7	5,19%
1 dzień	5	3,70%	Niezrozumiały	2	1,48%
Ok. tygodnia	14	10,37%	Brak odpowiedzi	1	0,74%
Ok. 2 tygodni	19	14,07%	Czy otrzymałaś/eś informację zwrotną o swojej pracy po zakończeniu okresu adaptacji?		
Ok. 3 tygodni	6	4,44%	Tak	70	51,85%
Ok. 1 miesiąc	44	32,59%	Nie	65	48,15%
Ok. 2 miesiące	7	5,19%	Ocena organizacji przebiegu adaptacji społeczno-zawodowej		
Ok. 3 miesiące	33	24,44%	Ocena 2	46	34,07%
Ok. 4 miesiące i powyżej	6	4,44%	Ocena 3	25	18,52%
Brak odpowiedzi	1	0,74%	Ocena 3,5	33	24,44%
			Ocena 4	30	22,22%
			Ocena 4,5	1	0,74%
			Ocena 5	0	0,00%

Ocena przebiegu adaptacji społeczno-zawodowej przez osoby badane. Przebieg adaptacji społeczno-zawodowej - 1/3 badanych oceniła na ocenę dobrą, co piąta pielęgniarka/pielęgniarz dali ocenę dobry z plusem, 17,78% biorących udział w badaniu postawiło trójkę z plusem, 14,07% trójkę, 2,9% dwójkę, a na bardzo dobry oceniło przebieg adaptacji 9,63% ankietowanych. Uzyskane wyniki szczegółowo przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Ocena przebiegu adaptacji społeczno-zawodowej przez osoby badane

Zmienna	n	%	Zmienna	n	%
Jak oceniasz pomoc merytoryczną w procesie adaptacji społeczno-zawodowej?			Jak oceniasz poziom adaptacji społeczno-zawodowej w zakresie zapoznania Cię z organizacją pracy na oddziale?		
Bardzo dobrze	20	14,81%	Bardzo dobrze	18	13,33%
Dobrze	61	45,19%	Dobrze	76	56,30%
Raczej dobrze	44	32,59%	Raczej dobrze	37	27,41%
Źle	7	5,19%	Źle	2	1,48%
Bardzo źle	3	2,22%	Bardzo źle	2	1,48%
Jak oceniasz przepływ informacji w zespole?			Jak oceniasz poziom adaptacji społeczno-zawodowej w zakresie zapoznania Cię z obowiązującymi procedurami w opiece nad pacjentem?		
Bardzo dobrze	13	9,63%	Bardzo dobrze	21	15,56%
Dobrze	59	43,70%	Dobrze	58	42,96%
Raczej dobrze	47	34,81%	Raczej dobrze	50	37,04%
Źle	13	9,63%	Źle	3	2,22%
Bardzo źle	3	2,22%	Bardzo źle	2	1,48%
Jak oceniasz poziom adaptacji społeczno-zawodowej w zakresie zapoznania Cię ze współpracownikami?			Brak odpowiedzi		
Bardzo dobrze	25	18,52%	Jak oceniasz poziom adaptacji społeczno-zawodowej w zakresie zapoznania Cię z zagrożeniami na stanowisku pracy?		
Dobrze	45	33,33%	Bardzo dobrze	21	15,56%
Raczej dobrze	58	42,96%	Dobrze	52	38,52%
Źle	5	3,70%	Raczej dobrze	46	34,07%
Bardzo źle	2	1,48%	Źle	14	10,37%
Jak często podczas adaptacji społeczno-zawodowej mogłaś/eś liczyć na pomoc współpracowników?			Bardzo źle		
Zawsze	43	31,85%	Jak oceniasz poziom adaptacji społeczno-zawodowej w zakresie zapoznania Cię z zasadami korzystania ze środków ochrony indywidualnej?		
Często	69	51,11%	Bardzo dobrze	23	17,04%
Czasami	20	14,81%	Dobrze	53	39,26%
Sporadycznie/rzadko	2	1,48%	Raczej dobrze	44	32,59%
Nigdy/wcale	1	0,74%	Źle	10	7,41%
Jak oceniasz życzliwość personelu wobec Ciebie jako nowego pracownika?			Bardzo źle		
Bardzo życzliwi	26	19,26%	Brak odpowiedzi		
Życzliwi	44	32,59%	Jak oceniasz poziom adaptacji społeczno-zawodowej w zakresie zapoznania Cię ze sprzętem medycznym na stanowisku pracy?		
Raczej życzliwi	50	37,04%	Bardzo dobrze	24	17,78%
Mało życzliwi	12	8,89%	Dobrze	51	37,78%
Nieżyczliwi	3	2,22%	Raczej dobrze	52	38,52%
			Źle	7	5,19%
			Bardzo źle	1	0,74%
Jak oceniasz poziom adaptacji społeczno-zawodowej w zakresie zapoznania Cię z zasadami związanymi z profilaktyką zakażeń szpitalnych?			Jak oceniasz poziom adaptacji społeczno-zawodowej w zakresie zapoznania Cię ze sposobami radzenia sobie ze stresem w pracy pielęgniarki?		
Bardzo dobrze	16	11,85%	Bardzo dobrze	5	3,70%
Dobrze	53	39,26%	Dobrze	33	24,44%
Raczej dobrze	49	36,30%	Raczej dobrze	38	28,15%
Źle	15	11,11%	Źle	41	30,37%
Bardzo źle	1	0,74%	Bardzo źle	17	12,59%

Brak odpowiedzi	1	0,74%	Brak odpowiedzi	1	0,74%
Jak oceniasz poziom adaptacji społeczno-zawodowej w zakresie zapoznania Cię z zasadami związanymi z postępowaniem w przypadku ekspozycji zawodowej?			Jak oceniasz okres trwania adaptacji społeczno-zawodowej?		
Bardzo dobrze	17	12,59%	Był optymalny	80	59,26%
Dobrze	53	39,26%	Był zbyt krótki	47	34,81%
Raczej dobrze	45	33,33%	Był zbyt długi	6	4,44%
Źle	14	10,37%	Brak odpowiedzi	2	1,48%
Bardzo źle	5	3,70%	/Czy w Twojej ocenie adaptacja społeczno-zawodowa jest potrzebna?	n	%
Brak odpowiedzi	1	0,74%	Bardzo potrzebna	79	58,52%
Jak oceniasz poziom adaptacji społeczno-zawodowej w zakresie zapoznania Cię z zasadami związanymi z podawaniem leków na oddziale?			Potrzebna	43	31,85%
Bardzo dobrze	42	31,11%	Raczej potrzebna	12	8,89%
Dobrze	45	33,33%	Niepotrzebna	0	0,00%
Raczej dobrze	44	32,59%	Zdecydowanie niepotrzebna	0	0,00%
Źle	3	2,22%	Brak odpowiedzi	1	0,74%
Bardzo źle	0	0,00%	W jakim stopniu, będąc w okresie adaptacji społeczno-zawodowej, doświadczyłaś/eś tzw. „fali” w pielęgniarstwie?		
Brak odpowiedzi	1	0,74%	Bardzo silnym	12	8,89%
Jak oceniasz poziom adaptacji społeczno-zawodowej w zakresie zapoznania Cię z zasadami korzystania ze sprzętu do przemieszczania pacjentów?			Silnym	17	12,59%
Bardzo dobrze	24	17,78%	Raczej silnym	23	17,04%
Dobrze	48	35,56%	Słabym	46	34,07%
Raczej dobrze	52	38,52%	Bardzo słabym	14	10,37%
Źle	7	5,19%	Wcale	22	16,30%
Bardzo źle	3	2,22%	Brak odpowiedzi	1	0,74%
Brak odpowiedzi	1	0,74%	Ocena przebiegu adaptacji społeczno-zawodowej		
Ocena 2	4	2,96%	Ocena 4	47	34,81%
Ocena 3	19	14,07%	Ocena 4,5	28	20,74%
Ocena 3,5	24	17,78%	Ocena 5	13	9,63%

Oczekiwania badanych w zakresie poprawy przebiegu adaptacji społeczno-zawodowej. Ponad połowa respondentów wskazało na: więcej zrozumienia i życzliwości (63,70%), poprawę komunikacji w zespole (61,48%), zwiększenie wsparcia w nabywaniu umiejętności praktycznych (54,81%). Uzyskane wyniki szczegółowo przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 5. Możliwości poprawy przebiegu procesu adaptacji społeczno-zawodowej według respondentów

Co należy zrobić, żeby poprawić przebieg procesu adaptacji społeczno-zawodowej?	n	% *
Lepszy dobór opiekuna	55	40,74%
Większe wsparcie w nabywaniu umiejętności praktycznych	74	54,81%
Dłuższy okres adaptacji	37	27,41%
Więcej zrozumienia i życzliwości	86	63,70%
Poprawa komunikacji w zespole	83	61,48%
Wsparcie psychologiczne	39	28,89%
Szkolenia/warsztaty	50	37,04%
<i>* Odsetki nie sumują się do 100, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru</i>		

Wyniki badań ze standaryzowanego kwestionariusza Skala Satysfakcji z Pracy (SSP). Średni wynik SSP wynosił 24,21 punktu, co daje 4,84 punktu na pytanie (w zaokrągleniu 5). Można z tego wyciągnąć wniosek, że respondenci byli raczej zadowoleni ze swojej pracy (tabela 6).

Tabela 6. Poczucie satysfakcji z pracy wśród respondentów

SSP [punkty]										
Zakres punktowy	N	Braki danych	Średnia	SD	Średnia na pytanie	Mediana	Min	Max	Q1	Q3
5-35	135	0	24,21	5,44	4,84	24	5	35	21,5	28

Analizy jednoczynnikowe.

Wpływ wybranych cech pracy na satysfakcję z pracy od ukończenia studiów do podjęcia pracy w zawodzie - różnica istotna statystycznie ($p < 0,05$). Poczucie satysfakcji z pracy było istotnie większe wśród osób, u których czas od ukończenia studiów do podjęcia pracy wynosił ponad rok i wśród osób, u których czas od ukończenia studiów do podjęcia pracy wynosił 1-3 miesiące niż wśród osób, u których czas od ukończenia studiów do podjęcia pracy wynosił 4-12 miesięcy (tabela 7). System pracy - różnica istotna statystycznie ($p < 0,05$). Poczucie satysfakcji z pracy było istotnie większe wśród osób pracujących w systemie mieszanym niż wśród osób pracujących w systemie jednozmianowym i wśród osób pracujących w systemie zmianowym (tabela 7). Czy miejsce zatrudnienia było Twoim wyborem? - różnica istotna statystycznie ($p < 0,05$). Poczucie satysfakcji z pracy było istotnie większe wśród osób, które samodzielnie wybrały miejsce pracy niż wśród osób, które nie wybrały miejsca pracy samodzielnie (tabela 7). W jakim stopniu obecne miejsce pracy zgodne jest z Twoimi zainteresowaniami zawodowymi? - różnica istotna statystycznie ($p < 0,05$). Poczucie satysfakcji z pracy było istotnie większe wśród osób bardzo wysoko oceniających zgodność wykonywanej pracy ze swoimi zainteresowaniami i wśród osób wysoko oceniających zgodność wykonywanej pracy ze swoimi zainteresowaniami niż wśród osób raczej wysoko oceniających zgodność wykonywanej pracy ze swoimi zainteresowaniami i wśród osób nisko lub bardzo nisko oceniających zgodność wykonywanej pracy ze swoimi zainteresowaniami (tabela 7).

Tabela 7. Czas od ukończenia studiów do podjęcia pracy w zawodzie, system pracy, możliwość wyboru miejsca zatrudnienia oraz zgodność miejsca pracy z zainteresowaniami zawodowymi a satysfakcja z pracy

Zmienna	Satysfakcja z pracy								
Czas od ukończenia studiów do podjęcia pracy w zawodzie	N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p
1-3 miesiące – A	93	24,58	5,67	24	5	35	22	29,0	$p=0,025^*$

4-12 miesięcy – B	15	21,53	3,09	21	16	26	20	24,0	C,A>B
Powyżej roku – C	27	24,43	5,38	25	12	35	21	27,5	
System pracy									
Zmianowy – A	111	23,88	5,37	24,0	5	35	21,00	27,00	p=0,019 *
Jednozmianowy – B	14	23,75	6,02	24,5	13	34	21,25	27,75	C>B,A
Mieszany – C	10	28,50	3,63	29,5	22	34	26,50	30,00	
<i>p - test Kruskala-Wallis + analiza post-hoc (test Dunna), SD - odchylenie standardowe, Q1 - kwartył dolny, Q3 - kwartył górny *zależność istotna statystycznie (p<0,05)</i>									
Czy miejsce zatrudnienia było Twoim wyborem?									
Tak	115	24,78	5,45	25	5	35	22	29	p=0,001 *
Nie	19	20,84	4,21	22	11	27	20	23	
<i>p - test Manna-Whitney'a, SD - odchylenie standardowe, Q1 - kwartył dolny, Q3 - kwartył górny *zależność istotna statystycznie (p<0,05)</i>									
W jakim stopniu obecne miejsce pracy zgodne jest z Twoimi zainteresowaniami zawodowymi?									
Bardzo wysokim – A	37	27,07	6,05	28	6	35	25,0	31,00	p<0,001 *
Wysokim – B	39	25,10	4,58	26	12	35	23,0	28,50	A,B>C, D
Raczej wysokim – C	52	22,37	3,74	23	11	30	20,0	24,25	
Niskim, bardzo niskim – D	7	17,86	7,54	19	5	27	14,5	22,50	
<i>p - test Kruskala-Wallis + analiza post-hoc (test Dunna), SD - odchylenie standardowe, Q1 - kwartył dolny, Q3 - kwartył górny *zależność istotna statystycznie (p<0,05)</i>									

Wpływ oceny przebiegu adaptacji społeczno-zawodowej na satysfakcję z pracy - zależność istotna statystycznie (gdyż $p<0,05$). Korelacja jest dodatnia, a więc im wyższa ocena przebiegu adaptacji społeczno-zawodowej, tym większe poczucie satysfakcji z pracy – tabela 8.

Tabela 8. Ocena przebiegu adaptacji społeczno-zawodowej a wpływ na satysfakcję z pracy

Badane cechy	Współczynnik korelacji Spearmana	p
Ocena przebiegu adaptacji społeczno-zawodowej i SSP	0,293	p=0,001

Wpływ organizacji przebiegu adaptacji społeczno-zawodowej na ocenę adaptacji - zależność istotna statystycznie (gdyż $p<0,05$). Korelacja jest ujemna, a więc im wyższa ocena organizacji przebiegu adaptacji społeczno-zawodowej, tym niższa ocena przebiegu adaptacji społeczno-zawodowej (tabela 9).

Tabela 9. Organizacja przebiegu adaptacji społeczno-zawodowej a ocena przebiegu adaptacji społeczno-zawodowej

Badane cechy	Współczynnik korelacji Spearmana	p
Ocena organizacji przebiegu adaptacji społeczno-zawodowej i Ocena przebiegu adaptacji społeczno-zawodowej	-0,249	p=0,004

Nie wykazano istotnych statystycznie zależności ($p > 0,05$) w przypadku wpływu: wybranych cech socjodemograficznych oraz cech pracy na satysfakcję z pracy; organizacji oraz oceny organizacji przebiegu adaptacji społeczno-zawodowej na satysfakcję z pracy; cech socjodemograficznych oraz wybranych cech pracy na ocenę przebiegu adaptacji społeczno-zawodowej.

Dyskusja. Temat satysfakcji z pracy jest popularny w literaturze i badaniach naukowych, jednak rozpatrywany jest głównie w takich aspektach, jak: wysokość wynagrodzenia, warunki pracy, natężenie stresu w pracy, czy atmosfera panująca w miejscu pracy [11,21,27]. Badania własne miały na celu analizę wpływu procesu adaptacji społeczno-zawodowej pielęgniarek na poziom satysfakcji z wykonywanej pracy. Analizując wyniki własne wykazano, że ocena przebiegu adaptacji społeczno-zawodowej wpływa na poczucie satysfakcji z pracy - zależność istotna statystycznie ($p < 0,05$) i dodatnia - im wyższa ocena przebiegu adaptacji, tym większe poczucie satysfakcji. Potwierdzono także istotną statystycznie ($p < 0,05$) zależność pomiędzy wpływem organizacji przebiegu adaptacji społeczno-zawodowej, a oceną przebiegu adaptacji. Korelacja okazała się ujemna świadcząc o tym, że im wyżej oceniana jest sama organizacja przebiegu adaptacji społeczno-zawodowej przez kadre pielęgniarską, tym niższej oceniany jest jej przebieg. W związku z brakiem doniesień naukowych w tym obszarze nie można uzyskać jednoznacznego poparcia lub też zaprzeczenia uzyskanym wynikom. Wyniki badań Perycz i wsp. nie potwierdzają uzyskanych przez autorkę wyników wskazując na przełożenie się pozytywnej oceny poszczególnych obszarów wdrażania do pracy na równie pozytywną ocenę całości procesu adaptacji [22]. Z badań tych wynika także, iż większość ankietowanych pielęgniarek oceniła pozytywnie przebieg adaptacji zawodowej, co z kolei uzyskuje potwierdzenie w wynikach badań własnych. Autorka wskazuje na powiązanie wyższej oceny przebiegu adaptacji społeczno-zawodowej z większym poczuciem satysfakcji z pracy. Organizację przebiegu adaptacji społeczno-zawodowej co trzecia osoba biorąca udział w badaniu oceniła na dwójkę, a 1/4 badanych pielęgniarek/pielęgniarzy (24,44%) oceniło organizację przebiegu adaptacji na trzy z plusem i prawie 1/4 (co stanowiło 22,22% odpowiadających) na czwórkę. Nikt nie wystawił oceny bardzo dobrej. Jeżeli zaś chodzi o ocenę przebiegu adaptacji społeczno-zawodowej - niemal 35% pielęgniarek/pielęgniarzy biorących udział w badaniu przebieg adaptacji społeczno-zawodowej oceniła na ocenę dobrą. Co piąty respondent wystawił ocenę dobrą z plusem, 17,78% biorących udział w badaniu postawiło trójkę z plusem. Bardzo dobrze przebieg adaptacji oceniło najmniej ankietowanych (9,63%). Średni wynik SSP wynosił 24,21 punktu, co daje w zaokrągleniu 5 punktu na pytanie (4,84). Można z tego wyciągnąć wniosek, że respondenci byli raczej zadowoleni ze swojej

pracy. Dostępna literatura donosi, iż poprawnie przygotowany program adaptacji sprzyja tworzeniu pozytywnej atmosfery w pracy, a z kolei klimat panujący w miejscu pracy może stanowić istotny czynnik korzystnie wpływający na proces adaptacji poprzez minimalizowanie stresu czy wyższe poczucie skuteczności przez nowego pracownika [9,22,27,28]. Kunecka twierdzi, że atmosfera w miejscu pracy jest jednym z determinantów kształtowania satysfakcji zawodowej [29]. Ważną rolę odgrywa otrzymywane wsparcie ze strony współpracowników w nowym miejscu zatrudnienia. Zagadnienie to zbadali Bazaliński Dariusz i wsp., a uzyskane przez badaczy wyniki wskazują na wysoki poziom udzielanego wsparcia ze strony współpracowników podczas okresu adaptacji społeczno-zawodowej, a w największym stopniu badani spostrzegali właściwy proces adaptacji w zakresie komunikacji oraz współpracy w zespole [9]. Odzwierciedlenie powyższych wyników widoczne jest w badaniach własnych, w których ponad połowa (51,11%) pielęgniarzy i pielęgniarek biorących udział w badaniu wskazało, iż często mogło liczyć na pomoc współpracowników podczas adaptacji społeczno-zawodowej. Zawsze na pomoc koleżanek i kolegów z pracy mogła liczyć prawie 1/3 odpowiadających. Personel z kolei został oceniony jako raczej życzliwy, życzliwy lub bardzo życzliwy. Pomoc merytoryczną w procesie adaptacji społeczno-zawodowej ankietowani w większości oceniali także pozytywnie. Przepływ informacji w zespole oceniany był jako dobry i raczej dobry. Bazaliński i wsp. wskazali na zależność pomiędzy poziomem wsparcia społecznego, a poziomem postrzeganej adaptacji zawodowej, które idą z sobą w parze [9]. Korelacja ta zyskuje poparcie w wynikach badań Leńczuk-Gruby i wsp., w których wykazano zależność pomiędzy oceną atmosfery w miejscu pracy a oceną całości procesu adaptacji zawodowej [30]. Podobne wyniki uzyskała Gawęda i wsp. wskazując, iż dobre relacje ze współpracownikami były głównym źródłem zadowolenia z pracy pośród biorących udział w tym badaniu pielęgniarek [21]. Analizując wyniki badań własnych nie doszukano się, by zmienne socjodemograficzne pielęgniarek (płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania) miały statystycznie istotny wpływ na satysfakcję z pracy. W badaniach Gawędy i wsp. wskazano na zależność pomiędzy wiekiem a poczuciem satysfakcji z pracy i stwierdzono, że wraz z wiekiem pielęgniarek rośnie poczucie satysfakcji zawodowej [21]. Analiza piśmiennictwa wskazuje na wyższy ogólny poziom adaptacji społeczno-zawodowej u pielęgniarek/pielęgniarzy, którzy byli dłużej wdrażani do pracy na oddziale. Bazaliński i wsp. zwracają uwagę, że im dłuższy czas wdrożenia do pracy w systemie jednozmianowym, tym wyższy poziom postrzeganej adaptacji zawodowej [9]. Badania własne wskazały zaś, że czas trwania adaptacji społeczno-zawodowej i długość okresu pracy w systemie jednozmianowym celem zapoznania się z nowym miejscem pracy nie były istotne statystycznie dla poczucia

satysfakcji z pracy. Odnotowano zaś statystycznie istotną zależność pomiędzy poziomem satysfakcji z pracy a pracą w określonym systemie zmianowym – wyższy poziom poczucia satysfakcji z pracy wykazuje personel pielęgniarski pracujący w systemie mieszanym aniżeli personel pracujący w systemie jednozmianowym i zmianowym. W badaniach Chrószcz przeprowadzonych w grupie magistrów pielęgniarstwa zatrudnionych w obrębie Krakowa i Katowic wskazano, iż praca w systemie jednozmianowym wiązała się z wyższym poziomem satysfakcji zawodowej niż w systemie zmianowym ($p=0,017$) [31]. Istnieje wiele doniesień wskazujących na negatywne konsekwencje zdrowotne wynikające z pracy w systemie zmianowym, jak zaburzenia snu czy chroniczne zmęczenie [32,33]. Babiarczyk i Bujok wykazały występowanie zaburzeń snu predysponujących do bezsenności u ponad połowy (53%) personelu pielęgniarskiego i bezsenności występującej u 1/3 (27%) pielęgniarek pracujących w systemie zmianowym biorących udział w przeprowadzonym przez nie badaniu [32]. W badaniach przeprowadzonych przez Galas u 60% pielęgniarek i położnych zatrudnionych w systemie pracy zmianowej stwierdzono wysoki poziom zmęczenia przewlekłego, u 67% stwierdzono wysokie obniżenie motywacji. Jednocześnie badania potwierdziły istotny wpływ pracy zmianowej na występowanie objawów bezsenności, poziomu zmęczenia i poziomu motywacji [34]. Niezależnie od systemu praca zmianowa przyczynia się do wystąpienia szeregu dolegliwości, m.in. sercowo-naczyniowych, zaburzeń żołądkowo-jelitowych czy też nasilenia stosowania używek [34,35,36,37]. Praca zmianowa największe zastosowanie ma w sektorze zdrowia i jest nieodłącznym elementem funkcjonowania systemu ochrony zdrowia ze względu na konieczność zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentami [34,35]. Równocześnie wymieniana jest jako jeden z czynników stresogennych związanych ze środowiskiem pracy [33,39,40]. Istnieje więc przesłanka, aby traktować aspekt ten (pracę wielozmianową) jako czynnik wpływający negatywnie na poziom odczuwanego zadowolenia z pracy. Pory pracy mają również zasadnicze znaczenie dla utrzymania równowagi pomiędzy pracą zawodową a życiem rodzinnym. Siemingowska i wsp. w swoich badaniach zwracają uwagę, iż u pielęgniarek pracujących w systemie dziennym występuje istotnie wyższy poziom wzbogacania praca/rodzina oraz zadowolenia z pracy w porównaniu z pielęgniarkami pracującymi zmianowo [35]. Rezmerska i wsp. w swojej pracy zebrali opinie pielęgniarek na temat specyfiki pracy oraz jej wpływie na poziom wypalenia zawodowego. Jednym z wniosków wyciągniętych z badań sondażowych przeprowadzonych w grupie 70 pielęgniarek było stwierdzenie, iż praca pielęgniarek w systemie wielozmianowym jest przyczyną wystąpienia wyższego poziomu wypalenia zawodowego. Również wyższy poziom wypalenia zawodowego prezentowały pielęgniarki mające niskie poczucie satysfakcji z wykonywanej pracy [40].

Wyniki badań własnych wskazały na korelację pomiędzy niektórymi cechami pracy a poziomem satysfakcji z pracy. Istotnie statystycznie były takie cechy pracy, jak: czas od ukończenia studiów do podjęcia pracy w zawodzie pielęgniarki, możliwość samodzielnego wyboru miejsca pracy przez pielęgniarki oraz zgodność wykonywanej pracy ze swoimi zainteresowaniami. Wyższy poziom satysfakcji z pracy występuje u pielęgniarek, u których okres ten był krótki (1-3 miesiące) lub wynosił ponad rok. Niższy zaś u pielęgniarek, u których czas od ukończenia studiów do podjęcia pracy zawodowej wynosił 4-12 miesięcy. Korzystny wpływ na poczucie satysfakcji z pracy ma możliwość samodzielnego wyboru miejsca pracy przez pielęgniarki i zgodność wykonywanej pracy ze swoimi zainteresowaniami. W dostępnych źródłach istnieje luka w zainteresowaniu pierwszym aspektem (możliwość samodzielnego wyboru miejsca pracy), jednak dostępne są doniesienia odnotowujące zależność pomiędzy poziomem odczuwanej satysfakcji zawodowej a świadomym wyborem zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza oraz zgodnością specyfiki pracy z osobistymi zainteresowaniami [23,39]. Według Budnik absolwenci pielęgniarstwa w największym stopniu oczekują od swojej pierwszej pracy dobrych relacji w zespole i przyjaznej atmosfery w pracy, wsparcia od osób zarządzających oraz zgodności specyfiki pracy z zainteresowaniami [23]. Realizacja oczekiwań związanych z pracą pojawiających się na etapie adaptacji społeczno-zawodowej ma ogromne znaczenie dla późniejszego zaangażowania się pracownika w wykonywanie obowiązków zawodowych [24].

Adaptacja społeczno-zawodowa wiąże się ze środowiskiem pracy zwróconym ku nowo zatrudnionemu pracownikowi. Dobrze zorganizowany proces adaptacji powinien przychylić się do wyznaczenia mentora/opiekuna [27,41]. Posiadanie mentora w zawodzie pielęgniarki przynosi korzyści, pozytywnie wpływając nie tylko na środowisko pracy, ale również na funkcjonowanie zakładu pracy [12,14]. Z badań uzyskanych przez Mendykę i wsp. wynika, iż pielęgniarki posiadające mentora w trakcie trwania okresu adaptacji społeczno-zawodowej są mocniej zaangażowane w wykonywanie czynności zawodowych i bardziej przywiązane do swojego miejsca pracy. Wykazują też większą integrację zawodową oraz wyższą satysfakcję z wykonywanej pracy [14]. Bazaliński i wsp. w przywołanych badaniach wykazali, że osoby które miały wyznaczonego opiekuna prezentowały wyższy poziom w zakresie komunikacji i współpracy w zespole oraz umiejętności i predyspozycji zawodowych. Ogólny poziom adaptacji zawodowej był wyższy u tych badanych [9]. Badania własne nie potwierdziły, aby posiadanie opiekuna podczas okresu wdrażania się do obowiązków zawodowych w nowym miejscu pracy miało wpływ na poziom odczuwanej satysfakcji z pracy. Nie miało też znaczenia na jakim stanowisku zatrudniony był wyznaczony opiekun i w jakim stopniu spełnił

oczekiwania nowego pracownika. Personel pielęgniarski biorący udział w badaniach przeprowadzonych przez autorkę wskazał, jakie kroki należy podjąć, aby poprawić przebieg procesu adaptacji. 63,70% odpowiadających wskazało na więcej zrozumienia oraz życzliwości (i było to najczęściej wymieniane oczekiwanie), 61,48% sugerowało poprawę komunikacji w zespole, a nieco ponad połowa odpowiadających pielęgniarek/pielęgniarzy (54,81%) zwiększyłoby wsparcie w nabywaniu umiejętności praktycznych. Średnio co czwarta osoba oczekiwałaby lepszego doboru opiekuna i organizacji szkoleń/warsztatów. Niecałe 27,41% uważa, że dłuższy okres adaptacji społeczno-zawodowej poprawiłby przebieg tego procesu. Podobne oczekiwania wyrazili absolwenci kierunku pielęgniarstwo w wyżej wspomnianych badaniach Budnik w głównej mierze oczekując podczas wchodzenia w zawód dobrych relacji z innymi pracownikami, serdeczności, wsparcia oraz pracy zgodnej z zainteresowaniami [23].

Implementacja wyników badań do praktyki. Aby ułatwić przebieg procesu adaptacji warto sugerować się oczekiwaniami osób, których adaptacja społeczno-zawodowa bezpośrednio dotyczy - a zatem okazać wobec nich więcej zrozumienia oraz życzliwości, zapewnić atmosferę sprzyjającą wdrażaniu się w nowe obowiązki, zagwarantować wsparcie w nabywaniu umiejętności praktycznych. Można też udzielić większej możliwości wyboru miejsca pracy (aby było ono zgodne z zainteresowaniami pracownika), a także staranniej dobierać opiekuna wprowadzającego w zadania związane ze stanowiskiem i miejscem pracy (o właściwych kwalifikacjach i kompetencjach).

Wnioski.

1. Przebieg adaptacji społeczno-zawodowej wpływa na satysfakcję z pracy - im wyższa ocena przebiegu adaptacji, tym większe poczucie satysfakcji.
2. Badane pielęgniarki były raczej zadowolone ze swojej pracy (średni wynik SSP wynosił 24,21 punktu, 4,84 punktu na pytanie).
3. Na poczucie satysfakcji z pracy wpływ miały niektóre cechy pracy: czas od ukończenia studiów do podjęcia pracy w zawodzie, system, możliwość samodzielnego wyboru miejsca pracy przez pielęgniarki, zgodność wykonywanej pracy ze swoimi zainteresowaniami.
4. Organizacja przebiegu adaptacji społeczno-zawodowej miała wpływ na ocenę przebiegu adaptacji zawodowej - im wyższa była ocena organizacji przebiegu adaptacji społeczno-zawodowej, tym niższa ocena jej przebiegu.
5. Pielęgniarki podczas adaptacji społeczno-zawodowej w największym stopniu oczekują: więcej zrozumienia i życzliwości, poprawy komunikacji w zespole, większego wsparcia w nabywaniu umiejętności praktycznych, lepszego doboru opiekuna.

Bibliografia:

1. Encyklopedia PWN. <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/adaptacja-spoleczo-zawodowa;3865738.html> [dostęp 20.05.2025].
2. Bugaj J. Adaptacja do pracy. [w:] Bugdol M, Bugaj J, Stańczyk I. Procesy zarządzania zasobami ludzkimi w służbie zdrowia. Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu. Wrocław: Wyd. Continuo 2012: 27-43.
3. Sierpińska L. Adaptacja społeczno-zawodowa. [w:] Ksykiewicz-Dorota A. Zarządzanie w pielęgniarstwie. Podręcznik dla studentów studiów magisterskich. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie; 2023:221-237.
4. Krzyszkowska P. Znaczenie, przebieg i narzędzia procesu adaptacji zawodowej w miejscu pracy. Bezpieczeństwo Pracy; 2016:16-19.
5. Spronger A. Postawy wobec pracy – analiza porównawcza stosowanych pojęć. Edukacja ekonomistów i menedżerów. 2016; 1(39):11-28.
6. Ewleszyn A, Olszewski W. Zarządzanie zasobami ludzkimi w placówkach ochrony zdrowia. Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Gospodarki. 2016; 28(8):71-83.
7. Dudzik-Urbaniak E. i wsp. Program Akredytacji Szpitali. Kraków: Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. 2009.
8. Garwacka-Czachor E, Milecka D. Pielęgniarskie zasoby kadrowe w podmiocie leczniczym. [w:] Pietrzak B, Karkowski T. Zarządzanie personelem pielęgniarskim w podmiotach leczniczych. Zagadnienia wybrane. Warszawa: ABC a Wolters Kluwer business. 2013:274-296
9. Bazaliński D. i wsp. Adaptacja zawodowa pielęgniarek/pielęgniarzy a otrzymywane wsparcie ze strony współpracowników. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2022; 16(1):15–22.
10. Rakowska A, Mącik R. Zaangażowanie pracownika a satysfakcja z pracy – modelowanie zależności z wykorzystaniem PLS-SEM. Przegląd organizacji. 2016; 5 (916):48-58.
11. Biesok G, Wyród-Wróbel J. Satysfakcja z pracy jako czynnik rozwoju organizacji. [w:] Howaniec H, Malara Z, Wyród-Wróbel J. Poprawa efektywności w przedsiębiorstwie – wybrane aspekty. Wydawnictwo Naukowe Akademii Techniczno-Humanistycznej.
12. Górka E. i wsp. Coaching i mentoring w praktyce pielęgniarskiej. Pomeranian Journal of Life Sciences. 2019; (1):98-104.
13. Wichulski Ł. Coaching w pielęgniarstwie jako alternatywna forma rozwoju personelu medycznego. Przegląd Nauk Ekonomicznych. 2018; 28:25-37.
14. Mendyka L, Bajurna B, Zdanowska J. Mentoring – nowe spojrzenie na zarządzanie w pielęgniarstwie. Pielęgniarstwo Polskie. 2012; 1(43):15-19.
15. Diak A. i wsp. Coaching in the professional and personal development. Pielęgniarstwo XXI wieku. 2020; 19(1):42-46.
16. Jokelainen M. i wsp. A systematic review of mentoring nursing students in clinical placements. Journal of Clinical Nursing. 201; 20(19-20):2854-67.
17. Tomikoski A.M. i wsp. The completeness of nurse mentors in mentoring students in clinical practice – A cross-sectional study. Nurse Education Today. 2018, 71:78-83.

18. Wudarzewski G. Satysfakcja z pracy – konceptualizacja pojęcia w świetle badań literaturowych. Wrocław: Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Bankowej. 2013; 5 (37): 323-344.
19. Wudarzewski G. Wymiary i składniki satysfakcji z pracy w świetle wybranych koncepcji oraz perspektyw badawczych. Wrocław: Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Bankowej. 2016; 16 (2):123-151.
20. Sak-Skowron M, Skowron Ł. Determinanty satysfakcji z pracy – studium teoretyczne. Marketing i Zarządzanie. 2017; 2(48):243-253.
21. Gawęda A, Śnieżek A, Serzysko B. Satysfakcja z pracy w opinii badanych pielęgniarek. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne. 2018; 8(4):269-276.
22. Perycz E, Leńczuk-Gruba A. Opinia młodego personelu pielęgniarskiego na temat przebiegu procesu adaptacji społeczno-zawodowej. Pielęgniarstwo Polskie. 2015;3(57).
23. Budnik J. Oczekiwania i sytuacje trudne w pierwszej pracy absolwentów kierunku pielęgniarstwa. Kraków: Repozytorium Uniwersytetu Jagiellońskiego. Uniwersytet Jagielloński. 2020. <https://ruj.uj.edu.pl/entities/publication/588dd599-d571-4547-a2da-f4b681bb0b15> [dostęp: 15.04.2025].
24. Leńczuk-Gruba A, Imiela J. Realizacja kształcenia ustawicznego – kryterium wyboru zatrudnienia przez absolwentów pielęgniarstwa. Edukacja ustawiczna dorosłych. 2017; 3:175–182.
25. Zalewska A. M. Skala Satysfakcji z Pracy: pomiar poznawczego aspektu ogólnego zadowolenia z pracy. Acta Universitatis Lodzensis. Folia Psychologica 2003; 7:49-61.
26. R Core Team (2023). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>
27. Cieślík E. i wsp. Postawy pielęgniarek i pielęgniarzy wobec nowo zatrudnionego do pracy personelu. Pielęgniarstwo Polskie. 2017; 3(65):464-468.
28. Wójcik A, Bazaliński D, Jakubowski K. Poziom zmęczenia a natężenie stresu wśród pracowników szpitalnych oddziałów ratunkowych – doniesienie wstępne. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne. 2020; 4:151-157.
29. Kunecka D. Determinanty satysfakcji zawodowej kadry pielęgniarskiej w Polsce. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie. 2016; 14 (1):26-31.
30. Leńczuk-Gruba A. i wsp. Kryteria wyboru pierwszego miejsca pracy zawodowej w opinii absolwentów pielęgniarstwa. Problemy pielęgniarstwa. 2010;18(2):158-162.
31. Chrószcz M. Satysfakcja zawodowa magistrów pielęgniarstwa zatrudnionych w szpitalu. Kraków: Repozytorium Uniwersytetu Jagiellońskiego, Uniwersytet Jagielloński. 2020; <https://ruj.uj.edu.pl/entities/publication/b1d60aa2-6cc2-4e44-9938-6d8a803f7a14> [dostęp:15.04.2025]
32. Babiarczyk B, Bujok M. Występowanie zaburzeń snu wśród pielęgniarek pracujących w systemie zmianowym. Problemy Higieny i Epidemiologii. 2019;100(2):89-94.
33. Dudek A. Chroniczne zmęczenie oraz bezsenność wśród pielęgniarek. Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu. 2021; 3(6):38-58.
34. Galas A. Zaburzenia snu i poziom przewlekłego zmęczenia u pielęgniarek i położnych zatrudnionych w podmiotach leczniczych pracujących w systemie pracy zmianowej. Kraków: Repozytorium Uniwersytetu Jagiellońskiego, Uniwersytet Jagielloński, 2017 <https://ruj.uj.edu.pl/entities/publication/846e9d4e-ad7a-4da9-92c9-be131e831365> [dostęp: 15.04.2024]

35. Siemiginowska P, Golec-Iskra I, Wątroba J. Relacja praca/rodzina, zadowolenie z pracy i z życia oraz zdrowie u pielęgniarek zmianowych i dziennych. *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis Studia Psychologica*, 2014;7(1):138–152.
36. Surma S, Szyndler A, Narkiewicz K. Deprywacja snu a ryzyko rozwoju i skuteczność leczenia nadciśnienia tętniczego. *Choroby Serca i Naczyń*, 2023; 20(1):1-13.
37. Rutkowska A. i wsp. Opinie pielęgniarek na temat stresu zawodowego i czynników determinujących. *Polish Journal of Health and Fitness*, 2018;1:1-13.
38. Rzeźnicki A. i wsp. Wypalenie zawodowe pielęgniarek – analiza zjawiska w wybranych placówkach medycznych. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 2017;18 (7):169-181.
39. Skorupska-Król A, Szabla A, Bodys-Cupak I. Opinie pielęgniarek na temat czynników stresogennych związanych z ich środowiskiem pracy. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2014, (46)23-26.
40. Rezmerska L, Kocham D, Anaszewicz A. Specyfika pracy a wypalenie zawodowe w opinii pielęgniarek. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*, 2016;1(1):11-26.
41. Herman J. i wsp. Analiza przebiegu procesu adaptacji zawodowej w opinii szczecińskich pielęgniarek w zależności od miejsca zatrudnienia. *Family Medicine and Primary Care Review*, 2011;13(1):23-26.

ŹRÓDŁA WSPARCIA DLA PIEŁĘGNIAREK W PODEJMOWANIU DECYZJI ZAWODOWYCH

JOLANTA SUŁEK, JUSTYNA ADAMCZUK, AGNIESZKA KORCZAK

Wprowadzenie. Podejmowanie decyzji w praktyce pielęgniarskiej jest skomplikowanym procesem. Pielęgniarki muszą rozważać liczne, potencjalnie konkurujące czynniki przy podejmowaniu decyzji, aby uczestniczyć w rozwiązywaniu problemów pielęgnacyjnych pacjentów i ich rodzin. Proces ten jest dodatkowo skomplikowany przez fakt, że pielęgniarki muszą opiekować się większą liczbą pacjentów w środowisku opieki. Osoby świadczące opiekę zdrowotną wykazywały, że na ich kliniczne osądy bardziej wpływają wcześniejsze doświadczenia niż rzeczywista sytuacja kliniczna, w której podejmowane były decyzje. Wiąże się z pewnością siebie, intuicją i innymi czynnikami wpływającymi na podejmowanie decyzji, stosowanie protokołów dotyczących standardów oraz współpracę z kolegami [1]. Współpraca z doświadczonymi kolegami ma duży wpływ na podejmowanie decyzji przez pielęgniarki. Pielęgniarki wskazują na preferencję dla informacji dostarczanych przez doświadczonych współpracowników lub własne doświadczenie, bardziej niż innych źródeł informacji. Informacje od współpracowników są opisywane jako bardziej stosowne w sytuacjach opieki nad pacjentem niż standardy [1]. Wspólne podejmowanie decyzji zyskało krajowe i międzynarodowe zainteresowanie ze strony dostawców usług, edukatorów, badaczy i decydentów politycznych. Taki sposób postrzegania wspólnego podejmowania decyzji sprawia, że świadczeniodawcy w opiece zdrowotnej zastanawiają się, jak zintegrować wspólne podejmowanie decyzji w praktyce [2].

Badanie przeprowadzone przez Suliman M, Aljezawi M [3] wykazało, że pielęgniarki pracujące w szpitalach publicznych miały znacznie lepsze postrzeganie swojego środowiska pracy niż pielęgniarki pracujące w szpitalach prywatnych i uniwersyteckich. Starsze pielęgniarki z niższymi kwalifikacjami akademickimi są bardziej skłonne być zadowolone ze swojej pracy. Co więcej, pielęgniarki, które mają dobre postrzeganie wsparcia ze strony swojego przełożonego i współpracowników oraz możliwego do udźwignięcia obciążenia pracą, są bardziej skłonne pozostać na swoim stanowisku.

W Polsce jest niewielka liczba zatrudnionych pielęgniarek. Powody niedoboru personelu obejmują dysproporcję między liczbą młodych pielęgniarek a tymi w wieku emerytalnym. Przyczyną tego może być niewystarczające zainteresowanie zawodem pielęgniarki, spowodowane różnicą między oczekiwaniami a obiektywnymi warunkami w miejscu pracy. Badanie przeprowadzone przez Grabowska – Fudala B. i wsp. [4] pozwoliło na wysunięcie

wniosków dotyczących oczekiwań personelu pielęgniarskiego wobec miejsca pracy i perspektyw na przyszłość. Pielęgniarki najczęściej spełniają swoje oczekiwania zawodowe dotyczące relacji interpersonalnych, a najmniej często te dotyczące wynagrodzenia finansowego. Ważne oczekiwania, które nie są spełniane przez pielęgniarki, to redukcja poziomu stresu w pracy, wyposażenie oddziału w najnowszy sprzęt oraz dochody pozwalające na zatrudnienie w jednym, podstawowym miejscu pracy. Brak zaspokojonych oczekiwań dotyczących warunków sprzyjających rozwojowi kompetencji zawodowych oraz wsparcia ze strony kolegów może przyczyniać się do objawów wypalenia zawodowego.

Cel pracy. Niniejszy artykuł jest próbą podsumowania odpowiedzi na pytanie o znajomość źródeł wsparcia, a także uzyskiwanie wsparcia w podejmowaniu decyzji zawodowych w grupie pielęgniarek.

Materiał i metody. Badanie zostało przeprowadzone wśród pielęgniarek zatrudnionych w szpitalach na terenie Podhala. Dobór respondentów odbywał się losowo. Badanie zostało przeprowadzone dwukrotnie: w 2020 i w 2025 roku. W pierwszym badaniu wzięły udział 54 pielęgniarki zatrudnione w oddziałach zabiegowych szpitali w Nowym Targu i w Zakopanem, w drugim badaniu uzyskano 156 ankiet od pielęgniarek oddziałów zabiegowych i niezabiegowych na Podhalu. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety. W kwestionariuszu zawarto pytania dotyczące okresu aktywności zawodowej, wykształcenia i potencjalnych źródeł uzyskiwania wsparcia w podejmowaniu decyzji zawodowych. Wykorzystano również dane z badania kwestionariuszowego: Kwestionariusz Orientacji życiowych SOC 29.

Dobór osób do grupy badanej był przeprowadzony losowo. Wyniki poddano analizie statystycznej z wykorzystaniem testów: χ^2 , współczynnika korelacji rang Spearmana, współczynnika korelacji liniowej Pearsona oraz Manna-Whitneya.

Wyniki. W 2020 roku. Największe oczekiwania dotyczące wsparcia w podejmowaniu decyzji zawodowych respondenci kierowali do koleżanek i bezpośredniej przełożonej (oddziałowa), najmniejsze oczekiwania dotyczą samorządu pielęgniarek i położnych oraz konsultanta w dziedzinie pielęgniarstwa.

Tab. 1. Dane opisowe grupy w 2020 roku.

		średnia	mediana	min	max	odch. stand.
wiek	53	43,89	48,00	24,00	62,00	11,06
staż	53	21,24	25,00	0,20	40,00	12,65

Tab. 2. Poziom uzyskiwanego wsparcia w podejmowaniu decyzji zawodowych w skali 0-10.

	średnia	mediana	min	max	odch. stand.
koleżanek	7,90	8,00	1,00	10,00	2,32

pielęgniarki oddziałowej	7,28	8,00	0,00	10,00	3,17
pielęgniarki naczelnej	4,45	5,00	0,00	10,00	3,17
lekarzy	4,84	5,00	0,00	10,00	2,94
związków zawodowych	3,07	2,00	0,00	10,00	3,47
pracowników administracji szpitalnej	3,01	3,00	0,00	10,00	2,65
samorządu pielęgniarek i położnych	2,90	2,00	0,00	10,00	2,93
konsultanta	2,64	2,00	0,00	10,00	3,04

Nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności pomiędzy stażem pracy, a poziomem oczekiwanego wsparcia. Współczynniki korelacji rang Spearmana wyniosły odpowiednio:

- wsparcie ze strony koleżanek $-r_s = -0,11$ ($t = -0,81$, $p = 0,42$)
- wsparcie ze strony pielęgniarki oddziałowej $-r_s = -0,26$ ($t = -1,92$, $p = 0,061$)
- wsparcie ze strony pielęgniarki naczelnej $-r_s = -0,19$ ($t = -1,40$, $p = 0,17$)
- wsparcie ze strony lekarzy $-r_s = -0,033$ ($t = -0,24$, $p = 0,81$)
- wsparcie ze strony związków zawodowych $-r_s = -0,15$ ($t = -1,09$, $p = 0,28$)
- wsparcie ze strony pracowników administracji szpitalnej $-r_s = -0,12$ ($t = -0,90$, $p = 0,37$)
- wsparcie ze strony samorządu pielęgniarek i położnych $-r_s = -0,17$ ($t = -1,23$, $p = 0,22$)
- wsparcie ze strony konsultanta $-r_s = -0,079$ ($t = -0,56$, $p = 0,58$)

Stwierdzono słabego stopnia ujemną korelację pomiędzy *stażem pracy*, a poziomem oczekiwanego wsparcia ze strony pielęgniarki oddziałowej, współczynnik korelacji liniowej Pearsona, $r_p = -0,33$ ($p = 0,016$). Oznacza to, że w im dłuższy staż miała badana osoba, tym mniejszy były jej poziom poczucia uzyskania wsparcia ze strony pielęgniarki oddziałowej. Współczynnik determinancji wyniósł $r^2 = 0,11$ (tzn. poziom oczekiwanego wsparcia zależy – w sposób liniowy – tylko w 11% od stażu pracy badanych osób).

Nie stwierdzono istotnych statystycznie korelacji liniowych pomiędzy stażem pracy, a poziomem oczekiwanego wsparcia, współczynniki korelacji liniowej Pearsona wynosiły odpowiednio:

- wsparcie ze strony koleżanek $-r_p = -0,15$ ($p = 0,29$)
- wsparcie ze strony pielęgniarki naczelnej $-r_p = -0,18$ ($p = 0,19$)
- wsparcie ze strony lekarzy $-r_p = -0,050$ ($p = 0,72$)
- wsparcie ze strony związków zawodowych $-r_p = -0,21$ ($p = 0,14$)
- wsparcie ze strony pracowników administracji szpitalnej $-r_p = -0,13$ ($p = 0,36$)
- wsparcie ze strony samorządu pielęgniarek i położnych $-r_p = -0,21$ ($p = 0,13$)
- wsparcie ze strony konsultanta $-r_p = -0,025$ ($p = 0,086$)

Za pomocą testów chi-kwadrat nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy

poziomem oczekiwanego wsparcia (tak – raczej nie), a stażem pracy badanych osób.

Za pomocą testów chi-kwadrat nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy wynikami Kwestionariusza Orientacji Życiowych SOC 29 a poziomem otrzymywanego wsparcia. Za wyjątkiem: stwierdzono istotną statystycznie różnicę ($\chi^2(n = 53, df = 1) = 6,69, p = 0,0097$) pomiędzy wynikiem testu SOC 29 a poziomem otrzymywanego wsparcia ze strony administracji szpitalnej.

Statystycznie znamiennej więcej było osób wśród otrzymujących wsparcie ze strony administracji szpitalnej, które mają wyższy wynik w teście SOC 29, w porównaniu do pozostałych badanych.

Wyniki w 2025 roku.

Tab. 3. Dane opisowe grupy w 2025 roku.

		średnia	mediana	min	max	odch stand.
wiek	156	47,4	51	23	68	11,7
staż	156	24,6	29	1	47	12,7

Tab. 4. Deklarowany poziom uzyskiwanego wsparcia w 2025 roku. Skala 0-10.

	średnia	mediana	min	max	odch stand.
koleżanek	7,65	8	0	10	2,57
pielęgniarki oddziałowej	6,91	8	0	10	3,19
pielęgniarki naczelnej	4,16	3	0	10	3,44
lekarzy	5,41	5	0	10	3,21
związków zawodowych	4,28	4	0	10	3,51
pracowników administracji szpitalnej	3,96	4	0	10	2,90
samorządu pielęgniarek i położnych	3,10	3	0	10	2,84
konsultanta	2,36	1	0	10	2,90

Stwierdzono (nie stwierdzono) istotnych statystycznie zależności pomiędzy stażem pracy, a poziomem oczekiwanego wsparcia. Współczynniki korelacji rang Spearmana wyniosły odpowiednio:

- wsparcie ze strony koleżanek $-r_s = 0,13$ ($t = 1,69, p = 0,094$ n.s.)
- wsparcie ze strony pielęgniarki oddziałowej $-r_s = 0,062$ ($t = 0,77, p = 0,44$ n.s.)
- wsparcie ze strony pielęgniarki naczelnej $-r_s = 0,17$ ($t = 2,19, p = 0,030$)
- wsparcie ze strony lekarzy $-r_s = 0,049$ ($t = 0,61, p = 0,54$ n.s.)
- wsparcie ze strony związków zawodowych $-r_s = 0,032$ ($t = 0,40, p = 0,69$ n.s.)
- wsparcie ze strony pracowników administracji szpitalnej $-r_s = 0,14$ ($t = 1,78, p = 0,076$ n.s.)
- wsparcie ze strony samorządu pielęgniarek i położnych $-r_s = 0,034$ ($t = 0,42, p = 0,67$ n.s.)
- wsparcie ze strony konsultanta $-r_s = -0,17$ ($t = -2,18, p = 0,031$)

Stwierdzono słabego stopnia dodatnią korelację pomiędzy stażem pracy, a poziomem oczekiwanego wsparcia ze strony pielęgniarki naczelnej, współczynnik korelacji liniowej

Pearsona, $r_p = 0,20$ ($p = 0,013$). Oznacza to, że w im dłuższy staż miała badana osoba, tym większy były jej poziom poczucia uzyskania wsparcia ze strony pielęgniarki naczelnej. Współczynnik determinancji wyniósł $r^2 = 0,039$ (tzn. poziom oczekiwanego wsparcia zależy – w sposób liniowy – tylko w 4% od stażu pracy badanych osób).

Stwierdzono słabego stopnia dodatnią korelację pomiędzy stażem pracy, a poziomem oczekiwanego wsparcia ze strony pracowników administracji, współczynnik korelacji liniowej Pearsona, $r_p = 0,17$ ($p = 0,036$). Oznacza to, że w im dłuższy staż miała badana osoba, tym większy były jej poziom poczucia uzyskania wsparcia ze strony pracowników administracji. Współczynnik determinancji wyniósł $r^2 = 0,028$ (tzn. poziom oczekiwanego wsparcia zależy – w sposób liniowy – tylko w 3% od stażu pracy badanych osób).

Nie stwierdzono istotnych statystycznie korelacji liniowych pomiędzy stażem pracy, a poziomem oczekiwanego wsparcia, współczynniki korelacji liniowej Pearsona wynosiły odpowiednio:

- wsparcie ze strony koleżanek $- r_p = 0,14$ ($p = 0,088$ n.s.)
- wsparcie ze strony pielęgniarki oddziałowej $- r_p = 0,040$ ($p = 0,62$ n.s.)
- wsparcie ze strony lekarzy $- r_p = 0,085$ ($p = 0,29$ n.s.)
- wsparcie ze strony związków zawodowych $- r_p = 0,033$ ($p = 0,68$ n.s.)
- wsparcie ze strony samorządu pielęgniarek i położnych $- r_p = 0,076$ ($p = 0,35$ n.s.)
- wsparcie ze strony konsultanta $- r_p = -0,034$ ($p = 0,67$ n.s.)

Wiek a źródła wsparcia. Stwierdzono (nie stwierdzono) istotnych statystycznie zależności pomiędzy stażem pracy, a poziomem oczekiwanego wsparcia. Współczynniki korelacji rang Spearmana wyniosły odpowiednio:

- wsparcie ze strony koleżanek $- r_s = 0,14$ ($t = 1,75$, $p = 0,082$ n.s.)
- wsparcie ze strony pielęgniarki oddziałowej $- r_s = 0,091$ ($t = 1,13$, $p = 0,26$ n.s.)
- wsparcie ze strony pielęgniarki naczelnej $- r_s = 0,18$ ($t = 2,29$, $p = 0,024$)
- wsparcie ze strony lekarzy $- r_s = 0,079$ ($t = 0,98$, $p = 0,33$ n.s.)
- wsparcie ze strony związków zawodowych $- r_s = 0,028$ ($t = 0,35$, $p = 0,73$ n.s.)
- wsparcie ze strony pracowników administracji szpitalnej $- r_s = 0,18$ ($t = 2,25$, $p = 0,026$)
- wsparcie ze strony samorządu pielęgniarek i położnych $- r_s = 0,020$ ($t = 0,25$, $p = 0,80$ n.s.)
- wsparcie ze strony konsultanta $- r_s = -0,15$ ($t = -1,94$, $p = 0,054$)

Stwierdzono słabego stopnia dodatnią korelację pomiędzy *wiekiem*, a poziomem oczekiwanego wsparcia ze strony pielęgniarki naczelnej, współczynnik korelacji liniowej Pearsona, $r_p = 0,22$ ($p = 0,0070$). Oznacza to, że w im starsza była badana osoba, tym większy były jej poziom poczucia uzyskania wsparcia ze strony pielęgniarki naczelnej. Współczynnik determinancji

wyniósł $r^2 = 0,047$ (tzn. poziom oczekiwanego wsparcia zależy – w sposób liniowy – tylko w 5% od wieku badanych osób).

Stwierdzono słabego stopnia dodatnią korelację pomiędzy wiekiem, a poziomem oczekiwanego wsparcia ze strony pracowników administracji, współczynnik korelacji liniowej Pearsona, $r_p = 0,19$ ($p = 0,018$). Oznacza to, że w im starsza była badana osoba, tym większy były jej poziom poczucia uzyskania wsparcia ze strony pracowników administracji. Współczynnik determinancji wyniósł $r^2 = 0,036$ (tzn. poziom oczekiwanego wsparcia zależy – w sposób liniowy – tylko w 4% od wieku badanych osób).

Nie stwierdzono istotnych statystycznie korelacji liniowych pomiędzy stażem pracy, a poziomem oczekiwanego wsparcia, współczynniki korelacji liniowej Pearsona wynosiły odpowiednio:

- wsparcie ze strony koleżanek $- r_p = 0,14$ ($p = 0,077$ n.s.)
- wsparcie ze strony pielęgniarki oddziałowej $- r_p = 0,078$ ($p = 0,34$ n.s.)
- wsparcie ze strony lekarzy $- r_p = 0,11$ ($p = 0,18$ n.s.)
- wsparcie ze strony związków zawodowych $- r_p = 0,011$ ($p = 0,89$ n.s.)
- wsparcie ze strony samorządu pielęgniarek i położnych $- r_p = 0,051$ ($p = 0,52$ n.s.)
- wsparcie ze strony konsultanta $- r_p = -0,027$ ($p = 0,74$ n.s.)

Różnice między poziomem wsparcia od poszczególnych osób w 2020 i 2025 roku. Posługując się testem Manna-Whitneya nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy w średnim poziomie wsparcia badanych osób ze strony koleżanek, pomiędzy osobami badanymi w 2020 roku, a osobami badanymi w 2025 roku, $Z(n=53, n=156) = 0,33$, $p = 0,74$ n.s.

Posługując się testem Manna-Whitneya nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy w średnim poziomie wsparcia badanych osób ze strony pielęgniarki oddziałowej, pomiędzy osobami badanymi w 2020 roku, a osobami badanymi w 2025 roku, $Z(n=53, n=156) = 0,89$, $p = 0,37$ n.s.

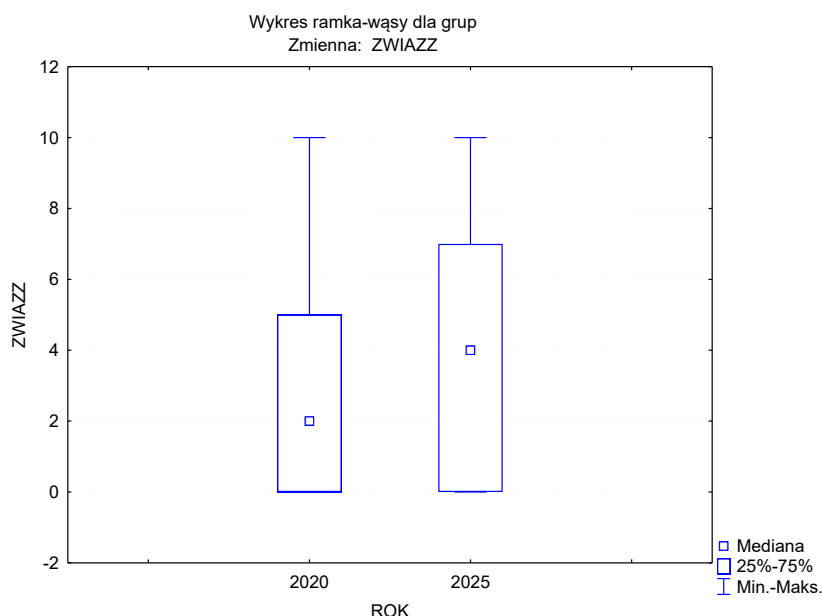
Posługując się testem Manna-Whitneya nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy w średnim poziomie wsparcia badanych osób ze strony pielęgniarki naczelnej, pomiędzy osobami badanymi w 2020 roku, a osobami badanymi w 2025 roku, $Z(n=53, n=155) = 0,73$, $p = 0,46$ n.s.

Posługując się testem Manna-Whitneya nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy w średnim poziomie wsparcia badanych osób ze strony lekarzy, pomiędzy osobami badanymi w 2020 roku, a osobami badanymi w 2025 roku, $Z(n=53, n=156) = -1,07$, $p = 0,29$ n.s.

Posługując się testem Manna-Whitneya stwierdzono istotną statystycznie różnicę pomiędzy średnim poziomem wsparcia badanych osób ze strony związków zawodowych pomiędzy

osobami badanymi w 2020 roku, a osobami badanymi w 2025 roku, $Z(n=53, n=156) = -2,27$, $p = 0,023$. Osoby, badane w 2020 roku niżej oceniały poziom wsparcia ze strony związków zawodowych (średnia $3,1 \pm 3,5$ pkt., mediana 2 pkt., zakres 0-10 pkt.) w porównaniu do osób badanych w 2025 roku (średnia $4,3 \pm 3,5$ pkt., mediana 4 pkt., zakres 0-10 pkt.).

Rys. 1. Różnice w poziomie wsparcia uzyskiwanego od związków zawodowych w roku 2020 i 2025.



Posługując się testem Manna-Whitneya stwierdzono istotną statystycznie różnicę pomiędzy średnim poziomem wsparcia badanych osób ze strony pracowników administracji szpitalnej pomiędzy osobami badanymi w 2020 roku, a osobami badanymi w 2025 roku, $Z(n=53, n=156) = -2,07$, $p = 0,039$. Osoby, badane w 2020 roku niżej oceniały poziom wsparcia ze strony pracowników administracji szpitalnej (średnia $3,0 \pm 2,7$ pkt., mediana 3 pkt., zakres 0-10 pkt.) w porównaniu do osób badanych w 2025 roku (średnia $4,0 \pm 2,9$ pkt., mediana 4 pkt., zakres 0-10 pkt.).

Dyskusja. Pracownicy ochrony zdrowia doświadczają niezwykle silnych stresorów w środowisku pracy. Wiele z tych stresorów zawsze było cechami ściśle związanymi z zawodem: długi czas pracy, radzenie sobie z bólem, stratą i cierpieniem emocjonalnym, opieka nad umierającymi pacjentami oraz wsparcie dla rodzin. Ostatnio pielęgniarki doświadczają zwiększonego stresu związanego z innymi czynnikami, takimi jak niedobór kadr, coraz bardziej skomplikowana sytuacja zdrowotna pacjentów, ograniczenia finansowe oraz rosnąca potrzeba wiedzy na temat nieustannie zmieniającej się technologii. Stres wpływa na wszystkie funkcje poznawcze, w szczególności na uwagę i pamięć, co zwiększa już i tak wysokie wyzwania dla pielęgniarek. Pielęgniarki na co dzień muszą radzić sobie z bardzo

trudnymi sytuacjami, które wymagają dokładnych, terminowych decyzji mających wpływ na ludzkie życie [5].

Zdrowie pielęgniarek wpływa na opiekę nad pacjentami w placówkach ochrony zdrowia dzisiaj, zarówno wewnątrz, jak i na zewnątrz szpitali. Wiele artykułów opisuje wypalenie zawodowe pielęgniarek, depresję, słabe zdrowie fizyczne i psychiczne, przyrost masy ciała, niezdrowe nawyki żywieniowe, urazy pleców, oraz brak satysfakcji z pracy. Jednak niewiele uwagi poświęcono dbałości o siebie wśród pielęgniarek.

W artykule [6] autorzy podjęli się zadania oceny jak kształtuje się sytuacja dbania przez pielęgniarki o siebie, gdy regularnie pracują w warunkach wzmożonego napięcia emocjonalnego, presji czasowej i innych czynników wpływających niekorzystnie na funkcjonowanie. Satysfakcja z pracy jest niezbędna, aby pielęgniarki mogły osiągnąć zdrową równowagę między życiem zawodowym a prywatnym oraz chęć do pracy. Istnieją oparte na dowodach interwencje, które mogą poprawić jakość życia pielęgniarki i mogą być wdrażane samodzielnie lub w ramach środowiska pracy. Propozycje badaczy obejmują: pracę mniej niż 40 godzin tygodniowo w środowisku klinicznym, pracę o stałej porze dnia bez rotacji, wyrażanie emocji, poświęcanie czasu na ćwiczenia, uczestnictwo w grupie wsparcia. Osobiste sposoby na poprawę zdrowia obejmują przygotowywanie zdrowych posiłków przed rozpoczęciem pracy, zapewnienie sobie odpowiedniego snu, korzystanie z terapii poznawczo-behawioralnej, uczestnictwo w treningu uważności oraz stosowanie technik redukcji stresu [6]. Kolejny artykuł [7] przedstawia i omawia wyniki badań dotyczących wpływu różnych aspektów środowiska pracy w szpitalu na wypalenie zawodowe wśród pielęgniarek, a ponadto ocenia wpływ wsparcia społecznego na redukcję i/lub złagodzenie związku między negatywnymi aspektami środowiska pracy a wypaleniem. Główne determinanty wypalenia zawodowego to: mała autonomia, orientacja na zadania, niska klarowność, innowacyjność i komfort fizyczny, praca w warunkach presji czasowej oraz brak wsparcia ze strony przełożonych. W badaniu przeprowadzonym przez brytyjskich naukowców w Londynie pielęgniarki opisały swoje doświadczenie w podejmowaniu decyzji zawodowych. Określiły czynniki wpływające na te decyzje jako nieokreślone i techniczne. Przyznały, że użyteczne wpływy pochodzą z obu tych obszarów, ale wskazały na swoje osobiste 'doświadczenie' jako ostateczną instancję w podejmowaniu decyzji. Ich relacje na temat podejmowania decyzji stworzyły poczucie autonomii zawodowej [8]. W literaturze brak informacji na temat korzystania przez pielęgniarki ze źródeł wsparcia podczas podejmowania decyzji związanych z wykonywaną pracą. W polskiej rzeczywistości istnieją instytucje deklarowane dla świadczenia takiego wsparcia, ale wyniki niniejszego badania pokazują, że nie są one często

brane pod uwagę i można się spodziewać, że korzysta z nich niewielki odsetek pielęgniarek. Pozytywnym akcentem jest fakt, że mimo dysonansów występujących w środowisku większość respondentek ma poczucie, że wsparcie uzyska od najbliższych współpracowników: osób wykonujących ten sam zawód oraz bezpośrednio przełożonej.

Słabe strony artykułu. Mimo dość gruntownie opracowanego tematu zagrożeń wynikających z pracy zawodowej pielęgniarki na jej stan zdrowia oraz czynników, które determinują występowanie problemów zdrowotnych, niewiele jest opracowań dotyczących prewencji w tym zakresie i realnie podejmowanych działań zapobiegawczych. W związku z niewielką ilością danych na temat źródeł wsparcia dla pielęgniarek trudno byłoby porównać uzyskane wyniki z wynikami innych badaczy. Podobnie jak w innych krajach można domniemywać, że działania personelu pielęgniarskiego opierają się przede wszystkim na wiedzy uzyskiwanej w trakcie wykształcenia, a następnie na doświadczeniu i intuicji- biorąc pod uwagę ich dynamiczny charakter. Analizując zmiany w odczuciach dotyczących siły wsparcia ze strony różnych grup należy chyba również wziąć pod uwagę zmieniające się warunki i sytuację społeczną: od pandemii w 2020 roku po zmiany spowodowane przez ustawę różnicującą zarobki pielęgniarek w zależności od formalnego wykształcenia czy nasilone dążenia instytucji ochrony zdrowia w celu uzyskania akredytacji i związane z tym nowe procedury.

Wnioski.

1. W podejmowaniu decyzji zawodowych pielęgniarki oczekują wsparcia przede wszystkim od koleżanek i pielęgniarki oddziałowej. W 2025 roku zwiększył się poziom oczekiwań na takie wsparcie od związków zawodowych.
2. Istnieje niewielka zależność między stażem pracy a oczekiwaniem wsparcia od pielęgniarki naczelnej oraz pracowników administracji. W porównaniu z 2020 rokiem w chwili obecnej nie wykryto zależności między krótkim stażem pracy a oczekiwaniem pomocy od pielęgniarki oddziałowej.
3. Konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa w dalszym ciągu jest bardzo rzadko wybierany jako źródło wsparcia w podejmowaniu decyzji zawodowych przez pielęgniarki.

Piśmiennictwo

- [1] Nibbelink, C. W., & Brewer, B. B. Decision-making in nursing practice: An integrative literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 2018; 27(5-6), 917–928. doi:10.1111/jocn.14151.
- [2] Truglio-Londrigan M, Slyer JT. Shared Decision-Making for Nursing Practice: An Integrative Review. *Open Nurs J*. 2018 Jan 22;12:1-14. doi: 10.2174/1874434601812010001. PMID: 29456779; PMCID: PMC5806202.
- [3] Suliman M, Aljezawi M, Nurses' work environment: indicators of satisfaction, *Journal of Nursing Management*, 2019, doi.org/10.1111/jonm.12577..

- [4] Grabowska – Fudala B, Smelkowska A, Łopata M, Kabacińska S, Jaracz K, Oczekiwania pielęgniarek związane z pracą zawodową. Polish Nursing / Pielęgniarstwo Polskie, 2024, Vol 92, Issue 2, 55, DOI 10.20883/pielpol.2024.5.
- [5] Botha, E., Gwin, T., & Purpora, C. The effectiveness of mindfulness based programs in reducing stress experienced by nurses in adult hospital settings: a systematic review of quantitative evidence protocol. JBI Evidence Synthesis, 2015; 13(10), 21-29.
- [6] Williams, S. G., Fruh, S., Barinas, J. L., & Graves, R. J. Self-care in nurses. Journal of radiology nursing, 2022;41(1), 22-27.
- [7] Constable, J. F., & Russell, D. W. The Effect of Social Support and the Work Environment upon Burnout among Nurses. Journal of Human Stress, 1986; 12(1), 20–26. <https://doi.org/10.1080/0097840X.1986.9936762>.
- [8] Traynor M., Boland M. & Buus N. Autonomy, evidence and intuition: nurses and decision-making. Journal of Advanced Nursing . 2010; 66(7), 1584–1591.

SATYSFAKCJA ZAWODOWA PIEŁĘGNIAREK PRACUJĄCYCH W WYBRANYCH PODMIOTACH LECZNICZYCH WOJEWÓDZTWA MAŁOPOLSKIEGO

ALICJA WOJTASZEK, MARIA ZIĘBA, JUSTYNA BUKSA

Wstęp. Praca, czyli aktywność zawodowa, jest to aspekt codziennego życia, który przyczynia się do poprawy funkcjonowania w społeczeństwie, poprawia sytuację materialną, a także ma ogromny wpływ na więzi między ludźmi. Ponad to w sposób szczególny dotyczy pojęć takich jak satysfakcja, niezadowolenie oraz ma wpływ na jakość ludzkiego życia [1-4]. W rozwinięciu aspektu pracy zawodowej można stwierdzić, że wykonywanie czynności zawodowych pozwala na: zaspokojenie potrzeb, zapewnienia poczucia bezpieczeństwa, pozwala na realizację potrzeb bytowych, rozwój zainteresowań, nawiązywanie kontaktów międzyludzkich, rozwój osobisty, wypełnianie ról społecznych [5-7].

W ujęciu tych pojęć, praca pielęgniarki jest to profesja, w której podstawą są wzajemne relacje, nie tylko z pacjentami, ale także z każdym członkiem zespołu interdyscyplinarnego, gdyż od tej współpracy zależą efekty pracy zespołu [4].

Wizja współczesnego pielęgniarstwa. Współczesny model pielęgniarstwa jest postrzegany w odmienny sposób, gdyż postęp w każdej dziedzinie życia przyczynia się do szybkich zmian stylu życia, spostrzeżeń, a także warunków pracy [8, 9]. Bardzo często pielęgniarstwo określane jest jako zawód z misją społeczną. Misyjność ta polega na tym, że pielęgniarka jest postrzegana jako ta, która pomaga cierpiącym, zaspokaja potrzeby, jest odpowiedzialna za każde ludzkie istnienie, a także towarzyszy pacjentom w ich cierpieniu i w umieraniu. Wypełnianie tych ról zawodowych wiąże się z działalnością pielęgniarstwa, która jest zgodna z holistycznym modelem opieki, zakładającym, że pielęgniarstwo to zawód przestrzegający wzoru etyki troski [1,2,10]. Takie zadania zawodowe, i ich wypełnianie, przyczyniają się do rozwoju bliskich relacji z pacjentami, a tym samym do problemów wynikających z trudnością oddzielenia życia osobistego od zawodowego [2,10,11].

Podczas wykonywania swoich zadań, stałej dyspozycyjności, poświęcenia, zaangażowania, narażone są one na szkodliwe czynniki biologiczne, chemiczne, przeciążenia układów, co w konsekwencji prowadzi do rozwoju syndromu wypalenia zawodowego. Powoduje to pogorszenie ich własnego zdrowia, co bardzo rzadko zostaje zauważone wcześniej, aniżeli negatywne skutki wypływające z działania tych czynników [12, 13, 14].

Czynniki wpływające na poziom satysfakcji zawodowej. W rozpatrywaniu ujęcia satysfakcji zawodowej, należy rozwinąć i zróżnicować pojęcia zadowolenie od satysfakcji. Zadowolenie jest to chwilowe odczuwanie pozytywnych i negatywnych afektów, dzięki wypełnianiu swoich

zadań, funkcji. Przede wszystkim wiąże się z korzystnym nastawieniem do powierzonych i zmieniających się zadań zawodowych [2,15- 17]. Na pojęcie zadowolenia ogromny wpływ ma: nastawienie psychospołeczne, postępowanie pracownika oraz pracodawcy, wynagrodzenie za wykonaną pracę, wsparcie interpersonalne, swoboda w wykonywaniu zadań [18,19]. Satysfakcja zawodowa wynika z poczucia samorealizacji, pozytywnych nastawień do elementów składowych w pracy zawodowej, co dotyczy wynagrodzenia, relacji interpersonalnych, warunków pracy, dobrej organizacji środowiska zawodowego, określenie obowiązków oraz wsparcie [2,20,21].

Czynniki wpływające na poziom motywacji. Motywacja jest to stan w psychologii, który powoduje wytworzenie różnych bodźców zmuszających, wskazujących kierunek postępowania w ściśle określony sposób. Wiąże się ona z procesami powiązanymi z realizacją takich celów, aby zmotywować pracownika do działania [22]. Stwierdzono również, że jest to skłonność do wykonywania wysiłku, żeby osiągnąć zadowolenie z każdej dziedziny życia ludzkiego. Motywy działania można podzielić na biologiczne, rozumiane przez zaspokajanie podstawowych potrzeb jednostki, społeczne, czyli zdolność do podejmowania działań w grupie, wypełnianie ról społecznych oraz osobiste, które wynikają przede wszystkim z predyspozycji prywatnych danego człowieka. Wystąpienie określonego motywu potęgują czynniki zdolne do spełniania potrzeb, celów, aspiracji, a człowiek musi być pewny, że jest zdolny do działań, aby być zmotywowanym do działania [23].

Problemy współczesnego pielęgniarstwa. Stres zawodowy powstaje w wyniku braku jasno określonych wymagań, negatywnych interakcji międzyludzkich, coraz to częściej spotykanej rywalizacji, obniżeniem prestiżu zawodowego oraz przepracowaniem, a jest wynikiem zaburzeń równowagi pomiędzy wymaganiami pracodawcy, a predyspozycjami pracownika [6,24,25]. Występowanie przewlekłego stresu prowadzi w dużej mierze do wystąpienia syndromu wypalenia zawodowego określanego jako stan wyczerpania, wynikającego z wypełniania obowiązków zawodowych, który jest wynikiem dużego zapotrzebowania na zasoby energii posiadane przez człowieka [26,27].

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

Materiał i metody. Do badania włączono 172 pielęgniarki/ pielęgniarzy czynnych zawodowo mieszkających na terenie województwa małopolskiego w tym 159 (92,4%) kobiet i 13 (7,6%) mężczyzn. Badania zostały przeprowadzone w placówkach medycznych – szpitalach, na losowo wybranych oddziałach. Były to instytucje takie jak: Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Nowym Targu, Szpital Powiatowy im. dr Tytusa Chałubińskiego

w Zakopanem, Szpital Powiatowy Imienia Miłosierdzia Bożego w Limanowej, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc Oddział Terenowy im. Jana i Ireny Rudników w Rabce-Zdrój, Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Krakowie.

Wiek badanych wahał się od 20 do 65 roku życia z czego najliczniejszą grupę stanowili badani w grupie wiekowej 20-30 lat (34,3%). Badani najczęściej posiadali wykształcenie na poziomie studiów licencjackich (55,2%) a najmniej było osób z wykształceniem na poziomie liceum i studium medyczne (4,1%). W większości (61,0%) respondenci pozostawali w związku małżeńskim. Staż pracy wahał się od 5 do ponad 30 lat z czego najwięcej osób posiadało staż pracy do 5 lat (36,0%) a najmniej respondentów było ze stażem pracy powyżej 30 lat (17,4%). Znaczny odsetek (65,2%) respondentów było zatrudnionych na umowie o pracę na czas nieokreślony na stanowisku pielęgniarki/pielęgniarza 52,3%. Warto zaznaczyć, że w pracy wzięły udział pielęgniarki oddziałowe (5,2%) oraz jedna pielęgniarka naczelna.

Kryterium wyłączenia z badań było brak zgody na ich przeprowadzenie.

Do przeprowadzenia badania wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety składający się z 30 pytań o charakterze zamkniętym, półotwartym, tabelarycznym, a także wielokrotnego wyboru. Respondenci, przed uzupełnieniem kwestionariusza ankiety, zostali poinformowani o celu badania. Zostali oni zapewnieni o anonimowości i dobrowolności uczestnictwa w sondażu. Żadna osoba, spośród badanych, nie zgłosiła trudności w wypełnieniu ankiety.

Do opisu zebranych materiałów posłużono się analizą statystyczną. Z zebranych informacji utworzono bazę danych w programie MS Excel 2007. W obliczeniach statystycznych wykorzystany został program statystyczny Statistica 10. Różnice w poszczególnych danych, wynikających z przeprowadzonego przeze mnie badania, zostały zweryfikowane testem χ^2 (χ^2 Pearsona). W całej pracy dla celów obliczeń przyjęto wartość istotności statystycznej na poziomie współczynnika $p < 0,05$.

Wyniki. Respondenci w większości (83,7%) odpowiedzieli, że wpływ na satysfakcję zawodową miały dobre stosunki w pracy ze współpracownikami a niewielki odsetek (1,2%) odpowiedział, iż są to pochwały słowne, efektywność podejmowanej pracy, możliwość wykazania się umiejętnościami (Tabela I.)

Tabela I. Wpływ czynników na poczucie satysfakcji zawodowej

Odpowiedzi respondentów	n	%*
Odpowiednie wynagrodzenia za pracę	138	80,2
Możliwość awansu	75	43,6
Dobre stosunki z przełożonymi	105	61,0
Dobre stosunki ze współpracownikami	144	83,7
Dobra komunikacja z członkami zespołu terapeutycznego	109	63,4
Pochwały słowne	2	1,2
Efektywność podejmowanej pracy	2	1,2

Możliwość wykazania się umiejętnościami	2	1,2
---	---	-----

*Odpowiedzi nie sumują się do 100%, gdyż badani mogli udzielić więcej niż 1 odpowiedź.

Znaczna większość pielęgniarek i/lub pielęgniarzy za czynniki motywujące do podjęcia działań zawodowych uznaje dobre warunki pracy (80,8%), a także poczucie wsparcia ze strony przełożonego i współpracowników (80,2%). Niewielki odsetek respondentów (1,7%) stwierdziło, że motywacją do pracy jest możliwość zmiany stanowiska lub awans. Sprawdzając przyczyny braku motywacji do pracy pielęgniarek i pielęgniarzy, znaczna większość osób, które wzięły udział w badaniu, 106 (61,6%) stwierdziło, że przyczyną jest brak odpowiedniego systemu nagradzania pracowników, 101 (58,7%), wskazało deficyt zaufania pomiędzy pracownikami, a 99 (57,6%) podkreśliło, że jest to skutek złej organizacji stanowiska pracy (Tabela II.)

Tabela II. Czynniki motywujące i demotywujące w pracy pielęgniarki

Czynniki motywujące	n	%*	Czynniki demotywujące	n	%*
Jasno określone zadania wyznaczone przez przełożonego	83	48,3	Skargi pacjentów na personel	52	30,2
Urozmaicone zadania w pracy	34	19,8	Brak systemu nagradzania	106	61,6
Możliwość awansu	3	1,7	Zlecone zadania poniżej kompetencji pracownika	53	30,8
Dodatkowe świadczenia	61	35,5	Zła organizacja stanowiska pracy	99	57,6
Dobre warunki pracy	139	80,8	Brak możliwości zdobywania dodatkowych kwalifikacji	32	18,6
Możliwość spotkań integracyjnych	44	25,6	Brak pewności o stałym zatrudnieniu	52	30,2
Pewne zatrudnienie	92	53,5	Brak zaufania pomiędzy pracownikami	101	58,7
Poczucie wsparcia ze strony przełożonego, współpracownika	138	80,2	Nadmierna kontrola przełożonego	40	23,3

*Odpowiedzi nie sumują się do 100%, gdyż badani mogli udzielić więcej niż 1 odpowiedź.

Zdecydowana większość badanych stwierdziła, że uczucie stresu pojawia się z powodu poczucia odpowiedzialności za ludzkie życie (70,9%), lęku przed popełnieniem błędu (69,2%). Za interesujące należy uznać, że najmniej odpowiedzi dotyczyło świadomości zagrożenia dla własnego zdrowia (25,6%) (Tabela III.).

Tabela III. Przyczyny sytuacji stresowych w zawodzie pielęgniarki i pielęgniarza u badanych osób

Odpowiedź	n	%*
Częsty kontakt ze śmiercią	53	30,8
Widok ludzkiego cierpienia	68	39,5
Odpowiedzialność za ludzkie życie	122	70,9
Lęk przed popełnieniem błędu	119	69,2
Świadomość zagrożenia dla własnego zdrowia	44	25,6

*Odpowiedzi nie sumują się do 100%, gdyż badani mogli udzielić więcej niż 1 odpowiedź.

Zdecydowany odsetek pielęgniarek i/lub pielęgniarzy stwierdziła, że do najczęstszych objawów wypalenia zawodowego zalicza się niechęć do pracy (79,7%). Niewielki odsetek osób, które wzięły udział w badaniu, wskazało pojawiające się uczucie zazdrości (8,7%) (Tabela IV.)

Tabela IV. Opinia respondentów dotycząca objawów syndromu wypalenia zawodowego

Odpowiedzi	n	%*
Łatwość irytacji w kontaktach z pacjentami	122	70,9
Brak empatii	112	65,1
Zazdrość	15	8,7
Niechęć do pracy	137	79,7
Brak cierpliwości	102	59,3
Uczucie przepracowania	124	72,1

*Odpowiedzi nie sumują się do 100%, gdyż badani mogli udzielić więcej niż 1 odpowiedź.

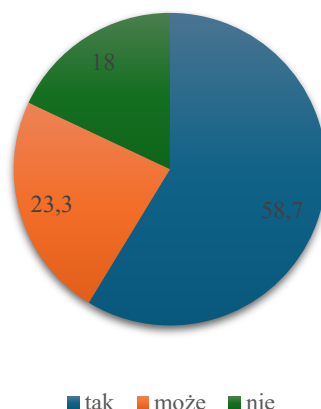
Zdecydowana większość wskazała jako przyczyny wystąpienia syndromu wypalenia zawodowego, wzrost wymagań przy braku odpowiedniej obsady medycznej (77,3%). Najmniej osób (1,2%) stwierdziło, że ten syndrom nie istnieje, a jeśli ktoś nie radzi sobie w zawodzie, powinien go zmienić, gdyż w każdym zawodzie istnieją sytuacje trudne (Tabela V).

Tabela V. Czynniki sprzyjające wystąpieniu syndromu wypalenia zawodowego u ankietowanych pielęgniarek i pielęgniarzy

Odpowiedź	n	%*
Zaangażowanie w obowiązki zawodowe	23	13,4
Wysokie wymagania	74	43,0
Niedojrzałość emocjonalna	22	12,8
Wycofanie z kontaktów międzyludzkich	26	15,1
Wzrost wymagań przy niedoborze personelu medycznego	133	77,3
Duża odpowiedzialność	110	64,0
Brak umiejętności radzenia sobie z przewlekłym stresem	111	64,5
Myślę, że ten syndrom nie istnieje, jeśli ktoś nie radzi sobie w tym zawodzie to powinien zrezygnować, w każdym zawodzie bywa trudno	2	1,2

*Odpowiedzi nie sumują się do 100%, gdyż badani mogli udzielić więcej niż 1 odpowiedź.

Jeśli badane osoby miałyby taką możliwość, to większość (58,7%), ponownie wybrałoby swój zawód, a 18% osób neguje odpowiedź (Rycina 1.)



Rycina 1. Opinia respondentów dotycząca możliwości ponownego wyboru tego zawodu

Znaczny odsetek osób (40,7%), stwierdziło, że raczej ma możliwość rozwoju swoich umiejętności, 57 (33,1%) zdecydowanie potwierdziło, iż jest taka możliwość w zakładzie pracy. Z kolei 19 (11,0%) osób określiło, że raczej nie mają takich perspektyw, a 10 (5,8%) osób zdecydowanie zaprzeczyło temu zagadnieniu.

Najwięcej badanych (29,7%) raczej ma zapewnione kursy i szkolenia, a 19,8% zdecydowanie zaprzeczyło, że mają taką możliwość (Tabela VI).

Tabela VI. Opinia dotycząca możliwości rozwoju zawodowego osób ankietowanych na zajmowanych przez nich stanowiskach

Odpowiedź		A	B	C	D	E
Mam możliwość rozwoju swoich umiejętności	n	57	70	16	19	10
	%	33,1	40,7	9,3	11	5,8
Mam zapewnione kursy, szkolenia	n	36	51	14	37	34
	%	20,9	29,7	8,1	21,5	19,8

A – zdecydowanie tak; B – raczej tak, C – nie mam zdania, D – raczej nie, E – zdecydowanie nie

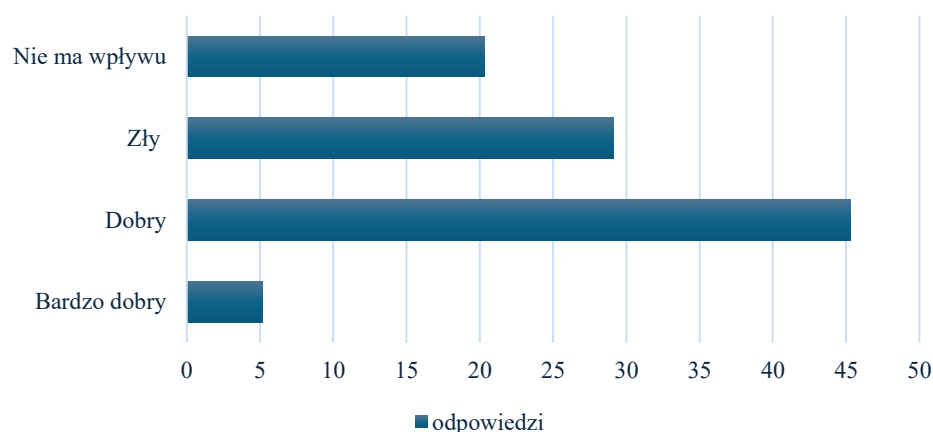
Tylko 7% respondentów odpowiedziało, że jest całkowicie zadowolona z wynagrodzenia, a największy odsetek ankietowanych uważa, że zarówno system płac jak i system nagradzania nie jest sprawiedliwy i klarowny (Tabela VII).

Tabela VII. Pogląd respondentów dotyczący wynagrodzenia w miejscu zatrudnienia

Odpowiedź		A	B	C	D	E
Jestem zadowolona/y z wynagrodzenia	n	12	61	13	60	26
	%	7	35,5	7,6	34,9	15,1
Uważam, że system płac jest sprawiedliwy	n	6	35	26	57	48
	%	3,5	20,3	15,1	33,1	27,9
Uważam, że system nagradzania jest sprawiedliwy i klarowny	n	8	24	35	49	56
	%	4,7	14	20,3	28,5	32,6

A – zdecydowanie tak; B – raczej tak, C – nie mam zdania, D – raczej nie, E – zdecydowanie nie

Prawie połowa osób badanych (45,3%), wskazała, że wpływ pracy na sytuację rodzinną jest dobry. Znaczny odsetek respondentów (29,1%), stwierdziło, że zawód pielęgniarki i/lub pielęgniarza ma zdecydowanie zły wpływ na kondycję osobistą. Znikomy procent 9 (5,2%) osób wykazało, że obowiązki zawodowe bardzo dobrze oddziałują na poziom życia rodzinnego. Ponad to 20,3% pielęgniarek i/lub pielęgniarzy stwierdziło, że te dwa aspekty nie mają ze sobą związku (Rycina 2.)



Rycina 2. Wpływ pracy zawodowej na życie rodzinne

Stwierdzono występowanie istotnej zależności statystycznej pomiędzy dobrostanem fizycznym i psychicznym a poziomem satysfakcji zawodowej pielęgniarek. Przeprowadzona analiza wykazała, że poszczególne czynniki wpływające na poziom dobrostanu fizycznego i psychicznego, takie jak wynagrodzenie za wykonaną pracę, możliwość awansu, dobre stosunki z przełożonymi i współpracownikami, odpowiedni przekaz informacji, pochwały, efektywność wykonywanych obowiązków oraz pokazywanie swoich umiejętności w środowisku zawodowym, mają znaczny wpływ na poziom satysfakcji pielęgniarek z wykonywanej profesji (Tabela VIII.)

Tabela VIII. Zależność pomiędzy dobrostanem fizycznym i psychicznym a satysfakcją pielęgniarek z życia zawodowego

<i>Odpowiedź</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>p*</i>
Odpowiednie wynagrodzenie za wykonaną pracę	138	80,2	<0,001*
Możliwość awansu w miejscu pracy	75	43,6	
Dobre stosunki w pracy z przełożonym	105	61,0	
Dobre stosunki w pracy z współpracownikami	144	83,7	
Dobra komunikacja z członkami zespołu interdyscyplinarnego	109	63,4	
Pochwały słowne	2	1,2	
Efektywność podejmowanej pracy	2	1,2	
Możliwość wykazania się umiejętnościami w pracy	2	1,2	

W przeprowadzonej analizie, wykazano, że wśród większości badanych pielęgniarek, staż pracy nie wpływa w istotny sposób na poziom satysfakcji zawodowej z wykonywanych obowiązków zawodowych. Oznacza to, że osoby z niższym stażem zawodowym, nie posiadają wyższego poziomu satysfakcji zawodowej (Tabela IX.)

Tabela IX. Zależność pomiędzy stażem zawodowym a poziomem satysfakcji respondentów

<i>Odpowiedź</i>	<i>Poniżej 5 lat</i>		<i>6-20 lat</i>		<i>21-30 lat</i>		<i>Powyżej 30 lat</i>		<i>p</i>
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Zdecydowanie tak	23	13,4	16	9,3	19	11,0	10	5,8	0,123
Raczej tak	30	17,4	16	9,3	7	4,1	16	9,3	
Nie mam zdania	4	2,3	6	3,5	6	3,5	4	2,3	
Raczej nie	3	1,7	4	2,3	4	2,3	0	0,0	
Zdecydowanie nie	2	1,2	0	0,0	2	1,2	0	0,0	

Zaobserwowano istotność statystyczną zarówno pomiędzy stresem a wycofaniem się z życia zawodowego jak również stresem a życiem rodzinnym. Uzyskane wyniki, pozwoliły potwierdzić, że 93% respondentów uważa, że nawet jeśli pojawiają się sytuacje konfliktowe lub stresowe, to wycofanie z życia zawodowego nie jest rozwiązaniem tego problemu. W sytuacji pojawienia się stresu w pracy to 29,1% uznało, że źle on wpływa na życie rodzinne (Tabela X.)

Tabela X. Zależność wpływu sytuacji stresowych i konfliktowych oraz zjawiska mobbing'u w miejscu pracy na wycofanie się pielęgniarek z życia zawodowego i rodzinnego

<i>Stres a wycofanie się z życia zawodowego</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>p</i>
Przewlekły stres wpływa na wycofanie z życia zawodowego	12	7	<0,001
Wycofanie z życia zawodowego nie jest sposobem na walkę z przewlekłym stresem	160	93	
<i>Stres w pracy a życie rodzinne</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>p</i>
Bardzo dobry wpływ pracy na życie rodzinne	9	5,2	<0,001
Dobry wpływ pracy na życie rodzinne	78	45,3	
Zły wpływ pracy na życie rodzinne	50	29,1	
Praca nie ma wpływu na życie rodzinne	35	20,3	

Dyskusja. Determinantami środowiskowymi, wpływającymi na satysfakcję zawodową, są przede wszystkim warunki pracy, poziom wynagrodzenia, możliwość awansu, różnorodność działań zawodowych, a także założenia organizacyjne [2,28].

Babiarczyk B. i wsp. [16], dzięki swojemu sondażowi dowiodła, że na przyjemność ze stanowisk, oddziałuje w dużej mierze godziwe wynagrodzenie, podwyższanie swoich umiejętności oraz idącego za tym awansu zawodowego, brak konfliktów z zwierzchnikami i współpracownikami, zwiększającą się samodzielnością na stanowisku. Dzięki badaniom Raczniewskiej M. i wsp. [3] można dowiedzieć się, że adaptacja pracownika do struktur, jasno określonych przez zakład pracy, skutkuje czerpaniem zadowolenia i chęcią realizowania zadań. Sama satysfakcja zawodowa wynika z stawianych poleceń i możliwości człowieka do ich

realizacji. Zgodnie z ogólnymi spostrzeżeniami Orłowskiej A i wsp. [29] w środowisku pielęgniarskim, samozadowolenie jest na średnim poziomie. Według Sobczak M i wsp. [30] oraz Dugiel G. i wsp. [31] pielęgniarki, które wzięły udział w badaniach, zauważają, że pojawia się zależność między życiem zawodowym a rodzinnym i te dwie sfery wzajemnie na siebie wpływają. Osoby wykonujące zawód pielęgniarki, określają tę zależność jako wyczerpanie życiem osobistym, większą ilością nieporozumień z bliskimi i współpracownikami, niekontrolowanymi napadami gniewu i wzburzeniami. Nowakowska A. i wsp. [22] wykazała w swoich badaniach, że aż 25 respondentów jest niezadowolonych z otrzymywanego wynagrodzenia, co ma ogromny wpływ na dobrostan fizyczny i psychiczny.

Dzięki niniejszym badaniom można zauważyć, że poziom satysfakcji zawodowej jest ściśle związany z wynagrodzeniem za wykonywaną pracę. Tym samym z badania wynikało, że aż 138 (80,2%) swoje zadowolenie czerpie z otrzymywanej pensji, która wpływa na życie w każdej z sfer. W wyniku przeprowadzonych badań polskich, można stwierdzić, że satysfakcja zawodowa jak i dobrostan fizyczny i psychiczny, zależą od takich czynników jak wynagrodzenie, możliwość awansu, relacje w miejscu pracy, odpowiednia komunikacja, a także zauważeniem, że podejmowane działania mają dobry efekt dla zdrowia i życia pacjentów, a zadowolenie z życia zawodowego w dużej mierze przyczynia się do czerpania radości z dobrych relacji z najbliższymi.

Coraz częściej poruszonym aspektem, jest syndrom „wypalenia zawodowego”, na który wpływ może mieć wiele czynników wynikających z pełnienia obowiązków zawodowych, a tym samym przyczynić do tego może się nadmierne zaangażowanie w swoje zadania. Morawska – Józwiak i wsp. [6] stwierdzili, że pielęgniarki jako zawód medyczny, mocno odczuwają negatywne emocje wynikające z pełnienia obowiązków zawodowych a pomocą w rozwiązaniu tego problemu może stać się wzrost satysfakcji zawodowej. Na podstawie analizy badań Cipory i wsp. [5] wywnioskowano, że wśród niektórych pielęgniarek, wskaźnik wypalenia zawodowego jest niski, a spośród osób badanych mniej niż połowa, 39,0% osób, wykazało, że mają objawy tego syndromu.

Zgodnie z niniejszymi badaniami, wnioskować można, że większość badanych nie potwierdza, że na rozwój wypalenia zawodowego ma wpływ zaangażowanie w obowiązki zawodowe.

Dębska i wsp. [17] wykazali, że na rozwój sytuacji konfliktowych może wpływać znużenie, pośpiech, ilość obowiązków, presja czasu, odpowiedzialność za ludzkie życie, obciążenie psychiczne i konflikty z członkami zespołu interdyscyplinarnego. Tym samym, w badaniach wykazano, że aż 40% pielęgniarek boi się o własne życie i bezpieczeństwo, a 72,6% osób zadeklarowało, że takie sytuacje i konflikty wpływają negatywnie na zadowolenie z pracy.

Z kolei, Walkiewicz i wsp. [32] udowodnili, na podstawie swoich wyników, że 55% pielęgniarek, pomimo sytuacji trudnych, jest zadowolonych z swojego zawodu.

W wyniku przeprowadzonych badań własnych udowodniono, że ponad połowa, respondentów 58,7% deklaruje, iż konflikty, sytuacje trudne wpływają w sposób znaczny na satysfakcję zawodową. Tym samym może to powodować brak zadowolenia z pełnienia obowiązków w grupie pielęgniarek i pielęgniarzy.

Obecnie coraz częściej, w pozycjach literatury, zauważa się porównanie stażu pracy do poziomu satysfakcji zawodowej i życia osobistego.

Dębska i wsp. [17] w swoich badaniach, dowiodła, że okres pracy w danym zakładzie i na określonej pozycji zawodowej, oddziałuje na natężenie przeciążenia, a tym samym prowadzi do szybkiego rozwoju syndromu „wypalenia zawodowego. Ponad to Cipora i wsp. [5] wykazali, że pomiędzy 41 a 50 rokiem życia, gdy staż pracy jest już długi, odczucie wyczerpania zawodowego ma wysoki poziom, a najniższy jest wówczas, gdy badane są pielęgniarki z pięcioletnim okresem zatrudnienia w zawodzie. Dodatkowo badania Haor i wsp. [7] ujawniły, że starsze pielęgniarki, z długim stażem pracy, mają mniej trudności z przystosowaniem się do nowych warunków, a także posiadają umiejętność wypracowania odpowiedniego dystansu do problemów wynikających ze specyfiki zawodu.

Całkiem odmienne zdanie zostało zaprezentowane w pracy Babiarczyk i wsp. [16] gdzie zostały ujawnione luki w zależności pomiędzy wiekiem, okresem aktywności zawodowej, a wysokością zadowolenia z bycia pielęgniarką lub pielęgniarzem.

Z badań własnych wynika, że wśród większości badanych pielęgniarek, staż pracy nie wpływa w istotny sposób na poziom satysfakcji zawodowej z wykonywanych obowiązków zawodowych.

Wnioski

1. Największy wpływ na satysfakcję zawodową miały dobre stosunki w pracy ze współpracownikami a także odpowiednie wynagrodzenie za pracę. Do czynników demotywujących do pracy zaliczyć można brak systemu nagradzania oraz złe relacje ze współpracownikami.
2. Za najczęstsze objawy syndromu wypalenia zawodowego respondenci uznali niechęć do pracy a za czynniki sprzyjające jego wystąpieniu wzrost wymagań przy niedoborze personelu medycznego

3. Większość ankietowanych odpowiedziała, że ma możliwość rozwoju swoich umiejętności, natomiast nie są oni zadowoleni z systemu wynagrodzeń w miejscu pracy i uważa że system płac nie jest sprawiedliwy
4. Istnieje zależność pomiędzy dobrostanem fizycznym i psychicznym a satysfakcją pielęgniarek z życia zawodowego
5. Nie zaobserwowano zależności pomiędzy stażem pracy a poziomem satysfakcji z pracy
6. Zaobserwowano istotność statystyczną zarówno pomiędzy stresem a wycofaniem się z życia zawodowego jak również stresem a życiem rodzinnym

Piśmiennictwo

1. Kurnatowska O, Bielan O, Kurnatowska AJ. Ocena różnych aspektów pracy, afektu w pracy i poziomu satysfakcji z pracy przez studiujące pielęgniarki. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*. 2013; 13 (3): 154 – 163
2. Kunecka D. Satysfakcja zawodowa w świetle literatury przedmiotu. *Satysfakcja zawodowa pielęgniarek/pielęgniarzy w Polsce*. Wydawnictwo Difin SA. Warszawa 2016; 11 – 31
3. Roczniowska M, Retowski S. Rola satysfakcji z pracy w relacji między dopasowaniem człowieka do organizacji w zakresie strategii realizacji celów a zdrowiem psychicznym. *Medycyna Pracy* 2014; 65 (5): 621 – 631
4. Judzińska A. Stres prozą życia – analiza wybranych grup zawodowych w perspektywie zagrażających bodźców stresowych. *Kultura – Społeczeństwo – Edukacja* 2013; 2 (4): 185 – 205
5. Cipora E, Smoleń E, Gazdowicz L, Maliwiecka T, Poźniak E. Poziom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej – badania wstępne. *Nursing Topics* 2014; 22 (3): 252 – 257
6. Morawska-Jóźwiak B, Olejniczak P, Rasmus P. Wypalenie zawodowe personelu pielęgniarskiego pracującego w oddziałach szpitalnych. *Pielęgniarstwo Polskie* 2016; 3 (61): 317 – 323
7. Haor B, Głowacka M, Ślusarz R, Piotrowska A. Zachowania i przeżycia pielęgniarek związane z pracą zawodową. *Problemy pielęgniarstwa* 2014; 22 (2): 142 – 146
8. Stanisław P, Mezglewski A, Ordon M. Sprzeciw sumienia w praktyce pielęgniarki i położnej. Analiza rozwiązań polskich i wybranych rozwiązań europejskich. *Studia z prawa wyznaniowego*. Wydawnictwo KUL Lublin 2013: 249 – 266
9. Kalandyk H, Penar-Zadarko B, Krajewska -Kułak E. Nurses' generalized self – efficacy in relations to their workplace. *Prog Health Sci* 2016; 6 (2): 92 – 99
10. Marcysiak M, Dąbrowska O, Marcysiak M. Duchowość i poczucie misji w zawodzie pielęgniarki. *Problemy Pielęgniarstwa* 2014; 22 (2): 165 – 171
11. Kunecka D. Working time intervals and total work time on nursing positions in Poland. *Medycyna Pracy* 2015; 66 (2): 165 – 172
12. Piotrowski H. Dobrostan fizyczny jako wskaźnik jakości życia pielęgniarek. Badanie empiryczne. *Studia Psychologica UKSW* 2013; 13 (1): 25 – 34
13. Koralewicz D, Kuriata-Kościelniak EI, Mróz S. Opinia studentów pielęgniarstwa na temat wizerunku zawodowego pielęgniarek w Polsce. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2017; 7 (4): 285 – 292

14. Siwek M, Nowak-Starz G. Współczesny wizerunek pielęgniarstwa w opinii społeczeństwa. *Pielęgniarstwo Polskie* 2017; 3 (65): 487 – 500
15. Krzos A, Charzyńska-Gula M, Stanisławek A, Szadowska-Szlachetka Z, Rząca M. Analiza czynników wpływających na zadowolenie bądź niezadowolenia z pracy pielęgniarek pod koniec kariery zawodowej. *Journal of Health Sciences* 2014; 4 (5): 11 – 24
16. Babiarczyk B, Fraś M, Ubnan-Włodarz I, Jarosova D. Analiza poziomu satysfakcji zawodowej oraz jej związku z subiektywnie ocenianą jakością życia położnych. *Medycyna Pracy* 2014; 65 (1): 99 – 108
17. 29. Dębska G, Pasek M, Wilczek-Rużyczka W. Obciążenie psychiczne i wypalenie zawodowe u pielęgniarek pracujących w różnych specjalnościach zawodowych. *Hygeia Public Health* 2014; 49 (1): 113 – 119
18. Śniegocka M. Analiza sposobów odpowiedzi na stres zawodowy wśród pielęgniarek. *Problemy Pielęgniarstwa* 2014; 22 (4): 503 – 510
19. Kilańska D, Gorzkowicz B, Sienkiewicz Z, Lewandowska M, Dominiak I, Bielecki W. Evaluation of chosen determinants of the positive practise environments (PPE) at Polish nursing wards. *Medycyna Pracy* 2016; 67 (1): 11 – 19
20. Rotter I, Kemicer-Chmielewska E, Lipa P, Kotwas A, Jurczak i inn. Assesment of psychosocial work conditions of nurses at selected hospital wards. *Medycyna Pracy* 2014; 65 (2): 173 – 179
21. Kunecka D. Determinanty satysfakcji zawodowej kadry pielęgniarskiej w Polsce. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2016; 14 (1): 26 – 31
22. Nowakowska I, Rasińska R. Motywacja ekonomiczna i pozaekonomiczna w opinii pielęgniarek. *Pielęgniarstwo Polskie* 2014; 2 (52): 117 – 122
23. Pagórski P, Markiewicz D. Motywowanie pracowników wybranych oddziałów szpitalnych, ze szczególnym uwzględnieniem pielęgniarek. *Pielęgniarstwo Polskie* 2015; 2 (56): 216 – 224
24. Bańkowska A. Stress and occupational stress – selected theoretical contexts. *Pielęgniarstwo Polskie* 2016; 4 (62): 584 – 587
25. Łapińska M, Gaworska-Krzemińska A, Dominiak K, Milewski M, Zawadzka J. i inn. Poczucie koherencji a odporność na stres wśród położnych jako predyktory samodzielności zawodowej. *Nursing Topics* 2013; 21 (3): 306 – 317
26. Stanisławska M, Siudowska S, Jurczak A, Grochans E. Mobbing i wypalenie zawodowe w wybranych środowiskach pracy. *Problemy Pielęgniarstwa* 2015; 23 (3): 367 – 372
27. Nowakowska I, Rasińska R. Związek wybranych czynników socjodemograficznych z wypaleniem zawodowym wśród pielęgniarek. *Pielęgniarstwo Polskie* 2014; 1 (51): 26 – 33
28. Brayer A, Foley M, Doroszkiewicz H, Jamiołkowski J, Marcinowicz L. Job satisfaction among masters in nursing in Central and East Poland: a preliminary study. *Family Medicine & Primary Care Review* 2017; 19 (1): 7 -11
29. Orłowska A, Łaguna M. Upodmiotowienie strukturalne a dopasowanie sfery rodzinnej i zawodowej u pielęgniarek. *Medycyna Pracy* 2016; 67 (6): 787 – 800
30. Sobczak M, Budzińska M. Przekonania i zachowania pielęgniarek aktywnych zawodowo na temat równowagi praca – dom i dom – praca. *Problemy Pielęgniarstwa* 2014; 22 (2): 184 – 189
31. Dugiel G, Kęcka K, Jasińska M. Jakość życia pielęgniarek – badanie wstępne. *Medycyna Ogólna i Nauk o Zdrowiu* 2015; 21 (4): 398 – 401

32. Walkiewicz M, Sowińska K, Tatraś M. Wypalenie zawodowe wśród personelu medycznego – przegląd literatury. Przegląd lekarski 2014; 71 (5): 263 – 269

TWORZENIE ZASOBÓW WŁASNYCH A POCZUCIE PEWNOŚCI ZAWODOWEJ PIELĘGNIARKI

ANNA HILLER- JANIK, DOMINIKA KACHEL, SZYMON KURSIK

Wstęp. Pielęgniarstwo jest zawodem wymagającym nie tylko szerokiej wiedzy teoretycznej i praktycznej, ale także pewności zawodowej, która pozwala na podejmowanie trafnych decyzji w dynamicznym środowisku pracy. Poczucie pewności siebie w zawodzie pielęgniarstwa jest istotnym czynnikiem wpływającym na jakość świadczonej opieki, satysfakcję zawodową oraz zdolność do radzenia sobie ze stresem. Poznanie czynników zwiększających poczucie pewności zawodowej oraz barier przyczyniają się do wypracowania skutecznych strategii wspierających ich rozwój i poprawiających warunki pracy. Czynniki, które skłoniły nas do tego rodzaju badań był fakt, że zawody związane ze środowiskiem medycznym są z jednej strony atrakcyjne jednak niektóre aspekty mające wpływ na rozwój zawodowy czy też poczucie stabilności w pracy są często pomijane przy wyborze tych kierunków. Trudnością jest też adekwatne przygotowanie osób chętnych do świadomego wyboru tego środowiska pracy, a co za tym idzie wypracowania kompetencji miękkich, jakie pomogą odnaleźć się w tak wymagających zawodach. Uczniowie szkół średnich nie mają fizycznej możliwości oglądać aspektów pracy lekarza czy pielęgniarstwa ze względu na specyfikę pracy w tych zawodach, co może być utrudnieniem jak i opcją do szukania rozwiązań doradczych w tych okolicznościach.

W niniejszej pracy przedstawione zostaną czynniki, które mogą mieć wpływ na świadomy wybór zawodu, jak również elementy zagrażające poczuciu satysfakcji z wyboru określonej ścieżki zawodowej. Przeanalizowana zostanie ankieta przeprowadzona wśród studentów, a jej wynik zostanie skonfrontowany z wynikami oczekiwań pielęgniarek od środowiska pracy zawodowej. Artykuł zawierał będzie także refleksje doradcy zawodowego pracującego w Studenckim Centrum Kariery WSM Kłodzko jak również prowadzącego badania i innowacje dydaktyczne na etapie szkoły podstawowej i średniej.

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

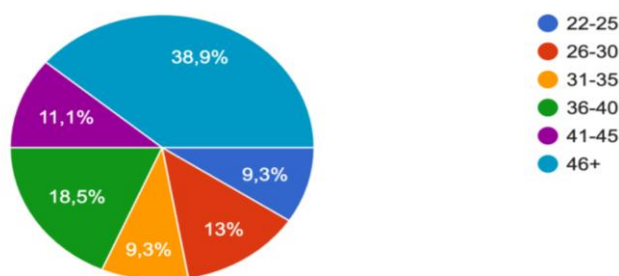
Materiał i metody. W badaniach zastosowano metodę ankietową z użyciem kwestionariusza własnej konstrukcji, który zawierał pytania dotyczące danych socjodemograficznych respondentów oraz pytania dotyczące różnych aspektów zawodowych, m.in. sposobów podnoszenia kwalifikacji, motywacji do rozwoju, wpływu kształcenia akademickiego,

znajomości języka obcego, czynników stresogennych w środowisku pracy. Badania przeprowadzono wśród aktywnych zawodowo pielęgniarek i pielęgniarzy, w tym studentów kierunku Pielęgniarstwo II stopnia w Wyższej Szkole Medycznej w Kłodzku. Ankietę badawczą udostępniono za pomocą sieci Internet oraz wewnętrznego systemu informatycznego Uczelni. Badanie przeprowadzono w czasie od 13.03.2025 do 23.03.2025. Kryterium włączenia do badania stanowiło wypełnienie kwestionariusza. Zwrotnie otrzymano 54 ankiety, które zostały poddane analizie. Badania przeprowadzono w oparciu o arkusz kalkulacyjny Microsoft Excel. Wyniki badań przedstawiono w formie graficznej ukazując licznosc i odsetek odpowiedzi.

Dzięki temu możliwa była czytelna analiza wyników oraz identyfikacja dominujących tendencji w badanej grupie.

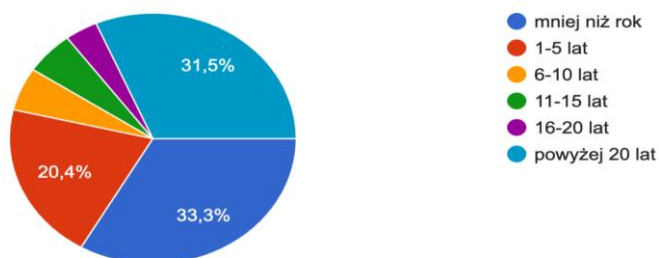
Wyniki. W przedstawionym badaniu udział wzięły 54 osoby, z czego 49 (90,7%) stanowiły kobiety, a 5 (9,3%) mężczyźni.

Rozkład wiekowy ankietowanych wykazuje pewną różnorodność. Szczegółowy podział przedstawiony został na wykresie 1.



Wykres 1 Charakterystyka grupy badanej pod względem wieku.

Rozkład stażu pracy pokazuje, że 33,33% ankietowanych pracuje w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza mniej niż rok. Ponad 30% badanych posiada staż pracy powyżej 20 lat.

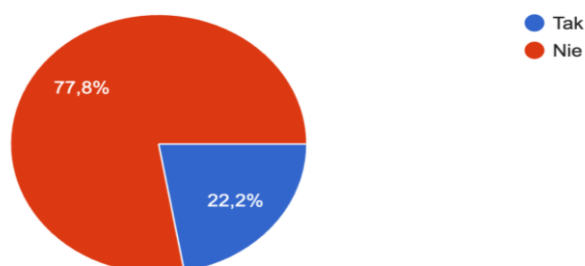


Wykres 2 Charakterystyka grupy badanej pod względem stażu pracy



Wykres 3 Charakterystyka grupy badanej pod względem wykształcenia

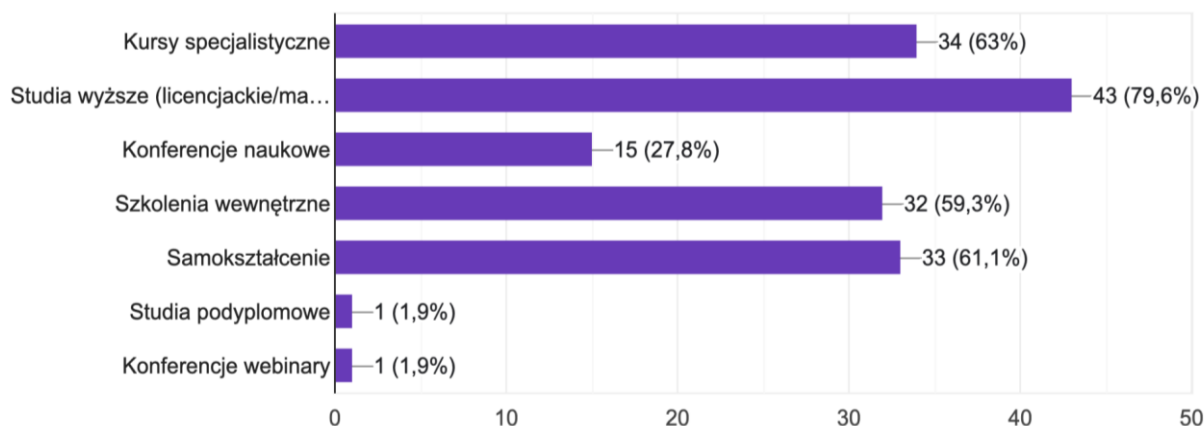
Aż 77,8% ankietowanych nie piastuje stanowiska kierowniczego. Tylko 22,2% osób pełni funkcje kierownicze.



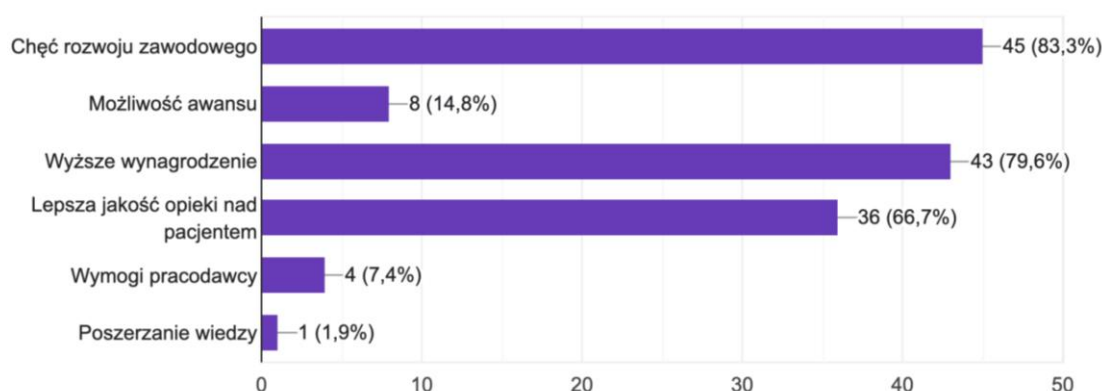
Wykres 4 Graficzne przedstawienie odpowiedzi na pytanie: Czy w pracy piastuje Pan/Pani stanowisko kierownicze, w tym zarządza zasobami ludzkimi?

Największy odsetek ankietowanych (79,6%) podnosi swoje kwalifikacje poprzez studia wyższe, co pokazuje znaczenie edukacji formalnej w tej grupie zawodowej. Dodatkowo kursy specjalistyczne (63%) i samokształcenie (61,1%) są popularnymi metodami kształcenia (wykres 5).

Chęć rozwoju zawodowego (83,3%) oraz wyższe wynagrodzenie (79,8%) są głównymi motywacjami do podnoszenia kwalifikacji. Mniejszy odsetek (14,8%) wskazuje na możliwość awansu jako czynnik motywujący (Wykres 6).

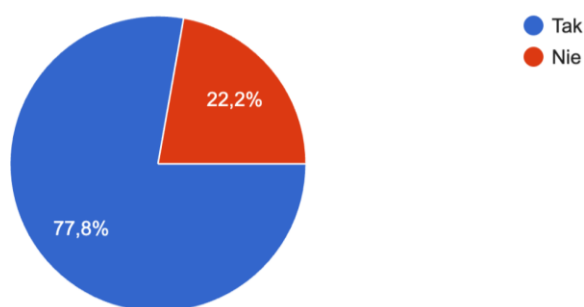


Wykres 5 Graficzne przedstawienie odpowiedzi na pytanie: W jaki sposób podnosi Pan/Pani swoje kwalifikacje zawodowe?



Wykres 6 Graficzne przedstawienie odpowiedzi na pytanie: Co najbardziej motywuje Pana/Panią do podnoszenia kwalifikacji?

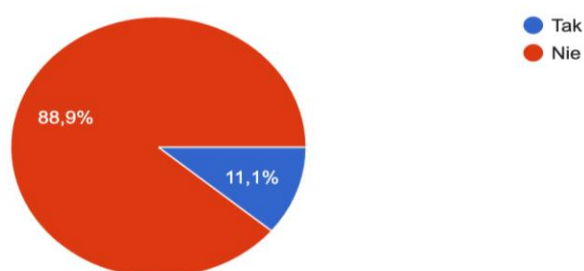
Większość ankietowanych (77,8%) uważa, że znajomość języka obcego zawodowego wpływa na ich pewność siebie w pracy.



Wykres 7 Graficzne przedstawienie odpowiedzi na pytanie: Czy umiejętność posługiwania się językiem obcym zawodowym może według Pani/Pana wpłynąć na poczucie pewności siebie w miejscu pracy?

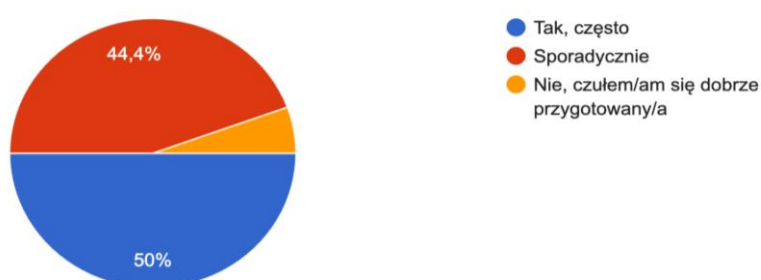
Większość ankietowanych (88,9%) odczuwa satysfakcję z wykonywanego zawodu, z czego 51,9% odpowiedziało “zdecydowanie tak”. 85,2% badanych uważa, że podnoszenie kwalifikacji ma wpływ na satysfakcję zawodową.

Zaledwie 11,1% ankietowanych kiedykolwiek korzystało z usług doradcy zawodowego, podczas gdy 88,9% nigdy nie skorzystało z takiej pomocy.



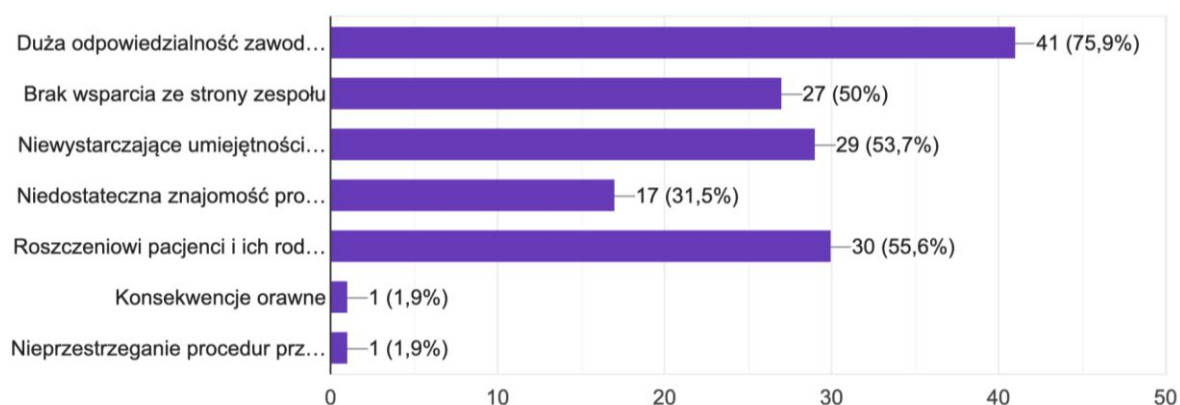
Wykres 8 Graficzne przedstawienie odpowiedzi na pytanie: Czy kiedykolwiek korzystał/a Pan/Pani z usług doradcy zawodowego?

Aż 96,3% respondentów zgadza się ze stwierdzeniem, że wybór kierunku pielęgniarstwa powinien być dobrze przemyślaną decyzją. Zaledwie 3,7% nie zgadza się z tym stwierdzeniem. 94,4% respondentów uważa, że rozwój kompetencji zawodowych ma pozytywny wpływ na poczucie pewności zawodowej. Podobnie jak w poprzednim pytaniu, aż 96,3% badanych uważa, że budowanie kompetencji zawodowych przyczynia się do wzrostu poczucia bezpieczeństwa zawodowego. Tylko 3,7% nie zgadza się z tym stwierdzeniem. Aż 50% badanych przyznało, że często odczuwało brak pewności siebie w początkowym okresie pracy, a 44,4% odczuwało go sporadycznie. Zaledwie 5,6% osób stwierdziło, że nie czuło się dobrze przygotowanych do pracy na początku kariery.



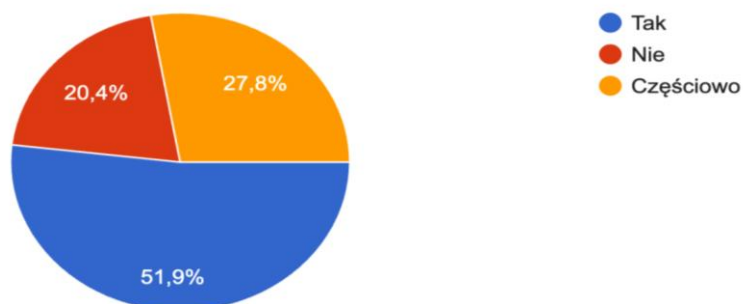
Wykres 9 Graficzne przedstawienie odpowiedzi na pytanie: Czy w początkowym okresie pracy odczuwał/a Pan/Pani brak pewności siebie w wykonywaniu obowiązków?

Najważniejszymi czynnikami wpływającymi na stres i brak pewności siebie w pracy pielęgniarki są: duża odpowiedzialność zawodowa (75,9%), brak wsparcia ze strony zespołu (50%), niewystarczające umiejętności praktyczne (53,7%) oraz roszczeniowi pacjenci i ich rodziny (55,6%). Inne czynniki, takie jak konsekwencje prawne czy nieprzestrzeganie procedur przez innych pracowników, mają minimalny wpływ. Wyniki przedstawia wykres 10.



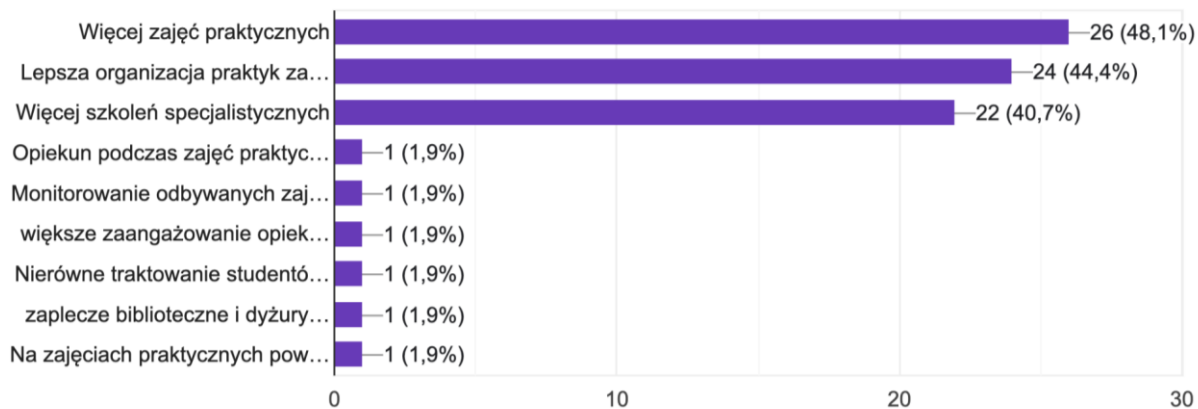
Wykres 10 Graficzne przedstawienie odpowiedzi na pytanie: Jakie czynniki najbardziej wpływają na stres i brak pewności siebie w pracy pielęgniarki?

77,8% ankietowanych uważa, że aktywnie rozbudowuje swój potencjał zawodowy w ramach studiów pielęgniarских w WSM Kłodzko, podczas gdy 22,2% nie czuje się w tym zakresie zaangażowana. 51,9% ankietowanych uważa, że program studiów pielęgniarских dostatecznie przygotowuje do wykonywania zawodu, 20,4% nie zgadza się z tym stwierdzeniem, a 27,8% ma zdanie częściowo pozytywne.



Wykres 11 Graficzne przedstawienie odpowiedzi na pytanie: Czy uważa Pan/Pani, że program studiów pielęgniarских dostatecznie przygotowuje do wykonywania zawodu?

Najwięcej ankietowanych (48,1%) wskazało, że należy zwiększyć liczbę zajęć praktycznych, a 44,4% wskazało na konieczność poprawy organizacji praktyk zawodowych. Inne aspekty, takie jak więcej szkoleń specjalistycznych (40,7%), również były wymieniane (wykres 12)



Wykres 12 Graficzne przedstawienie odpowiedzi na pytanie: Jakie aspekty edukacji akademickiej wymagają według Pana/Pani największej poprawy?

Na pytanie dotyczące czynników wpływających na brak poczucia bezpieczeństwa zawodowego, wśród najczęstszych odpowiedzi wyróżnić można brak współpracy i pomocy ze strony zespołu, stres, natłok pracy, biurokracja, brak wsparcia w nowym zespole, brak wiedzy i umiejętności zawodowych, oraz toksyczne środowisko pracy.

Dyskusja. Przewaga kobiet nad mężczyznami w przeprowadzonym badaniu odzwierciedla dominację kobiet w zawodzie pielęgniarки, co jest typowe w tej profesji, gdzie kobiety często stanowią zdecydowaną większość. Warto zauważyć, że mniejszy odsetek mężczyzn może

wynikać z tradycyjnego postrzegania pielęgniarstwa jako zawodu kobiecego, co może wpływać na niski poziom reprezentacji mężczyzn w tej branży. Ponad 30% badanych posiada staż pracy powyżej 20 lat, co sugeruje, że zawód przyciąga zarówno osoby z dużym doświadczeniem, jak i nowicjuszy. Zdecydowana większość ankietowanych nie piastuje stanowiska kierowniczego, co może wskazywać na niską reprezentację pielęgniarek w strukturach zarządzających. Niska ilość osób pełniących funkcje kierownicze może wiązać się z brakiem odpowiednich szkoleń menedżerskich lub ograniczonymi możliwościami awansu w tej grupie zawodowej. Ankietowane pielęgniarki podnoszą swoje kwalifikacje poprzez studia wyższe, co pokazuje znaczenie edukacji formalnej w tej grupie zawodowej. Dodatkowo kursy specjalistyczne i samokształcenie są popularnymi metodami kształcenia co skazuje na silną motywację do samodzielnego rozwijania swoich kompetencji. Chęć rozwoju zawodowego oraz wyższe wynagrodzenie są głównymi motywacjami do podnoszenia kwalifikacji. Mniejszy odsetek wskazuje na możliwość awansu jako czynnik motywujący. Oznacza to, że pielęgniarki rozwijają się zawodowo by zwiększyć swoje zarobki. Znajomość języka obcego jest istotnym czynnikiem, zwłaszcza w kontekście pracy w środowisku międzynarodowym lub z pacjentami mówiącymi w innych językach. Zdecydowana większość badanych uważała, że podnoszenie kwalifikacji ma wpływ na satysfakcję zawodową. To podkreśla znaczenie ciągłego rozwoju w tej profesji. Niska liczba osób korzystających z doradców zawodowych może wskazywać na potrzeby w zakresie wsparcia w zakresie kariery zawodowej, zwłaszcza w kontekście pielęgniarek, które mogą nie mieć dostępu do takich usług lub nie czują potrzeby ich stosowania. Może to również podkreślać brak kontaktu doradców zawodowych pracujących w szkołach średnich jak i w akademickich centrach karier ze środowiskiem pracodawców z branży medycznej. Równocześnie dobrze rokuje fakt, że ponad trzy czwarte ankietowanych dostrzega wartościowy wkład programów studiów pielęgniarstwa w rozbudowę kompetencji zawodowych. To potwierdza, że odpowiednio skonstruowany program akademicki ma realny wpływ na wzrost pewności siebie i satysfakcji z pracy.

Wnioski.

1. Konieczne jest wdrażanie rozwiązań, które poprawią jakość kształcenia praktycznego oraz wsparcie młodych pielęgniarek w pierwszych latach pracy.
2. Rozwój kompetencji zawodowych zarówno poprzez formalną edukację jak i szkolenia specjalistyczne bezpośrednio wpływa na pewność siebie pielęgniarek.
3. Poradnictwo zawodowe nie jest popularne, jednak wybór kierunku pielęgniarstwa powinien być przemyślaną decyzją.

4. Ważne jest wspieranie świadomego wyboru zawodu pielęgniarki/pielęgniarza poprzez edukację zawodową na etapie kształcenia i przekwalifikowania.
5. Plany rozwoju kariery powinny powstawać we współpracy centrów kariery z placówkami zatrudniającymi pielęgniarki.

Bibliografia:

1. Maslach C: Wypalenie w perspektywie wielowymiarowej. [W:] Sęk H (red.): Wypalenie zawodowe: przyczyny, mechanizmy, zapobieganie. PWN, Warszawa 2000, s.13-14
2. Kwiatkowski S.M., Pedagogika pracy jako subdyscyplina pedagogiczna, w: Pedagogika pracy, red. S.M. Kwiatkowski, A. Bogaj, B. Baraniak, Warszawa 2010, s.20
3. Piekarski M :Doradca zawodowy w edukacji i na rynku pracy. Edukacja ustawiczna dla dorosłych 2/2019, s.76
4. Ulaniecka N: (Nie)obecność akademicka kobiet– kobiety w polskim szkolnictwie wyższym. Edukacja ustawiczna dorosłych 3/2017, s.186
5. Lesińska-Sawicka M: Wybrane aspekty wielokulturowości w pielęgniarstwie. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pomorskiego, Słupsk, 2015, s.71–72
6. Dykowska G., Kaca G. Kompetencje organizacyjne i kierownicze. [W:] Pietrzak M., Knoff B., Kryczka T. (red.): Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa, 2021, s. 73–74

ZAUFANIE DO KIEROWNICZEJ KADRY A STRES DOŚWIADCZANY W ŚRODOWISKU PRACY PIELEŃNIAREK I PIELEŃNIARZY

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

Wstęp. Stres w pracy jest interaktywną relacją zachodzącą pomiędzy sytuacją zawodową a osobą pracującą, która prowadzi do zmian w stanie psychicznym i fizjologicznym jednostki oraz wpływa na jej wydajność [1]. Podstawowe źródła stresu w środowisku pracy obejmują wymagania zawodowe, nadzór nad pracą, niskie wsparcie społeczne, trudne relacje zawodowe oparte na nieufności oraz zmiany związane z pracą i organizacją [2]. Obecnie stres odczuwany przez pracowników stał się popularnym i kosztownym problemem w miejscu pracy, a według Światowej Organizacji Zdrowia problemem powszechnym [1]. Pielęgniarstwo jest utożsamiane jako stresująca praca, ponieważ wiąże się ze złożonymi wymaganiami i potrzebami zawodowymi, a wysokie oczekiwania, nadmierna odpowiedzialność i minimalny autorytet zostały zidentyfikowane jako główne czynniki stresujące [3]. W budowaniu pozytywnych relacji w środowisku pracy kluczowy czynnik stanowi zaufanie pracowników do przełożonego [4,5] które jest centralną częścią przywództwa i kultury organizacyjnej [5]. Pielęgniarska kadra kierownicza może rozwijać atmosferę zaufania w organizacji, wykazując się uczciwością i prawdomównością, jednocześnie zachęcając pracowników do tego samego. Przestrzeganie, a także spełnianie zobowiązań oraz obietnic przez kierowników pozwoli cieszyć się niezbędną wiarygodnością w organizacji i zyskać zaufanie pracowników. Ponadto przejrzystość w codziennych sprawach organizacji, zachowanie kadry kierowniczej oraz jasne komunikowanie celów i programów organizacji pracownikom wzmacnia atmosferę zaufania w organizacji [6]. Zaufanie w relacjach zawodowych redukuje liczbę błędów medycznych, promuje kulturę bezpieczeństwa, gdyż pracownicy czują się bardziej komfortowo zgłaszając nieprawidłowości i proponując ulepszenia. Atmosfera zaufania sprzyja otwartej komunikacji, co jest kluczowe dla szybkiego identyfikowania i rozwiązywania problemów. Ponadto zmniejsza odczuwany stres i wypalenie zawodowe, ponieważ pracownicy wiedzą, że mogą liczyć na wsparcie swoich współpracowników oraz przełożonych [7].

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

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

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki ankiety. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety zawierający: Kwestionariusz Postrzeganego Stresu w Pracy (PSwP), Skalę Zaufania do Przełożonego oraz metryczkę. Kwestionariusz Postrzeganego Stresu w Pracy (PSwP) jest standaryzowanym narzędziem badawczym autorstwa T. Chirkowskiej-Smolak oraz J. Grobelnego, który umożliwia pomiar postrzeganego natężenia stresu w trakcie wykonywania obowiązków zawodowych [8]. Narzędzie składa się z 10 stwierdzeń odnoszących się do stresujących wydarzeń życiowych w pracy, w ciągu ostatniego miesiąca. Ankietowani udzielają odpowiedzi wykorzystując 5-stopniową skalę Likerta, gdzie: 1 oznacza nigdy; 2 – prawie nigdy; 3 – czasem; 4 – dość często; 5 – bardzo często. Wskaźnik α -Cronbacha dla narzędzia jest zadowalający i wynosi 0,85 [8]. Drugie standaryzowane narzędzie badawcze - Skala Zaufania do Przełożonego autorstwa M. Wnuka umożliwia dokonanie pomiaru zaufania do przełożonego w oparciu o Model zaufania do przełożonego, który składa się z trzech elementów: umiejętności, życzliwość i integralność. [9]. Narzędzie składa się z 20 pozycji, przypisanych do dwóch podskal: życzliwość i integralność (12 stwierdzeń) oraz umiejętności i kompetencje (8 stwierdzeń). Odpowiedzi na stwierdzenia ankietowani udzielali za pomocą 5-stopniowej Skali Likerta, gdzie 5 oznacza zdecydowanie zgadzam się; 4 - zgadzam się; 3 - trudno powiedzieć; 2 - nie zgadzam się; 1 - zdecydowanie nie zgadzam się. Wartość współczynnika α -Cronbacha dla całego narzędzia wynosiła 0,96, dla podskali życzliwość i integralność – 0,94, dla podskali umiejętności i kompetencje – 0,93, co wskazuje na wysoką rzetelność narzędzia [9].

W kwestionariuszu ankiety zawarta była również metryczka zawierająca 7 pytań dotyczących danych socjodemograficznych badanych (płci, wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia, stażu pracy, miejsca pracy oraz systemu pracy).

Badania przeprowadzono w okresie od listopada 2023 roku do marca 2024 roku, za pośrednictwem Formularza Google. Formularz udostępniano za pośrednictwem mediów społecznościowych, stron i forów dedykowanych grupie zawodowej pielęgniarek i położnych np. Ankiety dla medyka, Pielęgniarka na dyżurze!, Uczestnicy badania ankiety (prac dyplomowych, licencyjnych, magisterskich), Praktyka pielęgniarska oraz poprzez aplikacje Messenger i WhatsApp. Uczestnictwo w badaniu było anonimowe i dobrowolne. Badanie zostało przeprowadzone zgodnie z zasadami Deklaracji Helsińskiej. Kryterium włączenia do badań stanowiło zatrudnienie na stanowisku pielęgniarki/pielęgniarskiego w szpitalu oraz

wyrażenie zgody na udział w badaniu. Jako kryterium wyłączenia z badań przyjęto brak aktualnego zatrudnienia na stanowisku pielęgniarki/pielęgniara w szpitalu oraz brak zgody na udział w badaniu.

W opracowaniu zebranych danych ankietowych odnoszących się do zmiennych jakościowych zastosowano analizę częstości, obejmującą wyznaczanie liczebności i odsetka. Dla zmiennych ilościowych (zależnych i niezależnych) obliczono podstawowe charakterystyki liczbowe, obejmujące średnią arytmetyczną, odchylenie standardowe, medianę, wartości minimalne i maksymalne, kwartył dolny i kwartył górny. Dodatkowo, za pomocą testu Shapiro-Wilka zbadano normalność rozkładu analizowanych zmiennych ilościowych. Na podstawie uzyskanych wyników w dalszych analizach statystycznych i wnioskowaniu zastosowano odpowiednie testy tj. test U Manna-Whitneya, test Kruskala-Wallisa, współczynnik korelacji r Pearsona. Wszystkie obliczenia zostały wykonane w programie statystycznym Statistica 13 na poziomie istotności $p < 0,05$.

Wyniki. W badaniach wzięło udział 187 osób, w tym 169 pielęgniarek i 18 pielęgniarzy. Średni wiek badanych wynosił 36 lat ($35,86 \pm 11,69$), a staż pracy 13 lat ($12,81 \pm 11,95$). Ponad połowa badanych zamieszkiwała miasta (59,9%) oraz posiadała tytuł zawodowy licencjat pielęgniarstwa (63,6%). Najmniejszą badaną grupę stanowiły pielęgniarki i pielęgniarze posiadający średnie wykształcenie zawodowe, którzy byli absolwentami liceum medycznego lub studium medycznego (4,8%). Szczegółowe dane przedstawiono w Tabeli 1 oraz Tabeli 2.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

	Zmienne	N [N=187]	%
Płeć	Kobieta	169	90,4
	Mężczyzna	18	9,6
Wiek	Do 30 lat	85	45,5
	31-40 lat	32	17,1
	Powyżej 40 lat	70	37,4
Miejsce zamieszkania	Miasto	112	59,9
	Wieś	75	40,1
Wykształcenie	Średnie (liceum medyczne, studium medyczne)	9	4,8
	Licencjat pielęgniarstwa	119	63,6
	Magister pielęgniarstwa	59	31,6
Staż pracy	Do 5 lat	84	44,9
	6-20 lat	44	23,5
	Powyżej 20 lat	59	31,6
Miejsce pracy	Oddział pediatryczny	9	4,8

	Oddział psychiatryczny	4	2,1
	Oddział zabiegowy	58	31,0
	Oddział zachowawczy	52	27,8
	OIOM / blok operacyjny / oddział anestezyjologiczny	46	24,6
	SOR / izba przyjęć	18	9,6
System pracy	Dzienny	23	12,3
	Zmianowy	164	87,7

Tabela 2. Statystyki opisowe dla wieku oraz stażu pracy

Zmienne	M	SD	Min	Max	Q1	Me	Q3
Wiek	35,86	11,69	22,00	64,00	25,00	33,00	46,00
Staż pracy	12,81	11,95	0,50	41,00	2,00	8,00	24,00

M – średnia, SD – odchylenie standardowe,

Min – wartość minimalna, Q1 – dolny kwartył, Me – mediana, Q3 – górny kwartył, Max – wartość maksymalna

Analiza zebranego materiału badawczego wykazała, że badane pielęgniarki i pielęgniarze postrzegali stres organizacyjny na umiarkowanym poziomie ($28,15 \pm 5,57$). Niewiele wyższy poziom stwierdzono u kobiet niż mężczyzn ($28,48 \pm 5,48$ vs. $25,06 \pm 5,59$, $p=0,015$). Wyższym poziomem postrzeganego stresu w pracy cechowali się również ankietowani posiadający wykształcenie magistera pielęgniarstwa ($29,14 \pm 4,91$), zaś najniższym osoby posiadające średnie wykształcenie medyczne ($23,11 \pm 7,61$) – dane te były istotne statystycznie ($p=0,045$). Nie stwierdzono istotnych statystycznie związków pomiędzy postrzeganym stresem w pracy a miejscem zamieszkania czy miejscem pracy. Istotny statystycznie okazał się związek pomiędzy systemem pracy a postrzeganym stresem organizacyjnym. Wykazano, że osoby pracujące w systemie dziennym ($30,17 \pm 5,42$) postrzegały stres w pracy na wyższym poziomie niż osoby pracujące w systemie zmianowym ($27,87 \pm 5,55$), $p=0,042$. Analizy przedstawiono w Tabeli 3 i Tabeli 4.

Tabela 3. Statystyki opisowe dla analizowanych zmiennych

Zmienne	M	SD	Min	Max	Q1	Me	Q3
Kwestionariusz Postrzeganego Stresu w Pracy (PSwP)							
Stres w Pracy	28,15	5,57	10,00	47,00	24,00	29,00	32,00
Skala Zaufania do Przełożonego							
Zaufanie do Przełożonego - ogółem	69,61	13,42	30,00	91,00	60,00	72,00	78,00
Życzliwość i integralność	40,21	6,43	20,00	56,00	37,00	41,00	44,00
Umiejętności i kompetencje	29,40	7,99	8,00	40,00	24,00	32,00	35,00

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Min – wartość minimalna, Q1 – dolny kwartył, Me – mediana, Q3 – górny kwartył, Max – wartość maksymalna

Tabela 4. Stres w pracy a cechy socjodemograficzne

Stres w Pracy	zmienne	M	SD	Ogółem
Płeć	Kobieta	28,48	5,48	Z = -2,443 p = 0,015
	Mężczyzna	25,06	5,59	
Wykształcenie	Średnie (liceum medyczne, studium medyczne)	23,11	7,61	H = 6,203 p = 0,045
	Licencjat pielęgniarstwa	28,04	5,54	
	Magister pielęgniarstwa	29,14	4,91	
Miejsce zamieszkania	Miasto	27,99	5,37	Z = -0,859 p = 0,390
	Wieś	28,39	5,89	
Miejsce pracy	Zachowawczy	27,25	5,76	H = 3,286 p = 0,350
	Zabiegowy	28,55	5,29	
	OIOM / blok operacyjny / oddział anestezjologiczny	27,59	5,78	
	Inne	29,74	5,27	
System pracy	Dzienny	30,17	5,42	Z = -2,035 p = 0,042
	Zmianowy	27,87	5,55	

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, H – test Kruskala-Wallisa, Z – test UManna-Whitney'a, p – prawdopodobieństwo testowe

Zaufanie pielęgniarek i pielęgniarzy do przełożonych występuje na umiarkowanym poziomie ($69,61 \pm 13,42$), zarówno w aspekcie życzliwości i integralności ($40,21 \pm 6,43$), jak i umiejętności oraz kompetencji ($29,40 \pm 7,99$). Większym poziomem zaufania do przełożonego charakteryzują się pielęgniarze w wymiarze ogólnym ($77,00 \pm 10,95$, $p=0,007$) oraz życzliwości i integracji ($44,33 \pm 4,93$, $p=0,002$ – Tabela 3. Analiza statystyczna nie wykazała korelacji pomiędzy wiekiem i stażem pracy a stresem w pracy i zaufaniem do przełożonego ($p>0,05$) – Tabela 5. Kadra pielęgniarska posiadająca wykształcenie średnie ($79,11 \pm 7,99$) zdecydowanie bardziej ufa przełożonemu niż kadra posiadające wykształcenie zawodowe licencjat pielęgniarstwa ($68,12 \pm 14,09$), istotną statystycznie zależność zaobserwowano w wymiarze ogólnym ($p=0,025$). W wymiarze umiejętności i kwalifikacji zaobserwowano, że kadra zatrudniona na oddziałach zabiegowych ($30,47 \pm 7,67$) i oddziałach intensywnej opieki medycznej, oddziałach anestezjologii oraz na blokach operacyjnych ($30,78 \pm 7,78$) obdarza istotnie statystycznie większym zaufaniem przełożonego ($p = 0,038$). Szczegółowe dane zawarto w Tabeli 6.

Tabela 5. Korelacje pomiędzy wiekiem i stażem pracy a stresem w pracy/zaufaniem do przełożonego

Zmienne	Wiek		Staż pracy	
	r	p	r	p
Kwestionariusz Postrzeganego Stresu w Pracy (PSwP)				
Stres w Pracy	0,021	0,771	0,075	0,306
Skala Zaufania do Przełożonego				
Zaufanie do Przełożonego - ogółem	-0,020	0,785	0,030	0,685
Życzliwość i integralność	-0,010	0,897	0,047	0,522
Umiejętności i kompetencje	-0,026	0,723	0,012	0,867

r – współczynnik r Pearsona; p – poziom istotności

Tabela 6. Zaufanie do przełożonego a cechy socjodemograficzne

zmienne		M	SD	Ogółem
Zaufanie do Przełożonego				
Płeć	Kobieta	68,83	13,45	Z = -2,677 p = 0,007
	Mężczyzna	77,00	10,95	
Wykształcenie	Średnie (liceum medyczne, studium medyczne)	79,11	7,99	H = 7,393 p = 0,025
	Licencjat pielęgniarstwa	68,12	14,09	
	Magister pielęgniarstwa	71,19	12,00	
Miejsce zamieszkania	Miasto	70,48	12,54	Z = -0,902 p = 0,367
	Wieś	68,32	14,64	
Miejsce pracy	Zachowawczy	69,40	14,06	H = 5,241 p = 0,155
	Zabiegowy	70,64	12,46	
	OIOM / blok operacyjny / oddział anestezjologiczny	71,74	13,72	
	Inne	64,90	13,12	
System pracy	Dzienny	66,09	16,43	Z = -1,153 p = 0,249
	Zmianowy	70,11	12,93	
Życzliwość i integralność				
Płeć	Kobieta	39,78	6,42	Z = -3,043 p = 0,002
	Mężczyzna	44,33	4,93	
Wykształcenie	Średnie (liceum medyczne, studium medyczne)	44,67	4,27	H = 5,869 p = 0,053
	Licencjat pielęgniarstwa	39,57	6,77	
	Magister pielęgniarstwa	40,83	5,68	
Miejsce zamieszkania	Miasto	40,70	6,03	Z = -1,128 p = 0,259
	Wieś	39,49	6,95	
Miejsce pracy	Zachowawczy	40,38	6,40	H = 2,534 p = 0,469
	Zabiegowy	40,17	6,05	
	OIOM / blok operacyjny / oddział anestezjologiczny	40,96	6,71	
	Inne	38,90	6,82	
System pracy	Dzienny	38,74	9,01	Z = -0,726 p = 0,468
	Zmianowy	40,42	5,98	
Umiejętności i kompetencje				
M	Kobieta	29,05	8,02	Z = -1,909 p = 0,056
	Mężczyzna	32,67	7,19	
Wykształcenie	Średnie (liceum medyczne, studium medyczne)	34,44	4,53	H = 5,867 p = 0,053
	Licencjat pielęgniarstwa	28,55	8,45	
	Magister pielęgniarstwa	30,36	7,10	
Miejsce zamieszkania	Miasto	29,79	7,51	Z = -0,73 p = 0,466
	Wieś	28,83	8,69	
Miejsce pracy	Zachowawczy	29,02	8,43	H = 8,399 p = 0,038
	Zabiegowy	30,47	7,67	
	OIOM / blok operacyjny / oddział anestezjologiczny	30,78	7,78	
	Inne	26,00	7,45	
System pracy	Dzienny	27,35	8,63	Z = -1,242 p = 0,214
	Zmianowy	29,69	7,89	

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, H – test Kruskala-Wallisa, Z – test U Manna-Whitney'a, p – prawdopodobieństwo testowe

Występuje istotna, ujemna korelacja o umiarkowanej sile między zaufaniem do przełożonego a poziomem stresu organizacyjnego, co oznacza, że im większe pielęgniarki i pielęgniarze posiadają zaufanie do przełożonego tym mniejszy odczuwają stres w pracy – Tabela 7.

Tabela 7. Korelacje między wiekiem i stażem pracy a stresem w pracy/zaufaniem do przełożonego

Zmienne	Stres w Pracy	
	r	p
Zaufanie do Przełożonego - ogólnie	-0,408**	<0,001
Życzliwość i integralność	-0,407**	0,001
Umiejętności i kompetencje	-0,358**	0,001

r – współczynnik r Pearsona; p – poziom istotności

Dyskusja. Zaufanie w relacjach przełożony – pracownik jest jednym z fundamentów sprawnie funkcjonujących organizacji [10]. W kontekście środowiska pracy pielęgniarek i pielęgniarzy, gdzie codzienna praca wiąże się z ogromną odpowiedzialnością i obciążeniem emocjonalnym, jego znaczenie nabiera szczególnej wagi. Pracownicy w organizacjach o wysokim poziomie zaufania są szczęśliwsi, bardziej produktywni, mają więcej energii, lepiej współpracują i są bardziej lojalni wobec swoich organizacji niż osoby pracujące w firmach o niskim poziomie zaufania [10].

Szczegółowa analiza zebranego materiału badawczego wykazała, że pielęgniarki i pielęgniarze, którzy oceniali swoich przełożonych jako kompetentnych i życzliwych wykazywali niższy poziom stresu. Uzyskane wyniki wskazują więc, że wysoki poziom zaufania do kadry kierowniczej wiąże się z niższym poziomem odczuwanego stresu, co jest spójne z wynikami badań przeprowadzonych przez Vargę i wsp. [10] oraz Hadi-Moghaddam i wsp. [11].

Zależność ta jest obserwowana nie tylko wśród praktyków zawodu, ale też przyszłych absolwentów odbywających zajęcia praktyczne. Jak donoszą badania Mills i wsp. [12], przeprowadzone na grupie studentek pielęgniarstwa, wsparcie kadry kierowniczej jest ważne już na etapie przygotowania do zawodu. Stres związany z praktykami klinicznymi jest powszechny wśród studentów pielęgniarstwa, a głównymi czynnikami stresogennymi jest niskie wsparcie ze strony kadry zarządzającej oraz nieodpowiednie warunki pracy [12].

Wyniki przeprowadzonego badania własnego dostarczają istotnych informacji na temat relacji między poziomem zaufania pielęgniarek i pielęgniarzy do kadry kierowniczej a poziomem odczuwanego stresu zawodowego. Analiza statystyczna wykazała obecność umiarkowanych korelacji wskazujących, że im wyższy poziom zaufania do przełożonego, tym niższy poziom stresu w miejscu pracy. Wyniki te, są zgodne z wcześniej przeprowadzonymi badaniami zagranicznymi, które jednoznacznie wskazują na silne powiązanie między wsparciem ze strony kadry kierowniczej a dobrostanem psychicznym pracowników ochrony zdrowia [12, 13, 14]. Badanie przeprowadzone przez Senek'a i wsp. [13] wykazało, że demoralizacja i niezadowolenie z pracy są ściśle związane z poczuciem braku wsparcia ze strony kadry zarządzającej. Autorzy w swoich wynikach wykazali negatywne odczucia respondentów

związane z brakiem wsparcia ze strony kierownictwa szpitala. Ten brak wsparcia odczuwany był na różne sposoby, od zwykłego lekceważenia po poczucie niekompetencji, a nawet obwinianie za zły stan opieki nad pacjentem. Poczucie to potęguje brak wsparcia ze strony kierownictwa, co może prowadzić do poczucia stresu, winy i bezbronności zawodowej [13]. Z kolei badania Sonnentaga i in. [15] podkreślają, że wspierające praktyki kierownicze, takie jak regularne odprawy i otwarte drogi komunikacji, bezpośrednio przyczyniają się do obniżenia poziomu stresu i zwiększenia satysfakcji z pracy wśród pracowników. Podobnie Luthans i Youssef-Morgan [16] twierdzą, że gdy liderzy zapewniają wsparcie emocjonalne, pracownicy są bardziej skłonni do wykazywania wyższego poziomu odporności psychicznej. Do zbieżnych wniosków dochodzą także Dobnik i wsp. [17], w badaniach których większość respondentów oceniła, że odczuwa ciągłą presję, ponieważ praca jest źle zorganizowana, nie ma odpowiedniego wsparcia ze strony kierownictwa oraz brakuje odpowiedniego sprzętu i wsparcia informacyjnego w pracy.

Co ważne, wyniki badania własnego wykazały, że kobiety w grupie respondentów doświadczały wyższego poziomu stresu i niższego poziomu zaufania w porównaniu do mężczyzn. Dane wskazujące na wyższy poziom stresu i niższe zaufanie wśród kobiet mogą świadczyć o istnieniu ukrytych mechanizmów nierówności płci w miejscu pracy [18]. Pielęgniarki, które stanowią większość personelu pielęgniarskiego, często muszą nie tylko sprostać wysokim wymaganiom zawodowym, ale również pokonywać bariery systemowe i społeczne, które mogą wpływać na ich relacje z przełożonymi, a tym samym poziom doświadczanego stresu [9]. Jak donoszą Chairassamee i Chancharoenchai [19], kobiety pracujące w systemie ochrony zdrowia mają niski poziom zadowolenia z pracy, co jest kolejnym wskaźnikiem zdrowia psychicznego lub dobrego samopoczucia z powodu obowiązków rodzinnych czy zobowiązań lub możliwych konfliktów między pracą a rodziną. Potwierdzają to również badania Babapour i wsp. [1], które ujawniły, że stres zawodowy był wyższy u kobiet niż u mężczyzn, co można przypisać ich różnym rolom w życiu codziennym. Największe stresory pracowników systemu ochrony zdrowia obejmują stresory w pracy, stresory w życiu osobistym oraz przenikanie się stresu w pracy i życiu osobistym [20]. To zjawisko może być związane z dodatkowymi obciążeniami emocjonalnymi i społecznymi, które kobiety częściej napotykają w środowisku pracy, jak również z różnicami w stylach przywództwa odbieranych przez kobiety i mężczyzn [9].

Dodatkowo, osoby z wykształceniem magisterskim zgłaszały wyższy poziom stresu niż osoby z wykształceniem średnim, co może być efektem wyższych oczekiwań wobec nich i bardziej odpowiedzialnych ról zawodowych. Pielęgniarki i pielęgniarze z wykształceniem średnim

deklarowały wyższe zaufanie i niższy stres niż osoby z wyższym wykształceniem. Może to być efektem mniejszych oczekiwań wobec pracy i mniejszego zakresu odpowiedzialności w przypadku osób z niższym wykształceniem. Natomiast osoby z tytułem magistra, często pełniące funkcje specjalistyczne lub kierownicze, są bardziej narażone na konflikty związane z nieadekwatnym stylem zarządzania oraz presją systemową. W tym kontekście warto zauważyć, że najniższy poziom zaufania do przełożonych zgłosili respondenci z wykształceniem licencjackim, co może wskazywać na specyficzne potrzeby tej grupy zawodowej w zakresie wsparcia i komunikacji z przełożonymi. Początkujące pielęgniarki doświadczają stresu, gdy nie są gotowe do pracy w warunkach klinicznych i muszą wykonywać złożone procedury pielęgniarskie, dlatego tak ważne jest wspieranie początkujących pielęgniarek w ich nowym miejscu pracy. Może to zminimalizować ich problemy zawodowe, zapobiec odchodzeniu z pracy i zmniejszyć stres na początku ich pracy [12]. Szczególną rolę w tym okresie odgrywa kadra kierownicza.

Z perspektywy organizacyjnej, miejsce pracy również różnicowało poziom zaufania i stresu. Najwyższe zaufanie do kompetencji przełożonych wykazali pracownicy OIOM-u, bloków operacyjnych i oddziałów zabiegowych, natomiast najniższe – pracownicy SOR, oddziałów pediatrycznych i psychiatrycznych. Może to być wynikiem różnic w strukturze zarządzania, poziomie stresu środowiskowego [21] oraz stylu przywództwa [22]. prezentowanego przez kierowników w różnych typach oddziałów.

W świetle literatury przedmiotu, uzyskane wyniki potwierdzają kluczową rolę, jaką odgrywa zaufanie do kierownictwa w ograniczaniu stresu zawodowego pielęgniarek i pielęgniarzy. Zaufanie nie tylko zmniejsza stres, ale również zwiększa zaangażowanie zawodowe, lojalność wobec organizacji i jakość świadczonej opieki [10, 11, 22]. Autentyczne przywództwo – definiowane jako transparentność, uczciwość, etyczność oraz zdolność budowania relacji – uznawane jest za jeden z najważniejszych czynników budujących zaufanie pracowników do kadry zarządzającej [14]. Badania przeprowadzone przez McCabe i Sambrook [24] wskazują, że brak zaufania skutkuje szeregiem negatywnych konsekwencji, takich jak: zwiększona rotacja, konflikty, obniżenie jakości opieki nad pacjentem, niska efektywność zespołowa, zwiększony poziom stresu oraz zmniejszona gotowość do delegowania zadań. Z drugiej strony, obecność zaufania koreluje z większą satysfakcją z pracy, lepszym morale, mniejszą absencją i większą efektywnością [2].

Warto zwrócić uwagę, że jednym z kluczowych czynników sprzyjających budowaniu zaufania jest dostępność i responsywność kadry kierowniczej. Menedżerowie, którzy są dostępni dla swoich pracowników, wykazują zainteresowanie problemami i potrafią skutecznie reagować

na potrzeby zespołu, zyskują większe zaufanie podwładnych [24, 10]. Przejrzysta komunikacja i konsekwentne działania menedżerskie również odgrywają istotną rolę w kształtowaniu środowiska zaufania [6].

Zarówno krajowe, jak i międzynarodowe źródła wskazują na potrzebę rozwoju kompetencji kierowniczych wśród pielęgniarek i pielęgniarzy pełniących funkcje zarządzające. Szkolenia z zakresu przywództwa, empatycznej komunikacji i rozwiązywania konfliktów mogłyby przyczynić się do zwiększenia poziomu zaufania w zespołach pielęgniarskich, co pośrednio może wpłynąć na poprawę jakości opieki oraz zmniejszenie rotacji pracowników [8, 25]. W badaniach przeprowadzonych w Arabii Saudyjskiej udowodniono, że styl przywództwa oparty na autentyczności i przejrzystości istotnie wpływa na zaufanie podwładnych oraz ich efektywność i zaangażowanie [14]. To potwierdza potrzebę szkolenia liderów w zakresie zarządzania opartego na empatii i otwartości, co powinno być szczególnie wdrażane w polskich realiach, gdzie poziom stresu zawodowego wśród kadry pielęgniarskiej należy do najwyższych wśród pracowników ochrony zdrowia [26].

Zidentyfikowane korelacje w badaniach własnych wskazują na kluczową rolę zaufania do kadry kierowniczej w redukcji stresu zawodowego wśród pielęgniarek i pielęgniarzy. Tym samym przedstawione wyniki badań wskazują na potrzebę rozwijania autentycznego przywództwa oraz inwestowania w kompetencje kierownicze. Dążenie do budowania środowisk pracy opartych na zaufaniu powinno stać się priorytetem strategii zarządzania zasobami ludzkimi w ochronie zdrowia. W kontekście polskiego systemu ochrony zdrowia, który boryka się z problemami kadrowymi i dużym obciążeniem pracą, dążenie do poprawy relacji opartych na zaufaniu może stanowić skuteczną strategię poprawy dobrostanu zawodowego pielęgniarek i pielęgniarzy, a tym samym – jakości opieki nad pacjentem.

Wnioski.

1. Pielęgniarki i pielęgniarze wykazują się umiarkowanym poziomem zaufania do przełożonego, przy czym lepiej oceniają życzliwość i integrację niż posiadane umiejętności i kompetencje kadry kierowniczej.
2. Zaufanie do przełożonego determinowane jest płcią, rodzajem wykształcenia oraz miejscem pracy pielęgniarek i pielęgniarzy.
3. Wśród pielęgniarek i pielęgniarzy stres występuje na umiarkowanym poziomie i zależy od płci, rodzaju wykształcenia oraz systemu pracy.
4. Brak zaufania do przełożonego oddziałuje negatywnie na stres odczuwany przez pielęgniarki i pielęgniarzy w środowisku pracy. Zważywszy na negatywne konsekwencje

stresu organizacyjnego pielęgniarska kadra kierownicza powinna kształtować kulturę organizacyjną opartą na zaufaniu.

Piśmiennictwo:

1. Babapour A.R., Gahassab-Mozaffari N., Fathnezhad-Kazemi A. Nurses' job stress and its impact on quality of life and caring behaviors: a cross-sectional study. *BMC Nurs.* 2022 Mar 31;21(1):75. doi: 10.1186/s12912-022-00852-y.
2. Top M., Tekingunduz S. The Effect of Organizational Justice and Trust on Job Stress in Hospital Organizations. *J Nurs Scholarsh.* 2018 Sep;50(5):558-566. doi: 10.1111/jnu.12419.
3. Jacobs A.C., Lourens M. Emotional challenges faced by nurses when taking care of children in a private hospital in South Africa. *Africa J Nurs Midwifery.* 2016;18(2):196–210.
4. Sutherland B.L., Pecanac K., LaBorde T.M., Bartels C.M., Brennan M.B. Good working relationships: how healthcare system proximity influences trust between healthcare workers. *J Interprof Care.* 2022 May-Jun;36(3):331-339. doi: 10.1080/13561820.2021.1920897.
5. Karikumpu V., Häggman-Laitila A., Romppanen J., Kangasniemi M., Terkamo-Moisio A. Trust in the Leader and Trust in the Organization in Healthcare: A Concept Analysis Based on a Systematic Review. *J Nurs Manag.* 2024 Feb 22;2024:8776286. doi: 10.1155/2024/8776286.
6. Khannifar H., Moghimi S.M., Jandaghi G., Zarvandi N. Investigating the relationship between the confidence components and organizational commitment of personnel (in agricultural jihad and education organizations of Qom province). *Public Manag.* 2009;1(2):3–18.
7. Sękowska A., Strzelczyk K. Czynniki wpływające na budowanie kultury bezpieczeństwa pacjenta wśród pielęgniarek. *Journal of Health Sciences* 2019; 2(2): 105-116.
8. Chirkowska-Smolak T., Grobelny J. Konstrukcja i wstępna analiza psychometryczna Kwestionariusza Postrzeganego Stresu w Pracy (PSwP). *Czasopismo Psychologiczne – Psychological Journal* 2016; 22(1): 131–139.
9. Wnuk M. Skala Zaufania do Przełożonego jako narzędzie do mierzenia zaufania do menedżerów. *Humaniora. Czasopismo Internetowe.* 2020;3(31):97-115.
10. Varga A.I., Spehar I., Skirbekk H. Trustworthy management in hospital settings: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2023 Jun 20;23(1):662. doi: 10.1186/s12913-023-09610-5.
11. Hadi-Moghaddam M., Karimollahi M., Aghamohammadi M. Nurses' trust in managers and its relationship with nurses' performance behaviors: a descriptive- correlational study. *BMC Nurs.* 2021 Jul 27;20(1):132. doi: 10.1186/s12912-021-00653-9.
12. Mills A., Ryden J., Knight A. Juggling to find balance: hearing the voices of undergraduate student nurses. *Br J Nurs.* 2020 Aug 13;29(15):897-903. doi: 10.12968/bjon.2020.29.15.897. PMID: 32790542.
13. Senek M, et al. Determinants of nurse job dissatisfaction - findings from a cross-sectional survey analysis in the UK. *BMC Nurs.* 2020;19:88. doi:10.1186/s12912-020-00481-3.
14. Alilyyani, B. The Effect of Authentic Leadership on Nurses' Trust in Managers and Job Performance: A Cross-Sectional Study. *2022 Nursing Reports*, 12(4), 993-1003.
15. Sonnentag S., et al. The role of management support in enhancing employees' psychological well-being. *Journal of Occupational Health Psychology.* 2020;25:211-223.

16. Luthans F., Youssef-Morgan CM. Psychological capital: An evidence-based positive approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*. 2017;4:339-366. DOI: 10.1146/annurev-orgpsych-032516-113032.
17. Dobnik M., Skela Savič B., Maletič M., Lorber M. Causes and Consequences of Stress at the Workplace of Nursing Employees in Slovenian Hospitals [Internet]. *Public Health*. IntechOpen; 2025. Available from: <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.1008259>.
18. Fida R., Watson D., Ghezzi V., Barbaranelli C., Ronchetti M., Di Tecco C. Is Gender an Antecedent to Workplace Stressors? A Systematic Review and an Empirical Study Using a Person-Centred Approach. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Apr 17;20(8):5541. doi: 10.3390/ijerph20085541.
19. Chairassamee N., Chancharoenchai K. How gender affects the mental health of healthcare workers across regions in Thailand. *BMC Health Serv Res*. 2025 Mar 17;25(1):387. doi: 10.1186/s12913-025-12518-x.
20. Rink L.C., Oyesanya T.O., Adair K.C., Humphreys J.C., Silva S.G., Sexton J.B. Stressors Among Healthcare Workers: A Summative Content Analysis. *Glob Qual Nurs Res*. 2023 Mar 30;10:23333936231161127. doi: 10.1177/23333936231161127.
21. Wzorek A. Porównanie przyczyn stresu wśród pielęgniarek pracujących na różnych oddziałach. *Stud Med (Studia Medyczne)*. 2011;11(1):35-42.
22. Hult M., Terkamo-Moisio A., Kaakinen P., Karki S., Nurmeksela A., Palonen M., Peltonen L.M., Häggman-Laitila A. Relationships between nursing leadership and organizational, staff and patient outcomes: A systematic review of reviews. *Nurs Open*. 2023 Sep;10(9):5920-5936. doi: 10.1002/nop2.1876.
23. Ivziku D., Biagioli V., Caruso R., Lommi M., De Benedictis A., Gualandi R., Tartaglini D. Trust in the Leader, Organizational Commitment, and Nurses' Intention to Leave-Insights from a Nationwide Study Using Structural Equation Modeling. *Nurs Rep*. 2024 Jun 10;14(2):1452-1467. doi: 10.3390/nursrep14020109.
24. McCabe T.J., Sambrook S. The antecedents, attributes and consequences of trust among nurses and nurse managers: a concept analysis. *Int J Nurs Stud*. 2014 May;51(5):815-27. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.10.003.
25. Brzezińska A., Kołodziejczak M. Zaufanie do kierownictwa a jakość relacji w miejscu pracy. *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi* 2019;1(1): 145-161.
26. Okuhara M., Sato K., Kodama Y. The nurses' occupational stress components and outcomes, findings from an integrative review. *Nurs Open*. 2021 Sep;8(5):2153-2174. doi: 10.1002/nop2.780.

KLIMAT ORGANIZACYJNY A POZIOM WYPALENIA ZAWODOWEGO WŚRÓD PIELĘGNIAREK

IZABELA FILIPIUK, MARTA SZARA, MAGDALENA DZIURKA, PATRYCJA OZDOBA

Wstęp. Klimat organizacyjny ma kluczowe znaczenie w miejscu pracy. Jest to sposób, w jaki pracownicy postrzegają kulturę organizacyjną firmy [1]. Zgodnie z definicją J.F. Terelaka, istotne jest, jak pracownicy odbierają codzienne funkcjonowanie organizacji, jej nastrój, strukturę i organizację pracy [2]. Steinke i współpracownicy uważają, że klimat organizacyjny zależy od postrzeganego przez pracowników systemu procedur, praktyk i zasad w firmie, które są nagradzane i wspierane w kontekście zasobów ludzkich.

Dobry klimat organizacyjny przynosi korzyści, takie jak wyższa efektywność pracy, większe zadowolenie z pracy oraz mniejsza rotacja pracowników [1]. Pozytywny odbiór klimatu organizacyjnego zależy od zaangażowania, wsparcia, sprawiedliwości oraz sprzyjającej rozwoju zawodowego organizacji [3].

Klimat organizacyjny ma także wpływ na przepływ informacji i konflikty interpersonalne w pracy oraz na sposób ich rozwiązywania [4]. Brak wsparcia i wzrost obciążenia prowadzi do wypalenia zawodowego, spadku produktywności i niezadowolenia z pracy [5,6]. Dlatego ważne jest dbałość o atmosferę organizacyjną, która kształtuje doświadczenie zawodowe pracowników [2].

Zespół wypalenia zawodowego dotyka coraz większą liczbę osób, niezależnie od profesji, a szczególnie niepokojący jest wśród personelu medycznego, gdyż bezpośrednio zagraża zdrowiu i bezpieczeństwu pacjentów. Wczesne wdrożenie działań profilaktycznych może zmniejszyć ryzyko wypalenia, korzystnie wpływając na zdrowie, satysfakcję z pracy pracownika oraz efektywność całej organizacji [7].

Osoby doświadczające wypalenia tracą wiarę we własne możliwości, umniejszają swoje osiągnięcia i czują się zagubione [7]. Według badania STADA Arzneimittel AG z 2019 roku, 55% Europejczyków doświadczyło lub było bliskich wypaleniu zawodowemu, przy czym najwyższe wskaźniki odnotowano w Rosji (72%), Serbii (66%) i Polsce (62%), a najniższy we Francji (44%) [8].

Cel pracy. Celem pracy jest ocena wpływu klimatu organizacyjnego na poziom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek i pielęgniarzy.

Materiał i metody. W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Badanie ankietowe przeprowadzono w dniach 6 grudnia 2023 r. – 17 kwietnia 2024 r. w dwóch wariantach: w formie elektronicznej – za pośrednictwem kwestionariusza online

udostępnionego respondentom za pomocą kodu QR, oraz papierowej – w formie tradycyjnej ankiety wśród personelu pielęgniarskiego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 i nr 4 oraz Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Lublinie.

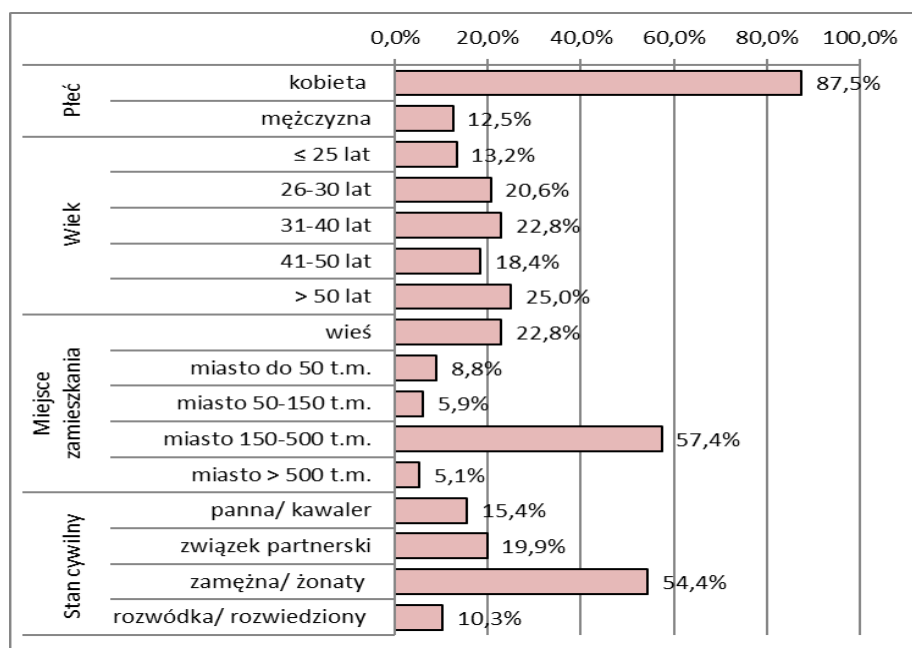
Wszystkie badane placówki wyraziły zgodę na realizację sondażu. Uczestnicy zostali poinformowani o celu badania, anonimowości, dobrowolności udziału oraz sposobie prezentacji wyników w formie danych statystycznych. Przed wypełnieniem ankiety udzielili pisemnej, dobrowolnej zgody na udział.

Kwestionariusz do pomiaru wypalenia zawodowego OLBI [9] powstał w 1999 r. przez E. Demeouti. Kwestionariusz znajduje zastosowanie w pomiarze wśród różnych grup zawodowych. Pozwala na ocenę wypalenia w dwóch wymiarach: wyczerpania oraz wycofywania zaangażowania. Wyczerpanie jest oceniane w obszarze emocjonalnym, psychicznym i fizycznym jako odległe w czasie następstwo przewlekłego stresu wiążącego się z określonymi wymaganiami pracy. Wycofywanie zaangażowania odnosi się do ogólnego dystansowania się do pracy, a także do jej treści i przedmiotu. W tym wymiarze oceniane są relacje pomiędzy pracownikami a pracą. Kwestionariusz składa się z 16 pozycji testowych, czyli po 8 pozycji w każdym z wymiarów. Dodatkowo wśród tych 8 pozycji sformułowano 4 pozycje pozytywne i 4 pozycje negatywne, co pozwala na uwzględnienie obu punktów końcowych wymiarów. Zadaniem badanego jest udzielenie odpowiedzi w 4- punktowej w skali w każdej pozycji testowej. Odpowiedzi są następnie uśredniane w każdej z podskal. Z badań przeprowadzonych przez T. Chirkowską-Smolak rzetelność tego narzędzia wynosiła 0,75 α -Cronbacha dla wyczerpania oraz 0,74 α -Cronbacha dla braku zaangażowania [9].

Analizę statystyczną przeprowadzono w oprogramowaniu StatSoft Statistica 13.1 PL oraz Microsoft Office. Dane jakościowe opisano za pomocą licznosci i procentów, a dane ilościowe – średniej, odchylenia standardowego, mediany oraz wartości minimalnej i maksymalnej. Zależności między zmiennymi jakościowymi badano testem chi-kwadrat Pearsona. Rozkład danych ilościowych oceniono testem Shapiro–Wilka; w przypadku odchylenia od normalności porównania między dwiema grupami wykonano testem Manna–Whitneya (UMW, Z), a między trzema i więcej – testem Kruskala–Wallisa (KW, H). Dodatkowo obliczono współczynnik korelacji Spearmana (R), a dla porównań zmiennych zależnych – test znaków (Z). Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

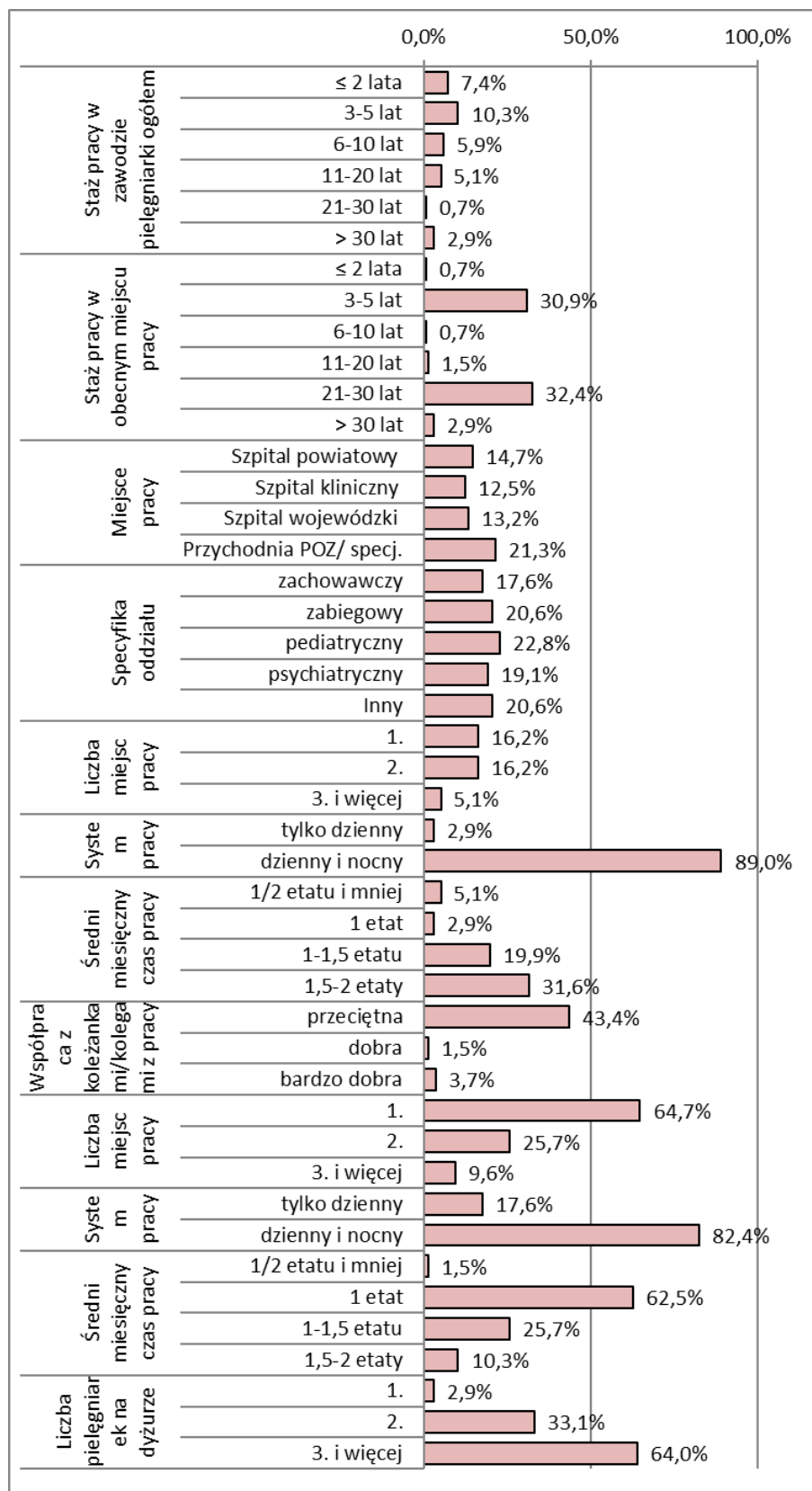
Wyniki. W badaniu uczestniczyło 136 pielęgniarek i pielęgniarzy, w tym większość stanowiły kobiety (87,5%). Średni wiek wynosił $39,4 \pm 9,2$ lata, a średni staż zawodowy – $16,9 \pm 10,1$ lata. Staż w aktualnym miejscu pracy wyniósł $11,8 \pm 9,4$ lata. Miejsce zamieszkania respondentów stanowiły w 22,8% obszary wiejskie i w 77,2% miasta, z czego 57,4% mieszkało

w ośrodkach liczących 150–500 tys. mieszkańców. W odniesieniu do stanu cywilnego: 54,4% badanych było w związkach małżeńskich, 19,9% w związkach partnerskich, 15,4% pozostawało stanu wolnego, a 10,3% było po rozwodzie (Wykres 1).



Wykres 1. Charakterystyka socjodemograficzna badanych, Źródło: opracowanie własne.

Badanych podzielono według całkowitego stażu pracy na sześć grup: ≤ 2 lata (14,7 %), 3–5 lat (12,5 %), 6–10 lat (13,2 %), 11–20 lat (21,3 %), 21–30 lat (17,6 %) i ponad 30 lat (20,6 %). Największa liczba osób pracowała w jednym miejscu ≤ 2 lata (22,8 %). Większość zatrudniona była w szpitalach klinicznych (59 %), głównie na oddziałach pediatrycznych (43,4 %) i zabiegowych (31,6 %), a pracownicy mniejszych oddziałów sklasyfikowani zostali jako „inne” (20,6 %). Prawie dwie trzecie ankietowanych (64,7 %) miało jedno miejsce pracy, 25,7 % – dwa, a 9,6 % – trzy lub więcej. Zmianowy tryb (dzienno-nocny) stosowało 82,4 % badanych, 17,6 % pracowało wyłącznie w dzień. W wymiarze pełnego etatu pracowało 62,5 %, natomiast 36 % ponadetatowo. Najczęściej na dyżurze znajdowały się trzy i więcej osób tego samego zawodu (64 %), rzadziej dwie (33,1 %) lub pojedyncze obsady (2,9 %). (Wykres 2)



Wykres 2. Charakterystyka zawodowa / miejsca pracy badanych, Źródło: opracowanie własne.

W ocenie aktualnego stanu organizacji najwyższe średnie uzyskały wymiary: wymagania ($M = 6,85$), odpowiedzialność ($M = 6,84$) oraz konformizm ($M = 6,15$). Nieco niższe wartości

odnotowano dla poczucia ciepła i wsparcia ($M = 6,09$) oraz kierowania ($M = 5,99$), natomiast najniżej oceniono zorganizowanie ($M = 5,89$) i system nagradzania ($M = 4,96$) (Tabela 1).

Tabela 1. Ocena aktualnego klimatu organizacyjnego w miejscu pracy u wszystkich badanych.

D. A. Kolba		Analiza opisowa				
		M	SD	Me	Min	Maks
Ocena aktualnego stanu organizacji	KONFORMIZM	6,15	1,95	6	2	10
	ODPOWIEDZIALNOŚĆ	6,84	2,29	7	1	10
	WYMAGANIA	6,85	1,84	7	3	10
	NAGRODY	4,96	1,83	5	1	10
	ZORGANIZOWANIE	5,89	1,90	6	2	10
	POCZUCIE CIEPŁA I POPARCIA	6,09	2,09	6	1	10
	KIEROWANIE	5,99	1,52	6	3	10

*M-średnia, SD-odchylenie standardowe, Me-mediana, Min-Maks - minimum-maksimum

Źródło: opracowanie własne.

W ocenie idealnego stanu organizacji najwyższe średnie uzyskały: zorganizowanie ($M = 7,59$), poczucie ciepła i wsparcia ($M = 7,58$) oraz system nagradzania ($M = 7,46$). Nieco niżej oceniono odpowiedzialność ($M = 7,42$) i wymagania ($M = 7,40$), a najniższe wartości przypisano kierowaniu ($M = 7,40$) i konformizmowi ($M = 6,20$). Szczegółowe wyniki prezentuje Tabela 2.

Tabela 2. Ocena idealnego klimatu organizacyjnego w miejscu pracy u wszystkich badanych.

D. A. Kolba		Analiza opisowa				
		M	SD	Me	Min	Maks
Ocena idealnego stanu organizacji	KONFORMIZM	6,20	1,97	6	1	10
	ODPOWIEDZIALNOŚĆ	7,42	1,95	7	1	10
	WYMAGANIA	7,40	1,93	7	2	10
	NAGRODY	7,46	2,16	8	2	10
	ZORGANIZOWANIE	7,59	2,03	8	3	10
	POCZUCIE CIEPŁA I POPARCIA	7,58	2,24	8	2	10
	KIEROWANIE	7,40	1,96	7	3	10

*M-średnia, SD-odchylenie standardowe, Me-mediana, Min-Maks - minimum-maksimum

Źródło: opracowanie własne.

Przyporządkowanie uczestników do poziomów klimatu organizacyjnego według skali stenowej wykazało, że aktualnie dominującymi typami są klimat autokratyczny (43,4%) oraz pośredni (41,9%), natomiast klimat wspierający występował rzadziej (14,7%) (Wykres 10). Analiza zależności ze stanem cywilnym wykazała, że osoby niebędące w związku małżeńskim znacząco rzadziej oceniały klimat jako autokratyczny (19,1% vs 41,9–64,3% w pozostałych grupach; $p < 0,04$). Ponadto niższy poziom wykształcenia wiązał się z częstszą oceną klimatu jako autokratycznego: 87,5% osób z wykształceniem zasadniczym, 44,4% z wyższym I stopnia,

38,9% ze specjalizacją I stopnia, 25% z wyższym II stopnia i 37,3% ze specjalizacją II stopnia ($p < 0,002$) (Tabela 3).

Tabela 3. Ocena poziomu klimatu organizacyjnego - aktualnego w miejscu pracy u wszystkich badanych, oraz w zależności od zmiennych socjodemograficznych i związanych z wykształceniem.

Ocena aktualnego stanu organizacji		autokratyczny		pośredni		wspierający		Ogół	Statystyka
Razem		59	43,4%	57	41,9%	20	14,7%	136	-
Płeć	kobieta	52	43,7%	51	42,9%	16	13,5%	119	Chi2=1,25, p=,534
	mężczyzna	7	41,2%	6	35,3%	4	23,5%	17	
Wiek	≤ 25 lat	9	50,0%	6	33,3%	3	16,7%	18	Chi2=14,6, p=,067
	26-30 lat	4	14,3%	19	67,9%	5	17,9%	28	
	31-40 lat	14	45,2%	12	38,7%	5	16,1%	31	
	41-50 lat	12	48,0%	9	36,0%	4	16,0%	25	
	> 50 lat	20	58,8%	11	32,4%	3	8,8%	34	
Miejsce zamieszkania	wieś	8	25,8%	20	64,5%	3	9,7%	31	Chi2=15,1, p=,056
	miasto do 50 t.m.	5	41,7%	4	33,3%	3	25,0%	12	
	miasto 50-150 t.m.	5	62,5%	1	12,5%	2	25,0%	8	
	miasto 150-500 t.m.	40	51,3%	28	35,9%	10	12,8%	78	
	miasto > 500 t.m.	1	14,3%	4	57,1%	2	28,6%	7	
Stan cywilny	panna/ kawaler	4	19,1%	11	52,4%	6	28,6%	21	Chi2=13,3, p=,037
	związek partnerski	15	55,6%	11	40,7%	1	3,7%	27	
	zamężna/ żonaty	31	41,9%	30	40,5%	13	17,6%	74	
	rozwódka/ rozwiedziony	9	64,3%	5	35,7%	0	0,0%	14	
Wykształcenie zawodowe	średnie medyczne	14	87,5%	2	12,5%	0	0,0%	16	Chi2=24,2, p=,002
	wyższe I st.	12	44,4%	10	37,0%	5	18,5%	27	
	wyższe I st. i specj.	7	38,9%	9	50,0%	2	11,1%	18	
	wyższe II st.	4	25,0%	12	75,0%	0	0,0%	16	
	wyższe II st. i specj.	22	37,3%	24	40,7%	13	22,0%	59	

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki wypalenia zawodowego oceniono w dwóch podskalach (1–4 pkt., im wyższa wartość, tym większe nasilenie zjawiska). Średni wynik w podskali wyczerpania wyniósł 2,57 pkt., natomiast w podskali braku zaangażowania – 2,41 pkt. (Tabela 4). Oba rezultaty znalazły się w III kwartylu, przekraczając wartość środkową skali, co wskazuje na nasilenie wypalenia zawodowego powyżej przeciętnego poziomu. Szczegółowe dane zawiera Tabela 4.

Tabela 4. Nasilenie zjawiska wypalenia zawodowego obejmujących brak zaangażowania i wyczerpanie u wszystkich badanych.

OLBI	Analiza opisowa				
	M	SD	Me	Min	Maks
Skala braku zaangażowania [1-4 pkt.]	2,41	0,38	2,4	1,8	4,0
Skala wyczerpania [1-4 pkt.]	2,57	0,44	2,5	1,8	4,0

*M-średnia, SD-odchylenie standardowe, Me-mediana, Min-Maks - minimum-maksimum

Źródło: opracowanie własne.

Istotnie statystycznie niższe wartości w zakresie braku zaangażowania przejawiały osoby żyjące w związku małżeńskim aniżeli z innym stanem cywilnym ($M = 2,33$ vs pozostali: od $M = 2,43$ do $4,56$ pkt., $p < 0,05$). Pozostałe zmienne nie osiągnęły istotności statystycznej. Szczegółowe wyniki zamieszczono w Tabeli 5.

Tabela 5. Nasilenie zjawiska wypalenia zawodowego obejmujących brak zaangażowania u wszystkich badanych oraz w zależności do zmiennych socjodemograficznych i wykształcenia.

OLBI - Skala braku zaangażowania [1-4 pkt.]		Analiza opisowa					Statystyka	
		M	SD	Me	Min	Maks	Test / wartość	p
Razem		2,41	0,38	2,4	1,8	4,0		
Płeć	kobieta	2,39	0,36	2,4	1,8	3,3	$Z = -1,31$	0,189
	mężczyzna	2,57	0,49	2,4	2,0	4,0		
Wiek	≤ 25 lat	2,42	0,39	2,4	1,8	3,3	$R = 0,10$	0,269
	26-30 lat	2,40	0,44	2,4	1,8	3,1		
	31-40 lat	2,32	0,32	2,3	1,8	3,1		
	41-50 lat	2,46	0,45	2,4	1,9	4,0		
	> 50 lat	2,46	0,34	2,4	1,8	3,0		
Miejsce zamieszkania	wieś	2,27	0,34	2,1	1,8	2,9	$R = 0,07$	0,434
	miasto do 50 t.m.	2,58	0,56	2,4	1,8	4,0		
	miasto 50-150 t.m.	2,70	0,43	2,8	2,1	3,1		
	miasto 150-500 t.m.	2,41	0,35	2,4	1,8	3,3		
	miasto > 500 t.m.	2,38	0,31	2,3	2,1	2,9		
Stan cywilny	panna/ kawaler	2,43	0,54	2,4	1,8	4,0	$H = 2,69$	0,048
	związek partnerski	2,56	0,43	2,5	1,9	3,3		
	zamężna/ żonaty	2,33	0,31	2,3	1,8	3,1		
	rozwódka/ rozwiedziony	2,48	0,32	2,4	2,0	2,9		
Wykształcenie zawodowe	średnie medyczne	2,58	0,27	2,5	2,1	3,1	$R = -0,10$	0,232
	wyższe I st.	2,41	0,33	2,4	1,9	3,3		
	wyższe I st. i specj.	2,35	0,36	2,1	1,8	3,0		
	wyższe II st.	2,24	0,40	2,2	1,8	3,1		
	wyższe II st. i specj.	2,43	0,42	2,4	1,8	4,0		

*M-średnia, SD-odchylenie standardowe, Me-mediana, Min-Maks - minimum-maksimum

Źródło: opracowanie własne.

Zaobserwowano istotną ujemną korelację między oceną współpracy z zespołem a nasileniem wypalenia w wymiarze braku zaangażowania ($R = -0,28$; $p < 0,001$).

Ponadto osoby pozostające w związku małżeńskim wykazywały istotnie niższe średnie natężenie wyczerpania ($M = 2,45$ pkt.) w porównaniu z uczestnikami o innych stanach cywilnych ($M = 2,45-2,66$ pkt.; $p < 0,001$). Stwierdzono również, że osoby z wykształceniem średnim medycznym osiągały wyższe wyniki w podskali wyczerpania niż osoby z wykształceniem wyższym ($R = -0,10$; $p < 0,03$). Szczegółowe dane przedstawiono w Tabeli 6.

Tabela 6. Nasilenie zjawiska wypalenia zawodowego obejmujących wyczerpanie u wszystkich badanych oraz w zależności do zmiennych socjodemograficznych i wykształcenia.

OLBI - Skala wyczerpania [1-4 pkt.]		Analiza opisowa					Statystyka	
		M	SD	Me	Min	Maks		p

Razem		2,57	0,44	2,5	1,8	4,0	Test / wartość	
Płeć	kobieta	2,58	0,43	2,5	1,8	3,6	Z= 0,81	0,413
	mężczyzna	2,54	0,52	2,4	2,1	4,0		
Wiek	≤ 25 lat	2,58	0,41	2,5	2,0	3,4	R= 0,04	0,648
	26-30 lat	2,66	0,54	2,5	1,8	3,6		
	31-40 lat	2,36	0,33	2,3	1,8	3,0		
	41-50 lat	2,71	0,46	2,9	1,8	4,0		
	> 50 lat	2,59	0,38	2,6	2,0	3,3		
Miejsce zamieszkania	wieś	2,41	0,41	2,4	1,8	3,4	R= 0,13	0,126
	miasto do 50 t.m.	2,72	0,58	2,8	2,0	4,0		
	miasto 50-150 t.m.	2,75	0,46	2,8	2,1	3,3		
	miasto 150-500 t.m.	2,60	0,41	2,5	1,8	3,6		
	miasto > 500 t.m.	2,57	0,37	2,5	2,0	3,1		
Stan cywilny	panna/ kawaler	2,63	0,54	2,5	2,0	4,0	H= 6,10	0,001
	związek partnerski	2,83	0,44	2,9	2,0	3,6		
	zamężna/ żonaty	2,45	0,37	2,4	1,8	3,1		
	rozwódka/ rozwiedziony	2,66	0,37	2,6	2,0	3,3		
Wykształcenie zawodowe	średnie medyczne	2,85	0,31	2,9	2,0	3,3	R= -0,10	0,030
	wyższe I st.	2,56	0,38	2,5	2,0	3,4		
	wyższe I st. i specj.	2,58	0,40	2,6	2,0	3,1		
	wyższe II st.	2,44	0,45	2,3	2,0	3,6		
	wyższe II st. i specj.	2,54	0,48	2,5	1,8	4,0		

*M-średnia, SD-odchylenie standardowe, Me-mediana, Min-Maks - minimum-maksimum

Źródło: opracowanie własne.

Dyskusja. Celem badania było określenie wpływu klimatu organizacyjnego na poziom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek, z uwzględnieniem czynników socjodemograficznych, oceny klimatu oraz nasilenia wypalenia.

W ocenie bieżącej organizacji najwyższe noty uzyskały wymiary „wymagania” i „odpowiedzialność”, zaś najniższe – „zorganizowanie” i „nagrody”. Autokratyczny typ klimatu wskazało 43,4% respondentek, pośredni – 41,9%, a wspierający – jedynie 14,7%. Badania Lubrańskiej [10] przyniosły odmienne wyniki: klimat wspierający dominował w opinii 41,9% uczestników, pośredni – u 30,7%, a autokratyczny – u 26,6%. Klukow i wsp. [11] w okresie pandemii COVID-19 stwierdzili, że 37,3% personelu pracowało w klimacie pośrednim, 33,3% – w autokratycznym, a jedynie 29,4% – we wspierającym. Różnice te mogą wynikać z wyjątkowego obciążenia służby zdrowia podczas pandemii, kiedy ograniczony dostęp do środków ochrony i wsparcia psychologicznego oraz wysoki poziom stresu pogorszyły percepcję klimatu organizacyjnego.

Badania własne wykazały, że w idealnej organizacji badani cenią najbardziej zorganizowanie oraz poczucie wsparcia, zaś najmniej – styl kierowania i konformizm. Jako wzorcowy klimat organizacyjny 57,4% respondentów wskazało klimat wspierający, 25,0% – pośredni, a 17,6% – autokratyczny. Wyniki te w części pokrywają się z obserwacjami Klukow i wsp. [11], którzy

stwierdzili, że 38,2% personelu oczekuje klimatu pośredniego, 35,3% – wspierającego, a 26,5% – autokratycznego. Podobnie Skyvell Nilsson [12] dowiódł, że organizacyjne wsparcie wzmacnia poczucie własnej wartości i pozwala pielęgniarkom konstruktywnie rozwiązywać konflikty, co może tłumaczyć dążenie do klimatu opartego na trosce i wsparciu zamiast autokratycznych praktyk.

Wyniki badania wskazują, że poziom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek przekracza wartości średnie, przy czym skala wyczerpania osiąga wyższe średnie niż skala braku zaangażowania. Podobne obserwacje opisali Gotlib i współpracownicy, którzy wykazali wielowymiarowy charakter wypalenia zawodowego podlegający wpływowi czynników socjodemograficznych, w tym długości stażu pracy [13]. Również w naszych badaniach dłuższy staż korelował z większym nasileniem wypalenia.

Analiza związku stanu cywilnego z nasileniem wypalenia wykazała, że osoby będące w związku małżeńskim zgłaszały istotnie niższe natężenie braku zaangażowania niż pozostali respondenci. Istotną rolę odgrywała także jakość współpracy z zespołem – pielęgniarki oceniające relacje z kolegami jako bardzo dobre doświadczały istotnie mniejszego braku zaangażowania. Analogiczne wnioski sformułowali Maslach i Jackson, którzy związali wzrost wypalenia z przyrostem obowiązków przypadających na jedną pielęgniarkę, co prowadziło do nasilonego wyczerpania emocjonalnego [14]. Świącka i Starun podkreślili z kolei, że nadmierne obciążenie obowiązkami, niedobór personelu oraz nieefektywny przepływ informacji w zespole znacząco przyczyniały się do występowania symptomów wypalenia zawodowego [15].

W badaniach własnych wykazano istotny wpływ wykształcenia zawodowego na poziom wyczerpania. Personel pielęgniarski z wykształceniem wyższym II stopnia miał najniższy poziom wyczerpania w porównaniu do innych stopni wykształcenia. Ponadto współpraca w zespole miała istotny wpływ na wyczerpanie – osoby oceniające współpracę jako bardzo dobrą lub dobrą odczuwały niższy poziom wyczerpania. Podobne wyniki uzyskano w badaniach Matysek i Włoszczak-Szubzda, gdzie pielęgniarki z wykształceniem wyższym II stopnia miały niższy poziom wypalenia zawodowego [16].

Badanie wskazało również istotny związek między oceną aktualnego klimatu organizacyjnego a nasileniem wypalenia zawodowego. Niższa ocena klimatu organizacyjnego w aspektach takich jak odpowiedzialność, wymagania, nagrody, zorganizowanie, poczucie wsparcia oraz kierowanie korelowała z wyższym poziomem wypalenia. Wyniki te potwierdzają badania A. Lubrańskiej, które wskazują na związek między niskim ocenianiem klimatu organizacyjnego a wypaleniem zawodowym [10].

W odniesieniu do idealnego klimatu organizacyjnego, wyniki sugerują, że zmniejszenie konformizmu oraz wymagań miało wpływ na wzrost wypalenia zawodowego, zarówno w wymiarze braku zaangażowania, jak i wyczerpania. Współpraca w zespole była na wyższym poziomie wśród osób z wykształceniem wyższym II stopnia i specjalizacją, a niższym wśród pielęgniarek z wykształceniem średnim medycznym. Badania Mańkowskiej i Lubrańskiej wykazały, że pogorszenie klimatu organizacyjnego zwiększa ryzyko wypalenia zawodowego [10,17].

Klimat organizacyjny w miejscu pracy ma kluczowy wpływ na wypalenie zawodowe. Najniższe ryzyko wypalenia występuje w organizacjach z klimatem wspierającym, podczas gdy klimat autorytarny sprzyja wypaleniu. Z kolei, pielęgniarki z negatywnym postrzeganiem klimatu organizacyjnego, które odczuwały mniejsze wsparcie i docenienie, zgłaszały wyższy poziom wypalenia. Dlatego wdrożenie działań poprawiających postrzeganie wsparcia organizacyjnego w opiece zdrowotnej jest kluczowe dla zmniejszenia wypalenia zawodowego [12,18].

Wnioski. Klimat organizacyjny ma istotny wpływ na poziom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek. Gorsza ocena klimatu organizacyjnego, szczególnie w takich aspektach jak odpowiedzialność, wymagania, nagrody, zorganizowanie, poczucie ciepła i poparcia oraz kierowanie, koreluje ze zwiększonym poziomem wypalenia, zarówno w wymiarze wyczerpania, jak i braku zaangażowania.

Wypalenie zawodowe wśród pielęgniarek występuje na umiarkowanym poziomie, przy czym wyższe wartości zauważono w zakresie wyczerpania emocjonalnego. Istotnym czynnikiem wpływającym na wypalenie zawodowe są także cechy socjodemograficzne, takie jak stan cywilny oraz poziom wykształcenia – pielęgniarki z wykształceniem średnim wykazywały wyższy poziom wypalenia, szczególnie w zakresie wyczerpania.

Poprawa klimatu organizacyjnego, w szczególności zwiększenie wsparcia i redukcja autokratycznych aspektów zarządzania, może być skuteczną strategią w zapobieganiu wypaleniu zawodowemu wśród personelu pielęgniarskiego.

Bibliografia:

1. Sierpińska L. Adaptacja społeczno-zawodowa. W: Ksykiewicz-Dorota A. (red.). Zarządzanie w pielęgniarstwie. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2014: 221–237.
2. Góralczyk M. Klimat organizacyjny w przedsiębiorstwie w opinii młodych pracowników. Przegląd Organizacji 2022; 5: 37–44.
3. Steinke C., Dastmalchian A., Baniasadi Y. Exploring aspects of workplace climates in Canada: Implications for the human resources of health-care. Asia Pacific Journal of Human Resources 2015; 53(4): 415–431.

4. Wziętek-Staśko A., Krawczyk-Antoniuk O. Wpływ wieku pracowników na postrzeganie składników proefektywnościowego klimatu organizacyjnego. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie* 2022; 2(996): 137–154.
5. Bahrami M.A., Barati O., Ghoroghchian M.S., Montazer-Alfaraj R., Ranjbar Ezzatabadi M. Role of Organizational Climate in Organizational Commitment: The Case of Teaching Hospitals. *Osong Public Health Research Perspectives* 2016;7(2): 96–100.
6. Hossny E.K., Alotaibi H.S., Mahmoud A.M., Elcokany N.M., Seweid M.M., Aldhafeeri N.A., Abdelkader A.M., Elhamed S.M.A., Influence of nurses' perception of organizational climate and toxic leadership behaviors on intent to stay: a descriptive comparative study. *International Journal of Nursing Studies Advances* 2023;5: 100–147.
7. Gembalska-Kwiecień A., Żurkowski Z. Przyczyny i skutki wypalenia zawodowego. *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Organizacja i Zarządzanie* 2016; 92: 73–83.
8. STADA Group Health Report. The Future of Your Health. 2019.
9. Chirkowska-Smolak T. Polska adaptacja kwestionariusza do pomiaru wypalenia zawodowego OLBI (The Oldenburg Burnout Inventory). *Studia Oeconomica Posnaniensia* 2018; 6(3): 27–47.
10. Lubrańska A. Klimat organizacyjny a doświadczanie wypalenia zawodowego, *Medycyna Pracy* 2011;62(6):623–631.
11. Klukow J., Pieszczyk M., Foryś Z., Dębska G. Klimat organizacyjny w środowisku pracy pielęgniarek i pielęgniarzy w czasie pandemii Covid-19. *Państwo i Społeczeństwo* 2022; 2: 127–140.
12. Skyvell Nilsson, M., Gadolin C., Larsman P., Pousette A., Törner M. The role of perceived organizational support for nurses' ability to handle and resolve ethical value conflicts: A mixed methods study. *Journal of Advanced Nursing* 2024; 80: 765–776.
13. Gotlib J., Panaczyk M., Zarzeka A., Iwoanow L., Samoliński Ł., Belowska J., Wypalenie zawodowe w grupie pielęgniarek – przegląd aktualnego polskiego piśmiennictwa naukowego, *Pielęgniarstwo Polskie* 2017;1: 125–13.
14. Maslach C., Schaufeli W.B., Leiter M.P. Job burnout. *Ann. Rev. Psychol.* 2001; 52: 397–422.
15. Święcka M., Starun J. Stres a zespół wypalenia zawodowego wśród personelu pielęgniarskiego. *Probl. Pielęg.* 2005; 1–2: 47–55.
16. Matysek A., Włoszczak-Szubda A. Uwarunkowania klimatu organizacyjnego a wypalenie zawodowe pielęgniarek oddziałów zabiegowych. *Aspekty zdrowia i choroby* 2016; 1(4): 41–54.
17. Mańkowska B. Klimat organizacyjny i poczucie stresu a wypalenie zawodowe wśród pracowników fizycznych. *Przegląd Psychologiczny* 2020; 63: 381–412.
18. Larsman P, Pousette A, Törner M. The impact of a climate of perceived organizational support on nurses' well-being and healthcare-unit performance: A longitudinal questionnaire study. *Journal of Advanced Nursing* 2024; 00, 1–12.

Wprowadzenie. Od 20.03.2020 do 16.05.2022, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia obowiązywał w Polsce stan epidemii. Do 14 maja 2022 odnotowano 6 003 297 przypadków zakażenia, zarejestrowano 116 207 zgonów [1].

Praca w warunkach pandemii była szczególnym wyzwaniem dla pielęgniarek i pielęgniarzy, którzy wykonując codzienne aktywności zawodowe byli narażeni na ryzyko utraty życia lub zdrowia, czemu towarzyszył zintensyfikowany codzienny stres zawodowy. Z powodu zmniejszenia sił kadrowych, udział codziennych obciążających bodźców w wymiarze fizycznym, poznawczym, środowiskowym każdej osoby był istotnie bardziej nasilony, co sprzyjało psychologicznemu obciążeniu, jak również zaburzeniom będącym jego bezpośrednim skutkiem. Doświadczeniem personelu przebywającego na kwarantannie stawało się społeczne odrzucenie, straty finansowe i ich konsekwencje, ale także dyskryminacja i stygmatyzacja z powodu przypisywanej większej możliwości przenoszenia zakażenia. Opisywane doświadczenia sprzyjały występowaniu różnorodnych awersyjnych reakcji psychologicznych u personelu medycznego. Przyjmowały one postać silnego stresu psychologicznego, zaburzeń depresyjnych czy lękowych. O roli relacji pomiędzy wyżej wymienionymi indywidualnymi doświadczeniami a oceną różnych aspektów sytuacji kryzysowej świadczą wyniki wskazujące na znaczenie bliskości strefy największego zagrożenia czy doświadczenia przymusowej kwarantanny jako istotnych predyktorów wystąpienia bardziej nasilonych zaburzeń funkcjonowania psychologicznego wśród personelu czynnego zawodowo w czasie epidemii SARS oraz pandemii SARS-CoV-2. Doniesienia empiryczne z zagranicznych ośrodków badawczych, głównie azjatyckich, są uspokajające: pielęgniarki i pielęgniarze mimo kryzysowego obrazu sytuacji mieli zasoby wystarczające do uruchomienia konstruktywnych strategii radzenia sobie. Wniosek płynący z rodzimych badań w okresie poprzedzającym wystąpienie pandemii jest pocieszający – polskie pielęgniarki w ostatniej dekadzie rozwinęły zdolności radzenia sobie ze skutkami doświadczanego stresu psychologicznego [2].

Badania przeprowadzone w grupie osób opiekujących się chorymi na schorzenia nowotworowe wykazały, że interwencje edukacyjne, przeprowadzone nawet w sposób wirtualny, podnoszą ich ocenę poczucia radzenia sobie i poczucie koherencji. Są to mało kosztowne i łatwe do wdrożenia metody przynoszące efekty dotyczące poczucia radzenia sobie i kontrolowania choroby [3-5]. Z drugiej strony – badania korelacji między poziomem stresu a poczuciem koherencji pokazały, że osoby z wysokimi wynikami w teście poczucia koherencji radzą sobie

z objawami stresu bardziej pozytywnie. Wydaje się, że ważną kwestią jest podnoszenie poziomu poczucia koherencji u osób narażonych na pracę w warunkach silnego stresu [6].

Praca w warunkach pandemii była czynnikiem, który mógł przyczynić się do poczucia nadmiernego obciążenia. Poza fizycznym, powodowała również emocjonalne wyczerpanie i prowadziła do depersonalizacji oraz wielu niekorzystnych zmian w podejściu do wykonywanego zawodu, określanych jako wypalenie zawodowe [7].

Taka sytuacja miała miejsce w Polsce – z mniejszym lub większym nasileniem – przez ponad dwa lata trwania pandemii Covid – 19.

Aktualna sytuacja również stwarza wiele emocjonalnych wyzwań przed grupą zawodową pielęgniarek. Zmniejszająca się ilość personelu powoduje, że tę samą, a bardzo często zwiększającą się ilość obowiązków (dodatkowa dokumentacja, wdrażanie nowych procedur związanych ze staraniami o uzyskanie akredytacji) zmuszona jest wykonywać mniejsza grupa osób. Dodatkowo personel jest coraz starszy i prognozy pokazują, że taka sytuacja będzie się pogłębiać [8-12].

Od 1.07.2022 obowiązuje siatka płac, według której występują znaczne różnice w wysokości płac personelu pielęgniarskiego w zależności od posiadanego wykształcenia. Stało się to powodem podziałów wśród personelu i doprowadziło do wystąpienia pozwów sądowych o wyrównanie różnic, ponieważ za jednakową pracę osoby zatrudnione w jednym miejscu otrzymywały różne wynagrodzenie [13-16]. W wyniku orzeczeń sądów, niektóre placówki wyrównały wysokość wynagrodzeń w ślad za stwierdzeniem „wszyscy robimy to samo” – doprowadziło to do sytuacji przeciwnej, a mianowicie pielęgniarki posiadające tytuł mgr pielęgniarstwa oraz specjalizację poczuły się urażone i niedocenione za wysiłek włożony w samokształcenie. Jednocześnie zaczęto wyszczególniać zakresy czynności dla pielęgniarek w zależności od ich wykształcenia – co już z uwagi na powyższe „...to samo” jest niezasadne i frustrujące, zwłaszcza dla osób posiadających wykształcenie kwalifikujące je do grupy 2 w siatce wynagrodzeń. Sytuacja jest trudna i frustrująca, burzy poczucie pewności siebie, doprowadza do konfliktów w zespole, powoduje absencje i niechęć do pracy. Aktualnie nie istnieją propozycje zadowalających rozwiązań dla wszystkich zainteresowanych i doświadczenie pokazuje, że trudno będzie je wypracować.

Zgodnie ze swoim wykształceniem i doświadczeniem pielęgniarki mają wiedzę na temat czynników wpływających na zdrowie i występowanie chorób. Niepokojącym jest fakt, że długość życia pielęgniarek w Polsce jest niższa, niż przeciętna długość życia innych kobiet [17-19].

Cel pracy. Niniejszy artykuł jest próbą odpowiedzi na pytanie w jaki sposób praca w warunkach obciążenia emocjonalnego wpływa na poczucie koherencji. Dodatkowym celem jest ustalenie, czy poziom poczucia koherencji wpływa na samoocenę stanu zdrowia i czy ma związek z posiadanym wykształceniem.

Materiał i metody. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem Kwestionariusza Orientacji Życiowych SOC 29 A. Antonovsky’ego. Ankieta została uzupełniona o dane dotyczące miejsca pracy (oddział zabiegowy vs niezabiegowy), staż pracy, wykształcenie, posiadane kursy oraz samoocenę własnej aktywności życiowej i stanu zdrowia. Badanie przeprowadzono dwukrotnie: w pierwszym kwartale 2022 roku i w 2025 roku. Objęto nim grupę pielęgniarek zatrudnionych w szpitalach na terenie Podhala. Pierwsza grupa to pielęgniarki z oddziałów zabiegowych, w drugiej części badanie rozszerzono o grupę z oddziałów niezabiegowych. Dobór osób badanych do grupy odbywał się losowo.

Wszystkie procedury podczas przeprowadzania badania odbywały się z poszanowaniem praw uczestników zgodnie z etycznymi standardami deklaracji Helsinki 1964 i dalszymi nowelizacjami.

Zgoda na udział w badaniu była dobrowolna. Uzyskano ją od wszystkich uczestników badania. Uczestnicy byli poinformowani o możliwości jej wycofania i rezygnacji z udziału w badaniu w każdym momencie jego trwania.

Wyniki. Uzyskano odpowiednio: w 2022 roku 50 ankiet, w 2025 roku 150 ankiet. Wiek badanych mieścił się w przedziale 24-62 lat w 2022 roku i 23-68 lat w 2025 roku. W grupie nie było mężczyzn.

Tab. 1 Dane opisowe grupy 2025

		średnia	mediana	min.	max.	odch. stand.
wiek	150	47,4	51	23	68	11,7
staż	150	24,6	29	1	47	12,7

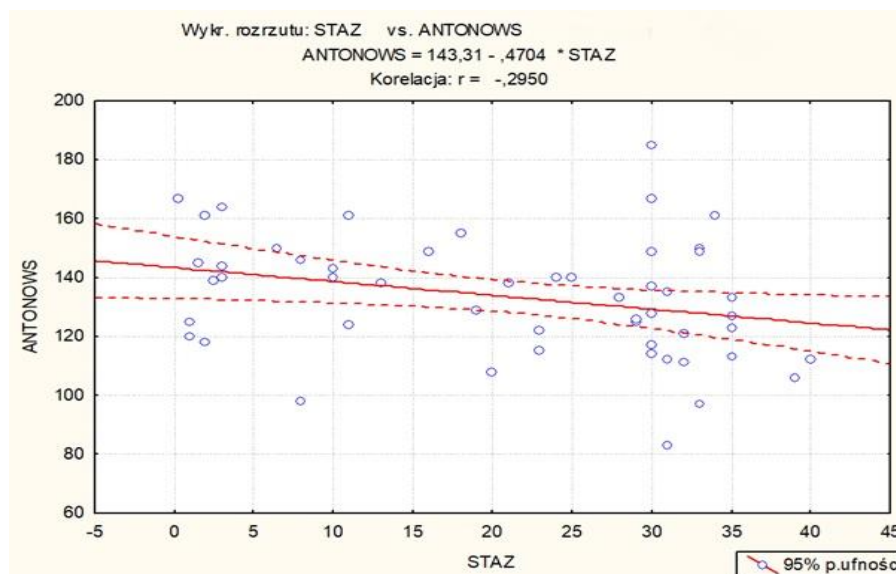
Tab. 2. Dane opisowe grupy 2022

		średnia	mediana	min.	max.	odch. stand.
wiek	50	43,88	48,00	24,00	62,00	11,06
staż	50	21,23	25,00	0,20	40,00	12,65

W podsumowaniu statystycznym danych z 2022 roku uzyskano następujące wyniki: stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy *testem Antonovsky’ego*, a liczbą lat stażu pracy badanych osób. Współczynnik korelacji rang Spearmana wyniósł $r_s = -0,33$ ($t = -2,53$, $p = 0,014$), co wskazuje na ujemną zależność słabego stopnia pomiędzy badanymi

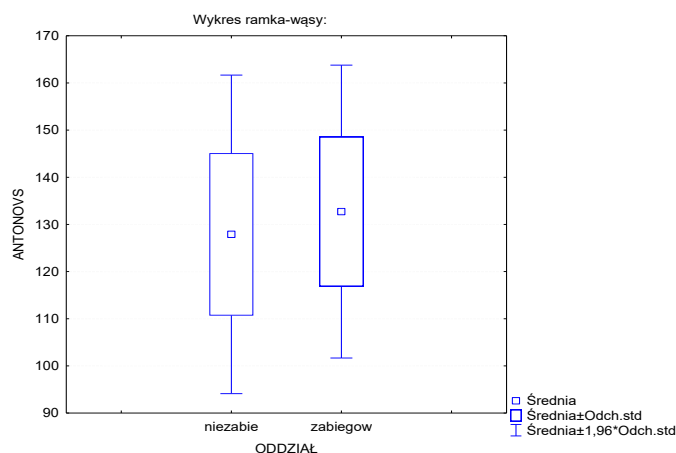
zmiennymi. Im dłuższy był *staż pracy* badanych osób, tym wynik w teście Antonovsky'ego był mniejszy.

Stwierdzono słabego stopnia ujemną korelację pomiędzy stażem pracy a wynikiem testu Antonovsky'ego, współczynnik korelacji liniowej Pearsona, $r_P = -0,30$ ($p = 0,032$). Oznacza to, że im dłuższy staż miała badana osoba, tym mniejszy był wynik w teście Antonovsky'ego. Współczynnik determinancji wyniósł $r^2 = 0,09$ (tzn. wynik testu Antonovsky'ego zależy – w sposób liniowy – tylko w 9% od stażu pracy badanych osób).



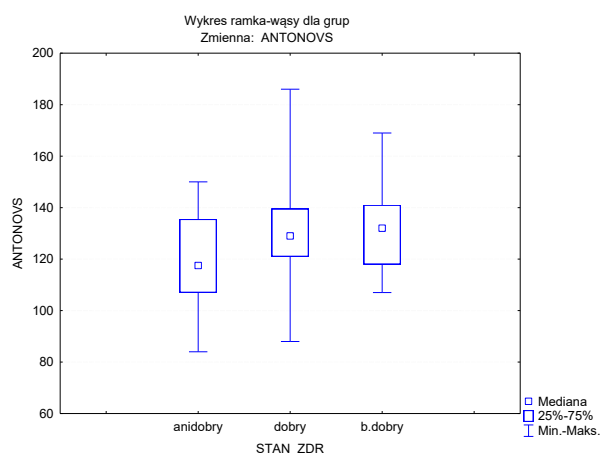
Rys. 1. Wykres rozrzutu ilustrujący związek między wynikami w teście koherencji i stażem pracy.

Wyniki z 2025 roku. Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy (test t – Studenta) w średnim poczuciu koherencji badanych osób, pomiędzy osobami pracującymi na oddziałach zabiegowych, a osobami pracującymi na oddziałach niezabiegowych, t ($df=148$) = -1,66, $p = 0,099$ n.s.



Rys. 2. Wynik w Teście Orientacji Życiowych SOC 29 w zależności od miejsca pracy

Posługując się testem analiza wariancji ANOVA stwierdzono istotną statystycznie różnicę pomiędzy średnią ilością punktów otrzymywanych w poziomie poczucia koherencji, pomiędzy osobami z różnym deklarowanym stanem własnego zdrowia, $F(df=2) = 3,84$, $p = 0,024$. Osoby, które oceniły swój stan zdrowia jako „*ani dobry, ani zły*”, mają niższy poziom poczucia koherencji – mniej punktów ($n = 16$, średnia $119,4 \pm 19,7$ pkt., mediana 117,5 pkt., zakres 84 – 150 pkt.) w porównaniu do wszystkich pozostałych osób, czyli osób które oceniły swój stan zdrowia jako „*dobry*” ($n = 100$, średnia $130,3 \pm 15,5$ pkt., mediana 129 pkt., zakres 88 – 186 pkt.), oraz osób które oceniły swój stan zdrowia jako „*bardzo dobry*” ($n = 30$, średnia $132,9 \pm 17,1$ pkt., mediana 132 pkt., zakres 107 – 169 pkt.).



Rys. 3. Samoocena stanu zdrowia a wyniki w Teście Orientacji Życiowych SOC 29.

Stwierdzono istotną statystycznie różnicę ($\chi^2(n = 102, df = 15) = 45,60$, $p < 0,001$) pomiędzy poziomem jakości życia w funkcjonowaniu dnia codziennego (funkcjonowaniu fizycznym), a wiekiem badanych osób. Współczynnik korelacji rang Spearmana wynosi $r_s = 0,65$ ($t = 10,73$, $p < 0,001$), co wskazuje na dodatnią zależność wysokiego stopnia, pomiędzy badanymi zmiennymi.

Statystycznie znacząco więcej było osób wśród deklarujących bardzo dobrą aktywność fizyczną, które oceniły swój stan zdrowia jako „*bardzo dobry*” oraz więcej było osób wśród deklarujących aktywność fizyczną jako przeciętną, które oceniły swój stan zdrowia jako „*ani dobry, ani zły*”, oraz mniej było osób wśród deklarujących dobrą aktywność fizyczną, które oceniły swój stan zdrowia jako bardzo dobry, oraz mniej było osób wśród deklarujących bardzo dobrą aktywność fizyczną, które oceniły swój stan zdrowia jako „*dobry*” lub jako „*ani dobry, ani zły*”, w porównaniu do pozostałych badanych.

Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy deklarowaną aktywnością fizyczną, a oceną własnego stanu zdrowia. Współczynnik korelacji rang Spearmana wyniósł $r_s = 0,65$ ($t = 10,73$, $p < 0,0001$), co wskazuje na dodatnią zależność wysokiego stopnia pomiędzy badanymi zmiennymi. Im większa była deklarowana aktywność fizyczna badanych osób, tym większe było poczucie własnego stanu zdrowia.

Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy (test t – Studenta) w średnim poczuciu koherencji badanych osób, pomiędzy osobami badanymi w 2025 roku, a osobami badanymi w 2020 roku, $t(df=202) = -1,35$, $p = 0,18$ n.s.

Tab.3. Wyniki w Teście Orientacji Życiowych SOC29 w 2022 roku.

Statystyki opisowe					
2022					
	Nważnych	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum
ANTONOVSKI test	54	133,3	133	83	185

Tab.4. Wyniki w Teście Orientacji Życiowych SOC29 w 2025 roku.

Statystyki opisowe					
2025					
	Nważnych	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum
ANTONOVSKI test	150	129,5	129	84	186

Dyskusja. Poczucie koherencji w badanej grupie utrzymywało się na poziomie średnim. Podobny wynik uzyskała grupa badaczy przeprowadzająca badanie w szpitalach bydgoskich. [20] Badana grupa składała się z osób zatrudnionych w poradniach, oddziale psychiatrycznym oraz w klinice anestezjologii i intensywnej terapii. Poziom poczucia koherencji kształtował się podobnie wśród badanego personelu pielęgniarstwa niezależnie od miejsca pracy: 131 vs 136 punktów. Dla porównania w niniejszym badaniu średni poziom poczucia koherencji wyniósł 129,5 punktów w 2025 oraz 133,3 punkty w 2022 roku. W świetle wyników bydgoskiej grupy badaczy poziom poczucia koherencji pozostawał w istotnej korelacji z brakiem osobistych osiągnięć i emocjonalnym wyczerpaniem. Z poziomem SOC koreluje poczucie satysfakcji z wykonywanego zawodu. Biorąc pod uwagę tę konkluzję, wynik niniejszego badania należy uznać za niepokojący.

Badanie poczucia koherencji i związku tego wyniku z samooceną własnej aktywności fizycznej przeprowadzone wśród nauczycieli zdrowia [21] pokazało wynik wyższy (w przedziale 138,8 – 144), niż uzyskano w badaniach w grupie pielęgniarek. Wykazano związki stanu zachowań zdrowotnych oraz poczucia koherencji z rolą pełnioną przez nauczycieli w procesie wychowania zdrowotnego. Istnieje też zależność między poziomem ich poczucia koherencji

a wybranymi przejawami zachowań zdrowotnych. Poczucie koherencji u badanych nauczycieli jest na tle innych grup zawodowych wysokie. Zarejestrowane przejawy zachowań zdrowotnych można uznać za poprawne, jednak nie gwarantują one uzyskania pozytywnych efektów oddziaływania wychowawczego za pomocą przykładu. W konfrontacji z wynikami uzyskanymi przez nauczycieli zdrowia i wpływem postaw tej grupy zawodowej na naśladowanie przez inne grupy społeczne wynik uzyskany w grupie pielęgniarek nie wydaje się napawać optymizmem w kontekście promowania korzystnych zdrowotnie zachowań.

Węglarz – Masłowska M. [22] oceniała wpływ poczucia koherencji na poziom satysfakcji z wykonywanej pracy w grupie pedagogów specjalnych i nauczycieli. Satysfakcja z pracy uwarunkowana jest wieloma czynnikami związanymi z pracownikiem i środowiskiem. Poczucie koherencji jest uważane za jeden z czynników indywidualnych, które wpływają na radzenie sobie ze stresem. Doświadczanie długotrwałego stresu zawodowego może mieć negatywny wpływ na zadowolenie z pracy, a nawet prowadzić do wypalenia zawodowego. Milaniak I, Tarnowska A. [23] wykazały związek pomiędzy siłą poczucia koherencji, optymizmem, jakością życia i poziomem stresu wśród badanych. Badanie przeprowadzone zostało wśród 120. pielęgniarek województwa małopolskiego i śląskiego. Średni poziom poczucia koherencji wyniósł 128,66 pkt. W dalszych analizach autorki nie wykazały, by poziom poczucia koherencji był związany z płcią, wiekiem, wykształceniem, miejscem zamieszkania czy stażem pracy. W dalszych analizach wykazano, że poziom stresu istotnie wpływał na siłę poczucia koherencji w badanej grupie pielęgniarek.

Jażdżewska N, Kretowicz K, Żuralska R. [24] wykazały w badaniach przeprowadzonych w grupie 100. pielęgniarek, że ukończenie specjalizacji w sposób znaczący podnosi poziom nadziei na sukces i siłę woli badanych. Ukończenie kursów kwalifikacyjnych istotnie wpływa na poziom zrozumiałości respondentów. Specyfika pracy wpływa na poczucie sensowności. Istnieje dodatnia korelacja między nadzieją na sukces a globalnym poczuciem koherencji i jego składowymi. Kształcenie podyplomowe pielęgniarek może w sposób istotny wpłynąć na wartości, poziom nadziei na sukces i poczucie koherencji oraz ich elementów, a w konsekwencji na radzenie sobie.

Wnioski.

1. Poziom poczucia koherencji nie zmienił się w ciągu trzech lat mimo zmian sytuacji zdrowotnej społeczeństwa i warunków pracy personelu medycznego (okres pandemii vs teraźniejszość).
2. Istnieje wyraźny związek między deklarowanym poziomem aktywności fizycznej i samooceną stanu zdrowia w grupie pielęgniarek zatrudnionych w szpitalu.

3. W grupie pielęgniarek istnieje związek między wynikiem poczucia koherencji i samooceną stanu zdrowia.

4. Poziom poczucia koherencji nie zmienił się w ciągu trzech lat, które upłynęły od pierwszego badania.

Piśmiennictwo:

- [1] Reuters Poland Reports First Coronavirus Case – Health Minister, 4.03. 2020.
- [2] Biegańska-Banaś J, Makara-Studzińska M, Strategie radzenia sobie pielęgniarek podczas pandemii COVID-19; Problemy Pielęgniarstwa. Nursing Problems 2020; 28 (1): 1-11.
- [3] Akbari M, Taheri M, Tabaeian P.S, Karimi M, Fayazi H, Fayazi N, The Effect of E-Learning on Self-Efficacy and Sense of Coherence of Cancer Caregivers: Application of the Bandura and Antonovsky Social Cognitive Theory. Curr Health Sci J. 2021 Oct-Dec; 47(4): 539–546.
- [4] Eriksson M, Lindström B Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. Journal of Epidemiology & Community Health 2006;60:376-381.
- [5] Eriksson M, Lindström B, Lilja J. A sense of coherence and health. Salutogenesis in a societal context: Aland, a special case? J Epidemiol Community Health. 2007 Aug;61(8): 684 - 8.
- [6] Lim HJ, Im AJ, Cho HA, Choi ES.Int.. The association between Antonovsky's sense of coherence and job stress among dental hygienists in Korea. J Dent Hyg. 2020 Aug;18(3):307-313. Epub 2020 Apr 7.
- [7] Stoyanova K, Stoyanov DS. Sence of Coherence and Burnout in Healthcare Professionalsin the COVID-19 Era. FrontPsychiatry2021 Aug2;12
- [8] <https://www.piellegniarki.info.pl/aktualnosci/piellegniarka-naczeln-a-o-wieku-kadry-piellegniarskiej>.
- [9] <https://www.termedia.pl/mz/Stare-i-biedne-obraz-polskich-piellegniarek-i-poloznym, 54200.html>.
- [10] <https://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Srednia-wieku-polskiej-piellegniarki-to-55-lat-Braki-sa-naprawde-olbrzymie,269045,14.html>.
- [11] <https://nipip.pl/wp-content/uploads/2023/12/raport-o-stanie-piellegniarstwa-i-poloznictwa-w-polsce-maj-2023.pdf>.
- [12] <https://biuroprasowe.medicover.pl/243050-nasze-spoleczenstwo-jeszcze-nie-docenia-rol-piellegniarek>.
- [13] Polak M. Pielęgniarki chcą nowej ustawy o zawodzie. Obecna nie nadąza za rozwojem kompetencji; Rynek Zdrowia, 10.04.2025 – dostęp: 23.05.2025.
- [14] Stawicka I. „Sąd apelacyjny potwierdza – pensja pielęgniarki może zależeć od wykształcenia”; portal Prawo.pl, 14.03.2025 – dostęp: 23.05.2025
- [15] <https://tvn24.pl/zdrowie/mozliwosci-piellegniarek-nie-sa-w-pelni-wykorzystywane-maja-sposob-by-to-zmienic-st8456848>.
- [16] <https://www.termedia.pl/mz/Piellegniarki-kontra-dyrektorzy-,62330.html>.
- [17] <https://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Rosnie-liczba-zgonow-piellegniarek-i-poloznym-Zyja-srednio-o-20-lat-krocej,240756,14.html>.
- [18] https://nipip.pl/wp-content/uploads/2022/06/2022_Raport-NIPiP-struktura-wiekowa-kadr.pdf.

- [19] <https://www.termedia.pl/wartowiedziec/Pielęgniarki-o-wyzwaniach-i-problemach-codziennej-pracy,56231.html>.
- [20] Kurowska K, Maciaszek A, Haor B, Rezmerska L, Poczucie koherencji a wypalenie u czynnych zawodowo pielęgniarek. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 2011, 1: 23-30.
- [21] Bartoszewicz R, Gandziarski K, Krawczyk A, Poczucie koherencji a zachowania zdrowotne nauczycieli zdrowia. *Rozprawy naukowe AWF we Wrocławiu*; 2017, (58):89 – 101.
- [22] Węglarz- Masłowska M, Poczucie koherencji a satysfakcja z pracy pedagogów specjalnych i nauczycieli. *Niepełnosprawność. Dyskursy pedagogiki specjalnej*, 2022, (47):75-87.
- [23] Milaniak I, Tarnowska B, Funkcjonowanie psychospołeczne personelu pielęgniarskiego Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Międzynarodowym Roku Pielęgniarki i Położnej oraz pierwszym roku pandemii Covid- 19. *Prawo i Społeczeństwo*, 2023, (1): 9-24.
- [24] Jażdżewska N, Kretowicz K, Żuralska R, Nadzieja na sukces a poczucie koherencji w grupie zawodowej pielęgniarek. *Problemy Pielęgniarstwa* 2018; 26 (1): 9–14.

WIZERUNEK WSPÓŁCZESNEGO PIELĘGNIARSTWA W OPINII SPOŁECZEŃSTWA

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

Wstęp. Współczesne pielęgniarstwo w Polsce ulega dynamicznym przemianom. Zmienia się również wizerunek pielęgniarki w społeczeństwie. Jest to związane z ewolucją procesów politycznych, społecznych oraz kulturowych. W przeszłości rola pielęgniarki ograniczona była do zapewnienia opieki i wsparcia chorym, pocieszenia w trudnych chwilach i cierpieniu. Z czasem odbiorcami usług pielęgniarstkich stali się nie tylko pacjenci, ale również ich rodziny i środowiska. Z tego względu działania pielęgniarki koncentrują się obecnie nie tylko na realizowaniu funkcji opiekuńczej, ale również na edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia, współudziale w wysokospecjalistycznym leczeniu oraz działalności naukowej.

Pacjenci stali się aktywnymi uczestnikami rynku medycznego, świadomymi odbiorcami usług świadczonych przez pielęgniarki. Z tej racji profesja pielęgniarki jest poddawana przez nich ciągłej ocenie. Wizerunek pielęgniarstwa kształtują obecnie wysokie kompetencje merytoryczne personelu, etyczne postępowanie i wciąż rosnące oczekiwania wobec tej grupy zawodowej. W obecnych czasach, gdy pielęgniarstwo stało się kierunkiem kształcenia uniwersyteckiego a pielęgniarki stały się odpowiedzialnymi wykonawcami samodzielnej profesji, zmienia się również wizerunek tego zawodu, rośnie jego prestiż i autonomia [1].

Sylwetka zawodowa pielęgniarki w opinii społecznej. Współczesne pielęgniarstwo zmierza do zapewnienia wysokiej jakości opieki świadczonej społeczeństwu zarówno w zdrowiu jak i w chorobie. Na kompetencje pielęgniarki składają się: wiedza, umiejętności, wartości oraz postawy, które pozwalają jej wykonywać swój zawód samodzielnie i profesjonalnie. Zakres realizowanych zadań wynika przede wszystkim z oczekiwań społecznych. Pacjenci są coraz bardziej wymagającymi podmiotami opieki, wiąże się to z dużym wyzwaniem dla pielęgniarek, którym zależy na korzystnym wizerunku zawodu. Czynnikiem wpływającym na wizerunek pielęgniarki są: postawy przedstawicieli tego zawodu, ich kultura osobista, cechy zawodowe, umiejętności interpersonalne, wartości wywodzące się ze specyfiki zawodu (filozofii i etyki pielęgniarstwa), odpowiedzialność i kompetencje zawodowe, a także poziom wynagrodzeń [1]. Niezwykle ważną rolę odgrywają również osobiste doświadczenia oraz bezpośredni kontakt pacjenta z pielęgniarką, która oceniana jest przez pryzmat swojego zachowania, wiedzy, umiejętności, a nawet wyglądu [2]. Oczekuje się od pielęgniarki nie tylko kompleksowej, stale aktualizowanej wiedzy, odpowiedniej postawy moralnej, ale też zaangażowania. Pacjent nie jest już biernym odbiorcą opieki, ale aktywnym uczestnikiem procesu pielęgnowania.

Pielęgniarka także nie jest już siostrą zakonną, która wypełnia swoje obowiązki charytatywnie. Jest profesjonalistką, a jej działanie nie ogranicza się jedynie do pracy przy łóżku pacjenta ale obejmuje działalność społeczną, edukacyjną, profilaktyczną i naukową. Wyniki badań naukowych pozwalają pielęgniarkom na realizację świadczeń zdrowotnych opartych na wiedzy sprawdzonej empirycznie. Umożliwiają także wykorzystanie najnowszych rozwiązań z zakresu nauki o zdrowiu w dążeniu do wysokiej jakości usług. Gwarantuje to działania, które są dla pacjenta najkorzystniejsze. Eliminuje się w ten sposób niewłaściwe rozwiązania, podnosząc jednocześnie jakość opieki [3].

Wyzwania współczesnego pielęgniarstwa. Dobrze funkcjonujący system opieki zdrowotnej ma istotny wpływ na codzienne życie obywateli danego kraju, szczególnie w dobie starzejących się społeczeństw. Pielęgniarki stanowią największą grupę zawodową spośród zawodów medycznych, będąc najczęściej pierwszym ogniwem kontaktu pacjenta z systemem opieki zdrowotnej. Odpowiednie zasoby personelu pielęgniarstwa to nieodzowny czynnik wpływający na prawidłowy tok leczenia. To właśnie brak ludzi – profesjonalnej kadry – stanowi jedno z najważniejszych wyzwań, z którymi mierzy się obecnie wiele państw, w tym również Polska [4].

Globalny niedobór wykwalifikowanej kadry pielęgniarstwa ma bezpośredni wpływ na dostępność i jakość świadczonej opieki. Paradoksalnie, dłuższa średnia długość życia stanowi swoistego rodzaju zagrożenie, ponieważ osoby w starszym wieku będą nieuchronnie coraz bardziej uzależnione od pomocy. Tym samym starzenie się społeczeństwa napędza popyt na opiekę [5]. Ze względu na niedobory kadry medycznej i dokonujące się zmiany demograficzno-epidemiologiczne oraz zmiany struktury zawodu, coraz większą uwagę zwraca się na wydajność, racjonalne i efektywne gospodarowanie zasobami zatrudnionego personelu. Badania naukowe dowodzą, że wprowadzenie nowych ról w pielęgniarstwie to kierunek efektywny kosztowo, przynoszący wymierne korzyści dla całej społeczności [6]. Polegają one na przekazywaniu kompetencji od lekarza do pielęgniarek, poszerzenie zadań i kompetencji w celu niezależnego, autonomicznego podejmowania decyzji przez pielęgniarki [7]. W styczniu 2016 roku nadano pielęgniarkom uprawnienia do samodzielnego ordynowania niektórych leków, wyrobów medycznych oraz środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego, natomiast w 2019 roku wprowadzono poradę pielęgniarstwa, jako zupełnie nowe i osobno finansowane przez NFZ świadczenie (porady w zakresie chirurgii, diabetologii, kardiologii, natomiast dla zawodu położnej udzielanie porad odbywa się w zakresie położnictwa i ginekologii).

Poszerzeniu kompetencji sprzyjają także nowe role podejmowane przez pielęgniarki, które

nabywają wiedzę i umiejętności w trakcie kształcenia ustawicznego. Rolą taką jest Zaawansowana Praktyka Pielęgniarska - APN (Advanced Practise Nurse). Nadaje ona pielęgniarce funkcje asystenta z kompetencjami do diagnozowania i leczenia. Celem pracy w ramach APN jest sprawowanie bezpośredniej opieki nad pacjentem. W wielu krajach istnieją różne nazwy dla tego rodzaju praktyki i najczęściej jest to obecnie pielęgniarka praktyki, co jest równoznaczne z APN. Miejsce, zadania i kompetencje pielęgniarek APN uwarunkowane są kontekstem społeczno-politycznym. Wprowadzenie APN ma na celu zwiększenie dostępności do usług zdrowotnych dla pacjentów i niwelowania różnic w ich dostępie. Wprowadzenie tej nowej roli w pielęgniarstwie wymaga dyskusji w środowiskach medycznych dla osiągnięcia najlepszego możliwego rezultatu dla pacjenta. Niezależnie od powyższego należy dążyć do wzmacniania roli pielęgniarek w polskim systemie opieki zdrowotnej poprzez podejmowanie działań na rzecz zaadoptowania założeń praktyki APN do warunków krajowych [8].

Od pielęgniarek w coraz większym stopniu oczekuje się wdrażania praktyki opartej na dowodach naukowych (EBP – evidence- based- practice), tzn. stosowania najlepszych możliwych metod wynikających z wyników badań podczas podejmowania decyzji w procesie pielęgnacji. Badania naukowe z zakresu pielęgniarstwa rozwinęły się na przestrzeni kilkudziesięciu lat, dostarczając pielęgniarkom wiedzy, gotowej do praktycznego zastosowania. Praktyka pielęgniarska oparta na wynikach badań naukowych coraz częściej postrzegana jest, jako klucz do zapewnienia wysokiej jakości opieki i obniżenia jej kosztów. Dalszy dynamiczny rozwój badań naukowych jest konieczny zarówno z perspektywy pielęgniarek, jak i pacjentów [10].

Współczesne pielęgniarstwo mierzy się również z dynamicznie zmieniającymi się wyzwaniami technologicznymi. Rozwój nowych technologii daje możliwość tworzenia innowacyjnych metod, których zastosowanie w medycynie może okazać się przełomowe. Techniki te mogą być stosowane na wielu poziomach procesu diagnostyczno- terapeutycznego, począwszy od zbierania wywiadu, a skończywszy na leczeniu domowym pacjenta. W ostatnim czasie coraz bardziej powszechne staje się wykorzystywanie narzędzi telekomunikacyjnych łączących wiele technologii cyfrowych [11]. Nowe technologie to jednak nie tylko komunikacja cyfrowa. Sztuczna inteligencja jest coraz częściej wykorzystywana w medycynie w celu ułatwienia procesu diagnostycznego. Jednak należy pamiętać, że procesu opieki nad pacjentem nie da się w pełni zautomatyzować. Działania prowadzone przez sztuczną inteligencję muszą być regularnie kontrolowane przez wykwalifikowany personel. Pamiętać bowiem należy, że wiedza i postęp w medycynie to jedno, ale żadne nawet najbardziej nowoczesne urządzenie medyczne,

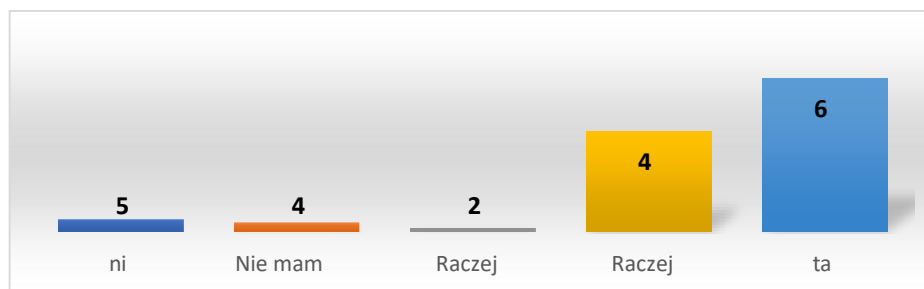
niezmienną tego, że pacjent chce czuć szczególną troskę pracowników ochrony zdrowia, rodziny i bliskich[12].

Nieodzownym wyzwaniem stojącym przed współczesnym pielęgniarstwem jest również wypalenie zawodowe. Należy zauważyć, że „zawód pielęgniarki należy do zawodów, w których bliski, intensywny kontakt z drugim człowiekiem odgrywa bardzo istotną rolę. Zaangażowanie w pracę i troska o dobro pacjenta/podopiecznego stanowi dla pielęgniarki duże obciążenie zarówno psychiczne, jak i fizyczne, co w wielu przypadkach prowadzi do wystąpienia tzw. zespołu wypalenia zawodowego (burnout syndrome)” [13,14].

Cel pracy. Celem głównym było ukazanie stanu wiedzy mieszkańców Warszawy na temat pielęgniarstwa oraz uzyskanie informacji na temat kompetencji pielęgniarek, statusu i roli zawodu w ochronie zdrowia. Do celów szczegółowych możemy zaliczyć: diagnozę najważniejszych wyzwań stojących przed pielęgniarstwem.

Materiał i metody. Materiał badawczy pozyskano metodą sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety składający się z metryczki, oraz części głównej badającej opinię mieszkańców Warszawy na temat współczesnego wizerunku pielęgniarstwa. Autorski kwestionariusz ankiety zawierał 30 pytań i były to pytania w formie zamkniętej. Badania przeprowadzono wśród 117 osób, w okresie od 30 sierpnia do 10 września 2023 roku za pomocą mediów społecznościowych- na Facebookowych grupach: Mieszkam w Warszawie, Warszawa- moje miasto. Badania poddano analizie statystycznej. Wszystkie obliczenia wykonano za pomocą pakietu statystycznego SPSS Statistics 28,0. Do zbadania zależności statystycznej pomiędzy analizowanymi cechami użyto testu chi kwadrat. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej testem χ^2 dla prób niezależnych. Przyjęto 5% ryzyka błędu wnioskowania. Wartość prawdopodobieństwa $p < 0,05$ uznano za statystycznie istotną.

Wyniki. W badaniu dotyczącym postrzegania pielęgniarstwa jako zawodu zaufania publicznego można zauważyć, że większość respondentów uważa, że pielęgniarstwo jest zawodem cieszącym się zaufaniem społecznym. Największa grupa respondentów, aż 54,7%, uważa, że pielęgniarstwo jest zawodem zaufania publicznego. To sugeruje, że większość badanych postrzega pracę pielęgniarek jako istotną i godną zaufania. Ponad jedna trzecia badanych, 35,9%, skłania się ku pozytywnej ocenie, uznając pielęgniarstwo za zawód zaufania publicznego, chociaż z pewnymi zastrzeżeniami. 4,3% respondentów wyraziło przekonanie, że pielęgniarstwo nie jest zawodem zaufania publicznego. 3,4% respondentów stwierdziło, że nie ma zdania na ten temat, co może wynikać z braku pewności lub wiedzy na ten temat (ryc.1).



Ryc.1. Ankietowani według oceny, czy pielęgniarstwo jest zawodem zaufania publicznego?

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych.

Na podstawie wyników badania dotyczącego postrzegania pozycji zawodu pielęgniarki w rankingu zawodów medycznych, można stwierdzić, że opinie respondentów są zróżnicowane, ale większość wydaje się oceniać pozycję pielęgniarki jako istotną. 31,6% respondentów uważa, że pielęgniarka zajmuje wysoką pozycję w rankingu zawodów medycznych. To sugeruje, że znacząca grupa badanych postrzega pielęgniarki jako ważne i cenione członki zespołu medycznego. Największa grupa respondentów, 45,3%, ocenia pozycję pielęgniarki jako średnią w rankingu zawodów medycznych. To może sugerować, że większość badanych uważa pielęgniarki za istotne, ale niekoniecznie na tym samym poziomie co inne profesje medyczne. Mniej więcej 19,7% respondentów uważa, że pielęgniarka zajmuje niską pozycję w rankingu zawodów medycznych. To sugeruje, że istnieje grupa osób, która ma mniej pochlebne zdanie na temat pozycji pielęgniarek w hierarchii zawodów medycznych. 3,4% respondentów przyznało, że nie ma zdania na ten temat, co może wynikać z braku pewności lub wiedzy na ten temat. Warto zauważyć, że większość badanych (76,9%) ocenia pozycję pielęgniarki jako co najmniej średnią, co sugeruje, że pielęgniarki są postrzegane jako istotne i cenione w obszarze opieki zdrowotnej, choć niekoniecznie na tym samym poziomie co niektóre inne zawody medyczne, takie jak lekarz czy farmaceuta. Opinie te mogą wynikać z różnych czynników, takich jak rola, odpowiedzialność czy prestiż danego zawodu medycznego.

Z obserwacji przeprowadzonego badania wynika, iż 42% respondentów uważa, że pozycja zawodowa pielęgniarki wzrosła w ostatnich kilkunastu latach. To sugeruje, że znacząca grupa badanych widzi postępy i pozytywne zmiany w roli pielęgniarek. Mniej więcej jedna czwarta badanych, 27,4%, uważa, że pozycja zawodowa pielęgniarki pozostaje na tym samym poziomie. To sugeruje, że część respondentów nie dostrzega znaczących zmian w roli pielęgniarek w ostatnich latach. Niemal 20% respondentów uważa, że pozycja zawodowa pielęgniarki spadła w ostatnich kilkunastu latach. To może oznaczać, że istnieje grupa osób, która obawia się, że rola pielęgniarek jest nie doceniana lub zmniejszająca się. 10,3%

respondentów stwierdziło, że nie ma zdania na ten temat, co może wynikać z braku pewności lub wiedzy na ten temat.

Opinie respondentów na temat najważniejszych cech, jakimi powinna charakteryzować się pielęgniarka, są zgodne co do kilku kluczowych cech. Większość respondentów, aż 82,1%, uważa, że profesjonalizm jest jedną z najważniejszych cech pielęgniarki. To oznacza, że badani oczekują, że pielęgniarka będzie wykazywać się wysokim poziomem wiedzy i umiejętności zawodowych oraz będzie przestrzegać etyki zawodowej. Ponad trzy czwarte respondentów (79,5%) uważa, że cierpliwość i wyrozumiałość są kluczowymi cechami pielęgniarki. To sugeruje, że pacjenci oczekują zrozumienia i empatii ze strony pielęgniarek w trudnych sytuacjach. Dla 63,2% respondentów życzliwość i serdeczność są ważnymi cechami pielęgniarki. To oznacza, że pacjenci cenią sobie miłe i przyjazne podejście ze strony personelu medycznego. Ponad 70% respondentów (72,6%) uważa, że staranność i dokładność są kluczowymi cechami pielęgniarki. To sugeruje, że badani oczekują, że pielęgniarka będzie dbała o szczegóły i wykazywała staranność w wykonywaniu swoich obowiązków. Dla ponad połowy respondentów (52,1%), komunikatywność jest ważną cechą pielęgniarki. To oznacza, że pacjenci doceniają umiejętność pielęgniarki do efektywnej komunikacji i przekazywania informacji (tab.1).

Tab.1. Ankietowani według cech charakterystycznych dla pielęgniarki

Najważniejsze cechy, jakimi powinna charakteryzować się pielęgniarka to:	Częstość	Procent
Życzliwość i serdeczność	74	63,2%
Cierpliwość i wyrozumiałość	93	79,5%
Pogodne usposobienie	42	35,9%
inteligencja	35	29,9%
profesjonalizm	96	82,1%
komunikatywność	61	52,1%
uczciwość	40	34,2%
Staranność i dokładność	85	72,6%

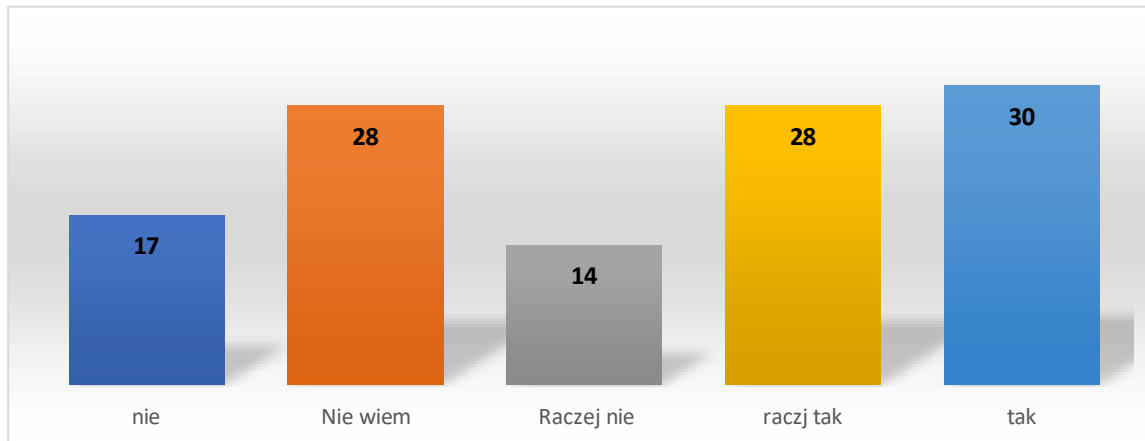
Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych

Na podstawie przeprowadzonej ankiety wynika, iż dla 72,6% badanych kompetencją społeczną w pielęgniarstwie jest ciągłe doskonalenie się i rozwijanie wiedzy, co jest kluczowe w dziedzinie opieki zdrowotnej, która stale ewoluuje. 74,4% ankietowanych, uważa, że ważną kompetencją społeczną jest rzetelność i dokładność w wykonywaniu obowiązków pielęgniarki, co ma kluczowe znaczenie dla bezpieczeństwa pacjentów. Blisko 43% respondentów uważa, że kompetencją społeczną jest umiejętność efektywnej pracy w zespole, co jest nieodzowne w kompleksowym środowisku opieki zdrowotnej. Dla ponad połowy respondentów, tj. 53,0%,

istotną kompetencją społeczną jest szacunek dla praw pacjenta, co podkreśla znaczenie etyki zawodowej pielęgniarki. Podobny odsetek respondentów, 42,7%, uważa, że kompetencją społeczną jest umiejętność podejmowania decyzji, co jest kluczowe w procesie opieki nad pacjentem. Ponad 45% respondentów podkreśla znaczenie zachowania tajemnicy zawodowej jako ważnej kompetencji społecznej w pielęgniarstwie.

Wyniki badania wskazują, że istnieje różnorodność opinii na temat przyszłości zawodu pielęgniarki. Dla 43,6% respondentów pielęgniarstwo jest uważane za zawód przyszłościowy. Oznacza to, że większość badanych uważa, że pielęgniarstwo ma perspektywy rozwoju i jest ważnym zawodem w przyszłości opieki zdrowotnej. 33,3% respondentów jest zdania, że pielęgniarstwo jest raczej zawodem przyszłościowym.

Wyniki badania wskazują różnorodność opinii na temat tego, czy respondenci chcieliby, aby ktoś z najbliższych podjął pracę w zawodzie pielęgniarki. Dla 25,6% respondentów byłoby pozytywne, gdyby ktoś z ich najbliższych podjął pracę w zawodzie pielęgniarki. To oznacza, że ta grupa badanych postrzega ten zawód jako wartościowy i godny wyboru. 23,9% respondentów jest zdania, że raczej byliby zadowoleni, gdyby ktoś z ich najbliższych zdecydował się na pracę pielęgniarki. To sugeruje, że choć istnieją pewne wątpliwości, to wciąż widzą wartość w tym zawodzie (ryc2).



Ryc.2. Ankietowani według pracy jako pielęgniarka w najbliższym otoczeniu

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych

Dyskusja. Współczesne pielęgniarstwo uległo w ostatnich latach wielu przemianom, dążąc do zapewnienia społeczeństwu coraz lepszej opieki. Zakres realizowanych zadań w pielęgniarstwie w dużym stopniu wynika z oczekiwań społecznych, dlatego istotne stało się poznanie opinii społeczeństwa na temat wizerunku zawodowego pielęgniarek. Badanie i analizowanie tego zagadnienia, jest również ważne z punktu widzenia samych pielęgniarek, które dążą do poprawy zawodowego wizerunku.

Z przeprowadzonych badań wynika, że pozycja zawodowa pielęgniarki wzrosła w ostatnich

kilkunastu latach. 42% respondentów dostrzegło pozytywne zmiany w postrzeganiu zawodu pielęgniarki. Warto dodać, że kobiety były bardziej skłonne twierdzić, że pozycja zawodowa pielęgniarek wzrosła lub pozostała na tym samym poziomie, podczas gdy mężczyźni częściej byli zdania, że ta pozycja spadła. Podobne wyniki uzyskano w badaniach Siwek i Nowak- Starz [15].

Zawód pielęgniarki znajduje się w grupie zawodów zaufania społecznego. To świadczy o profesjonalizmie tej grupy zawodowej, wysokiej jakości usług, bezpośredniej służbie ludziom a także o działalności w interesie społecznym. Prestiż tego zawodu oceniony na miejscu 4 w 2009 roku, osiągnął miejsce 2 w 2019 roku [16]. W badaniach własnych, większość respondentów oceniła pozycję pielęgniarki w rankingu zawodów jako co najmniej średnią, co oznacza, że pielęgniarki odgrywają znaczącą rolę w systemie opieki ale niekoniecznie na tym samym poziomie co inne zawody medyczne, np. lekarz lub farmaceuta. Respondenci o wykształceniu podstawowym wyrażali bardziej pozytywne postrzeżenie zawodu. Zarówno kobiety jak i mężczyźni podobnie postrzegali pielęgniarki na tle innych zawodów medycznych. Podobne wyniki uzyskali w badaniach Mroczek i wsp. wskazując na 4 miejscu zawodów pielęgniarki pod względem zaufania społecznego, za zawodem lekarza [17]. Nieco odmiennego zdania byli respondenci z badań Skorupskiej i Machowicz, wśród 10 miejsc, najwyższe otrzymała pielęgniarka [18]. Respondenci z badań Koralewicz i wsp. wyrażali bardziej zróżnicowane opinie co do pozycji pielęgniarek na tle innych zawodów (18,5% oceniło nisko, 13,8% wysoko, 3,7% bardzo wysoko) [1].

W badaniach Mędrzyckiej - Dąbrowskiej i wsp. ponad połowa kobiet (50,8%) i część mężczyzn (46,2%), uznała że pielęgniarstwo jest zawodem szczególnego zaufania społecznego oraz szacunku [15]. Podobne wyniki uzyskano w badaniach własnych, gdzie 54,7% respondentów uznało pracę pielęgniarek jako istotną społecznie i godną zaufania. Prestiż społeczny jest według 1/5 ankietowanych (badania własne), czynnikiem który ma wpływ na pozycję zawodową pielęgniarki. Wśród głównych czynników, które wzmacniają wizerunek pielęgniarki, badani wymieniali najczęściej: wynagrodzenie (59%) oraz podnoszenie kwalifikacji i doskonalenie zawodowe (59%). Do podobnych wniosków doszły Sobczak i Kamińska. To podkreśla znaczenie stałego rozwoju zawodowego. Kształcenie podyplomowe jest obowiązkiem każdej aktywnej pielęgniarki. Zawód ten wymaga coraz większej specjalistycznej wiedzy a wykonujące go osoby stanowią jedną z najbardziej kształcących się grup społecznych. Na konieczność ciągłego podnoszenia kwalifikacji wskazało w badaniach 79,9% pielęgniarek i pielęgniarzy (82,9% osób w wieku 41-50 lat) [18].

W budowaniu oraz umacnianiu zaufania społecznego istotne jest wskazanie najważniejszych

cech, jakie według badanych powinna posiadać pielęgniarka. Większość respondentów (82,1%), wskazało na profesjonalizm. Badani oczekują, zatem że pielęgniarka będzie prezentować wysoki poziom wiedzy i umiejętności zawodowych oraz przestrzegać zasad etyki zawodowej. 79,5% badanych wybrało cierpliwość i wyrozumiałość jako kluczowe cechy pielęgniarki, 63,2% życzliwość i serdeczność, 72,6% staranność i dokładność, 52,1% doceniło zaś umiejętność efektywnej komunikacji. Podobne wyniki uzyskano w badaniach Grabskiej i Stefańskiej, gdzie wskazano na staranność, dokładność i wyrozumiałość [19].

Badania Rys i Kudłacik, pokazują że najbardziej pożądane cechy to: wyrozumiałość (66,1%), życzliwość (69,6%), wiedza (66,1%), oraz wsparcie (60%) [20]. Wśród kompetencji społecznych istotnych w pielęgniarstwie ankietowani wskazali głównie na podnoszenie kwalifikacji, rzetelne i dokładne wypełnianie obowiązków, empatię w relacji z pacjentami rodziną oraz umiejętność pracy w zespole. Te kompetencje społeczne, są niezwykle istotne, ponieważ wpływają na jakość opieki, doświadczenia pacjentów i poprawę wizerunku zawodowego pielęgniarek.

Według pielęgniarek w badaniu Freud i Kołodziejczyk, najważniejszą cechą świadczącą o profesjonalizmie jest troska o pacjenta oraz poczucie odpowiedzialności (45,8%). Na profesjonalizm, wiedzę i umiejętności wskazało 27,1% badanych a relacje z zespołem pielęgniarskim 27,1% [21]. Z obserwacji badań własnych wynika, że dla 43,6 % respondentów, pielęgniarka to przede wszystkim wykwalifikowany specjalista, co podkreśla wysoki poziom wiedzy i umiejętności. Dla większości to zawód zaufania publicznego (68,4%). Ponad połowa badanych (60,7%) uważa, że pielęgniarka wykonuje swój zawód z poczucia misji i powołania [21].

Zdaniem studentów, czynniki zachęcające do pracy w zawodzie pielęgniarki to głównie motywy wewnętrzne, takie jak: chęć niesienia pomocy, kontaktu z ludźmi, bycie potrzebnym. Zniechęcają natomiast do wyboru tej profesji: wynagrodzenie, opinia rówieśników oraz opinia społeczna o zawodzie [22]. W ocenie młodych respondentów badanych przez Siwek i Nowak-Starza także w badaniach Mędrzyckiej- Dąbrowskiej i wsp. zawód pielęgniarki został oceniony jako mniej prestiżowy właśnie ze względu na niskie wynagrodzenie, duża odpowiedzialność oraz specyficzny charakter wykonywanej pracy [15].

Z przeprowadzonego badania wynika, że większość badanych popiera także wysiłki pielęgniarek w dążeniu do poprawy swojej zawodowej sytuacji. Pozytywne stanowisko wobec protestów i manifestacji w kwestii wynagrodzeń wyraziło 73,5% respondentów. W opinii 88,9 % badanych Ministerstwo Zdrowia powinno odegrać kluczową rolę w podniesieniu prestiżu zawodu pielęgniarki. 30,8% wskazało w odpowiedziach na związki zawodowe. Blisko 37%

ankietowanych uważa że same pielęgniarki powinny być zaangażowane we wzmacnianie pozycji zawodu. Podobnego zdania byli ankietowani w badaniu Siwek i Nowak [15]. W opinii pielęgniarek za poprawę wizerunku odpowiedzialne powinny być organizacje zawodowe (48,6%) a także każda pielęgniarka osobiście (47%) [23]. Z kolei pielęgniarki z badań Sykut i Dobrowolskiej, zasugerowały takie działania jak: promowanie osiągnięć zawodowych, zmiana stereotypów dotyczących zawodu oraz upowszechnianie przez media rzetelnych informacji na temat profesji pielęgniarek [23,24].

Niestety, jak wynika z badań Sykut i Dobrowolskiej w mediach wciąż za mało jest informacji o kompetentnej pracy pielęgniarek, zadowoleniu pacjentów. Pojawia się natomiast przekaz negatywny, oparty na stereotypach, doniesieniach o błędach w sztuce, strajkach i protestach. Istnieje ogromna potrzeba działania w celu poprawy wizerunku prezentowanego przez media elektroniczne [23].

Według M. Kózki, krajowego konsultanta w dziedzinie pielęgniarstwa, promocja zawodu jest niezwykle istotna, by zachęcić kandydatów do podejmowania nauki na kierunku pielęgniarstwo [25]. Wiek pracujących w Polsce pielęgniarek od kilku lat sukcesywnie wzrasta. Wg danych GUS w 2022 roku średni wiek pielęgniarki wyniósł 53 lata a prognozy zakładają że w roku 2030 będzie to nawet 60 lat [26]. W badaniach własnych ankietowani byli bardziej optymistyczni co do aktualnego średniego wieku pielęgniarek, oceniając go na 45 lat. Podobnego optymizmu nie wyrazili już natomiast w odpowiedzi na pytanie odnośnie liczby pielęgniarek zatrudnionych w Polsce, odpowiadając w większości że jest ich za mało. Interesujące jest, że pomimo deficytów kadrowych, prawie połowa badanych (46,2%), oceniła dobrą jakość opieki świadczonej przez pielęgniarki. Opinie na temat przyszłości zawodu pielęgniarki są zróżnicowane, prawie połowa badanych uważa że jest to zawód przyszłościowy, widzą w nim perspektywy rozwoju poprzez zwiększenie uprawnień i wzrost prestiżu.

Wnioski. W ostatnich kilkunastu latach zaszło wiele zmian w kwestii roli i zadań pielęgniarek, oczekiwań i postrzegania wykonywanego przez nie zawodu. Zmiany prawa istotnie wpłynęły na wzrost roli pielęgniarek w systemie ochrony zdrowia. Profesjonalizm opieki pielęgniarstwiej wyraża się poprzez fachową realizację zleceń i procedur a także wstawianiu samodzielnej diagnozy pielęgniarstwiej i wdrażaniu właściwej opieki pielęgnacyjnej. Od 1.01.2015 roku pielęgniarkom jako przedstawicielkom samodzielnego zawodu medycznego zwiększono kompetencje w zakresie rozpoznawania stanu zdrowia pacjenta oraz samodzielnej ordynacji produktów leczniczych i kontynuacji recepty lekarskiej w ramach zlecenia lekarskiego. Pielęgniarki to ponadto osoby z wyższym wykształceniem, odpowiednimi kompetencjami i umiejętnościami, które są niezastąpionymi partnerami lekarzy w ramach zespołów

terapeutycznych.

Poprawę jakości usług medycznych świadczonych przez pielęgniarki odczuła większość ankietowanych. To wskazuje na pozytywne zmiany, które spowodowały podniesienie standardów opieki pielęgniarskiej. Pielęgniarka to przede wszystkim wykwalifikowany specjalista, który systematycznie podnosi swoje kwalifikacje, przedstawiciel zawodu zaufania publicznego, który rzetelnie i dokładnie wypełnia powierzone obowiązki, wykonując swój zawód z poczucia misji i powołania.

Piśmiennictwo:

1. Koralewicz D., Kuriata- Kościelnia Ewa I., Mroz S., Opinia studentów pielęgniarstwa ma temat wizerunku zawodowego pielęgniarzek w Polsce, *Pielęgniarstwo i zdrowie publiczne*, 2017:7(4);s. 285-292.
2. Cichońska K., Michalska A., Cichońska M., Postrzeganie wizerunku współczesnej pielęgniarki w opinii społeczeństwa, w *Inwestowanie w pielęgniarstwo i poszanowanie praw pielęgniarzek- kontrowersje i wyzwania*, PWSZ Głogów 2022s: 11-29.
3. Kojder E., Zarzycka D., Wizerunek zawodowy pielęgniarki i jego determinanty, *Pielęgniarstwo XXI wieku*, Nr 2(47)/2014.
4. Lizak D, Goździalska A, Seń M, Jaśkiewicz J. Satora R, Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna- obowiązekczywyzwaniedlapracownikówochronydzrowiawXXIwieku?, <https://repozytorium.ka.edu.pl/bitstreams/7a91be13-795d-4b19-bef9-818830f8ffa2>, 2014, [dostęp 5.12.2023].
5. Proniewicz J: Prognoza liczby pielęgniarzek w Polsce na lata 2017-2027. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach* 2017; 340; <http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.cejsh-a1189ea2-aca6-4a1c-ab49-120153d619b4>, [dostęp z dnia: 6.12.2019].
6. World Health Organization (WHO) (2015): Global strategy on human resources for health: work force 2030; <http://www.who.int/hrh/resources/globstrathrh-2030/en/>, [dostęp 5.12.2023].
7. Kilańska D., EBN czyli pielęgniarstwo oparte na faktach, *Służbazdrowia*, 2019, nr9- 16, s:54-58.
8. Bartosiewicz A., Jacek A., StrategierozwojuiwyzwaniapielęgniarskawPolsceina Świecie, *Zeszyty naukowe Uniwersytetu Rzeszowskiego*, Zeszyt 112/2020, DOI: 10.15584/znurprawo.2020.30.4, [dostęp 6.12.2023].
9. 12.2020_raport-_nowe_kompetencje_pielęgniarek_i_polożnych.pdf (mz.gov.pl), [dostęp 6.12.2023].
10. Węgrzynowska E. J., Rola pielęgniarki w opiece nad dzieckiem przewlekle chorym i niepełnosprawnym, 10.19251/pwod/2018.2(6), www.pwod.pwsplock.pl, [dostęp 5.12.2023].
11. Lesińska Sawicka M., Badania naukowe w pielęgniarstwie. Wybrane zagadnienia. Przewodnik dla studentów, PWSZ, Piła, 2017.
12. Pepito J. A., Locsin R., Can nurses remain relevant in a technologically advanced future?, *International Journal of Nursing Sciences*, <http://www.elsevier.com/journals/international-journal-of-nursing-sciences/2352-0132>, [dostęp 6.12.2023].
13. Gruszka, J., Zwierzyńska A., Komar-Gruszka K., Adamczyk-Gruszka O, Nowe technologie w medycynie, *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej*, tom. 7, rok 2022, zeszyt 3, s. 25. 61-69.
14. Wilczek-Rużyczka E., Zaczek I., Wypalenie zawodowe polskich pielęgniarek – metaanaliza badań, *Hygeia Public Health* 2015, 50(1): 9-13,

15. Siwek M., Nowak-Starz G., Współczesny wizerunek pielęgniarstwa w opinii społeczeństwa, *Pielęgniarstwo Polskie* nr 3(65)2017.
16. Komunikat CBOS, [dostęp 1.12.2023].
17. Stachoń K., Rybka M., Pielęgniarstwo jako zawód zaufania publicznego w opinii pacjentów, *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o zdrowiu*, 4(1)2016, <https://wyd.edu.pl/index.php/2uncategorised/pielęgniarstwo-jako-zawod-zaufania-publicznego-w-opinii->, [dostęp 1.12.2023].
18. Wasilewska E., *Statystyka opisowa od podstaw*, SGGW, 2015
19. <https://bazawiedzy.uksw.edu.pl/info/book/UKSW8be2d15ed29445119a7fcf545fb3c098/> [dostęp 22.02.2024]
20. Wizerunek i zadania pielęgniarki POZ z perspektywy pacjentów – Stowarzyszenie Pielęgniarki Cyfrowe (pielęgniarkicyfrowe.pl), dostęp [20.04.2024].
21. Ryś B., Kudłacik B., Fraś M., Michalik A. Oczekiwania pacjentów w zakresie edukacji zdrowotnej wobec pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2014, 22 (4), 496-502.
22. Aniśko P., Popławska M., Zajkowska N., Andrejczuk J., Krajewska-Kułak E., Czy coś się zmienia w postrzeganiu zawodu pielęgniarki- wybrane aspekty problemu, *Pielęgniarstwo wczoraj i dziś. Rok 2020 rokiem pielęgniarstwa*, praca zbiorowa pod red. Lewko J., Łukaszuk C., Krajewska-Kułak E., Białystok 2020, s:225-250.
23. Sykut A., Massalska K., Dobrowolska B., Elementy wizerunku zawodowego pielęgniarek w mediach elektronicznych oraz ich konteksty. *Opinia pielęgniarek aktywnych zawodowo*, *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2016; 1(54)s: 43-49.
24. Uryga M., Kusper- Tokarczyk J., Cież N., Stasiowski J., Pielęgniarstwo zawodem prestiżowym - oczekiwania a rzeczywistość, w *Inwestowanie w pielęgniarstwo i poszanowanie praw pielęgniarek- kontrowersje i wyzwania*, PWSZ Głogów 2022,s: 39-51.
25. Kózka M, Co czeka polskie pielęgniarstwo? Analiza Przypadków. *Pielęgniarstwo i Położnictwo*, 2016, nr.1, s: 37-40.
26. <https://nursing.com.pl/artukul/raport-gus-polska-w-liczbach-2022-katastrofalne-dane-dotyczace-pielęgniarek-i-polozonych-6299b8cb5b2043457d408992>, [dostęp 23.02.2024].

ZACHOWANIA ZDROWOTNE PIELĘGNIAREK PRACUJĄCYCH W TRYBIE ZMIANOWYM

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

Wstęp. Placówki ochrony zdrowia oferują więcej stanowisk pracy w trybie zmianowym niż jakakolwiek inna branża. Praca zmianowa może mieć znaczący negatywny wpływ na wiele aspektów zdrowia fizycznego, psychicznego i psychospołecznego pracownika oraz na jego wydajność w pracy. Pielęgniarki pracujące na nocną zmianę są narażone na zwiększone ryzyko raka piersi, raka jelita grubego, cukrzycy, upośledzenia funkcji odpornościowych i otyłości oraz zakłóceń w relacjach z małżonkami i dziećmi [1]. Ponadto, literatura tematu wskazuje, że pielęgniarki są często narażone na występowanie nadwagi, złe nawyki żywieniowe i niedostateczną aktywność fizyczną.

Badania porównujące BMI pielęgniarek pracujących zmianowo oraz pielęgniarek pracujących dziennie wykazują istotny wpływ pracy zmianowej na wzrost masy ciała [2]. Analiza literatury wskazuje, że im dłuższy czas pracy zmianowej, szczególnie w nocy, tym większe ryzyko zachorowania na cukrzycę typu 2. Wśród pielęgniarek z co najmniej 20-letnim stażem pracy nocnej ryzyko wzrastało o 24% [3]. W innym badaniu wykazano, że u pielęgniarek pracujących w systemie zmianowym ryzyko zachorowania na cukrzycę typu 2 było o 50% wyższe w porównaniu z pielęgniarkami pracującymi jedynie w dzień [4]. Pielęgniarki śpiące mniej niż 5 godz. na dobę charakteryzują się istotnie większym ryzykiem wystąpienia nadciśnienia tętniczego niż pielęgniarki śpiące średnio 7 godz.[5].

W badaniu Papantoniou, Devore i Massa, wykazano istotną zależność pomiędzy wysokim stażem pracy zmianowej a większym ryzykiem raka odbytnicy. Odkrycia te sugerują, że długotrwałe zaburzenia rytmu dobowego mogą odgrywać rolę w rozwoju raka jelita grubego [6].

Badania wykazują, iż osoby pracujące zmianowo, częściej charakteryzują się niższym poziomem wykształcenia, w porównaniu z pracownikami dziennymi [7].

Wśród ogólnej populacji pracowników ochrony zdrowia (badania prowadzone w różnych krajach) pielęgniarki palą najwięcej papierosów (45–57%).

Ze względu na czas trwania pracy w godzinach nocnych, pracownicy nie zapewniają sobie odpoczynku, który naturalnie wyznacza ich zegar biologiczny. Sen kompensacyjny w ciągu dnia nie ma już takiej wysokiej wartości regeneracyjnej dla człowieka, ponieważ dzień stanowi porę czuwania, podczas której organizm jest przyzwyczajony do aktywności wielu procesów

biologicznych [8]. Literatura wskazuje, że wraz z niższą jakością snu i niewystarczającym czasem snu ryzyko różnych zagrożeń dla zdrowia, takie jak zespół metaboliczny, zwiększa się [9,10]. Badania wykazują gorszą jakość snu pielęgniarek pracujących zmianowo, jednak ilość godzin poświęcanych na sen w ciągu doby u wszystkich pielęgniarek jest taka sama [11].

Głównym **celem pracy** jest charakterystyka zachowań zdrowotnych w grupie pielęgniarek pracujących w trybie zmianowym.

Materiał i metody. Osoby objęte badaniem to pielęgniarki i pielęgniarze których średnia arytmetyczna wieku to ok. 36 ± 11 lat. Liczebność grupy to 202 osoby, 181 (89,6%) kobiet i 21 (10,4%) mężczyzn, o różnym stopniu wykształcenia (tabela 1) . Kryteriami przystąpienia do ankiety była aktywność zawodowa jako pielęgniarz/pielęgniarka oraz praca w trybie zmianowym. Badania prowadzono w wersji internetowej od października do grudnia 2023 roku. Respondenci wyrazili świadomą zgodę na anonimowy udział w badaniu. Do zebrania danych wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem następujących narzędzi:

1. Kwestionariusz własnego autorstwa pozwalający skategoryzować grupę badaną pod względem socjodemograficznym:

- płeć,
- wiek,
- wielkość miejscowości zamieszkania,
- stopień wykształcenia,
- staż pracy (w latach i miesiącach),
- miejsce pracy.

2. Kwestionariusz KOMPAN do badania zwyczajów i zachowań żywieniowych

Kwestionariusz KomPAN posiada wydzielone części z pogrupowanymi tematycznie pytaniami:

- A. Zwyczaje żywieniowe,
- B. Częstotliwość spożycia żywności,
- C. Poglądy na temat żywności i żywienia,
- D. Styl życia i dane osobowe.

3. Międzynarodowy kwestionariusz aktywności fizycznej (IPAQ) - krótka wersja - zawiera siedem pytań dotyczących wszelkich form aktywności fizycznej związanej z życiem codziennym, pracą i relaksem. Obejmuje to zadania wykonywane zarówno w miejscu pracy, w domu, jak i w otoczeniu, podczas przemieszczania się oraz podczas czasu wolnego poświęconego rekreacji, ćwiczeniom lub sportowi.

Obliczenia wykonano w środowisku statystycznym R wer.3.6.0, w programie PSPP oraz MS Office 2019.

Tab. 1. Charakterystyka badanej grupy

Płeć	Częstość	Procent
kobieta	181	89,60%
mężczyzna	21	10,40%
Wiek	Częstość	Procent
22 – 30 lat	83	41,10%
31 – 40 lat	53	26,20%
41 – 50 lat	40	19,80%
51 – 60 lat	24	11,90%
powyżej 60 lat	2	1,00%
Miejsce zamieszkania	Częstość	Procent
wieś	45	22,30%
miasto do 50 tys.	16	7,90%
miasto 50 – 100 tys.	18	8,90%
miasto 100 – 500 tys.	32	15,80%
miasto powyżej 500 tys.	91	45,00%
Wykształcenie	Częstość	Procent
średnie	25	12,40%
licencjackie	120	59,40%
magisterskie	57	28,20%
Staż pracy	Częstość	Procent
do 5 lat	91	45,00%
6 – 20 lat	54	26,70%
powyżej 20 lat	57	28,20%

Wyniki. Niskim natężeniem zdrowego odżywiania charakteryzowało się 79,2% (n=160) badanych. Wśród badanej grupy 20,3% (n=41) stanowiły osoby charakteryzujące się umiarkowanym natężeniem zdrowego odżywiania. Dużym natężeniem zdrowego odżywiania odznaczało się 0,5% (n=1) badanej grupy. Aż 94,6% (n=191) badanej grupy stanowiły osoby charakteryzujące się małym natężeniem niezdrowego odżywiania. Wśród grupy badanych 5,4% (n=11) grupy obejmują osoby charakteryzujące się umiarkowanym natężeniem niezdrowego odżywiania. Respondenci których jakość diety jest najmniej zdrowotna obejmowało 1,5% (n=3) badanej grupy. Wśród grupy badanej 83,7% (n=169) stanowili osoby o przeciętnej jakości diety. 14,9% (n=30) osób wśród grupy badanej odznaczało się najbardziej zdrowotną jakością diety. W badaniu wzięło udział 2,5% (n=5) respondentów z niedostateczną wiedzą żywieniową. W grupie badanej 62,4% (n=126) osób posiadało dostateczną wiedzę żywieniową. Respondenci z dobrym poziomem wiedzy żywieniowej stanowili 35,1% (n=71) grupy badanej. Wśród wszystkich respondentów 10% (n=19) charakteryzowało się niewystarczającym poziomem aktywności fizycznej. W badaniu wzięło udział 39,5% (n=75)

osób o wystarczającym poziomie aktywności fizycznej. Wysokim poziomem aktywności fizycznej odznaczało się 50,5% (n=96) respondentów. Szczegółowy procentowy rozkład odpowiedzi zawarty w tabeli 2 i 3.

Odnotowano istotne różnice statystyczne ($p < 0,05$) pomiędzy osobami ze stażem do 5 lat a osobami ze stażem powyżej 20 lat. Wśród połowy osób ze stażem do 5 lat indeks niezdrowej diety był nie większy niż $Me = 13,00$, natomiast wśród połowy osób ze stażem powyżej 20 lat był nie mniejszy niż $Me = 19,00$. Osoby ze stażem pracy powyżej 20 lat charakteryzowały się istotnie statystycznie ($p < 0,05$) większym nasileniem niezdrowej diety niż osoby ze stażem do 5 lat (rycina 1). Odnotowano istotne różnice statystyczne ($p < 0,05$) pomiędzy osobami z wykształceniem średnim a osobami z wykształceniem licencjackim i magisterskim. Wśród połowy osób z wykształceniem średnim indeks niezdrowej diety był nie mniejszy niż $Me = 20,00$, podczas gdy wśród połowy osób z wykształceniem licencjackim był nie większy niż $Me = 14,00$, a magisterskim nie większy niż $Me = 13,00$. Wykazano, że indeks niezdrowej diety był istotnie statystycznie ($p < 0,05$) wyższy wśród osób ze średnim niż z wyższym wykształceniem (rycina 2).

Tabela 2. Charakterystyka respondentów na podstawie odpowiedzi na pytania Kwestionariusza KomPAN oraz Międzynarodowego Kwestionariusza Aktywności Fizycznej IPAQ

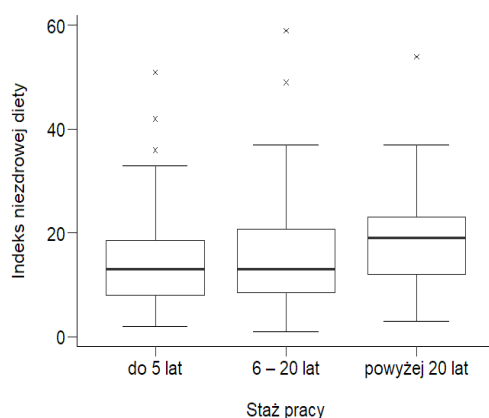
Natężenie zdrowego odżywiania	Częstość	Procent
małe	160	79,20%
umiarkowane	41	20,30%
duże	1	0,50%
Natężenie niezdrowego odżywiania	Częstość	Procent
małe	191	94,60%
umiarkowane	11	5,40%
Jakość diety	Częstość	Procent
najmniej zdrowotna	3	1,50%
przeciętna	169	83,70%
najbardziej zdrowotna	30	14,90%
Poziom wiedzy żywieniowej	Częstość	Procent
niedostateczny	5	2,50%
dostateczny	126	62,40%
dobry	71	35,10%
Poziom aktywności fizycznej	Częstość	Procent
niewystarczający	19	10,00%
wystarczający	75	39,50%
wysoki	96	50,50%

Tabela 3. Charakterystyka respondentów na podstawie odpowiedzi na pytania ankiety socjodemograficznej, Kwestionariusza KomPAN oraz Międzynarodowego Kwestionariusza Aktywności Fizycznej IPAQ

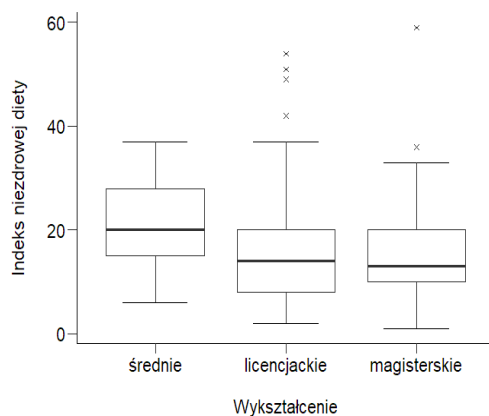
Zmienna	N	M	SD	Min	Maks	Me
Staż pracy	202	13,01	12,20	1,00	47,00	8,50

Masa ciała	202	68,33	11,83	42,00	110,00	67,00
Wzrost	202	168,21	7,76	146,00	193,00	168,00
Wskaźnik BMI	202	24,13	3,72	16,51	37,64	23,85
Obwód pasa	198	83,50	11,71	50,00	120,00	83,00
Indeks prozdrowotnej diety	202	24,12	12,78	2,00	70,00	23,00
Indeks niezdrowej diety	202	16,01	10,16	1,00	59,00	14,00
Indeks ogólnej jakości diety	202	8,05	15,48	-41,00	54,00	6,00
Wiedza punkty	202	15,13	3,42	0,00	22,00	15,50
Aktywność fizyczna	190	4615,28	4669,60	50,00	34608,00	3211,00

N – liczzebność; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; Min – minimum; Maks – maksimum; Me – mediana

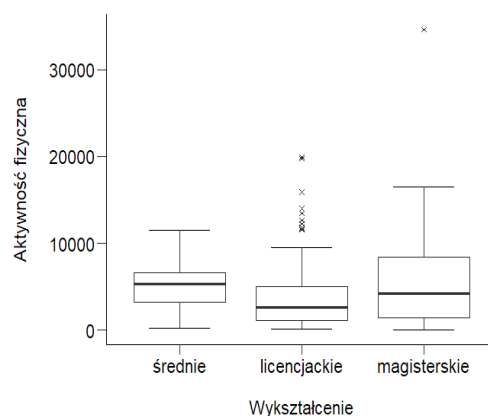


Rycina 1. Indeks niezdrowej diety badanych zróżnicowany stażem pracy



Rycina 2. Indeks niezdrowej diety badanych zróżnicowany poziomem wykształcenia

Aktywność fizyczna połowy osób z wykształceniem licencjackim była nie większa niż $Me = 2622,00$, natomiast aktywność połowy osób z wykształceniem magisterskim była nie mniejsza niż $Me = 4212,00$. Osoby z wykształceniem magisterskim charakteryzowały się istotnie statystycznie ($p < 0,05$) wyższym poziomem aktywności fizycznej niż osoby z wykształceniem licencjackim (rycina 3).



Ryc. 3. Aktywność fizyczna badanych zróżnicowana poziomem wykształcenia

Dyskusja. System pracy zmianowej zaburza rutynę dnia codziennego. Zmniejszona liczba personelu pielęgniarskiego wiąże się ze zwiększoną ilością zadań w trakcie pracy. Powyższe fakty bezpośrednio wpływają na ograniczenie czasu przerw w trakcie pracy. Może to skutkować zmniejszoną ilością przyjmowanych posiłków w ciągu dnia. W niniejszej pracy analiza statystyczna wykazała, iż ok. połowa badanych przyjmuje prawidłową ilość posiłków w ciągu dnia, tj. od 4 do 5. W porównywanej pracy badawczej Sińskiej, Kucharskiej, Sienkiewicz i Dykowskiej również taka sama liczba respondentek spożywa w ciągu dnia prawidłową ilość posiłków [12]. Z powyższych informacji wynika, że jedynie ok. połowa pielęgniarek pracujących zmianowo przyjmuje posiłki zgodnie z zaleceniami żywieniowymi. Nieregularne spożywanie posiłków zaburza m.in. gospodarkę węglowodanową, co zwiększa ryzyko wystąpienia cukrzycy, insulinooporności oraz chorób sercowo-naczyniowych [13].

Praca zmianowa upośledza rytm dobowy, a co za tym idzie, regularność spożycia posiłków. Konsekwencją niebilansowanej diety oraz braku aktywności fizycznej jest nieprawidłowa wartość BMI. W badaniu własnym większość ankietowanych - 65,3%, charakteryzowała się prawidłową wartością BMI. W badaniu Almajwal niewiele mniej pielęgniarek utrzymuje prawidłową wartość BMI. Natomiast w porównaniu do badań własnych, więcej respondentek Almajwal odznaczało się wyższymi wartościami BMI. Praca zmianowa zmienia zachowania żywieniowe ze względu na wiele czynników biologicznych, społecznych i kulturowych. Zmiany nocne mogą powodować zaburzenia motoryki jelit, trawienia i wchłaniania. Za zmianę sposobu żywienia może odpowiadać ograniczony wybór żywności podczas dyżurów w szpitalu. Dlatego praca zmianowa jest czynnikiem zwiększającym ryzyko otyłości u pielęgniarek [14].

Aktywność fizyczna determinuje jakość i długość życia człowieka [15]. Tak jak wspomniano wcześniej, WHO wyznaczyła odpowiednią ilość czasu poświęconą na aktywność fizyczną w ciągu tygodnia. Zalecane jest wykonywanie co najmniej ok. 2-5 h umiarkowanej aktywności

fizycznej w ciągu tygodnia. W grupie badanej ponad połowa respondentów uprawia aktywność fizyczną w czasie wolnym. Jednak, w grupie ankietowanych przez Samhat, Attieh oraz Sacre pielęgniarek, zdecydowana większość nie prowadzi aktywnego trybu życia. Według badań prowadzonych przez Martyn i McElvenny prawie wszyscy pracownicy zmianowi wykonywali niewystarczającą ilość umiarkowanej aktywności fizycznej. Badania zostały przeprowadzone na podstawie różnych kwestionariuszy, jednak wyniki badań własnych opisują znacznie niższą aktywność fizyczną wśród pracowników, niż w porównywanym badaniu prowadzonym przez Martyn i McElvenny [16]. Istnieją dowody na związek siedzącego trybu życia ze śmiertelnością z jakiegokolwiek przyczyny oraz śmiertelnością z powodu chorób sercowo-naczyniowych. Ryzyko powyższych powikłań wzrasta przy obniżonej ilości aktywności fizycznej. Badania wykazały, że ok. 50-60% dorosłych Polaków uprawia zbyt małą ilość aktywności fizycznej. Pielęgniarki usprawiedliwiają brak aktywności zmęczeniem po nocnych zmianach. Często nie podejmują żadnej aktywności fizycznej, nawet gdy mają czas na ćwiczenia, ze względu na zmęczenie związane z charakterem ich pracy [17]. Brak dostatecznej ilości aktywności fizycznej przyczynia się do zwiększania masy ciała, a w konsekwencji, do nadwagi i otyłości. Ponadto, deficyt aktywności fizycznej prowadzi do zwiększonego ryzyka chorób serca, udarów mózgu oraz cukrzycy typu 2 [18]. W niniejszej pracy przeanalizowano wpływ różnych czynników na poziom aktywności fizycznej. Jednym z nich jest wykształcenie. Wśród badanych, osoby z wykształceniem wyższym magisterskim są bardziej aktywne fizycznie niż osoby z niższym stopniem wykształcenia. Natomiast badania Gacek nie prezentują istotnej różnicy w poziomie aktywności fizycznej u osób z różnym poziomem wykształcenia. Uprawianie wysiłku fizycznego zmniejsza ryzyko wystąpienia miażdżycy u osób zdrowych, przyczynia się to do zmniejszenia występowania chorób sercowo-naczyniowych. Odpowiednio regularna aktywność fizyczna wpływa korzystnie na funkcjonowanie sprawności umysłowej oraz stanowi czynnik prewencyjny przed zaburzeniami pamięci [18].

Palenie tytoniu oraz spożywanie alkoholu to jedne z najbardziej rozpowszechnionych używek na świecie. Duża ilość pracowników zmianowych pali tytoń. Jednak interesujące są zależności między tą zróżnicowaną grupą. Z badań własnych wynika, że pielęgniarki ze stażem dłuższym niż 5 lat częściej korzystają z tej używki, niż pielęgniarki z krótszym stażem pracy. Badania przeprowadzone przez Buchvolda, Pallesen oraz Øyane na grupie pielęgniarek zgadzają się z wynikami niniejszej pracy. Według analizy badań własnych, staż pracy nie wpływa na częstość spożycia napojów alkoholowych. Jednak w porównywanej pracy badawczej Buchvolda, Pallesen oraz Øyane pielęgniarki ze stażem pracy dłuższym niż 5 lat rzadziej spożywają alkohol, niż pielęgniarki z krótszym stażem pracy. Omawiane używki są kontrolowanymi

czynnikami zwiększającymi ryzyko wielu chorób cywilizacyjnych. Ograniczenie palenia tytoniu oraz spożywania napojów alkoholowych zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia wyżej wymienionych chorób [19].

Sen jest jedną z najważniejszych biologicznych potrzeb człowieka. Nieregularny sen stwarza możliwość wystąpienia szkodliwych konsekwencji. W Polsce ok. 8% osób wykonuje pracę w formie zmianowej, która wiąże się z pracą nocną. W większości personel pielęgniarski wykonuje pracę zmianową, co skutkuje narażeniem na nieprawidłowości w funkcjonowaniu wielu układów wewnętrznych i koncentracji. Nieregularny tryb pracy nasila poczucie zmęczenia oraz wywołuje zaburzenia snu i pamięci [20]. Znaczna ilość (63,4%) ankietowanych pracowników przesypia do 6 godzin w ciągu dnia, natomiast reszta respondentów poświęca na sen więcej czasu. W porównaniu do badań własnych, badania Dudek wykazały, że pielęgniarki przesypiają więcej godzin w ciągu dnia [21]. Powszechnie wiadomo, że sen jest główną formą odpoczynku i regeneracji organizmu. Nieregularny czas pracy ogranicza możliwość prawidłowego odpoczynku. Dlatego praca zmianowa przekłada się na jakość higieny snu, a zatem na styl życia badanych.

Kolejnym czynnikiem mającym wpływ na stan zdrowia jest samoświadomość oraz podstawowa wiedza dietetyczna, która jest pośrednio związana z samooceną stanu zdrowia. Jest to jedynie subiektywny punkt widzenia, jednak możliwy do porównania między pojedynczymi jednostkami. W niniejszej pracy analiza odpowiedzi ankietowanych wyodrębniła ok. 19% grupę, która deklaruje gorszy stan zdrowia w porównaniu do rówieśników. W badaniach Wirth, Burch oraz Shivapp niewiele mniejsza ilość pracowników zmianowych charakteryzuje się taką samą samooceną stanu zdrowia. Porównanie obu badań wykazuje, że pracownicy bardzo nisko oceniają stan swojego zdrowia.

Wpływ edukacji na zachowania zdrowotne jest powszechnie oczywisty, ponieważ wykształcenie powinno podnosić świadomość wpływu własnych czynów na własne zdrowie. Podczas etapu edukacji kształtowane są nawyki, wiedza, umiejętności i postawy zdrowotne, które będą towarzyszyć jednostce przez całe życie. W badaniu własnym zdecydowana mniejszość ankietowanych posiadało wykształcenie średnie. Jednak w badaniu Wirth, Burch oraz Shivapp prawie połowa pracowników zmianowych charakteryzowała się wykształceniem średnim bądź niższym. Porównywane grupy nie są jednakowe, w badaniu własnym wzięły udział same pielęgniarki pracujące zmianowo. Natomiast w porównywanym badaniu prowadzonym przez Wirth, Burch oraz Shivapp ankietowani to pracownicy zmianowi z różnych branży. Dzięki tej analizie, można stwierdzić, iż grupa zawodowa pielęgniarek jest porównywalnie lepiej wykształcona [22]. Wraz ze wzrostem wykształcenia jednostek,

zwiększa się świadomość skuteczności podejmowania zachowań prozdrowotnych. Wyższy poziom wykształcenia pracowników sprzyja podejmowaniu codziennej aktywności fizycznej, stosowaniu zdrowej diety oraz utrzymywaniu wagi ciała na odpowiednim poziomie. Wpływ wykształcenia ma również pozytywny wpływ na zmniejszenie stosowania używek. Styl życia jest czynnikiem najsilniej wpływającym na stan zdrowia człowieka [23].

Odpowiednia jakość diety jest uzależniona od ilości i regularności spożywanego pokarmu. WHO określa zalecenia spożywania odpowiednich ilości grup pokarmów. Zalecenia obejmują również podaż węglowodanów, białka i tłuszczy w odpowiednich proporcjach, podaż określonej ilości wody, ograniczanie cukrów prostych, sodu oraz alkoholu [24]. Jakość diety ma bezpośredni wpływ na zdrowie ogólne jednostki. Według literatury praca zmianowa wpływa na częstsze spożywanie posiłków w nocy, zwiększenie ilości spożywanych przekąsek wysokotłuszczowych oraz na częstotliwość spożywania posiłków. Ocena szczegółowych zachowań żywieniowych jest istotna ze względu na wpływ na metabolizm energetyczny [25]. Przeanalizowana jakość diety ankietowanych w badaniu własnym w zdecydowanej większości jest na poziomie przeciętnym. W badaniu Seib, Süße oraz Spitzer zbliżona ilość personelu pracującego zmianowo charakteryzuje się zadowalającą jakością diety [26]. Wiele badań prowadzonych w grupie pracowników zmianowych wykazuje zwiększone ryzyko chorób układu krążenia, zespołu metabolicznego, a także cukrzycy typu 2. Badania sugerują tendencję wzrostową masy ciała wraz z wydłużającym się stażem pracowników zmianowych.

Spożywanie małych przekąsek między pełnymi posiłkami nosi nazwę podjadania, które obniża jakość naszej diety. Pracownicy zmianowi częściej sięgają po przekąski, w porównaniu z pracownikami dziennymi. Osoby pracujące zmianowo spożywają więcej słodkich napojów niż pracownicy dzienni. Badania wykazały, iż pracownicy zmianowi dokonują bardziej niekorzystnych wyborów żywieniowych niż pracownicy pracujący w trybie dziennym [27]. Badanie własne wyodrębnia grupę 35% pielęgniarek podjadających codziennie, w tym kilka razy w ciągu dnia. W przebadanej grupie pracowników zmianowych branży hotelarskiej Seib, Süße oraz Spitzer, aż połowa ankietowanych podjada każdego dnia. Dzięki temu porównaniu można wykazać różnicę między pracownikami zmianowymi dwóch różnych środowisk pracy. Pielęgniarki pracujące zmianowo rzadziej spożywają przekąski, niż pracownicy branży hotelarskiej. Zwiększona liczba posiłków o charakterze podjadania może być spowodowane silnymi emocjami oraz stresem. Reakcja na wiele stanów emocjonalnych może się różnić w zależności od charakteru pojedynczej jednostki. Jednak w wielu badaniach udowodniono wpływ pracy zmianowej i nocnej na zwiększenie napięcia emocjonalnego oraz na wzmożony, a nawet przewlekły stres.

Niezdrowa dieta jest jednym z głównych czynników ryzyka szeregu chorób przewlekłych, w tym chorób układu krążenia, nowotworów, cukrzycy i innych schorzeń związanych z otyłością. Ogólne zalecenia dotyczące zdrowej diety obejmują: spożywanie większej ilości owoców, warzyw, roślin strączkowych, orzechów i zbóż; ograniczenie soli, cukru i tłuszczów. Wskazane jest również wybieranie tłuszczów nienasyconych, zamiast tłuszczów nasyconych [28,29]. Badanie własne wykazało, iż zdecydowana większość respondentów charakteryzuje się niskim natężeniem niezdrowego odżywiania. W badaniu przeprowadzonym przez Xu, Tin oraz Gong aż 75% pracowników zmianowych stosuje niezdrową dietę. Ankietę w badaniu własnym przeprowadzono na terenie Polski, jednak respondenci badania Xu, Tin oraz Gong zamieszkują Wielką Brytanię [30]. Zwiększona produkcja przetworzonej żywności, szybka urbanizacja i zmieniający się styl życia doprowadziły do zmiany wzorców żywieniowych. Ludzie spożywają obecnie więcej żywności bogatej w energię, tłuszcze, wolne cukry i sód, a wiele osób nie przyjmuje wystarczającej ilości owoców, warzyw i innego błonnika pokarmowego. Dokładny skład zróżnicowanej, zbilansowanej i zdrowej diety będzie się różnić w zależności od indywidualnych cech (np. wieku, płci, stylu życia i stopnia aktywności fizycznej), kontekstu kulturowego, lokalnie dostępnej żywności i zwyczajów żywieniowych. Jednak podstawowe zasady zdrowej diety pozostają takie same [31].

Regularność spożycia posiłków w ciągu dnia jest jedną z podstawowych zaleceń WHO i niezbędnym elementem zdrowej diety. Wartość, jaką przywiązuje się do spożywania posiłków o stałych porach, znajduje potwierdzenie w badaniach naukowych nad zdrowiem populacji. Regularność posiłków zmniejsza częstość występowania refluksu żołądkowo-przełykowego, przewlekłej niestrawności, modulacji mikrobiomu i biomarkerów stresu oksydacyjnego. W badaniu własnym jedynie ok 8% pielęgniarek przyjmuje posiłki o stałych porach dnia. Natomiast w badaniu Strzemeckiej, Bojar i Owoc 40% pracowników zmianowych przyjmuje regularnie posiłki w ciągu dnia [32]. Praca zmianowa determinuje nieregularne nawyki żywieniowe. Jakość i ilość posiłków spożywanych przez pracowników zmianowych może znacząco wpływać na ich zdrowie. Pracownicy zmianowi mają utrudnioną możliwość spożywania ciepłego posiłku o określonych porach dnia. Czas i liczba spożywanych posiłków zależy także od czynników kulturowych i społecznych. Prowadzono już badania nad wpływem pracy zmianowej na nawyki żywieniowe i spożycie składników odżywczych. Większość badań nie wykazała różnicy między pracownikami zmianowymi a pracownikami dziennymi pod względem całkowitego spożycia kalorii i dominującego spożycia makroskładników odżywczych [33,34].

W ciągu ostatnich dziesięcioleci wzrosła zarówno częstotliwość spożywania przekąsek, jak i udział przekąsek w całkowitym spożyciu energii. Badania przeprowadzone w USA, Kanadzie i Brazylii pokazują, że 21-24% całkowitego spożycia energii pochodzi z przekąsek [35]. Liczby te niekoniecznie są bezpośrednio porównywalne, ponieważ różni badacze stosowali różne metody oceny diety i różne definicje posiłków, przekąsek i wydarzeń związanych z jedzeniem. Niemniej jednak wydaje się, że powszechnie wiadomo, iż przekąski stanowią ważną część współczesnej diety. Wpływ przekąsek na jakość diety będzie oczywiście zależał od ich składu. Głównie, to produkty o dużej zawartości energii, takie jak słodczyce, desery, solone przekąski i napoje słodzone cukrem. Jeśli chodzi o zawartość makroskładników odżywczych, stwierdzono, że przekąski zawierają więcej węglowodanów i cukrów, ale mniej tłuszczu i białka niż główne posiłki [36,37]. Badanie własne wykazało, iż około połowa ankietowanych spożywa słodczyce kilka razy w tygodniu. Jednak w badaniu Han, Choi-Kwon i Kim 30% pracowników zmianowych zadeklarowało codzienne podjadanie słodczych. Istnieje duża różnica między wynikami porównywanych badań. Badania zostały przeprowadzone na ankietowanych z innych części świata, badanie własne było prowadzone w Polsce, a ankietę Han, Choi-Kwon i Kim w Korei Południowej. Zgromadzone wyniki zostały pozyskane innymi metodami i kwestionariuszami. Słodczyce są dla społeczeństwa ważną częścią diety i obejmują spożywanie zarówno korzystnych, jak i mniej korzystnych pokarmów. Spożycie cukru jest potencjalną przyczyną rosnącej częstości występowania otyłości na świecie. Szczególnie silny związek występuje pomiędzy spożyciem napojów słodzonych cukrem a otyłością [38].

Wnioski.

1. Staż pracy przekłada się na nasilenie niezdrowej diety wśród badanych pielęgniarek, co sugeruje, że doświadczenie w pracy pielęgniarskiej sprzyja złym nawykom żywieniowym.
2. Wykształcenie badanych wpływa na jakość zdrowotną ich diety, co może wskazywać na zwiększenie się świadomości zdrowotnej wraz z poziomem wykształcenia.
3. Badanie pozwoliło stwierdzić, że odpowiednio do poziomu wykształcenia pielęgniarek rośnie ich poziom aktywności fizycznej, co może świadczyć, iż wraz z poziomem wykształcenia rośnie świadomość pozytywnego wpływu aktywności fizycznej na zdrowie.
4. Badanie nie pozwoliło określić wpływu poziomu wykształcenia pielęgniarek na ich stan wiedzy żywieniowej, co może wskazywać na niedostateczną ilość przyswajanej wiedzy o żywieniu na studiach pielęgniarskich.
5. Analiza potwierdziła hipotezę o wpływie długiego stażu pracy na palenie tytoniu, z czego może wynikać, iż długi staż pracy pielęgniarek powoduje podatność na uzależnienie od używek.

6. Badanie wykazało, że staż pracy nie ma wpływu na wiedzę żywieniową badanych, co prowadzi do konkluzji o tym, iż pielęgniarki wraz ze wzrostem doświadczenia nie nabywają wiedzy żywieniowej.

Bibliografia:

1. Books, C., Coody L., Kauffman, R. i wsp.: Night Shift Work and Its Health Effects on Nurses. *The Health Care Manager* 2020;39(3): 122–12
2. Beebe, D., Chang, J., Kress, K. i wsp.: Diet quality and sleep quality among day and night shift nurses. *Journal of Nursing Management* 2017;25(7): 549–557
3. Rosa, D., Terzoni, S., Dellafiore F. i wsp.: Systematic review of shift work and nurses' health. *Occupational Medicine* 2019;69(4): 237-243
4. Hansen A., Stayner L, Hansen J, i wsp.: Night shift work and incidence of diabetes in the Danish Nurse Cohort. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2016;73: 262–268.
5. Silva-Costa A, Griep R., Rotenberg L.: Disentangling the effects of insomnia and night work on cardiovascular diseases: a study in nursing professionals. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* 2015;48: 120-127
7. Papantoniou, K., Devore, E., Massa, J. i wsp.: Rotating Night Shift work and Colorectal Cancer Risk in the Nurses' Health Studies. *International Journal of Cancer*. 2018;143(11): 2709-2717
8. Feng, T., Booth, B. M., Baldwin-Rodríguez, B. i wsp.: A multimodal analysis of physical activity, sleep, and work shift in nurses with wearable sensor data. *Scientific Reports* 2021;11(1):8693
9. Ferri, P., Guadi, M., Marcheselli, L. i wsp.: The impact of shift work on the psychological and physical health of nurses in a general hospital: a comparison between rotating night shifts and day shifts. *Risk Management and Healthcare Policy* 2016;9: 203-211.
10. Kecklund G., Axelsson, J.: Health consequences of shift work and insufficient sleep. *BMJ* 2016 Nov 1;355
11. Lajoie, P., Aronson, K., Day, A.: A cross-sectional study of shift work, sleep quality and cardiometabolic risk in female hospital employees. *BMJ Open* 2015 Mar 10;5(3)
12. Roodbandi A., Feyzi V., Khanjani N.: Sleep Quality and Sleepiness: A Comparison between Nurses with and without Shift Work, and University Employees. *International Journal of Occupational Hygiene* 2017;8(4): 230-236
13. Buchvold, H., Pallesen, S., Øyane, N. i wsp.: Associations between night work and BMI, alcohol, smoking, caffeine and exercise - a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 2015;15:1112
1. 13, Łokieć K., Górską-Ciebiada M.: Zachowania żywieniowe pracowników zmianowych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2020;26(3): 213-220
14. Almajwal, A.: Correlations of Physical Activity, Body Mass Index, Shift Duty, and Selected Eating Habits among Nurses in Riyadh, Saudi Arabia. *Ecology of Food and Nutrition*, 2015;54(4): 397-417
15. Drygas W., Gajewska M., Zdrojewski T.: Niedostateczny poziom aktywności fizycznej w Polsce jako zagrożenie i wyzwanie dla zdrowia publicznego. Raport Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, 2021 s. 31
16. Martyn Y., McElvenny D. : Role of shift work in dietary changes among Danish nurses. *Occupational Medicine*. 2022 Jul 11;72(5): 305-312

17. Samhat, Z., Attieh, R., Sacre, Y.: Relationship between night shift work, eating habits and BMI among nurses in Lebanon. *BMC Nursing*. 2020 Apr 15;19:25
18. Bull F., Al-Ansari S., Biddle S. i wsp.: World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British Journal of Sports Medicine*. 2020 Dec;54(24): 1451-1462
19. Jankowiak B., Kowalewska B., Krajewska-Kułak E.: Promocja, edukacja zdrowotna oraz profilaktyka w naukach medycznych. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, 2023, s. 99
20. Babiarczyk B., Bujok M.: Występowanie zaburzeń snu wśród pielęgniarek pracujących w systemie zmianowym. *Problemy Higieny Epidemiologii* 2019, 100(2): 89-94
21. Dudek A.: Chroniczne zmęczenie oraz bezsenność wśród pielęgniarek. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu* 2021, 3(6): 38-58
22. Wirth M., Burch J., Shivappa N. i wsp.: Dietary Inflammatory Index Scores Differ by Shift Work Status. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2014, 56(2): 145-148.
23. Kunasz M.: Wykształcenie jako czynnik determinujący długość życia Edukacja ekonomistów i menedżerów, 2015;3(37): 93-110
24. World Health Organization Recommendations, World Health Organization. Healthy diet. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. WHO-EM/NUT/282/E
25. van de Langenberg D., Vlaanderen J., Dollé M. i wsp.: Diet, Physical Activity, and Daylight Exposure Patterns in Night-Shift Workers and Day Workers. *Annals of Work Exposures and Health*, 2019;63(1): 9-21
26. Seib, R., Süße T., Spitzer S.: Nutrition and health in hotel staff on different shift patterns. *Occupational Medicine* 2015;65(6): 477-484
27. Hemio, K., Puttonen, S., Viitasalo, K., i wsp.: Food and nutrient intake among workers with different shift systems. *Occupational and Environmental Medicine* 2015;72(7): 513-520
28. Guideline: Sugars intake for adults and children. Geneva: World Health Organization, 2015
29. Guidelines: Saturated fatty acid and trans-fatty acid intake for adults and children. Geneva: World Health Organization, 2018
30. Xu M., Yin X., Gong Y.: Lifestyle Factors in the Association of Shift Work and Depression and Anxiety. *JAMA Network Open*. 2023 Aug 1;6(8):e23287982023
31. Hooper L., Abdelhamid A., Bunn D. i wsp.: Effects of total fat intake on body weight. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015 Aug 7;2015(8)
32. Strzemecka J., Bojar I., Strzemecka E.: Dietary habits among persons hired on shift work. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 2014;21(1): 128-131
33. Lohse B., Faulring K., Mitchell D. i wsp.: A Definition of "Regular Meals" Driven by Dietary Quality Supports a Pragmatic Schedule. *Nutrients*. 2020 Sep 1;12(9):2667
34. Clark A., Coates A., Davidson Z.: Dietary Patterns under the Influence of Rotational Shift Work Schedules: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Advances in Nutrition*. 2023 Mar;14(2): 295-316
35. Kant A., Graubard B.: 40-year trends in meal and snack eating behaviors of American adults. *Journal of Academy of Nutrition and Dietetics*, 2015;115(1): 50-63
36. Myhre J., Løken E., Wandel M.: The contribution of snacks to dietary intake and their association with eating location among Norwegian adults - results from a cross-sectional dietary survey. *BMC Public Health*. 2015 Apr 12;15:369

37. Njike, V., Smith, T., Shuval, O.: Snack Food, Satiety, and Weight. *Advances in Nutrition*, 2016, 7(5): 866-878
38. Tan S., Tracker M.: Sweet Taste as a Predictor of Dietary Intake: A Systematic Review. *Nutrients*. 2019 Jan 5;11(1):94

WPLYW PRACY W SYSTEMIE ZMIANOWYM NA STAN ZDROWIA PERSONELU PIELĘGNIARSKIEGO W PORÓWNANIU Z PERSONELEM PIELĘGNIARSKIM PRACUJĄCYM W SYSTEMIE JEDNOZMIANOWYM

**ANNA LARYSZ, ALICJA KRASIŃSKA, ADRIANA BORODZICZ,,EDYTA OŚMIAŁOWSKA,
DOROTA ZIERKIEWICZ, ELŻBIETA OSTROWSKA, EDYTA KOCIATKIEWICZ**

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

Wykazano, że praca zmianowa jest związana z występowaniem różnych chorób, takich jak: otyłość, zaburzenia sercowo-naczyniowe, żołądkowo-jelitowe, zaburzenia psychiczne oraz problemy ze snem [1]. Praca na nocną zmianę może mieć również wpływ na życie osobiste, życie społeczne i rodzinne [2].

Pielęgniarki pracujące na nocnych zmianach często mają trudności z utrzymaniem regularnego rytmu snu, co prowadzi do problemów z zasypianiem oraz występowaniem senności w różnych porach dnia. Efektem jest chroniczne zmęczenie, obniżona koncentracja oraz zwiększone ryzyko wypadków i błędów medycznych.

Brak snu, nieregularne godziny pracy oraz stres związany z odpowiedzialnością mogą sprzyjać rozwojowi problemów sercowo-naczyniowych. Pielęgniarki pracujące w systemie zmianowym są bardziej narażone na nadciśnienie, choroby wieńcowe i inne schorzenia układu krążenia w porównaniu z personelem pracującym w stałych godzinach.

Nieregularny harmonogram posiłków, stres oraz zaburzenia snu wpływają na funkcjonowanie układu pokarmowego, prowadząc do licznych problemów trawiennych. Może to skutkować takimi dolegliwościami jak: zaparcia, zgaga, biegunka, wzdęcia, bóle brzucha.

Zakłócenia rytmu dobowego mogą powodować także nieprawidłowe wydzielanie hormonów, co prowadzi do poważnych konsekwencji zdrowotnych. Pracownicy zmianowi często doświadczają zakłóceń w wydzielaniu melatoniny, co powoduje trudności ze snem. Niejednokrotnie dochodzi również do zaburzeń poziomu kortyzolu, co z kolei może wpływać na osłabienie układu immunologicznego, przewlekłego zmęczenia oraz zwiększonego ryzyka zaburzeń metabolicznych, takich jak otyłość i cukrzyca. Praca zmianowa może także przyczynić się do nieprawidłowego wydzielania estrogenu, progesteronu i testosteronu, co

może powodować nieregularne cykle miesięczne u kobiet, problemy z płodnością oraz zmniejszone libido.

Pielęgniarki pracujące w nieregularnych godzinach częściej zgłaszają problemy z rozwojem zaburzeń psychicznych, co może negatywnie wpłynąć na ich życie osobiste i zawodowe. Praca w takim systemie ogranicza pielęgniarkom możliwość angażowania się w życie społeczne, co prowadzi do poczucia izolacji i trudności w utrzymywaniu relacji osobistych. Trudności w balansowaniu pracy i życia prywatnego mogą prowadzić do uczucia przytłoczenia, emocjonalnego wyczerpania, depresji, a także wypalenia zawodowego.

Praca w systemie zmianowym jest nieodłącznym elementem pracy pielęgniarki, a jej negatywne skutki nie mogą być całkowicie wyeliminowane nawet poprzez działania zapobiegawcze. Konieczne jest podjęcie działań mających na celu złagodzenie tych negatywnych skutków, w tym promowanie zdrowego stylu życia, zapewnienie wsparcia psychologicznego oraz dostosowanie warunków pracy. Często konieczne jest znalezienie kompromisu między oczekiwaniami pracodawcy dotyczącymi jakości, wydajności i bezpieczeństwa pracy, a zdrowiem i jakością życia pracownika [3]. Zrozumienie tych wyzwań i skuteczne działanie w odpowiedzi na nie jest kluczowe dla zachowania zdrowia i dobrostanu personelu pielęgniarskiego, co przekłada się na jakość opieki nad pacjentami.

Cel główny. Celem głównym pracy jest zbadanie wpływu pracy w systemie zmianowym na stan zdrowia personelu pielęgniarskiego w porównaniu do personelu pracującego w systemie jednozmianowym. Cele szczegółowe:

1. Zbadanie związku między pracą w systemie zmianowym, a występowaniem bezsenności w porównaniu do pielęgniarek pracujących w systemie jednozmianowym.
2. Ocena wpływu pracy zmianowej na relacje społeczne i rodzinne pielęgniarek w porównaniu do pielęgniarek pracujących w systemie jednozmianowym.

Materiał i metoda. W badaniu wzięło udział 150 osób, 89 osób pracowało w systemie zmianowym, natomiast 61 osób wykonywało pracę w systemie jednozmianowym. Zdecydowaną większość osób badanych stanowiły kobiety. Grupa kobiet liczyła 109 osób, natomiast grupa mężczyzn 41 osób. Narzędzia do pozyskania danych zebrano wśród pielęgniarek pracujących na różnych oddziałach. Kwestionariusz był wypełniany od listopada 2024 do lutego 2025 roku. Uczestnictwo w badaniu było dobrowolne, a uzyskane w nim dane w pełni anonimowe. Kryterium włączenia do badania stanowiło posiadanie Prawa Wykonywania Zawodu pielęgniarki. W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Dane do badania zebrano za pomocą kwestionariusza własnego autorstwa

oraz narzędzi standaryzowanych: Ateńska Skala Bezsenności, kwestionariusz Survey Work–Home Interaction – Nijmegen oraz Skala Depresji Becka.

Metody analizy statystycznej. Wyniki ankiet posłużyły do utworzenia bazy, którą poddano analizie statystycznej i opisowej. Wyniki badań ankietowych poddano analizie częstościowej (n, %). Dla danych ilościowych obliczono podstawowe statystyki, takie jak średnia, mediana i odchylenie standardowe. W celu porównania dwóch prób niezależnych stosowano test t-Studenta lub test Manna-Whitneya w przypadku niespełnienia założeń o normalności rozkładu. Normalność rozkładu badano przy pomocy testu Shapiro-Wilka. Analizę związku między zmiennymi ilościowymi przeprowadzono z wykorzystaniem analizy korelacji Pearsona lub Spearmana. W celu zbadania zależności między dwoma zmiennymi jakościowymi przeprowadzono analizę Chi² Pearsona. W toku analizy przyjęto różnice istotne statystycznie na poziomie $p < 0,05$. Analizy przeprowadzono w programie Statistica 13.3.

Wyniki. W badaniach własnych udział wzięło 150 osób. Zdecydowaną większość osób badanych stanowiły kobiety (72,67%; 109 osób), natomiast mężczyźni stanowili 27,33% badanych (41 osób). Osoby badane miały od 22 do 60 lat. Średni wiek personelu wyniósł 36,99 lat ($M = 36,99$; $SD = 11,12$), natomiast mediana wieku wyniosła 34 lata ($Me = 34$). Wśród badanych 59,33% (89 osób) pracowało w systemie zmianowym, natomiast 40,67% badanych (61 osób) wykonywało pracę w systemie jednozmianowym. Największą grupę stanowiły osoby deklarujące pracę do 180 godzin miesięcznie (58,67%; 88 osób). Następnie, 30,00% badanych (45 osób) pracowało w wymiarze od 180 do 240 godzin w miesiącu, natomiast mniejszość, bo 11,33% respondentów (17 osób), informowała o pracy powyżej 240 godzin w miesiącu. Osoby z stażem pracy do 10 lat stanowiły 48,67% badanych (73 osoby). W grupie z doświadczeniem zawodowym od 10 do 20 lat znalazło się 22,00% respondentów (33 osoby), natomiast staż pracy wynoszący od 20 do 30 lat charakteryzował 14,67% badanych (22 osoby). Podobnie, 14,67% respondentów (22 osoby) posiadało staż pracy powyżej 30 lat. Respondenci będący w związku stanowili 72,67% (109 osób), natomiast osoby deklarujące stan samotny/samotną 27,33% (41 osób). Spośród respondentów, 54,00% (81 osób) nie posiadało dzieci, natomiast 46,00% badanych (69 osób) zadeklarowało posiadanie dzieci. Osoby z wykształceniem magistra pielęgniarstwa stanowiły największą grupę – 48,00% badanych (72 osoby). Następnie, 36,00% respondentów (54 osoby) posiadało licencjat pielęgniarstwa a 16,00% (24 osoby) ukończyło liceum lub studium medyczne. Osoby posiadające specjalizację stanowiły większość badanych – 64,67% (97 osób), podczas gdy 35,33% respondentów (53 osoby) nie posiadało specjalizacji. W grupie badanych największy odsetek personelu pracował na oddziale zabiegowym 30,00% (45 osób). Kolejną część stanowili pracownicy SOR/OIOM 19,33% (29

osób) a osoby zatrudnione w oddziale zachowawczym 16,67% (25 osób). Dodatkowo, 13,33% respondentów (20 osób) pracowało w POZ, 14,00% (21 osób) w innych placówkach oraz 6,67% (10 osób) w ZOL/DPS. Osoby badane miały od 0,50 do 38 lat doświadczenia pracy w systemie zmianowym. Średnia liczba lat pracy wyniosła 12,66 lat ($M = 12,66$; $SD = 11,02$), natomiast mediana wyniosła 10 lat ($Me = 10$).

Przeprowadzona analiza potwierdziła, że w grupie pracowników systemu zmianowego 47,19% (42 osoby) deklaroowało występowanie chorób przewlekłych, natomiast w grupie jednozmianowej tylko 19,67% (12 osób) potwierdziło występowanie tego stanu. Odpowiednio, 52,81% pracowników systemu zmianowego (47 osób) oraz 80,33% pracowników systemu jednozmianowego (49 osób) zadeklarowało brak chorób przewlekłych. Wykazano istotną statystycznie zależność między systemem pracy a występowaniem chorób przewlekłych ($\chi^2 = 11,89$, $df = 1$, $p = 0,001$) (tab.1).

Tabela 1. Zależność między systemem pracy a występowaniem chorób przewlekłych ($N = 150$)

	Tabela liczości			
	Czy choruje Pan/Pani na choroby przewlekłe?	System pracy		Razem
		zmianowy	jednozmianowy	
Liczba	tak	42	12	54
% z kolumny		47,19%	19,67%	
Liczba	nie	47	49	96
% z kolumny		52,81%	80,33%	
Liczba	Ogół	89	61	150
Chi2=11,89, df=1, p=0,001				

W grupie pracowników systemu zmianowego 44,94% (40 osób) deklaroowało częste zapadanie na infekcje, natomiast wśród pracowników systemu jednozmianowego odsetek osób wskazujących na twierdzącą odpowiedź wyniósł 21,31% (13 osób). Ponad połowa respondentów z obu grup zadeklarowała, że nie zapada na infekcje – odpowiednio 52,81% (47 osób) w grupie zmianowej oraz 70,49% (43 osoby) w grupie jednozmianowej. Należy jednak zaznaczyć, że odsetek osób wskazujących na odpowiedź negatywną był większy wśród pracowników systemu jednozmianowego. Niewielki odsetek respondentów, tj. 2,25% (2 osoby) pracujących w systemie zmianowym i 8,20% (5 osób) pracujących w systemie jednozmianowym, nie miał wyrobionego zdania. Wykazano istotną statystycznie zależność między systemem pracy a częstotliwością zapadalności na infekcje ($\chi^2 = 10,35$, $df = 2$, $p = 0,006$) (tab.2).

Tabela 2. Zależność między systemem pracy a częstotliwością zapadalności na infekcje
($N = 150$)

	Tabela licznosci			
	Czy często zapada Pan/Pani na infekcje?	System pracy		Razem
		zmianowy	jednozmianowy	
Liczba	tak	40	13	53
% z kolumny		44,94%	21,31%	
Liczba	nie	47	43	90
% z kolumny		52,81%	70,49%	
Liczba	nie wiem	2	5	7
% z kolumny		2,25%	8,20%	
Liczba	Ogół	89	61	150
Chi2=10,35, df=2, p=0,006				

Ocenie poddano zależność między systemem pracy a odczuwaniem przemęczenia i wyczerpania. W grupie pracowników systemu zmianowego 86,52% (77 osób) potwierdziło odczuwanie przemęczenia i wyczerpania, podczas gdy wśród pracowników systemu jednozmianowego jedynie 36,07% (22 osoby) zgłosiło taki stan. Większość pracowników pracujących w systemie jednozmianowym nie odczuwała przemęczenia 63,93% (39 osób). Wykazano tym samym istotną statystycznie zależność między systemem pracy a odczuwaniem przemęczenia i wyczerpania ($\chi^2 = 41,05$, $df = 1$, $p < 0,001$) (tab.3).

Tabela 3. Zależność między systemem pracy a odczuwaniem przemęczenia i wyczerpania ($N = 150$)

	Tabela licznosci			
	Czy pracując odczuwa Pan/Pani przemęczenie i wyczerpanie?	System pracy		Razem
		zmianowy	jednozmianowy	
Liczba	tak	77	22	99
% z kolumny		86,52%	36,07%	
Liczba	nie	12	39	51
% z kolumny		13,48%	63,93%	
Liczba	Ogół	89	61	150
Chi2= 41,05, df=1, p<0,001				

Wśród pracowników systemu zmianowego średni poziom nasilenia problemu bezsenności wyniósł 9,61 punktów ($SD = 4,52$), podczas gdy w grupie pracowników systemu jednozmianowego osiągnięto znacznie niższe wyniki – średnia wyniosła 2,85 punktów ($SD = 3,40$). Test U Manna-Whitneya potwierdził istotną statystycznie różnicę między obiema

grupami ($Z = 8,23$, $p < 0,001$), co wskazuje na wyższe nasilenie problemów bezsenności wśród osób pracujących w systemie zmianowym (tab.4).

Tabela 4. Ocena różnic w średnim poziomie nasilenia problemu bezsenności między osobami pracującymi w systemie zmianowym oraz jednozmianowym ($N = 150$)

system pracy	Statystyki opisowe					Test U Manna-Whitneya	
	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>SD</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
zmianowy	9,61	10,00	1,00	24,00	4,52	8,23***	<0,001
jednozmianowy	2,85	2,00	0,00	19,00	3,40		

*** $p < 0,001$; *M* – średnia; *Me* – mediana; *Min* – wartość minimalna; *Max* – wartość maksymalna *SD* – odchylenie standardowe; *p* – poziom prawdopodobieństwa

W grupie pracowników systemu zmianowego średni poziom nasilenia depresji wyniósł 13,15 punktów ($SD = 8,78$), w porównaniu do 2,79 punktów ($SD = 3,87$) wśród pracowników systemu jednozmianowego. Test U Manna-Whitneya wykazał istotną statystycznie różnicę między grupami ($Z = 7,89$, $p < 0,001$), co wskazuje na wyższe nasilenie symptomów depresyjnych u osób pracujących w systemie zmianowym (tab.5).

Tabela 5. Ocena różnic w poziomie nasilenia depresji między osobami pracującymi w systemie zmianowym oraz jednozmianowym ($N = 150$)

system pracy	Statystyki opisowe					Test U Manna-Whitneya	
	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>SD</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
zmianowy	13,15	13,00	0,00	34,00	8,78	7,89***	<0,001
jednozmianowy	2,79	1,00	0,00	17,00	3,87		

*** $p < 0,001$; *M* – średnia; *Me* – mediana; *Min* – wartość minimalna; *Max* – wartość maksymalna *SD* – odchylenie standardowe; *p* – poziom prawdopodobieństwa

Wśród pracowników systemu zmianowego 50,56% (45 osób) zadeklarowało przenoszenie emocji związanych z pracą na życie rodzinne, natomiast jedynie 13,11% (8 osób) pracowników systemu jednozmianowego potwierdziło to zjawisko. W grupie jednozmianowej zdecydowana większość respondentów 85,25% (52 osoby) stwierdziła, że nie przenosi emocji na życie rodzinne, w przeciwieństwie do 40,45% (36 osób) w grupie zmianowej. Niewielki odsetek badanych nie miał wyrobionego zdania – 8,99% (8 osób) w systemie zmianowym oraz 1,64% (1 osoba) w systemie jednozmianowym. Wykazano istotną statystycznie zależność między systemem pracy a przenoszeniem emocji związanych z pracą na życie rodzinne ($\chi^2 = 30,00$, $df = 2$, $p < 0,001$) (tab.6).

Tabela 6. Zależność między systemem pracy a przenoszeniem emocji związanych z pracą na życie rodzinne ($N = 150$)

	Tabela licznosci			
	Czy swoje emocje związane z pracą przenosi Pan/Pani na życie rodzinne?	System pracy		Razem
		zmianowy	jednozmianowy	
Liczba	tak	45	8	53
% z kolumny		50,56%	13,11%	
Liczba	nie	36	52	88
% z kolumny		40,45%	85,25%	
Liczba	nie wiem	8	1	9
% z kolumny		8,99%	1,64%	
Liczba	Ogół	89	61	150
Chi2= 30,00, df=2, p<0,001				

Wykazano istotną statystycznie zależność między systemem pracy a oceną wpływu pracy na podejmowanie dodatkowej aktywności ($\chi^2 = 68,14$, $df = 2$, $p < 0,001$). W grupie pracujących w systemie zmianowym zdecydowana większość respondentów 79,78% (71 osób) wskazała, że praca utrudnia podjęcie dodatkowej aktywności w ciągu dnia, podczas gdy jedynie 17,98% (16 osób) zaprzeczyło temu. Wśród pracowników systemu jednozmianowego znacznie więcej osób zadeklarowało brak takiego utrudnienia – 83,61% (51 osób) – a tylko 11,48% (7 osób) przyznało, że ich praca utrudnia podjęcie dodatkowej aktywności. Dodatkowo, opcję „nie wiem” wybrało 2,25% (2 osoby) pracowników systemu zmianowego oraz 4,92% (3 osoby) pracowników systemu jednozmianowego (tab.7).

Tabela 7. Zależność między systemem pracy a podejmowaniem dodatkowej aktywności w ciągu dnia ($N = 150$)

	Tabela licznosci			
	Czy praca utrudnia Panu/Pani podjęcie dodatkowej aktywności w ciągu dnia?	System pracy		Razem
		zmianowy	jednozmianowy	
Liczba	tak	71	7	78
% z kolumny		79,78%	11,48%	
Liczba	nie	16	51	67
% z kolumny		17,98%	83,61%	
Liczba	nie wiem	2	3	5
% z kolumny		2,25%	4,92%	

Liczba	Ogół	89	61	150
Chi2=68,14, df=2, p<0,001				

Dyskusja. Tematyka pracy jest szczególnie istotna w kontekście rosnących wyzwań związanych z organizacją pracy w ochronie zdrowia. Praca zmianowa, często nieunikniona w zawodzie pielęgniarki, wiąże się z koniecznością dostosowania do nieregularnych godzin pracy, co może prowadzić do licznych konsekwencji zdrowotnych i psychospołecznych. Liczne badania wskazują, że praca w takim systemie zwiększa ryzyko występowania zaburzeń snu, obniżonej odporności, problemów emocjonalnych oraz trudności w relacjach rodzinnych i społecznych [4].

Badania przeprowadzone przez Zabielską i wsp. [5] wykazały, że ze względu na problemy zdrowotne około 20% personelu zrezygnowało z pracy w zawodzie, natomiast jedynie 10% badanych nie odczuwało negatywnych konsekwencji związanych z systemem pracy zmianowej.

Pierwsze założenie niniejszej pracy dotyczyło szkodliwości pracy w systemie zmianowym na zdrowie pielęgniarek niż krótkotrwałe zatrudnienie w tym systemie. W pracy własnej wykazano, że długotrwała praca w systemie zmianowym wykazuje istotnie szkodliwy wpływ na zdrowie pielęgniarek, na co wskazywały wyższe wskaźniki problemów zdrowotnych w tej grupie. Dodatkowo w badaniach własnych wykazano, że wśród pracowników systemu zmianowego jedynie połowa personelu oceniła swoją jakość życia jako dobrą, podczas gdy wśród pracowników systemu jednozmianowego odsetek ten wyniósł ponad 80%.

Wiele prac badawczych wykazuje negatywny wpływ pracy zmianowej na zdrowie personelu pielęgniarskiego [6]. Praca w systemie zmianowym wiąże się z licznymi zagrożeniami dla zdrowia personelu medycznego, szczególnie pielęgniarek. Warto zaznaczyć, że w godzinach nocnych dochodzi do spadku sprawności umysłowej, co bez wątpienia podnosi ryzyko popełnienia błędu przez pracownika wykonującego obowiązki w tym czasie [7]. Jednym z najczęściej obserwowanych problemów są zaburzenia neuropsychiatryczne i poznawcze, obejmujące m.in. depresję, stany lękowe, obniżenie czujności, problemy z pamięcią krótkotrwałą oraz wielorakie zaburzenia nerwicowe. Długotrwałe narażenie na nieregularny rytm pracy prowadzi również do zwiększonego ryzyka lekomanii, co podkreślają badania Stryjewskiego i wsp. [8]. W badaniach własnych wśród pracowników systemu zmianowego 82,00% zgłosiło odczuwanie stresu związanego z pracą.

Kolejnym istotnym problemem są dolegliwości ze strony układu pokarmowego. Personel pracujący zmianowo często skarży się na zaburzenia apetytu, chorobę wrzodową żołądka i dwunastnicy, bóle brzucha, nieregularność wypróżnień, zaparcia, wzdęcia i zgagę. Zaburzenia

te mogą być związane zarówno z nieregularnym spożywaniem posiłków, jak i przewlekłym stresem [9]. W badaniach przeprowadzonych przez Saberi i wsp. wśród pracowników zmianowych aż 81,9% uskarżało się na istnienie co najmniej jednej dolegliwości, tj. biegunka, zaparcia, wzdęcia, zgaga, a nawet smoliste stolce. Choroby, które mogą się rozwijać po pewnym czasie to: przewlekłe zapalenie żołądka, zapalenie górnego odcinka przewodu pokarmowego czy przewlekłe zapalenie jelit i choroba wrzodowa [10]. Najczęstszym schorzeniem występującym w grupie badanej ze strony układu pokarmowego była choroba wrzodowa żołądka.

Nie bez znaczenia pozostają także dolegliwości ze strony układu krążenia. Osoby pracujące zmianowo są bardziej narażone na nadciśnienie tętnicze, chorobę wieńcową oraz ryzyko zawału mięśnia sercowego, co potwierdzają badania Kuleta [11]. Wyniki badań przeprowadzanych przez Pawlaka wykazały zwiększone ryzyko powstawania tak zwanych „zdarzeń sercowych” u osób pracujących zmianowo o 24%, w tym ryzyko wystąpienia zawału serca o 23%, a udaru mózgu o 5% [12]. W badaniach własnych najczęściej wymienianym schorzeniem było nadciśnienie tętnicze.

Istotnym problemem jest również wzrost ryzyka chorób nowotworowych. Praca w systemie zmianowym została powiązana z wyższym ryzykiem wystąpienia raka piersi, płuc, jelita grubego oraz prostaty. Wyniki badania kohortowego przeprowadzonego przez Grabińską i wsp. [13] wśród pielęgniarek pracujących w systemie zmianowym wykazały, że ryzyko zachorowania na raka piersi wzrastało – od około 8% u kobiet z 1–29-letnim stażem pracy do aż 36% u pielęgniarek pracujących w systemie zmianowym przez ponad 30 lat. Zjawisko to może mieć związek z długotrwałym zakłóceniem rytmu dobowego i przewlekłym stresem.

Nie można pominąć również zespołu metabolicznego, otyłości i cukrzycy typu 2, które występują częściej wśród osób pracujących zmianowo. Badania przeprowadzone przez Kroenke i wsp. w Stanach Zjednoczonych potwierdziły istnienie związku między pracą nocną a zwiększonym ryzykiem zachorowania na cukrzycę typu 2. Analizy wykazały, że ryzyko rozwoju tej choroby u pielęgniarek wzrastało wraz z liczbą lat przepracowanych w systemie rotacyjnych zmian nocnych, w porównaniu do kobiet, które nigdy nie pracowały w nocy [14]. W odniesieniu do badań własnych respondenci deklarowali insulinooporność oraz cukrzycę typu 2. Przewlekłe zaburzenia snu, nieregularność posiłków oraz ograniczona aktywność fizyczna sprzyjają rozwojowi tych schorzeń [15].

Dodatkowo, praca zmianowa wpływa na gospodarkę hormonalną organizmu, prowadząc do nieprawidłowości w wydzielaniu hormonów, takich jak melatonina, prolaktyna, LH i FSH, co może skutkować zaburzeniami płodności oraz problemami około-porodowymi [16].

W badaniach własnych 24,77% badanych kobiet stwierdziło, że nie miesiączkuje regularnie. Wyniki badań Burdelak i wsp. prowadzone w populacji pielęgniarek i położnych, ukazały zwiększoną częstotliwość zachorowań na choroby tarczycy po przepracowaniu 15 lat w systemie zmianowym [17]. W badaniach własnych wystąpiły przypadki niedoczynności tarczycy, często w połączeniu z Hashimoto, a także przypadki nadczynności tarczycy. Przyjmuje się, że zakłócenia rytmu dobowego, zaburzona synteza melatoniny oraz niedobory snu związane z pracą nocną mogą odgrywać istotną rolę w rozwoju chorób przewlekłych [14]. W badaniach własnych blisko połowa personelu – 36%, pracującego w systemie zmianowym wykazała choroby przewlekłe.

Obniżenie odporności organizmu to kolejny negatywny skutek pracy zmianowej. Pracownicy medyczni pracujący w trybie zmianowym częściej zgłaszają nawracające infekcje, co może być efektem zaburzeń rytmu dobowego i przewlekłego zmęczenia [18]. Badania przeprowadzone przez Loeff i wsp. wykazało, że pracownicy ochrony zdrowia pracujący na zmiany, w tym nocne, mieli o 20% wyższy wskaźnik występowania infekcji grypopodobnych i ostrych infekcji dróg oddechowych w porównaniu z pracownikami pracującymi tylko w systemie jednozmianowym. Dodatkowo, infekcje były u nich częstsze [19]. W badaniach własnych w grupie pracowników systemu zmianowego 44,94% deklarowało częste zapadanie na infekcje.

Pracownicy wykonujący częste nocne zmiany są szczególnie narażeni na rozwój zaburzeń snu i czuwania związanych z pracą zmianową. Zjawisko to wynika z zakłócenia wewnętrznego zegara biologicznego, co prowadzi do odwrócenia naturalnego rytmu snu i czuwania. Obecnie w Polsce problem ten przybiera na sile, obejmując około 60% osób poniżej 25. roku życia [4]. W badaniach przeprowadzonych przez Dudzińską i in. [20] wykazano, że bezsenność jest częstym problemem, którego częstość wzrasta wraz z wiekiem. Zaburzenia snu tego typu dotyczyły nieco ponad 70% badanych, co wskazuje na skalę tego zjawiska w populacji pracującej. W pracy własnej dowiedziono, że pielęgniarki pracujące w systemie zmianowym częściej cierpią na bezsenność lub zaburzenia snu w porównaniu do pielęgniarek pracujących w systemie jednozmianowym. Wśród pracowników systemu zmianowego aż 44,94% spełniło kryteria bezsenności.

Badania przeprowadzone przez Nowaka [21] potwierdzają, że nieregularny rytm dobowy w pracy zmianowej jest istotnie związany z zaburzeniami snu oraz wyższym poziomem stresu, co jest zgodne z wynikami uzyskanymi przy użyciu Ateńskiej Skali Bezsenności. Wyniki wskazują, że pielęgniarki pracujące w systemie zmianowym doświadczają wyższego nasilenia problemów ze snem w porównaniu do pielęgniarek pracujących w systemie jednozmianowym.

Podobne wnioski pojawiają się w polskich badaniach dotyczących depresji. Zużewicz i Prędecka [6] w swojej pracy wykazali, że pielęgniarki pracujące w systemie zmianowym są narażone na zaburzenia nerwicowe i depresje, co potwierdza większe nasilenie objawów depresyjnych w tej grupie. Autor wskazuje także na zwiększone ryzyko wystąpienia zaburzeń depresyjnych wśród personelu medycznego pracującego zmianowo, podkreślając znaczenie czynników takich jak długość stażu pracy oraz liczba dyżurów nocnych.

Badanie przeprowadzone przez Sieminigowską i wsp. wykazało, że u pielęgniarek pracujących w systemie zmianowym zaobserwowano istotnie wyższy poziom konfliktu między pracą a życiem rodzinnym, jak również w odwrotnym kierunku – między obowiązkami rodzinnymi a zawodowymi – w porównaniu do pielęgniarek wykonujących pracę wyłącznie w ciągu dnia [22]. Odnosząc się do aspektów związanych z interakcjami praca–dom i dom–praca, wyniki są spójne z danymi uzyskanymi w polskiej adaptacji kwestionariusza SWING, która wskazuje na trudności w utrzymaniu równowagi między życiem zawodowym a prywatnym wśród pracowników zmianowych. Analiza wykazała, że pracownicy systemu zmianowego doświadczają silniejszego negatywnego oddziaływania pracy na życie prywatne oraz życia prywatnego na pracę w porównaniu do osób pracujących w systemie jednozmianowym. Natomiast pozytywne relacje między tymi sferami były wyraźniej zaznaczone w grupie jednozmianowej. Wyniki te wskazują, że praca zmianowa sprzyja większym trudnościom w utrzymaniu równowagi między życiem zawodowym a prywatnym.

Kasperczyk i Joško w swoich badaniach dowiedli, że aż 76,2% pracowników dostrzega negatywny wpływ pracy zmianowej na życie rodzinne [23]. Utrzymanie prawidłowego funkcjonowania organizmu opiera się na zachowaniu równowagi biologicznej. Jednak praca w systemie zmianowym wiąże się z nieuniknionymi konsekwencjami, które obejmują aspekty biologiczne, społeczne i zdrowotne, znacząco wpływając na kondycję personelu. Praca w nieregularnych godzinach prowadzi do trudności w życiu społecznym i rodzinnym, osłabiając relacje towarzyskie z powodu różnic w harmonogramach aktywności członków rodziny, co może prowadzić do konfliktów i braku wzajemnego zrozumienia [24].

Wnioski.

1. Długotrwała praca w systemie zmianowym wykazuje istotnie szkodliwy wpływ na zdrowie pielęgniarek, co sugerują wyższe wskaźniki problemów zdrowotnych w tej grupie.
2. Pielęgniarki pracujące w systemie zmianowym częściej doświadczają zaburzeń snu oraz bezsenności, co zostało potwierdzone wyższymi wynikami w ocenie jakości snu.
3. Wyższa zapadalność na infekcje w grupie pracowników systemu zmianowego wskazuje na pogorszenie odporności, prawdopodobnie związane z nieregularnym rytmem pracy.

4. Wyniki badania skali depresji wskazują, że pielęgniarki pracujące w systemie zmianowym częściej cierpią na depresję, co może wymagać szybszej interwencji terapeutycznej.
5. Pracownice systemu zmianowego zgłaszają większe trudności w utrzymaniu relacji rodzinnych oraz społecznych, co odzwierciedla negatywny wpływ pracy na życie prywatne.
6. Praca w systemie zmianowym wiąże się również z poczuciem izolacji społecznej i trudnościami w organizowaniu wolnego czasu, co dodatkowo wpływa na obniżenie jakości życia personelu pielęgniarskiego.

Bibliografia:

1. Borroni E., Frigerio G., Polledri E. i wsp.: Metabolomic profiles in night shift workers: A cross-sectional study on hospital female nurses. *Front. Public Health* 2023;11:1082074:1-7
2. Peplowska B., Burdelak W., Krysicka J. i wsp.: Night Shift Work and Modifiable Lifestyle Factors. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health* 2014;27(5):693 – 706
3. Zużewicz, K.: Skutki zdrowotne pracy w niefizjologicznym rytmie. *Zeszyty Naukowe SGSP / Szkoła Główna Służby Pożarniczej*, 2017; 1(62):127–139.
4. Babiarczyk B., Bujok M.: Występowanie zaburzeń snu wśród pielęgniarek pracujących w systemie zmianowym. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2019, 100(2), 89-94.
5. Zabielska P., Bażydło M., Karakiewicz A., Grochans E., Jurczak A., Rotter I.: Nurses' Health in Shift Work. *Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue*, 2014, 3, 11-17.
6. Zużewicz K., Prędecka A.: Wymiar czasu pracy kontra zdrowie. (Przegląd doniesień naukowych). *Zeszyty Naukowe SGSP*, 2018, 66(1), 149-163.
7. Medak E., Aftyka A., Rozalska-Walaszek I. Błędy medyczne w praktyce lekarskiej i pielęgniarskiej - definicja, klasyfikacja, przyczyny, odpowiedzialność. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2014; 2: 43–46.
8. Stryjewski P.J., Kuczaj A., Domal-Kwiatkowska D., Mazurek U., Nowalany Kozielska E.: Wpływ pracy nocnej i zmianowej na zdrowie pracowników. *Przegląd Lekarski*, 2016, 73(7), 513-515.
9. Wickwire E.M., Geiger-Brown J., Scharf S.M., Drake C.L.: Shift Work and Shift Work Sleep Disorder: Clinical and Organizational Perspectives. *CHEST Journal*, 2017, 151(5), 1156–1172.
10. Wang X.S., Armstrong M.E., Cairns B.J., Key T.J. Shift work and chronic disease: the epidemiological evidence. *Occup. Med. (Lond)* 2011; 61 (2): 78–89.
11. Kuleta A.: Wpływ pracy zmianowej na wystąpienie zmian patofizjologicznych — przegląd literatury. *Forum Zaburzeń Metabolicznych*, 2016, 7(2), 93–98.
12. Pawlak J, Pawlak B, Zalewski P, et al. Praca zmianowa, a powstawanie chorób układu sercowo-naczyniowego w kontekście regulacji normatywnej. *Hygeia Public Health*. 2013; 48(1): 6–9.
13. Grabińska K., Wróbel M., Mykała-Cieśla J., Wichary H. Przegląd doniesień na temat wpływu melatoniny na patogenezę i terapię raka piersi. *Ann. Acad. Med. Siles.* 2010; 64: 3–4, 58–69.

14. Fąfara A., Binkowska-Bury M., Januszewicz P.: Nocna Opieka Pielęgniarska – przegląd wybranych problemów pielęgniarek i pacjentów. *Problemy Pielęgniarstwa* 2015;23(4):520–526
15. Sińska B., Kucharska A., Sienkiewicz Z., Dykowska G.: Wpływ systemu zmianowego pracy pielęgniarek na ich sposób odżywiania i aktywność fizyczną. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 2018, 16(2), 105–111
16. Syrocka J., Gaworska-Krzemińska A., Barton M.: Wpływ pracy zmianowej na organizm kobiety. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2014, 22(3), 354–360.
17. Burdelak W., Pepłońska B.: Praca w nocy a zdrowie pielęgniarek i położnych – przegląd literatury. *Medycyna Pracy*, 2013, 64(3), 397–418
18. Burdelak W., Pepłońska B.: Praca w nocy a zdrowie pielęgniarek i położnych – przegląd literatury. *Medycyna Pracy*, 2013, 64(3), 397–418.
19. Loef B, van Baarle D, van der Beek AJ, Sanders EAM, Bruijning-Verhagen P, Proper KI. Shift Work and Respiratory Infections in Health-Care Workers. *Am J Epidemiol.* 2019 Mar 1;188(3):509-517.
20. Dudzińska M., Neć M., Zwolak A., Malicka J., Kiszczak-Bochyńska E., Smoleń A., Tarach J.S., Daniluk J.: Bezsenność – istotny problem w codziennej praktyce lekarskiej – doniesienia wstępne. *Family Medicine & Primary Care Review*, 2015, 17(2), 90–93.
21. Nowak K.: Mózg po godzinach: wpływ pracy zmianowej na funkcjonowanie poznawcze pracowników. *Bezpieczeństwo Pracy*, 2018, 8: 16-20.
22. Siemiginowska P., Iskra-Golec I., Wątroba J., Relacja praca/rodzina, zadowolenie z pracy i życia oraz zdrowie u pielęgniarek... zmianowych i dziennych, *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis, Studia Psychologica VII* (2014), 138-149.
23. Kasperczyk J, Joško J. Ocena rozpowszechnienia i uwarunkowań zaburzeń snu u pracowników zmianowych. [Evaluation of the prevalence and determinants of shiftwork sleep disorders]. *Medycyna Pracy.* 2012; 63(5): 573-583.
24. Strugała M., Adamczewska M., Talarska D.: Analiza wiedzy studentów kierunku pielęgniarstwa na temat zagrożeń i uciążliwych warunków pracy pielęgniarek. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2019, 72(2), 165-170.

WPLYW PRACY ZMIANOWEJ NA TENDENCJE DO NADWAGI I OTYŁOŚCI W GRUPIE ZAWODOWEJ PIELEŃNIAREK

EMILIA WAWSZCZAK, BEATA ANNA RAPCZYŃSKA

Wstęp. Praca zmianowa w zawodzie pielęgniarki wiąże się z wieloma wyzwaniami, które mogą prowadzić do przyrostu masy ciała. Nieregularne godziny pracy mogą zakłócać rytm dobowy, wpływając na procesy metaboliczne i hormonalne organizmu. Częste zmiany w godzinach snu i czuwania, zmniejszony czas na regenerację organizmu, a także trudności w utrzymaniu regularnych i zbilansowanych posiłków, mogą przyczyniać się do występowania nadwagi i otyłości. Ponadto, stres związany z pracą w opiece zdrowotnej i zwiększone obciążenie fizyczne mogą dodatkowo wpływać na styl życia i zdrowie personelu pielęgniarskiego, zwiększając ryzyko rozwoju problemów z masą ciała.

Dlatego też zrozumienie i analiza wpływu pracy zmianowej na tendencje do nadwagi i otyłości w grupie zawodowej pielęgniarek jest niezbędne. Wykrycie i zrozumienie czynników ryzyka umożliwi opracowanie skutecznych strategii prewencyjnych i interwencyjnych, mających na celu poprawę jakości życia i zdrowia tej grupy zawodowej. Ważne jest również podniesienie świadomości na temat potencjalnych skutków zdrowotnych pracy zmianowej, zarówno wśród samych pielęgniarek, jak i pracodawców, co może przyczynić się do stworzenia bardziej sprzyjającego zdrowiu środowiska pracy. Otyłość to stan patologiczny, charakteryzujący się nadmiernym nagromadzeniem tkanki tłuszczowej w organizmie, które prowadzi do dysfunkcji różnych narządów i układów, zakłóceń biochemicznych i fizjologicznych, a także problemów społecznych i psychologicznych. W efekcie może to prowadzić do skrócenia przewidywanej długości życia. Przyjmuje się, że otyłość występuje, gdy zawartość tkanki tłuszczowej przekracza 30% masy ciała u kobiet i 25% u mężczyzn, choć te wartości nie są jednoznacznie ustalone. Otyłość rozwija się wskutek zaburzeń równowagi energetycznej organizmu, które mogą wynikać z różnych czynników, zarówno etiologicznych, jak i patogenetycznych. Może to być związane z nadmiernym gromadzeniem triacylogliceroli, które jest spowodowane zbyt dużym spożyciem pokarmów, nasileniem procesów lipogenezy lub wzmożoną aktywnością enzymu lipazy lipoproteinowej. Dodatkowo, do akumulacji tkanki tłuszczowej może przyczyniać się obniżona mobilizacja lipidów z tej tkanki. Ten proces może być efektem niedoboru hormonów działających lipolitycznie, zmniejszonej aktywności układu adrenergicznego, zaburzeń procesu lipolizy w komórkach tłuszczowych lub zmniejszonego wykorzystania lipidów wynikającego z niskiego poziomu aktywności fizycznej, procesu starzenia się organizmu lub osłabienia termogenezy [1].

Praca zmianowa, szczególnie obejmująca nocne dyżury, powoduje znaczne zakłócenia w rytmie okołodobowym, co może prowadzić do poważnych zaburzeń hormonalnych. Wewnętrzny zegar biologiczny, zlokalizowany w jądrach nadskrzyżowaniowych (SCN) podwzgórza, jest odpowiedzialny za regulację wydzielania hormonów w cyklu dobowym. Zakłócenia tego rytmu, takie jak te wywołane pracą na nocnych zmianach, mogą wpływać na wydzielanie kluczowych hormonów, takich jak kortyzol, melatonina, prolaktyna oraz hormony płciowe, prowadząc do dysregulacji osi podwzgórze-przysadka-gonady (HPG) i osi podwzgórze-przysadka-nadnercza (HPA) [2].

Kortyzol, znany jako hormon stresu, osiąga najwyższe stężenie rano, przygotowując organizm na aktywność dzienną. Jednakże praca zmianowa, szczególnie nocna, może prowadzić do podwyższonego wydzielania kortyzolu w nocy, co skutkuje przewlekłym stresem i zakłóceniem równowagi osi HPA. Nadmierne wydzielanie kortyzolu wpływa niekorzystnie na funkcje rozrodcze, hamując wydzielanie gonadoliberyny (GnRH) i wpływając na syntezę i wydzielanie gonadotropin. Z tego powodu długotrwała praca na nocnych zmianach może prowadzić do zaburzeń w funkcjonowaniu jajników oraz nieregularności cyklu miesięczkowego [3].

Melatonina, neurohormon produkowany przez szyszynkę, jest kluczowym regulatorem cyklu snu i czuwania. Jej wydzielanie jest ściśle związane z cyklem ciemność-światło. Praca nocna, która wiąże się z ekspozycją na sztuczne światło, hamuje wydzielanie melatoniny, co może prowadzić do problemów ze snem i zakłóceń w funkcjonowaniu osi HPG. Melatonina odgrywa również rolę w regulacji cyklu miesięczkowego, wpływając na wydzielanie gonadotropin. Jej niedobór może powodować nieregularne cykle miesięczne, zaburzenia owulacji, a nawet przedwczesne wygaszenie funkcji jajników.

Estrogeny i progesteron, będące kluczowymi hormonami płciowymi, regulują cykl miesięczkowy i funkcje rozrodcze u kobiet. Zakłócenia rytmu dobowego spowodowane pracą zmianową wpływają na cykliczne zmiany w wydzielaniu tych hormonów, prowadząc do nieregularności cyklu miesięczkowego, bolesnych miesiączek i zwiększonego ryzyka przedwczesnej menopauzy. Estrogeny mają również znaczenie dla zdrowia ogólnego, wpływając na gęstość kości i zdrowie sercowo-naczyniowe, dlatego ich dysregulacja może mieć szerokie konsekwencje dla zdrowia [3].

Prolaktyna, hormon przysadki mózgowej, odgrywa kluczową rolę w laktacji i regulacji funkcji rozrodczych. Jej wydzielanie jest regulowane przez rytm okołodobowy i zazwyczaj osiąga najwyższe stężenie w nocy. Praca zmianowa może prowadzić do zaburzeń w wydzielaniu prolaktyny, co może wpływać na funkcje menstruacyjne i płodność. Hiperprolaktynemia, czyli

nadmierne wydzielanie prolaktyny, może hamować wydzielanie GnRH, prowadząc do zaburzeń owulacji i nieregularnych cykli miesięczkowych. Ważnym aspektem hormonalnych zaburzeń związanych z pracą zmianową jest także wpływ na metabolizm glukozy. Insulina i wrażliwość na insulinę wykazują rytmiczność okołodobową, z najwyższą wrażliwością rano. Praca na nocnych zmianach prowadzi do obniżenia wrażliwości na insulinę, zwiększając ryzyko insulinooporności i cukrzycy typu 2. Insulinooporność jest często związana z zespołem policystycznych jajników (PCOS), co dodatkowo komplikuje funkcje rozrodcze [4].

Pielęgniarki są jedną z grup zawodowych najbardziej narażonych na negatywne skutki pracy zmianowej, ze względu na charakter pracy, która często obejmuje nocne dyżury. Praca na nocnych zmianach może prowadzić do poważnych zaburzeń hormonalnych, wpływając na ich zdrowie reprodukcyjne. Badania wykazały, że pielęgniarki pracujące na zmianach mają wyższe ryzyko nieregularnych cykli miesięczkowych, bolesnych miesiączek oraz zaburzeń płodności. Ponadto, przewlekłe zakłócenia rytmu okołodobowego mogą wpływać na ich ogólne samopoczucie i zdrowie, zwiększając ryzyko zaburzeń metabolicznych, takich jak insulinooporność czy otyłość. W związku z tym, ważne jest opracowywanie strategii minimalizujących wpływ pracy zmianowej na zdrowie hormonalne pielęgniarek, takich jak promowanie zdrowych nawyków żywieniowych, regularnej aktywności fizycznej oraz optymalizacji warunków snu.

Celem pracy jest zbadanie wpływu pracy zmianowej na tendencje do nadwagi i otyłości wśród personelu pielęgniarskiego. Praca ma na celu identyfikację czynników ryzyka związanego z pracą zmianową, które mogą przyczyniać się do występowania nadwagi i otyłości u pielęgniarek. Dodatkowo, celem jest zaproponowanie strategii zarządzania ryzykiem oraz promocji zdrowia w środowisku pracy pielęgniarskiej.

Materiał i metoda. Badania zostały przeprowadzone za pośrednictwem internetu wśród aktywnych zawodowo pielęgniarek. Do tego celu wykorzystano platformę społecznościową Facebook, na której umieszczono ankietę dostępną za pomocą formularza Google. Badanie miało charakter anonimowy, co pozwoliło na swobodną i szczerą odpowiedź uczestniczek. Ankieta była dostępna online od 1 września do 15 września tego roku. Uczestniczki mogły wypełniać formularz w dogodnym dla siebie czasie, co przyczyniło się do uzyskania większej liczby odpowiedzi i różnorodności danych. W ankiecie zawarto pytania dotyczące stylu życia, nawyków żywieniowych, aktywności fizycznej oraz doświadczeń związanych z pracą zmianową, a także wpływu tej pracy na zdrowie i samopoczucie.

Wyniki badań Charakterystyka grupy badanej: W badaniu udział wzięło 119 osób. Największa grupa respondentek pracuje w systemie zmianowym powyżej 20 lat (51,3%). Znacząca część

badanych zadeklarowała, że pracuje w systemie zmianowym od 10 do 20 lat (17,6%). Kolejne grupy to osoby pracujące od 4 do 6 lat (15,1%) oraz od 7 do 10 lat (6,7%). Najmniejszy odsetek badanych stanowią osoby pracujące mniej niż 1 rok (9,2%). Nie odnotowano żadnych respondentek, które pracują w systemie zmianowym od 1 do 3 lat (0,0%). Największa grupa respondentek była w wieku 46-55 lat (52,9%). Kolejne grupy wiekowe obejmowały respondentki w wieku powyżej 55 lat (16,0%), 26-35 lat (15,1%), 36-45 lat (14,3%), a najmniej liczna była grupa w wieku 18-25 lat (1,7%). 60,5% respondentek było mężatkami, 21,0% stanowiły panny, a 13,4% badanych było rozwiedzionych. Wdowy stanowiły 5,0% respondentek. Najwięcej respondentek posiadało magisterskie wykształcenie (52,9%). Licencjat ukończyło 31,1% badanych, natomiast 16,0% respondentek miało średnie wykształcenie. Większość respondentek (59,7%) pracowała w zawodzie pielęgniarki powyżej 20 lat. 14,3% badanych miało staż pracy wynoszący 11-20 lat, a 10,1% pracowało w zawodzie od 1 do 5 lat oraz od 6 do 10 lat. Najmniej liczna grupa respondentek (5,9%) miała staż pracy mniej niż 1 rok. Najwięcej respondentek mieszkało w dużych miastach, liczących ponad 100 tysięcy mieszkańców (50,4%). 28,6% badanych mieszkało w średnich miastach (20-100 tysięcy mieszkańców), a 13,4% w małych miastach (do 20 tysięcy mieszkańców). Najmniejszy odsetek respondentek (7,6%) mieszkał na wsi.

Analiza danych przedstawionych w tabeli 1. wskazuje, że tryb pracy ma istotny wpływ na częstotliwość pomijania posiłków. W grupie pracowników pracujących wyłącznie w trybie zmian dziennych, 25% osób nigdy nie pomija posiłków, a 50% robi to rzadko. Z kolei wśród osób pracujących w trybie zmian 12-godzinnych, 58,3% pomija posiłki często, a 41,7% robi to rzadko. W przypadku zmian rotacyjnych (dzień/noc), 54,9% respondentów pomija posiłki często, a 7,0% zawsze. Statystycznie istotna zależność została potwierdzona przez test chi-kwadrat ($X^2 = 24,66$, $p = 0,0004$), co sugeruje, że tryb pracy znacząco wpływa na regularność spożywania posiłków.

Tabela 1. Wpływ trybu pracy na pomijanie posiłków

Jaki typ zmian obowiązuje w Pani pracy?	Czy zdarza się Pani pomijać posiłki z powodu pracy?									
	Zawsze		Często		Rzadko		Nigdy		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tylko zmianyienne	0	0,0%	3	25,0%	6	50,0%	3	25,0%	12	100,0%
Zmiany 12-godzinne	0	0,0%	21	58,3%	15	41,7%	0	0,0%	36	100,0%
Zmiany rotacyjne (dzień/noc)	5	7,0%	39	54,9%	26	36,6%	1	1,4%	71	100,0%
Suma	5	4,2%	63	52,9%	47	39,5%	4	3,4%	119	100,0%
Test niezależności chi-kwadrat: $X^2=24,66$, $p=0,0004$										

Zgodnie z wynikami przedstawionymi w tabeli 2. istnieje wyraźny związek między trybem pracy a częstotliwością wykonywania ćwiczeń fizycznych. Wśród osób pracujących na zmianach dziennych, 33,3% ćwiczy codziennie, a 33,3% rzadziej niż raz w tygodniu. W grupie pracowników na zmianach 12-godzinnych, 33,3% nigdy nie wykonuje ćwiczeń fizycznych, a 25% ćwiczy kilka razy w tygodniu. Natomiast wśród osób na zmianach rotacyjnych, aż 53,5% ćwiczy kilka razy w tygodniu. Test chi-kwadrat wykazał istotną zależność ($X^2 = 46,12$, $p = 0$), co oznacza, że tryb pracy ma wpływ na aktywność fizyczną pracowników.

Tabela 2. Wpływ trybu pracy na częstotliwość wykonywania ćwiczeń fizycznych

Jaki typ zmian obowiązuje w Pani pracy?	Jak często wykonuje Pani ćwiczenia fizyczne?									
	Codziennie		Raz / Kilka razy w tygodniu		Rzadziej niż raz w tygodniu		Nigdy		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tylko zmianyienne	4	33,3%	3	25,0%	4	33,3%	1	8,3%	12	100,0%
Zmiany 12-godzinne	0	0,0%	9	25,0%	15	41,7%	12	33,3%	36	100,0%
Zmiany rotacyjne (dzień/noc)	0	0,0%	38	53,5%	20	28,2%	13	18,3%	71	100,0%
Suma	4	3,4%	50	42,0%	39	32,8%	26	21,8%	119	100,0%
Test niezależności chi-kwadrat: $X^2=46,12$, $p=0$										

Dane z tabeli 3. pokazują, że tryb pracy pielęgniarek jest istotnie powiązany z oceną własnej diety. Pracujący wyłącznie w systemie zmian dziennych częściej oceniają swoją dietę jako zdrową (58,3%) w porównaniu do osób pracujących na zmianach 12-godzinnych, gdzie tylko 13,9% respondentów uważa swoją dietę za zdrową, a 16,7% za niezdrową. W przypadku pracowników zmian rotacyjnych, 22,5% ocenia swoją dietę jako zdrową, a 16,9% jako niezdrową. Test chi-kwadrat wykazał istotne różnice ($X^2 = 10,8$, $p = 0,0289$), co sugeruje, że tryb pracy ma wpływ na ocenę diety.

Tabela 3. Wpływ trybu pracy na ocenę diety

Jaki typ zmian obowiązuje w Pani pracy?	Jak ocenia Pani swoją dietę?							
	Bardzo zdrowa / zdrowa		Przeciętna		Niezdrowa / Bardzo niezdrowa		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tylko zmianyienne	7	58,3%	5	41,7%	0	0,0%	12	100,0%
Zmiany 12-godzinne	5	13,9%	25	69,4%	6	16,7%	36	100,0%
Zmiany rotacyjne (dzień/noc)	16	22,5%	43	60,6%	12	16,9%	71	100,0%
Suma	28	23,5%	73	61,3%	18	15,1%	119	100,0%
Test niezależności chi-kwadrat: $X^2=10,8$, $p=0,0289$								

Analiza wyników przedstawionych w tabeli 4. sugeruje, że tryb pracy nie ma istotnego wpływu na ocenę własnej wagi. W grupie pracowników na zmianach dziennych, 41,7% osób ocenia

swoją wagę jako prawidłową, a 58,3% jako powyżej normy. Wśród osób pracujących na zmianach 12-godzinnych, 41,7% ocenia swoją wagę jako w normie, a 52,8% jako powyżej normy. Podobne wyniki uzyskano dla pracowników na zmianach rotacyjnych. Test chi-kwadrat ($X^2 = 3,62$, $p = 0,4603$) nie wykazał statystycznie istotnych różnic, co sugeruje, że tryb pracy nie wpływa znacząco na samoocenę wagi.

Tabela 4. Wpływ trybu pracy na ocenę wagi

Jaki typ zmian obowiązuje w Pani pracy?	Jak ocenia Pani swoją aktualną wagę?							
	W normie		Powyżej normy		Znacznie powyżej normy		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tylko zmianyienne	5	41,7%	7	58,3%	0	0,0%	12	100,0%
Zmiany 12-godzinne	15	41,7%	19	52,8%	2	5,6%	36	100,0%
Zmiany rotacyjne (dzień/noc)	29	40,8%	32	45,1%	10	14,1%	71	100,0%
Suma	49	41,2%	58	48,7%	12	10,1%	119	100,0%
Test niezależności chi-kwadrat: $X^2=3,62$, $p=0,4603$								

Z analizy danych zawartych w tabeli 5. wynika, że tryb pracy nie ma istotnego wpływu na diagnozowanie nadwagi lub otyłości. Wśród osób pracujących na zmianach dziennych, 58,3% miało zdiagnozowaną nadwagę, a 41,7% nie miało żadnych problemów z wagą. W grupie osób na zmianach 12-godzinnych, 47,2% respondentów zgłasza nadwagę, a 8,3% otyłość. W przypadku osób na zmianach rotacyjnych, 29,6% zgłasza nadwagę, a 14,1% otyłość. Test chi-kwadrat nie wykazał statystycznie istotnych różnic ($X^2 = 6,53$, $p = 0,1627$), co oznacza, że tryb pracy nie wpływa znacząco na diagnozę nadwagi lub otyłości.

Tabela 5. Wpływ trybu pracy na diagnozę nadwagi lub otyłości

Jaki typ zmian obowiązuje w Pani pracy?	Czy kiedykolwiek była u Pani zdiagnozowana nadwaga lub otyłość?							
	Nie		Tak, nadwaga		Tak, otyłość		Razem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tylko zmianyienne	5	41,7%	7	58,3%	0	0,0%	12	100,0%
Zmiany 12-godzinne	16	44,4%	17	47,2%	3	8,3%	36	100,0%
Zmiany rotacyjne (dzień/noc)	40	56,3%	21	29,6%	10	14,1%	71	100,0%
Suma	61	51,3%	45	37,8%	13	10,9%	119	100,0%
Test niezależności chi-kwadrat: $X^2=6,53$, $p=0,1627$								

Dyskusja. Przeprowadzone badanie dostarcza istotnych informacji na temat wpływu pracy zmianowej na zdrowie i samopoczucie pielęgniarek, w szczególności w kontekście tendencji do nadwagi i otyłości. Wyniki wskazują, że większość respondentek pracuje w systemie zmianowym od wielu lat, co może mieć długofalowy wpływ na ich styl życia i stan zdrowia.

Zdecydowana większość badanych deklaruje pracę w systemie zmian rotacyjnych (dzień/noc), co stanowi szczególne wyzwanie dla organizmu, prowadząc do zakłóceń rytmu dobowego, zmęczenia oraz trudności w utrzymaniu zdrowych nawyków żywieniowych i regularnej aktywności fizycznej.

Zachowania żywieniowe osób pracujących w systemie zmianowym są często utożsamiane z niezdrowymi nawykami żywieniowymi, które mogą prowadzić do rozwoju wielu chorób metabolicznych [5]. Pomimo znajomości zasad zdrowego odżywiania, większość pielęgniarek spożywa posiłki nieregularnie, a ich dieta składa się głównie z wysoko przetworzonej żywności, ubogiej w minerały. Uzasadnieniem dla złych wyborów żywieniowych jest brak czasu, wynikający z przeciążenia obowiązkami zawodowymi oraz stres związany z próbą poprawy niezdrowych nawyków żywieniowych [6].

W przeprowadzonych badaniach własnych większość pielęgniarek oceniła swoją dietę jako przeciętną (61,3%), a jedynie 21,8% uznało ją za zdrową, podczas gdy 13,4% określiło swoją dietę jako niezdrową. Wyniki te sugerują, że pielęgniarki mają świadomość umiarkowanej jakości swoich nawyków żywieniowych, jednak nie postrzegają ich jako wyraźnie nieprawidłowych. W badaniu Sińskiej i wsp. [7] ponad połowa pielęgniarek pracujących w systemie dwuzmianowym (52%) oceniła swój sposób żywienia jako nieprawidłowy, podczas gdy wśród pielęgniarek pracujących na jedną zmianę odsetek ten wynosił 30%, co wskazuje, że praca zmianowa może zwiększać ryzyko niezdrowych nawyków żywieniowych. Na podstawie porównania wyników można wnioskować, że system pracy zmianowej negatywnie wpływa na regularność i jakość diety pielęgniarek, co może sprzyjać rozwojowi nadwagi i otyłości. W związku z tym istotne jest wdrażanie działań profilaktycznych i edukacyjnych mających na celu poprawę świadomości żywieniowej wśród pielęgniarek oraz dostosowanie warunków pracy tak, aby umożliwić regularne spożywanie pełnowartościowych posiłków. Pracodawcy powinni rozważyć wprowadzenie rozwiązań wspierających zdrowe nawyki żywieniowe, takich jak odpowiednie przerwy na posiłki, dostęp do zdrowej żywności w miejscu pracy oraz programy promujące zdrowy styl życia.

Wyniki przeprowadzonej analizy danych wykazały, że istnieje istotna zależność pomiędzy trybem pracy a regularnością spożywania posiłków. W grupie pielęgniarek pracujących wyłącznie w trybie zmian dziennych, 25% respondentek nigdy nie pomijało posiłków, a 50% robiło to rzadko. Natomiast wśród osób pracujących w trybie zmian 12-godzinnych oraz rotacyjnych (dzień/noc), znacząca większość często pomijała posiłki (odpowiednio 58,3% i 54,9%), a niewielki odsetek respondentek pracujących zmianowo deklarował pomijanie posiłków zawsze (7,0%). Statystycznie istotna zależność, potwierdzona testem chi-kwadrat

($X^2 = 24,66$, $p = 0,0004$), wskazuje, że praca zmianowa znacząco wpływa na nieregularność spożywania posiłków, co potwierdza założenia hipotezy. Wyniki badań własnych są zgodne z ustaleniami Horton et al. [8], którzy wskazali, że praca zmianowa oraz intensywne tempo pracy, często obecne w środowisku szpitalnym, są głównymi czynnikami prowadzącymi do niezdrowych nawyków żywieniowych, w tym częstego pomijania posiłków przez pielęgniarki. Oznacza to, że charakter pracy zmianowej, który wiąże się z nieregularnymi godzinami oraz wysokim poziomem stresu, sprzyja rezygnacji z regularnych posiłków, co może prowadzić do niekorzystnych konsekwencji zdrowotnych, takich jak zaburzenia metaboliczne, osłabienie organizmu oraz zwiększone ryzyko nadwagi i otyłości.

Wyniki analizy danych potwierdziły istotny związek między trybem pracy a poziomem aktywności fizycznej pielęgniarek. Wśród osób pracujących na zmianach dziennych 33,3% ćwiczy codziennie, podczas gdy taka sama liczba respondentek (33,3%) deklaruje aktywność fizyczną rzadziej niż raz w tygodniu. W grupie pielęgniarek pracujących na zmianach 12-godzinnych aż 33,3% nigdy nie podejmuje aktywności fizycznej, a 25% ćwiczy kilka razy w tygodniu. Z kolei wśród osób pracujących w systemie zmian rotacyjnych największa część respondentek (53,5%) angażuje się w ćwiczenia kilka razy w tygodniu. Analiza statystyczna potwierdziła istotną zależność ($X^2 = 46,12$, $p = 0$), co wskazuje na wpływ trybu pracy na aktywność fizyczną badanych. Podobne wyniki uzyskano w badaniach Sińskiej i wsp. [7], które wykazały, że największa część pielęgniarek zarówno w systemie jednozmianowym (38%), jak i dwuzmianowym (32%) przeznacza na aktywność fizyczną od 1 do 2 godzin tygodniowo. Mniejszą grupę stanowiły pielęgniarki, które uprawiały sport mniej niż godzinę tygodniowo. Wyniki te wskazują, że pomimo świadomości znaczenia aktywności fizycznej, w systemie zmianowym jej częstotliwość jest ograniczona, co może wynikać z nieregularnego harmonogramu pracy, zmęczenia oraz braku czasu wolnego.

Wyniki analizy danych potwierdziły istnienie istotnego związku pomiędzy trybem pracy a subiektywną oceną diety przez pielęgniarki. Pracownicy pracujący wyłącznie w systemie zmian dziennych częściej oceniali swoją dietę jako zdrową (58,3%), podczas gdy wśród osób pracujących na zmianach 12-godzinnych jedynie 13,9% uważało swoją dietę za zdrową, a 16,7% za niezdrową. W przypadku zmian rotacyjnych 22,5% respondentów określiło swoją dietę jako zdrową, natomiast 16,9% jako niezdrową. Test chi-kwadrat wykazał istotną zależność ($X^2 = 10,8$, $p = 0,0289$), co wskazuje, że tryb pracy ma wpływ na postrzeganie jakości własnego odżywiania. Wyniki te różnią się od badań przeprowadzonych przez Roskoden et al. [9] wśród pracowników uczelni medycznej w Niemczech, gdzie nie stwierdzono istotnych różnic w diecie pomiędzy pielęgniarkami pracującymi na nocnych zmianach a tymi, które

pracowały tylko w ciągu dnia. Obie grupy spożywały nadmierne ilości tłuszczów, co sugeruje, że niezależnie od trybu pracy, nawyki żywieniowe mogą być nieprawidłowe. Te różnice w wynikach mogą wynikać z różnych warunków pracy, systemów opieki zdrowotnej oraz indywidualnych preferencji żywieniowych pielęgniarek w badanych populacjach.

Wyniki przeprowadzonej analizy danych wykazały, że nie ma istotnych statystycznie różnic w postrzeganiu masy ciała w zależności od trybu pracy. W grupie pracowników pracujących na zmianach dziennych 41,7% osób oceniało swoją wagę jako prawidłową, a 58,3% jako powyżej normy. Podobne wyniki uzyskano wśród pielęgniarek pracujących w trybie zmian 12-godzinnych (41,7% deklarowało wagę w normie, a 52,8% powyżej normy), co wskazuje na brak istotnych różnic między poszczególnymi grupami badanych. Wyniki testu chi-kwadrat ($X^2 = 3,62$, $p = 0,4603$) nie wykazały zależności między trybem pracy a subiektywną oceną własnej masy ciała, co sugeruje, że czynnik ten nie wpływa znacząco na sposób, w jaki pielęgniarki postrzegają swoją wagę. Wyniki te wskazują, że niezależnie od trybu pracy, pielęgniarki w podobnym stopniu oceniają swoją wagę jako prawidłową lub powyżej normy. Może to sugerować, że samoocena wagi jest determinowana przez inne czynniki, takie jak ogólna świadomość zdrowotna, indywidualne nawyki żywieniowe czy aktywność fizyczna, a nie tylko specyfika pracy zmianowej. Warto również zauważyć, że w innych badaniach dotyczących wpływu pracy zmianowej na zdrowie pielęgniarek często podkreśla się jej negatywny wpływ na metabolizm i skłonność do przybierania na wadze, jednak subiektywna ocena może nie zawsze odzwierciedlać rzeczywisty stan zdrowia.

W przeprowadzonych badaniach nie wykazano istotnego statystycznie związku pomiędzy trybem pracy, a diagnozą nadwagi lub otyłości. Wśród respondentek pracujących na zmianach dziennych 58,3% miało zdiagnozowaną nadwagę, a 41,7% nie miało żadnych problemów z wagą. W grupie pielęgniarek pracujących w systemie 12-godzinnym 47,2% zgłaszało nadwagę, a 8,3% otyłość. Wśród osób pracujących w trybie zmian rotacyjnych 29,6% miało nadwagę, a 14,1% otyłość. Test chi-kwadrat ($X^2 = 6,53$, $p = 0,1627$) nie wykazał istotnych różnic, co oznacza, że tryb pracy nie wpływa znacząco na diagnozę nadwagi lub otyłości w analizowanej grupie. Wyniki te pozostają w pewnym kontraście do badań Barbadoro i wsp. [10], którzy zaobserwowali zwiększone występowanie otyłości wśród pracowników zmianowych we Włoszech, co sugeruje, że długotrwała praca w systemie zmianowym może mieć negatywne konsekwencje dla masy ciała. Podobnie Pepłońska i wsp. wskazali na wyraźny związek między długością zatrudnienia w systemie zmianowym a podwyższonymi wskaźnikami BMI, WHR (stosunek talii do bioder) oraz WHtR (stosunek talii do wzrostu). Ich badania wykazały, że kobiety przepracowujące większą liczbę zmian nocnych odnotowywały

stopniowy wzrost masy ciała i wskaźników antropometrycznych. Zgodnie z ich wynikami, już 8–9 zmian nocnych miesięcznie mogło powodować zauważalne przyrosty masy ciała oraz zwiększone ryzyko otyłości androidalnej (brzuszej), która nasilała się wraz ze wzrostem liczby przepracowanych godzin w porze nocnej.

Wnioski.

1. Wpływ trybu pracy na pomijanie posiłków: badania wykazały, że tryb pracy zmianowej ma istotny wpływ na częstotliwość pomijania posiłków wśród pielęgniarek. Pracownicy pracujący w systemie zmian 12-godzinnych oraz rotacyjnych częściej pomijają posiłki niż ci pracujący wyłącznie na zmianach dziennych. Może to wynikać z nieregularnych godzin pracy oraz trudności w utrzymaniu stałego rytmu posiłków.
2. Wpływ trybu pracy na aktywność fizyczną: istnieje związek pomiędzy trybem pracy zmianowej, a częstotliwością wykonywania ćwiczeń fizycznych. Pielęgniarki pracujące na zmianach rotacyjnych częściej angażują się w regularną aktywność fizyczną w porównaniu z tymi pracującymi na zmianach dziennych czy 12-godzinnych. Może to wynikać z indywidualnych preferencji oraz możliwości dostosowania harmonogramu ćwiczeń do nieregularnych godzin pracy.
3. Ocena własnej diety: tryb pracy zmianowej wpływa również na subiektywną ocenę własnej diety. Pielęgniarki pracujące na zmianach dziennych częściej oceniają swoją dietę jako zdrową w porównaniu do tych pracujących w trybie zmian 12-godzinnych czy rotacyjnych. To może sugerować, że praca zmianowa utrudnia utrzymanie zdrowych nawyków żywieniowych.
4. Ocena własnej wagi: nie stwierdzono istotnego wpływu trybu pracy na ocenę własnej wagi wśród pielęgniarek. Niezależnie od trybu pracy, większość respondentek oceniała swoją wagę jako prawidłową lub powyżej normy, co wskazuje na subiektywny charakter oceny własnej masy ciała.
5. Diagnoza nadwagi lub otyłości: analiza nie wykazała istotnego wpływu trybu pracy na diagnozowanie nadwagi lub otyłości. Choć w grupie pracowników na zmianach rotacyjnych odnotowano wyższy odsetek respondentek z nadwagą lub otyłością, różnice nie były statystycznie istotne.

Bibliografia:

1. Osiński W, red. Nadwaga i otyłość. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie; 2016.
2. Kuleta A. Wpływ pracy zmianowej na wystąpienie zmian patofizjologicznych — przegląd literatury. Forum Zaburzeń Metabolicznych. 2016;7(2):93-98.

3. Zużewicz K. Skutki zdrowotne pracy w niefizjologicznym rytmie. *Zeszyty Naukowe SGSP*. 2017;62(1/2).
4. Użewicz M, Zużewicz K. Chronobiologiczne aspekty ryzyka zdrowotnego u pracowników zmianowych nocnych. *Bezpieczeństwo Pracy. Nauka i Praktyka*. 2016;535(4):12-17.
5. Buss J. Associations between obesity and stress and shift work among nurses. *Workplace Health Saf*. 2012;60(10):453-9.
6. Nejman M, Gotlib J. Wpływ pracy zmianowej pielęgniarek na ich postawy żywieniowe. *Pielęg Pol*. 2017;1(63):13-9.
7. Sińska B, Kucharska A, Sienkiewicz Z, Dykowska G. Wpływ systemu zmianowego pracy pielęgniarek na ich sposób odżywiania i aktywność fizyczną. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*. 2018;16(2):105-11.
8. Horton Dias C, Dawson RM. Hospital and shift work influences on nurses' dietary behaviors: A qualitative study. *Workplace Health Saf*. 2020;68(8):374-83.
9. Roskoden FC, Kruger J, Vogt LJ, Gartner S, Hannich HJ, Steveling A, et al. Physical activity, energy expenditure, nutritional habits, quality of sleep and stress levels in shift-working health care personnel. *PLoS One*. 2017;12(1):e0171317.
10. Barbadoro P, Santarelli L, Croce N, et al. Rotating shift-work as an independent risk factor for overweight Italian workers: A cross-sectional study. *PLoS One*. 2013;8(5):e63289.

WPLYW PRACY ZMIANOWEJ PIELEŃNIAREK NA RYZYKO WYSTĄPIENIA WYPALENIA ZAWODOWEGO

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

Wstęp. Wypalenie zawodowe jest uznane za ważny problem zarówno indywidualny, jak i społeczny. Problematyką związaną z tym zjawiskiem interesują się nie tylko psychologowie i socjologowie, ale również badacze innych dziedzin. Coraz częściej temat ten jest obecny w literaturze medycznej, w podręcznikach zarządzania, w pismach środowiskowo-zawodowych, a także w środkach masowego przekazu. Grupa zawodowa pielęgniarek od początku badań nad wypaleniem, była w centrum zainteresowania badaczy [1]. Prowadzone badania naukowe umożliwiły zdefiniowanie tego zjawiska oraz dostarczyły wiedzy na temat jego struktury i dynamiki. Na ich podstawie powstało wiele modeli teoretycznych, które wskazują sposoby powstawaniu i rozwojowi wypalenia zawodowego. Wypalenie zawodowe może być ogromną przeszkodą w życiu zawodowymi osobistym osób, które wykonują zawód pielęgniarki [1]. Dlatego żadna inwestycja w zapobieganie wypaleniu zawodowemu wśród pielęgniarek nie może być chybiona. Tym bardziej, że o ile osoby pracujące w zawodach narażonych na wypalenie potrafią określić, przynajmniej ogólnie, zjawisko wypalenia, to ich świadomość w zakresie przyczyn i możliwości przeciwdziałania wypaleniu bywa już znacznie ograniczona i zafałszowana [2]. Freudenberger, opisał po raz pierwszy zjawisko wypalenia zawodowego, i określił je jako spadek poziomu energii, który występuje u pracownika na skutek przeciążenia problemami innych. Sytuacja taka może mieć miejsce, kiedy praca zawodowa opiera się na relacjach interpersonalnych, wymagających zaangażowania emocjonalnego [3]. Autor zwrócił uwagę na to, że ów spadek energii skutkuje zaburzeniami stanu psychicznego i fizycznego człowieka, co z kolei negatywnie wpływa na jego życie zawodowe i prywatne [3]. Dla Aronsona wypalenie zawodowe jest powoli następującym wyniszczaniem psychicznym. Człowiek w tym stanie ma poczucie wyczerpania emocjonalnego, psychicznego i fizycznego, czuje się bezradny, nie widzi przed sobą perspektyw, praca już go nieemocjonuje, traci też radość życia. Z przeglądu piśmiennictwa na temat wypalenia zawodowego wyraźnie widać, że przyczyny jego powstawania są bardzo złożone. Liczni autorzy są zgodni, że w ogólnym ujęciu wypalenie jest efektem przewlekłego stresowego charakteru interakcji, jaka zachodzi pomiędzy osobą i sytuacją pracy. Dlatego działania zapobiegające wypaleniu związane są bezpośrednio z działaniami przeciwstresowymi [4].

Wykonywanie obowiązków zawodowych w trakcie godzin przypadających na czas snu oraz odpoczynku głównie między 24, a 5 wiąże się z naturalnie zmniejszoną wydolnością fizyczną, a także umysłową organizmu. Ustrój obciążany jest ciągłą koniecznością bycia w gotowości przy zmniejszonej percepcji i zwiększonej potrzebie snu. Praca w nocy ma wpływ na autonomiczny układ nerwowy, a to przekłada się może na rozwój wielu anomalii sercowo-naczyniowych, jelitowych, metabolicznych, nowotworowych czy też psychicznych. Zaburzony zostaje dobowy rytm snu, personel medyczny niejednokrotnie niewystarczająco odpoczywa po dyżurze nocnym. Często wynika to z konieczności wypełniania obowiązków domowych co przekłada się na pojawienie przewlekłego zmęczenia skutkującego nadmiernym obciążeniem obowiązkami zawodowymi. Zakłócenie snu wynikające z pracy zmianowej objawiać się może bezsennością lub zbyt dużą sennością. Zaburzenie rytmu dobowego prowadzi do przełożenia snu i odpoczynku na dzień. Następstwem często jest nieodpowiednia jakość oraz długość snu. Skutkiem niewłaściwego odpoczynku są zaburzenia sprawności psychicznej, częściej dochodzi do wypadków w pracy oraz poza nią. Jak stanowi art. 97 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654) „Pracownikowi przysługuje w każdej dobie prawo do co najmniej 11 godzin odpoczynku” [5]. Niewystarczający wypoczynek niejednokrotnie skłania pielęgniarki po częstsze sięganie pożywki: kawę, papierosy czy alkohol. Zaburzenia zasypiania mogą doprowadzić do sięgania po leki nasenne. Szybkość oraz ryzyko wystąpienia zaburzeń uwarunkowane jest głównie cechą osobniczą jednostki, a w szczególności jej zdolnościami adaptacyjnymi, zmniejszającymi się z wiekiem [6-10]. Praca zmianowa wywołuje niejednokrotnie negatywne skutki w życiu osobistym. Przez pracę w nocy, a także w niedzielę i święta zaburzone zostają kontakty z osobami bliskimi oraz znajomymi. Z czasem dochodzi do izolacji społecznej. Jednostka odczuwa coraz mniejszą satysfakcję z wykonywanej pracy [9,11]. Zmiany polityczno-społeczne umożliwiły pracownikom ochrony zdrowia podejmowanie zatrudnienia w więcej niż jednej placówce medycznej. Rozpoczęcie dodatkowego zatrudnienia możliwe jest między innymi przez wykonywanie obowiązków zawodowych w trybie zmianowym. Wiaże się to niejednokrotnie z konsekwencją następujących po sobie dyżurów 12-godzinnych w dwóch niezależnych miejscach pracy. Implikacjami są zmniejszenie czasu na odpoczynek oraz sen, przemęczenie, utratą zapału do wykonywanej pracy, zmniejszoną wydajnością oraz utratą koncentracji prowadzące do wypalenia zawodowego. Wymienione objawy wpłynąć mogą na zakres oraz jakość świadczonych usług, skutkując utratą zdrowia oraz życia pacjentów [12]. Odsetek personelu pielęgniarskiego wykonujący obowiązki w godzinach nocnych uskarża się na nieregularne spożywanie posiłków, częstsze sięganie po słodczyce oraz wysoko przetworzone

posiłki, niż po wartościowe pożywienie. Często jest to spowodowane brakiem czasu na przygotowanie żywności wynikające z nadmiaru obowiązków zawodowych bądź stresu. Długie godziny pracy oraz praca zmianowa prowadzą do złych nawyków żywieniowych, które mogą skutkować wieloma powikłaniami ze strony organizmu [8,13,14]. Nadmierny stres oraz współistniejące zmęczenie to cechy, na które narażony jest personel pielęgniarski wykonujący swoje obowiązki zawodowe w trybie zmianowym. Opieka nad pacjentami w stanie zagrożenia życia naraża pielęgniarki oraz pielęgniarzy na znaczne napięcie generujące zmęczenie psychiczne charakteryzujące się zmniejszeniem percepcji, pogorszeniem samopoczucia a także dłuższym czasem podejmowania kluczowych decyzji. Permanentne narażenie na wymienione cechy prowadzi do powstania syndromu wypalenia zawodowego oraz powstania wielu chorób w tym zaburzeń psychosomatycznych [15].

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

Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród 103 pielęgniarek i pielęgniarzy, w tym 96 osób stanowiły kobiety (93,2%). Ankietowani byli zatrudnieni na oddziałach szpitalach na terenie miasta Zamość. Spośród badanych najliczniejszą grupę stanowiły osoby w przedziale wiekowym 30-40 lat (34%), a najmniej liczną badani w wieku 50 lat i więcej - około 15%. Większość badanych pielęgniarek i pielęgniarzy to mieszkańcy miasta – 52, 4%. Ponad połowa badanych posiadała wykształcenie wyższe - licencjat pielęgniarstwa (54%). Pielęgniarki i pielęgniarze ze stażem pracy w przedziale od 1 do 5 lat reprezentowali najliczniejszą grupę (33%), zaś najmniej liczną osoby posiadające doświadczenie zawodowe mieszczące się w przedziale 15-20 lat (11,65%). Szczegółową charakterystykę badanej grupy przedstawiono w Tabeli nr I

Tabela I. Charakterystyka badanej grupy

Charakterystyka badanej grupy		N	%
Płeć	kobieta	96	93,2
	mężczyzna	7	6,8
Wiek	20 -30	27	26,2
	30 -40	35	34,0
	40 -50	26	25,2
	50 - i więcej	15	14,6
Miejsce Zamieszkania	miasto	54	52,4
	wieś	49	47,6
Wykształcenie	inne	12	11,7
	licencjat	56	54,4
	magister	35	34,0
Staż pracy	1 - 5 lat	34	33,0

	5 - 10 lat	22	21,4
	10 - 15 lat	14	13,6
	15 - 20 lat	12	11,7
	Powyżej 20 lat	21	20,4
<i>N -liczebność; %-odsetek</i>			

Do przeprowadzenia badań wykorzystano ankietę składającą się z trzech standaryzowanych narzędzi badawczych: Kwestionariusza wypalenia zawodowego (MBI), Skalę satysfakcji z pracy (SSP), Kwestionariusza stresu postrzeganego w pracy (PSwP).

Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego (MBI) został opracowany przez Christinę Maslach i jej współpracowników Michaela P. Leitera i Susan E. Jackson w 1981 roku. Jest uznawany za jedno z najbardziej wiarygodnych narzędzi stosowanych w pomiarze wypalenia zawodowego. Ma na celu zbadać symptomy, które mają związek z syndromem wypalenia zawodowego.

Kwestionariusz bada trzy podstawowe aspekty wypalenia zawodowego: wyczerpanie emocjonalne, depersonalizację oraz obniżone odczucia osiągnięć osobistych.

Narzędzie jakim jest Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego jest łatwe w użyciu. Zbudowane jest z 22 stwierdzeń dotyczących odczuć związanych z pracą 9 dotyczy wyczerpania emocjonalnego, 5 depersonalizacji i 8 obniżonego poczucia dokonań osobistych. Pytania w podskalach wyczerpania emocjonalnego i depersonalizacji sformułowano negatywnie, a w podskali obniżonego poczucia dokonań osobistych — pozytywnie. Wyniki należy obliczać oddzielnie dla każdej z podskal. Ankietowani odpowiadają na te stwierdzenia za pomocą siedmiostopniowej skali Likerta oceniając swoje odczucia dotyczące pracy. Wyniki kwestionariusza przedstawiane są jako profil obejmujący trzy aspekty dotyczące wypalenia zawodowego [16].

Skala postrzeganego stresu w pracy została utworzona przez Chirkowską-Smolak i Grobelnego na podstawie Kwestionariusza PSS10, którego autorem byli Cohen, Kamarck i Mermelstein. Skala składa się z 10 pytań odnoszących się do wydarzeń stresogennych, które wystąpiły w przeciągu miesiąca od badania. Respondenci odpowiadają na pytania w czterostopniowej skali Likerta gdzie 0 oznacza nigdy a 4 bardzo często. Jak sama nazwa mówi, narzędzie to służy do oceny stresu w pracy [17].

Skala Satysfakcji z Pracy została skonstruowana przez Zalewską. Jest to krótka skala do oceny zadowolenia z pracy, składa się z pięciu stwierdzeń dotyczących poznawczego aspektu zadowolenia. Na odpowiedzi składa się 7-mio stopniowa skala oceny gdzie 1 oznacza zdecydowanie się nie zgadzam, a 7 zdecydowanie się zgadzam [18].

Wyniki badań. W tabeli nr II przedstawiono wyniki uzyskane w trzech skalach kwestionariusza MBI:

- wyczerpanie emocjonalne (WE),
- depersonalizacja (D),
- obniżenie poczucia dokonań osobistych (OPDO).

Dane zebrano od 103 osób (z jednym przypadkiem braków danych w każdej skali).

Średni wynik w skali WE (wyczerpanie emocjonalne) wyniósł 25,9 (SD = 3,27). Zgodnie z interpretacją punktacji wynik ten wskazuje na wysoki poziom wyczerpania emocjonalnego.

Średni wynik w skali D (depersonalizacja) to 13,4 (SD = 2,48), co klasyfikowane jest jako wysoki poziom depersonalizacji.

Średnia dla OPDO (obniżenie poczucia dokonań osobistych) wyniosła 24,5 (SD = 2,60). Niższe wyniki oznaczają wyższy poziom wypalenia, dlatego wynik ten wskazuje na niskie obniżenie poczucia dokonań osobistych, co można zinterpretować jako relatywnie zachowane poczucie skuteczności zawodowej (czyli niski poziom wypalenia w tej podskali).

Test Shapiro-Wilka wykazał, że rozkład wyników w skalach WE i D odbiega istotnie od rozkładu normalnego ($p < 0,001$ i $p = 0,008$ odpowiednio). Wynik w skali OPDO nie był istotny statystycznie ($p = 0,052$), co sugeruje brak dowodów na istotne odstępstwo od normalności w tej skali. Tabela nr II.

Tabela II. Wyniki Kwestionariusza wypalenia zawodowego MBI

	WE	D	OPDO
N	103	103	103
Braki danych	1	1	1
Średnia	25.9	13.4	24.5
Mediana	26	14	24
Odchylenie standardowe	3.27	2.48	2.60
Minimum	13	8	17
Maksimum	34	19	30
Skośność	-0.351	-0.102	-0.0608
Błąd standardowy skośności	0.238	0.238	0.238
Kurtoza	2.40	-0.728	-0.304
Błąd standardowy kurtozy	0.472	0.472	0.472
W Shapiro-Wilka	0.951	0.965	0.975
p	< .001	0.008	0.052

WE - wyczerpanie emocjonalne

D - depersonalizacja

OPDO - obniżenie poczucia dokonań osobistych

Współczynnik istotności w teście Welcha wyniósł $p < 0,05$ więc wskazuje na to, że zagrożenie wypaleniem zawodowym jest zależne od stażu pracy. Tabela nr III

Tabela III. Test Welcha dla stażu pracy a wypalenia zawodowego

Jednoczynnikowa ANOVA (test Welcha)				
	F	df1	df2	p
wynik mbi	5.22	4	40.5	0.002

Dla badanej grupy zbadano zależność wpływu czasu pracy na czynniki zagrożenia wypaleniem zawodowym za pomocą jednoczynnikowej Anova wykazano, że istotnymi ($p < 0,05$) niezależnymi determinantami poziomu wyczerpania emocjonalnego są:

- Staż pracy w zawodzie 1-5 lat: Wynik Kwestionariusza wypalenia zawodowego wyniósł średnio 61,1 punktów.
- Staż pracy w zawodzie 5-10 lat: Wynik Kwestionariusza wypalenia zawodowego wyniósł średnio 61,6punktów i jest o 0,4 punktów wyższy w stosunku do stażu pracy od 1-5 lat.
- Staż pracy w zawodzie 15-20 lat: Wynik Kwestionariusza wypalenia zawodowego wyniósł średnio 68,4 punktów i jest o 7,2 punktów wyższy w stosunku do stażu pracy od 1-5 lat.
- Staż pracy w zawodzie powyżej 20 lat: Parametr Wynik Kwestionariusza wypalenia zawodowego wyniósł średnio 67 punktów jest o 5,8 punktów wyższy w stosunku do stażu pracy od 1-5 lat. Tabela nr IV

Tabela IV. Wyniki kwestionariusza MBI względem stażu pracy

Statystyki opisowe dla grup					
	Staż pracy	N	Średnia	SD	SE
wynik MBI	1-5 lat	34	61.2	7.84	1.345
	5-10lat	22	64.1	4.55	0.969
	10-15 lat	14	61.6	4.77	1.274
	15-20 lat	12	68.4	5.98	1.725
	powyżej 20 lat	21	67.0	5.01	1.094

Za pomocą testu Fishera wykazano, że $p < 0,05$ co wskazuje, że system pracy ma wpływ na odpowiedzi badanych. Tabela nr V

Tabela V. Test Fishera dla wyników MBI względem systemu pracy

Jednoczynnikowa ANOVA (test Fishera)				
	F	df1	df2	p
WE	5.893	1	101	0.017
D	0.535	1	101	0.466
OPDO	9.625	1	101	0.002

Na podstawie wyników badań można stwierdzić, że badana grupa pracująca w systemie zmianowym osiągała wyższe wyniki we wszystkich grupach pytań dotyczących zagrożenia wypaleniem zawodowym. Pytania dotyczące wyczerpania emocjonalnego średnia punktacja odpowiedzi osób pracujących w systemie zmianowym wyniosła 26,2 punkty co jest o 2,6

punkty więcej niż u osób pracujących w stałym systemie pracy. Pytania dotyczące depersonalizacji, średnia punktacja odpowiedzi osób pracujących w systemie zmianowym wyniosła 13,5 punkty co jest o 0,6 punkty więcej niż u osób pracujących w stałym systemie pracy. Pytania dotyczące obniżenia poczucia osiągnięć osobistych średnia punktacja odpowiedzi osób pracujących w systemie zmianowym wyniosła 24,8 punkty co jest o 2 więcej niż u osób pracujących w stałym systemie pracy. Co może wskazywać, że system pracy ma wpływ na czynniki determinujące wypalenie zawodowe. Tabela Nr VI

Tabela VI. System pracy a podział na trzy wymiary MBI

Czy pracuje Pan/Pani w systemie zmianowym?		N	Średnia	SD	SE
WE	nie	10	23.6	4.25	1.343
	tak	93	26.2	3.07	0.319
D	nie	10	12.9	2.33	0.737
	tak	93	13.5	2.50	0.259
OPDO	nie	10	22.2	3.08	0.975
	tak	93	24.8	2.43	0.252

WE-wyczerpanie emocjonalne; D-depersonalizacja; OPDO- obniżenie poczucia dokonań osobistych

Średnie wyniki punktów dla osób pracujących w systemie zmianowym i systemie podstawowym są do siebie zbliżone. Można przypuszczać, że tryb pracy nie ma wpływu na odczuwany stres w pracy. Powyższe prezentuje tabela nr VII

Tabela VII. Test Anova dla wyników Postrzeganego Stresu w Pracy względem systemu pracy

Statystyki opisowe dla grup

Czy pracuje Pan/Pani w systemie zmianowym?		N	Średnia	SD	SE
Postrzegany Stres w Pracy	nie	10	19.0	3.02	0.955
	tak	93	20.0	3.89	0.403

Na podstawie uzyskanych danych można stwierdzić, że osoby pracujące w zawodzie pielęgniarzy i pielęgniarki krócej, odczuwają większą satysfakcję z pracy niż osoby pracujące w zawodzie dłużej. Dla osób pracujących w przedziale 1-5 lat średni wynik punktów wyniósł 24,3, dla osób pracujących w przedziale 5-10 lat -21,3 punkty, dla osób pracujących powyżej 10 lat w wyniki oscylowały w okolicach 19 punktów. Można przypuszczać że staż pracy ma wpływ na satysfakcję z pracy. Przedstawia to tabela nr VIII

VIII. Wyniki Skali satysfakcji z pracy z uwzględnieniem stażu pracy

Statystyki opisowe dla grup

	Staż pracy	N	Średnia	SD	SE
Skala Satysfakcji z Pracy	1-5 lat	34	24.3	4.28	0.734
	10-15 lat	14	18.6	3.08	0.823
	15-20 lat	12	19.3	4.12	1.189
	5-10lat	22	21.3	3.83	0.817
	powyżej 20 lat	21	18.6	3.47	0.757

Dyskusja. Wyniki przeprowadzonego badania potwierdzają istotny związek między pracą zmianową a zwiększonym ryzykiem wystąpienia wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek. Respondentki i respondenci pracujący w systemie zmianowym, zwłaszcza nocnym i rotacyjnym, znacznie częściej doświadczały objawów charakterystycznych dla syndromu wypalenia, takich jak wyczerpanie emocjonalne, depersonalizacja oraz obniżone poczucie własnych osiągnięć zawodowych. Jest to zgodne z ustaleniami wcześniejszych badań, które wykazały, że nieregularne godziny pracy oraz brak możliwości pełnej regeneracji wpływają negatywnie na zdrowie psychiczne personelu pielęgniarskiego[19]. Istotnym czynnikiem ryzyka jest także długotrwała ekspozycja na stres wynikający z ciągłego dostosowywania się do zmiennych rytmów pracy. Jak podkreślają Akerstedt i Wright , praca nocna zaburza rytm dobowy, co prowadzi do problemów ze snem, zmniejszenia koncentracji oraz spadku efektywności, co z czasem może prowadzić do chronicznego stresu i wypalenia [20]. Wyniki własne sugerują również, że brak odpowiedniego wsparcia ze strony przełożonych i zespołu nasila negatywny wpływ pracy zmianowej.

Warto także zwrócić uwagę na aspekt społeczny i rodzinny — pielęgniarki pracujące zmianowo deklarowały częściej problemy w życiu prywatnym, co potwierdzają również badania autorów takich jak Geiger-Brown i Trinkoff, wskazujące na konflikt praca–dom jako jeden z mediatorów wypalenia zawodowego [21]. Z kolei respondentki zatrudnione w systemie jednozmianowym wykazywały niższy poziom objawów wypalenia, co może wynikać z lepszej jakości snu, bardziej przewidywalnego harmonogramu pracy oraz możliwości utrzymania równowagi między życiem zawodowym a prywatnym. Te ustalenia pokrywają się z badaniami Ruotsalainen i wsp., w których regularność godzin pracy stanowiła czynnik ochronny przed wypaleniem [22]. Wyniki te mają istotne implikacje praktyczne dla organizacji pracy pielęgniarek. Rekomenduje się wdrażanie działań profilaktycznych, takich jak skracanie czasu trwania nocnych dyżurów, wprowadzenie systemów wsparcia psychologicznego oraz możliwość konsultowania grafiku pracy. Ponadto warto rozważyć wprowadzenie programów edukacyjnych dla kadry zarządzającej, mających na celu zwiększenie świadomości dotyczącej

wpływu systemu zmianowego na zdrowie personelu. Ograniczeniem niniejszego badania jest jego przekrojowy charakter oraz subiektywny charakter zbieranych danych. W przyszłości warto przeprowadzić badania longitudinalne, które pozwolą śledzić dynamikę rozwoju wypalenia zawodowego w czasie oraz uwzględnić zmienne indywidualne, takie jak odporność psychiczna czy strategie radzenia sobie .

Wnioski.

1. Przeprowadzone badania wskazały wysoki poziom wypalenia zawodowego w obszarach wyczerpania emocjonalnego oraz depersonalizacji. Jednocześnie badane pielęgniarki i pielęgniarze wykazują stosunkowo niskie obniżenie poczucia dokonań osobistych, co może świadczyć o częściowo zachowanym poczuciu skuteczności zawodowej.
2. Badania wykazały, że zmiennymi, które determinują objawy i poziom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek i pielęgniarzy są zmianowy system pracy oraz staż pracy.
3. Osoby rozpoczynające pracę w zawodzie częściej odczuwają wyższy poziom stresu niż ich bardziej doświadczeni współpracownicy. Równocześnie częściej deklarują większe zadowolenie z pracy niż ich starsi koledzy i koleżanki.

Bibliografia:

- [1]. Andruszewicz A., Banaszekiewicz M., Sobczak M., Perliński J., Syndrom wypalenia zawodowego – problem współczesnych pielęgniarek, *Prob. Piel.*, 2006, 1-2, 34-37.
- [2]. Sęk H., Uwarunkowania i mechanizmy wypalenia zawodowego w modelu społecznej psychologii poznawczej, [w:] *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie*, (red.) H. Sęk, Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa 2009, 83-112
- [3]. Wilczek-Różycka E., Wypalenie zawodowe a empatia, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008, 11-58
- [4]. Formański J., Zapobieganie wypaleniu, *Mag. Piel. Położ.*, 2009, 10, 4-5.
- [5]. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. *Dz.U.* 2011; nr 112, poz. 654.
- [6]. Stychno E., Zaręba J., Kulczycka K., Kosicka B.: Opinion on the health and social functioning of nurses employed in shift work system. Selected aspects. *Journal of Education, Health and Sport* 2018, 8(6): 302-313.
- [7]. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (*Dziennik Ustaw* 2011 nr. 112 poz. 654)
- [8]. Skalska A., Chiżyński K., Sasłowski W., Wiszniewska M., Walusiak-Skorupa J.: Choroby układu krążenia związane z pracą zawodową- istotny problem zdrowotny osób pracujących. *Choroby Serca i Naczyń* 2015, 12(2): 75-87.
- [9]. Kulczycka K., Szczuchniak B., Stychno E., Kosicka B.: Ergonomic work load and well-being of nurses working in shifts. *Journal of Education, Health and Sport* 2017, 7(10): 96-107.

- [10]. Andrzejewska K., Snarska K. K., Chorąży M., Broła W., Szwedziński P., Nadolny K., Ładny J. R., Kulikowski G.: Występowanie zaburzeń snu wśród personelu pielęgniarskiego. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2018, 24(2): 126-132.
- [11]. Martyn J., Grabias K.: The relation between nurses' shift work and their relationships with family and friends. *Problemy Pielęgniarstwa* 2019, 27(1): 29-33.
- [12]. Malinowska-Lipień I., Gabrys T., Kózka M., Gniadek A., Wadas T., Ozga E., Brzostek T.: Podwójna praktyka pielęgniarek w Polsce na tle aktualnych zasobów kadrowych. *Medycyna Pracy* 2021, 72 (2): 113-121.
- [13]. Nejman M., Gotlib J.: Impact of nurses' shift work on their nutrition attitudes. *Pielęgniarstwo Polskie* 2017, 1(63): 13-19.
- [14]. Stróżyk P.M., Lewandowska A., Kabała M., Kozieł D.: Does the shift work of nurses influence their eating behaviors? *Pomeranian Journal of Life Sciences* 2021, 67(2): 33-37.
- [15]. Wójcik A., Jakubowski K., Bazaliński D.: Poziom zmęczenia a natężenie stresu wśród pracowników Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych – doniesienie wstępne. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2020, 4: 151-157.
- [16]. Pasikowski T. Polska adaptacja Maslach Burnout Inventory. In: Sęk H. ed. *Wypalenie Zawodowe. Przyczyny. Mechanizmy. Zapobieganie*. PWN, Warszawa 2000:135–148.
- [17]. Chirkowska-Smolak, T., i Grobelny, J., *Czasopismo Psychologiczne – Psychological Journal*, 22, 1, 2016, 131-139
- [18]. Basińska, B. A., i Wilczek-Różycka, E.(2013). Polska adaptacja Skali Wypalenia Zawodowego(SSP). *Medycyna Pracy*, 64(3), 441-454
- [19]. Åkerstedt, T., & Wright, K. P. (2009). Sleep Loss and Fatigue in Shift Work and Shift Work Disorder. *Sleep Medicine Clinics*, 4(2), 257–271. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2009.03.001>
- [20]. Geiger-Brown, J., & Trinkoff, A. M. (2010). Is it time to pull the plug on 12-hour shifts? *The Journal of Nursing Administration*, 40(3), 100–102.
- [21]. Gómez-Urquiza, J. L., De la Fuente-Solana, E. I., Albendín-García, L., Vargas-Pecino, C., Ortega-Campos, E. M., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2017). Prevalence of burnout syndrome in emergency nurses: A meta-analysis. *Critical Care Nurse*, 37(5), e1-e9.
- [22]. Ruotsalainen, J. H., Verbeek, J. H., Marine, A., & Serra, C. (2015). Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002892.pub5>

WPLYW FORMY ZATRUDNIENIA PRACOWNIKÓW BLOKU OPERACYJNEGO NA BEZPIECZEŃSTWO PACJENTA

EMILIA WAWSZCZAK, JACEK CIBOR

Wstęp. „Każda osoba ma prawo do korzystania z prawidłowo świadczonych usług zdrowotnych niewyrządzających jej żadnej szkody, wolnych od błędów, zgodnie z dobrą praktyką oraz prawo dostępu do świadczeń zdrowotnych i leczenia zgodnych z wysokimi normami bezpieczeństwa.” To stwierdzenie zawarte w Europejskiej Karcie Praw Pacjenta (*European Charter of Patient's Right*; Rzym, 2002) [1] uznaje potrzebę bezpieczeństwa jako fundamentalną zasadę systemów zdrowotnych, a także podstawę i istotę jakości opieki zdrowotnej.

Pojęcia: bezpieczeństwo pacjenta, satysfakcja pacjenta i jakość opieki zdrowotnej, są nierozdzielnie ze sobą powiązane i nie można rozpatrywać ich oddzielnie. Bezpieczeństwo pacjenta i poziom jego satysfakcji z udzielanych mu świadczeń zdrowotnych wynikają z jakości opieki zdrowotnej. Jakość tę determinuje wiele czynników związanych ściśle z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia – medycznych, prawnych, ekonomicznych, organizacyjnych, ergonomicznych, psychologicznych i innych. Bezpieczeństwo pacjenta jest zagadnieniem złożonym i zależy od bardzo wielu czynników, w szczególności takich, jak poziom zasobów systemu opieki zdrowotnej, adekwatne do potrzeb finansowanie, odpowiednio wykształcony personel, właściwe rozwiązania organizacyjne, wysoka jakość aparatury, sprzętu i materiałów medycznych, w tym pomieszczeń, sal chorych i wielu innych.

Uwarunkowania systemowe powodują, że nienależyta jakość opieki zdrowotnej prowadzi w następstwie do zdarzeń niepożądanych. W chirurgii połowa zdarzeń niepożądanych jest związana z operacją. Z analiz wynika, że w chirurgii ogólnej występuje ok. 29% zdarzeń niepożądanych, w ginekologii i położnictwie – 22%, w ortopedii – 22%, z czego połowy można by było uniknąć [2]. Z danych raportu Hope (*European Hospital and Healthcare Federation Insurance and Malpractice*) czynnik ludzki powoduje 66% wszystkich zdarzeń niepożądanych, środowiskowe czynniki 17%, techniczne 12% i organizacyjne 5% [3]. Jednym z kluczowych elementów kształtowania wysokiej jakości usług medycznych, bezpieczeństwa pacjenta i bezpieczeństwa środowiska pracy dla personelu medycznego jest właściwa liczba zasobów ludzkich, co zostało potwierdzone w licznych badaniach. Według Towarzystwa Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej najczęstszą przyczyną powodującą brak możliwości zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom jest zbytne przeciążenie pracą [4].

Pracownicy bloku operacyjnego zatrudnieni w ramach umowy o pracę oraz w ramach umowy cywilnoprawnej pełnią taki sam zakres świadczeń zdrowotnych. Forma zatrudnienia oraz często związany z tym wymiar i rozkład czasu pracy może determinować zaangażowanie w wykonywaną pracę, a co za tym idzie – jakość udzielanych świadczeń. Forma zatrudnienia i czas pracy – jako czynniki motywacyjne - mają wpływ zarówno na personel medyczny, jak i pośrednio – na pacjentów. Efektywne zarządzania szpitalami ukierunkowane na gwarantowanie wysokiej jakości usług medycznych możliwe jest między innymi poprzez zapewnienie odpowiedniego kapitału ludzkiego przy stosowaniu różnych form zatrudnienia.

Forma zatrudnienia oraz często związany z tym wymiar i rozkład czasu pracy może determinować zaangażowanie w wykonywaną pracę, a co za tym idzie – jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych. Forma zatrudnienia i czas pracy – jako czynniki motywacyjne - mają wpływ zarówno na personel medyczny, jak i pośrednio – na pacjentów.

Celem badań była ocena wpływu formy zatrudnienia na bezpieczeństwo pacjentów bloku operacyjnego poprzez ocenę motywacji do pracy wynikającej z korzyści i zagrożeń związanych z poszczególnych form zatrudnienia oraz wpływu liczby przepracowanych godzin na objawy przemęczenia takie jak zdenerwowanie, rozdrażnienia, problemy z koncentracją i skupieniem uwagi, które mogą mieć bezpośredni wpływ na jakość świadczonych usług i związane z nią bezpieczeństwo pacjenta.

Materiał i metoda. Materiał badawczy pozyskano metodą sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety składający się z danych socjo-demograficznych oraz części głównej badającej wpływ formy zatrudnienia pracowników bloku operacyjnego na bezpieczeństwo pacjentów. Badania przeprowadzono w okresie od 10.01.2024 do 20.04.2024 na Bloku Operacyjnym Szpitala św. Anny w Piasecznie, wśród pracowników Bloku Operacyjnego Szpitala Medicover w Warszawie oraz za pośrednictwem portalu społecznościowego zrzeszającego pracowników systemu ochrony zdrowia. Identyfikowanych numerem prawa wykonywania zawodu. Kwestionariusz ankiety zawierał 27 pytań w formie zamkniętej. Wszystkie obliczenia wykonano za pomocą pakietu statystycznego SPSS Statistics 28,0. Badania miały charakter anonimowy i dobrowolny, poddano je analizie opisowej, graficznej oraz statystycznej. Do zbadania zależności statystycznej pomiędzy analizowanymi cechami użyto testu chi kwadrat.

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej testem χ^2 dla prób niezależnych. Przyjęto 5% ryzyka błędu wnioskowania. Wartość prawdopodobieństwa $p < 0,05$ uznano za statystycznie istotną.

Wyniki. Charakterystyka grupy badanej. W grupie badanej zdecydowaną większość respondentów stanowiły kobiety – 77,4%, mężczyźni stanowili odpowiednio 21,7% badanej grupy. Największą część stanowiły osoby w wieku między 41 a 50 rokiem życia, stanowiąc 42,5% grupy badanej. Wśród zawodów wykonywanych przez respondentów przeważał zawód pielęgniarki/pielęgniarsza, który stanowił 77,4% grupy badanej. Mniej liczną grupę stanowiły położne (20,8%), najmniej liczną - lekarze (1,9%).

Analiza porównawcza form zatrudnienia respondentów grupy badanej wskazuje na nieznaczną przewagę umowy o pracę ze współistniejącą umową zleceniem u innego pracodawcy (23,6%), w porównaniu z umową o pracę i umową cywilnoprawną (jako jedynymi, pojedynczymi formami zatrudnienia), które stanowią taką samą wartość – 22,6%. Najmniej popularną formą zatrudnienia było łączenie dwóch umów o pracę u dwóch/lub kilku różnych pracodawców – 2,8%.

Analiza deklarowanej liczby przepracowanych godzin w ciągu doby przez respondentów wykazała, że najczęściej czas ten stanowi więcej niż 15h, co stanowiło 31,1% wszystkich udzielonych odpowiedzi. Odpowiednio mniejsza część grupy deklarowała ten czas w przedziale 12-15h - 22,6%, czas 24h deklarowało 21,7% badanych, między 7h35min a 12h – 20,8%. Według tych danych 96,3% respondentów pracuje w przedziale powyżej 12h na dobę. Analizie poddano także liczbę lat pracy w zawodzie respondentów. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby pracujące powyżej 20 lat (52,8%), najmniej liczna była grupa osób pracujących w zawodzie od 2 do 5 lat (1,9%). Istotnym aspektem uwzględnionym w analizie był także czas (liczba lat), od jakiego respondenci łączą pracę zawodową u dwóch lub większej liczby pracodawców. Najczęściej czas ten mieścił się w przedziale 16-20 lat i 6-9 lat (po 22,6% dla obu grup). Najmniej liczną grupę stanowiły osoby łączące 2 prace lub więcej od ponad 20 lat (8,5%).

Dokonano analizy liczby przepracowanych godzin i jej wpływu na kondycję personelu medycznego przekładającą się na jakość świadczonych usług oraz zachowania wobec pacjentów. Wraz ze wzrostem liczby przepracowanych godzin wzrasta ryzyko przemęczenia, zdenerwowania, rozdrażnienia i trudności w skupieniu uwagi u pracowników bloku operacyjnego.

Tabela 1. Wpływ deklarowanej liczby przepracowanych godzin na odczuwanie przemęczenia – analiza statystyczna

	6. Czy czuje się Pan/Pani przemęczony/a?				Ogółem	Chi-kwadrat Pearsona	p
	Raczej nie	Raczej tak	Zdecydowanie nie	Zdecydowanie tak			

Deklarowana liczba przepracowanych godzin w ciągu doby:	24h	n	5	11	3	4	23	26,69	0,031
		%	21,7%	47,8%	13,0%	17,4%	100,0%		
	7h	n	1	2	0	0	3		
		%	33,3%	66,7%	0,0%	0,0%	100,0%		
	35min	n	1	0	0	0	1		
		%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%		
	mniej niż 7h	n							
		%							
	35min do 12h	n	9	9	2	4	24		
		%	37,5%	37,5%	8,3%	16,7%	100,0%		
	od 12h do 15h	n	4	14	2	2	22		
		%	18,2%	63,6%	9,1%	9,1%	100,0%		
	od 7h 35min do 12h	n							
		%							
więcej niż 15h	n	22	3	4	4	33			
	%	66,7%	9,1%	12,1%	12,1%	100,0%			
Ogółem		n	42	39	11	14	106		
		%	39,6%	36,8%	10,4%	13,2%	100,0%		

n- liczba obserwacji; *p*- poziom istotności statystycznej; χ^2 - wynik testu chi kwadrat Pearsona

Wyniki analizy wskazują, że liczba przepracowanych godzin ma istotny wpływ na poczucie przemęczenia pracowników. Rozkład odpowiedzi różni się znacząco w zależności od liczby przepracowanych godzin.

Tabela 2. Wpływ deklarowanej liczby przepracowanych godzin na odczuwanie rozdrażnienia – analiza statystyczna

			11. Czy w związku z kumulacją godzin pracy zdarza się Panu/Pani odczuwać rozdrażnienie?					Ogółem	Chi-kwadrat Pearsona	p
			Raczej nie	Raczej tak	Zdecydowanie nie	Zdecydowanie tak				
Deklarowana liczba przepracowanych godzin w ciągu doby:	24h	n	1	8	10	2	2	23	30,40	0,064
		%	4,3%	34,8%	43,5%	8,7%	8,7%	100,0%		
	7h 35min	n	0	1	2	0	0	3		
		%	0,0%	33,3%	66,7%	0,0%	0,0%	100,0%		
	mniej niż 7h 35min	n	0	0	1	0	0	1		
		%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%		
	od 12h do 15h	n	0	10	6	4	4	24		
		%	0,0%	41,7%	25,0%	16,7%	16,7%	100,0%		
		n	0	10	7	3	2	22		
		%	0,0%	45,5%	31,8%	13,6%	9,1%	100,0%		

	od 7h 35min do 12h	%	0,0 %	45,5 %	31,8%	13,6%	9,1%	100,0 %	
	więcej niż 15h	n	0	10	4	17	2	33	
		%	0,0 %	30,3 %	12,1%	51,5%	6,1%	100,0 %	
Ogółem		n	1	39	30	26	10	106	
		%	0,9 %	36,8 %	28,3%	24,5%	9,4%	100,0 %	

n- liczba obserwacji; *p*- poziom istotności statystycznej; χ^2 - wynik testu chi kwadrat Pearsona

Wyniki analizy wskazują, że liczba przepracowanych godzin wpływa na odczuwanie rozdrażnienia, chociaż zróżnicowanie odpowiedzi nie osiągnęło poziomu istotności statystycznej ($p = 0,064$).

Tabela 3. Wpływ deklarowanej liczby przepracowanych godzin na odczuwanie zdenerwowania – analiza statystyczna

			9. Czy w związku z kumulacją godzin pracy zdarza się Pani/Panu odczuwać zdenerwowanie?				Ogółem	Chi-kwadrat Pearsona	p
			Raczej nie	Raczej tak	Zdecydowanie nie	Zdecydowanie tak			
Deklarowana liczba przepracowanych godzin w ciągu doby:	24h	n	9	8	2	4	23	27,06	0,028
		%	39,1%	34,8%	8,7%	17,4%	100,0%		
	7h 35min	n	1	2	0	0	3		
		%	33,3%	66,7%	0,0%	0,0%	100,0%		
	mniej niż 7h 35min	n	0	1	0	0	1		
		%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%		
	od 12h do 15h	n	11	5	5	3	24		
		%	45,8%	20,8%	20,8%	12,5%	100,0%		
	od 7h 35min do 12h	n	9	8	2	3	22		
		%	40,9%	36,4%	9,1%	13,6%	100,0%		
	więcej niż 15h	n	10	4	17	2	33		
		%	30,3%	12,1%	51,5%	6,1%	100,0%		
Ogółem		n	40	28	26	12	106		
		%	37,7%	26,4%	24,5%	11,3%	100,0%		

n- liczba obserwacji; *p*- poziom istotności statystycznej; χ^2 - wynik testu chi kwadrat Pearsona

Wyniki analizy wskazują, że liczba przepracowanych godzin wpływa na odczuwanie zdenerwowania, przy czym różnice te są istotne statystycznie ($p = 0,028$).

Tabela 4. Wpływ deklarowanej liczby przepracowanych godzin na trudności ze skupieniem uwagi i zachowaniem koncentracji – analiza statystyczna

			8. Czy obserwuje Pan/Pani u siebie trudności ze skupieniem uwagi i zachowaniem koncentracji ?				Ogółem	Chi-kwadrat Pearsona	p
			Raczej nie	Raczej tak	Zdecydowanie nie	Zdecydowanie tak			
Deklarowana liczba przepracowanych godzin w ciągu doby:	24h	n	9	5	5	4	23	41,63	0,001
		%	39,1%	21,7%	21,7%	17,4%	100,0%		
	7h 35min	n	3	0	0	0	3		
		%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%		
	mniej niż 7h 35min	n	0	1	0	0	1		
		%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%		
	od 12h do 15h	n	10	7	7	0	24		
		%	41,7%	29,2%	29,2%	0,0%	100,0%		
	od 7h 35min do 12h	n	9	8	3	2	22		
		%	40,9%	36,4%	13,6%	9,1%	100,0%		
więcej niż 15h	n	5	3	24	1	33			
	%	15,2%	9,1%	72,7%	3,0%	100,0%			
Ogółem		n	36	24	39	7	106		
		%	34,0%	22,6%	36,8%	6,6%	100,0%		

n- liczba obserwacji; *p*- poziom istotności statystycznej; χ^2 - wynik testu chi kwadrat Pearsona

Wyniki analizy wskazują, że liczba przepracowanych godzin wpływa na trudności ze skupieniem uwagi i zachowaniem koncentracji, przy czym różnice te są istotne statystycznie ($p = 0,001$).

Dyskusja. Bezpieczeństwo pacjenta stanowi niezaprzeczalnie istotny aspekt w kontekście podnoszenia jakości w całym systemie ochrony zdrowia, zwłaszcza w oddziałach zabiegowych i blokach operacyjnych, gdzie skutki zdarzeń niepożądanych są większym zagrożeniem dla zdrowia i życia pacjenta niż w opiece ambulatoryjnej. Mówiąc o bezpieczeństwie, mamy na myśli jego dwa wymiary – techniczny i funkcjonalny. Na wymiar techniczny składa się profesjonalizm w działaniu dotyczący kwalifikacji formalnych, umiejętności praktycznych, liczby personelu dostosowanej do liczby i stanu zdrowia pacjentów, warunków sanitarno-higienicznych pomieszczeń, stanu technicznego aparatury i sprzętu medycznego oraz przechowywania leków. Zapewnienie bezpieczeństwa w tym zakresie nie gwarantuje jednak pełnego zabezpieczenia dla pacjenta. Równie ważny jest funkcjonalny wymiar bezpieczeństwa, rozumiany jako profesjonalizm relacji – z pacjentem i w zespole terapeutycznym. Na relacje te

składa się zrozumiałe przekazywanie informacji, okazywanie empatii i zrozumienia, poświęcanie uwagi pacjentowi i członkom zespołu. Ten ludzki aspekt opieki wskazywany jest przez wielu badaczy, jako ten, w którym pacjenci odnajdują satysfakcję i dowód na wysoką jakość usług medycznych, nierzadko bardziej niż w wiedzy technicznej personelu [5].

Wyniki przeprowadzonych badań pozwoliły na odrzucenie hipotezy dotyczącej wpływu formy zatrudnienia na motywację do pracy. Większość respondentów postrzega umowę o pracę pozytywnie w kontekście motywacji. Za tą formą zatrudnienia przemawiają korzyści takie jak „stabilizacja i bezpieczeństwo zatrudnienia”, „pewność stałego wynagrodzenia”, „przywileje z tytułu pracownika np. płatny urlop” oraz „określony czas pracy”. Niewielki odsetek respondentów uważa, że umowa o pracę wpływa na ich motywację negatywnie. Do podobnych wniosków doszła Cwanda i wsp., uważając, że pozytywny wpływ tego typu umowy związany jest ze stabilizacją zatrudnienia [6]. Umowa cywilno-prawna również okazała się wpływać pozytywnie na motywację pracowników bloku operacyjnego. To, co w umowie o pracę postrzegane jest jako zagrożenie, w umowie cywilno-prawnej stanowi zaletę. Wyższe wynagrodzenie i elastyczny charakter pracy pozytywnie wpływają na motywację części respondentów. Zapewnienie bezpieczeństwa zatrudnienia, indywidualne podejście oraz odpowiednie wynagrodzenie materialne powinny być brane pod uwagę przez menedżerów, którzy ustalają system motywacyjny zachęcając tym samym pracowników ochrona zdrowia do rzetelnej pracy. Szpitale, w celu zapewnienia obłożenia zapotrzebowania na personel medyczny stosują elastyczne formy zatrudnienia, dostosowane do oczekiwań i wymagań tego personelu oraz możliwości organizacyjno-prawno-finansowych szpitala [7]. Swoboda podejmowania decyzji oraz istniejące możliwości poprawy sytuacji finansowej oraz organizacyjnej przyczyniają się do wzrostu popularności zatrudnienia w ramach umowy cywilno-prawnej. Ta forma zatrudnienia nie zawsze jest korzystna dla szpitali, gdyż może zwiększać ryzyko obniżenia jakości świadczonych usług, unikania odpowiedzialności, wystąpienia wypadków czy wręcz zagrożenia życia pacjentów i własnego. Problem zauważa również Państwowa Inspekcja Pracy, która wskazuje głównie na „omijanie” przepisów dotyczących czasu pracy poprzez zawieranie umów cywilno-prawnych mających na celu przekroczenie norm obowiązujących w przypadku umowy o pracę. Praktyka taka pozwala rozwiązać problem braków kadrowych. Sytuacja ta jest pochodną mechanizmu finansowania świadczeniodawców w polskim systemie ochrony zdrowia – środki finansowe pozyskane od płatnika, będące głównym źródłem przychodów podmiotów leczniczych, przeznaczone są na pokrycie nie tylko kosztów świadczeń czy kosztów administracyjnych, ale przede wszystkim na wynagrodzenia pracowników, które mogą stanowić aż 75% ogólnych kosztów działalności szpitali [7].

Korzyści finansowe dla szpitala nie muszą przekładać się na korzyści dla pacjentów – rozwiązanie braków kadrowych i poprawa dostępności świadczeń nie gwarantuje wzrostu jakości i bezpieczeństwa opieki – bardzo dużo mówi się o efektywności pracy osób, które wypracowują dużą liczbę godzin dyżurowych w miesiącu. Temat ten pozostaje nadal kwestią sporną w środowisku ochrony zdrowia [6]. Dlatego też drugim badanym aspektem był czas pracy. W zdecydowanej większości czas pracy respondentów przekraczał dopuszczalne normy zawarte w Ustawie o Działalności Leczniczej [7]. W badaniach własnych wskazano, że pracownicy bloku operacyjnego pracują więcej niż 7godz. 35min. czy 12 godz. na dobę. Sytuacja ta dotyczyła aż 75,4% badanych. Wpływa ona na ich kondycję psychiczną i fizyczną. Liczne badania wskazują, że przemęczenie personelu medycznego wpływa na pogorszenie świadczonych przez niego usług [8]. Przepracowany dyżur jest przyczyną odczuwania zmęczenia fizycznego dla 77,2% badanego przez Dudek personelu pielęgniarskiego oraz zmęczenia psychicznego dla 80,6% tej grupy, co jest zgodne z badaniami własnymi [9]. Zjawisko przewlekłego zmęczenia w grupie pracowników ochrony zdrowia wskazywane jest jako bardzo istotny problem, zarówno w badaniach Sygit-Kowalkowskiej [10], jak i w badaniach zagranicznych prowadzonych przez Wolf i wsp.[11] oraz Steege [10]. Badacze podkreślają jak niebezpieczne dla pacjentów jest przewlekłe zmęczenie personelu medycznego, które może przyczyniać się do powstawania błędów medycznych [12]. Wraz ze wzrostem liczby przepracowanych godzin wzrasta ryzyko przemęczenia, zdenerwowania, rozdrażnienia i trudności w skupieniu uwagi u pracowników bloku operacyjnego, co wykazano w badaniu własnym.

Zaobserwowano istotną statystycznie zależność między liczbą przepracowanych godzin, a poczuciem przemęczenia, przy czym w grupie respondentów deklarujących przepracowywanie 12-24 godz. w ciągu doby, większość twierdząco odpowiada na pytanie dotyczące odczucia przemęczenia, a także rozdrażnienia i zdenerwowania. Istotnym aspektem wpływającym na jakość opieki medycznej i bezpieczeństwo pacjenta jest możliwość skupienia uwagi i utrzymania koncentracji. Uwaga ta przekłada się z jednej strony na reagowanie na potrzeby pacjentów i zapamiętywanie m.in. o co proszą – ważny aspekt w ocenie pacjentów [13], ale również skupienie podczas zabiegów operacyjnych i komunikację w zespole, które przekładają się na skuteczną pracę zespołową. Wyniki analizy badań własnych sugerują, że liczba przepracowanych godzin znacząco wpływa na trudności ze skupieniem uwagi i zachowaniem koncentracji. Największe odczucie trudności występuje u osób pracujących przez 24 godziny w ciągu doby. Statystyczna istotność wyników podkreśla, że liczba przepracowanych godzin ma realny wpływ na odczuwane trudności ze skupieniem uwagi

i zachowaniem koncentracji przez pracowników. Ma to bezpośrednie przełożenie na bezpieczeństwo pacjenta – ryzyko wystąpienia powikłań chirurgicznych jest około pięciokrotnie wyższe, gdy interpersonalna praca zespołowa i wymiana informacji jest nieskuteczna [14]. Na skuteczną pracę zespołową mają również ogromny wpływ konflikty między jego członkami. Wyniki badania pokazują, że większość respondentów (78,3%) raczej nie lub zdecydowanie nie staje się bardziej konfliktowa z powodu kumulacji godzin pracy. Jednakże 21,7% badanych odczuwa pewien wpływ nadmiaru godzin pracy na swoją skłonność do konfliktów, co wskazuje na potrzebę zarządzania stresem i wsparcia w radzeniu sobie z obciążeniem pracą. Konflikty w zespole terapeutycznym mają zasadnicze znaczenie dla bezpiecznej i wysokiej jakości opieki zdrowotnej [15].

Nadmierne obciążenie fizyczne podczas pracy na bloku operacyjnym, związane z wielogodzinnym asystowaniem do zabiegów w pozycji stojącej i przy nieprawidłowej postawie ciała, może być przyczyną dolegliwości bólowych kręgosłupa. Problem ten dotyczy głównie pracowników z dłuższym stażem pracy (wśród respondentów najliczniejszą grupę stanowiły osoby pracujące powyżej 20 lat - 52,8%), u których przewlekłe oddziaływanie niekorzystnych czynników prowadzi do zaawansowanych zmian o charakterze strukturalnym w obrębie narządu ruchu. Poza bólami pleców skarżą się oni na zmęczenie, wyczerpanie, sztywność karku i niestrawność żołądka [16]. Analizy badań własnych sugerują, że liczba przepracowanych godzin może mieć wpływ na odczuwanie bólu fizycznego, jednak ta zależność nie jest istotna statystycznie.

Sala operacyjna, to miejsce dynamicznej opieki zdrowotnej, przeprowadzania inwazyjnych interwencji przy użyciu wysoce precyzyjnych technologii, a także miejsce pracy zespołowej w warunkach naznaczonych presją i stresem [17]. Udana operacja czy zabieg chirurgiczny zależy nie tylko od aspektów technicznych, którym poświęca się wiele uwagi podczas szkoleń i edukacji, ale zależy też w dużej mierze od skutecznej komunikacji. Pewne umiejętności nietechniczne, świadomość sytuacji, komunikacja, praca zespołowa, zarządzanie zasobami i ryzykiem, radzenie sobie ze stresem to kluczowe aspekty sukcesu na sali operacyjnej [18]. Zróżnicowanie poziomu stresu wśród pracowników bloku operacyjnego w zależności od liczby przepracowanych godzin nie wykazuje istotności statystycznej. Większość określa poziom stresu jako przeciętny lub wysoki. Bardzo wysoki poziom stresu występuje sporadycznie w różnych grupach. Podobne wyniki uzyskali w swoich badaniach Zdziebło i wsp. oraz Białkowska, która przedstawiła analizę wg której dla 65,91% badanych praca zawodowa była źródłem stresu [19]. Wysoki poziom stresu wśród pracowników systemu ochrony zdrowia może powodować drażliwość, konfliktowość i podmiotowe traktowanie innych, pogarszając

tym samym poziom opieki nad pacjentem [20]. Analiza badań własnych pozwoliła na częściowe potwierdzenie hipotezy o poziomie stresu pracowników bloku operacyjnego określonym jako przeciętny, niezależnie od ilości przepracowanych przez nich godzin.

Prawo do bezpieczeństwa pacjenta jest jasno zdefiniowane w świetle regulacji prawnych europejskich i polskich. Kierunki i cele działań zostały precyzyjnie określone. Rzeczywistość pokazuje, że w polskich podmiotach leczniczych to często jedynie postulat i „pobożne życzenie”. Czy to stwierdzenie zbyt odważne, zbyt krytyczne? Dowodem niepodważalności takiego stwierdzenia jest liczba wielu spraw sądowych orzekających o odszkodowaniach związanych ze zdarzeniami niepożądanymi. Ryzyka nie można wyeliminować ze świadczenia opieki zdrowotnej, ale można zwiększyć świadomość i wysiłki w celu zarządzania, kontrolowania, reagowania i zmniejszania ryzyka w placówkach ochrony zdrowia.

Wnioski.

1. Nie ma jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, która forma zatrudnienia personelu bloku operacyjnego jest bardziej korzystna.
2. Obie formy zatrudnienia – umowa o pracę i umowa cywilno-prawna - posiadają korzyści i zagrożenia, które uwzględniane są zarówno przez pracowników jak i pracodawców podczas podejmowania decyzji o wyborze formy zatrudnienia. Istotnym jest zapewnienie rzeczywistej swobody wyboru formy zatrudnienia zgodnie z ich preferencjami.
3. Wzrost liczby przepracowanych godzin wpływa bezsprzecznie na zwiększenie częstotliwości odczuwania przemęczenia, zdenerwowania, rozdrażnienia i problemów ze skupieniem uwagi i koncentracją wśród pracowników bloku operacyjnego.
4. Duża liczba przepracowanych godzin nie ma wpływu na zadowolenie z wykonywanej pracy – w największym stopniu na zadowolenie wpływa charakter pracy i stosunki interpersonalne w zespole terapeutycznym.
5. Aby zapewnić pacjentom możliwie jak najlepszą opiekę kadra zarządzająca musi podjąć działanie mające na celu niwelowanie stresu i przemęczenia personelu bloku operacyjnego.

Bibliografia:

1. European Charter of Patient's Right. Basic Documents. Rzym, 2002
2. Bielecki K. Zdarzenia niepożądane w chirurgii a błąd medyczny. [w:] Pomorski J. (red), Błąd medyczny, PZWL, Warszawa, 2010, 71-81.
3. Kutryba B. Bezpieczeństwo pacjenta w Unii Europejskiej. [w:] Pomorski J. (red), Błąd medyczny..., PZWL, Warszawa, 2010, 187-194.
4. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w sprawie rozporządzenia ministra zdrowia z dn. 28.12.2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych

w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. <https://www.ptp.net.pl/stanowisko-w-sprawie-obsad-pielęgniarskich-w-zakladach-opieki-zdrowotnej>, (dostęp z dnia 23.10.2023).

5. Zhang R.F. High nurse staffing level has a positive impact on patient satisfaction with nursing care in an acute hospital setting: from nurse's perspective. *SGH Postgrad Med. Inst.* 2005; 14(2): 1-6.
6. Cwanda K., Jabłońska N., Bartczyk N., Stankiewicz-Mróż A. Forma zatrudnienia i czas pracy jako czynniki budujące motywację pielęgniarek. *Zeszyty Naukowe Politechniki Łódzkiej*. 2017, Nr 1218, Organizacja i Zarządzanie, z.69, str.1-21.
7. Ustawa z 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2011r., nr 112, poz.654 ze zm.).
8. Moroz G., Orzeł Z. Zarządzanie w opiece zdrowotnej. *Praktyczny poradnik dla świadczeniodawców*. Warszawa; Wyd. C.H. Beck; 2014; str. 232-233.
9. Dudek A. Chroniczne zmęczenie oraz bezsenność wśród pielęgniarek. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*, 2021, 3(6): 38-58.
10. Sygit-Kowalkowska E. Zmęczenie przewlekłe pielęgniarek w obliczu wyzwań współczesnej opieki psychiatrycznej. Czy temperament i środowisko pracy mają znaczenie? *Psychiatria Polska*, 2021, 55(5): 1047-1064.
11. Wolf L.A., Perhats C., Delao A.M., Clark P.R. Workplace aggression as cause and effect: Emergency nurses' experiences of working fatigue. *International Emergency Nursing*, 2017, 33: 48-52.
12. Saremi M., Fallah M.R. Subjective fatigue and medical errors among nurses in an educational hospital. *Iran Occupational Health*, 2013, 10(4): 1-8.
13. Hreńczuk M.K., Gorzała I., Małkowski P. Jakość opieki pielęgniarskiej świadczonej na oddziale neurochirurgii z perspektywy pacjentów. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 2022, 1:23-30.
14. Mazzocco K., Petti D.B., Fong K.T., et al. Surgical team behaviors and patient outcomes. *Am J Surg*, 2009, 197:678-685.
15. Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 2009, 53:143-151.
16. da Silva L.A., Mendes A.M. Nurses' workload and its relation with physiological stress reactions. *Rev. Lat. Am. Enfermagem*. 2014; 22(6): 959-965.
17. Marins F.Z., Dell'Agno C.M. Surgical center: challenges and strategies for nurses in managerial activities. *Rev Gaúche Enferm*, 2016, 37(4):e56945
18. Bogdanovic J., Perry J., Guggenheim M, et al. Adaptive coordination in surgical teams: an interview study. *BMC Health Serv Res*, 2015, 15:128.
19. Zdziebło K., Zboina B., Stępień R., et al. Stres zawodowy jako czynnik determinujący jakość życia w opinii pielęgniarek. *Polish Journal of Health and Fitness*, 2015,1: 57-71.
20. Antkoniak A., Kosior-Lara A. Wpływ stresu na pracę pielęgniarek a wypalenie zawodowe. *Aktywność fizyczna i problematyka stresu*, 2020, 105-116.

POSTAWY PERSONELU PIEŁĘGNIARSKIEGO WOBEC SYSTEMU WYNAGRODZEŃ, A ICH SATYSFAKCJA Z WYKONYWANEJ PRACY

JULIA RYSZKA, BEATA BABIARCZYK

Wstęp. System ustalania wynagrodzeń, który określa minimalne poziomy wynagrodzenia zasadniczego dla pracowników na różnych stanowiskach nazywany jest siatką płac. Definiowana jest ona także jako ramowa struktura płacowa, w której różne stanowiska w organizacji są przypisane do odpowiednich poziomów wynagrodzeń, w zależności od wymagań, kwalifikacji oraz odpowiedzialności zawodowej związanej z daną rolą. Siatka płac ma na celu zapewnienie sprawiedliwości i transparentności w wynagradzaniu pracowników, uwzględniając ich kwalifikacje, doświadczenie zawodowe oraz specyfikę wykonywanej pracy [1,2]. Siatka płac w sektorze medycznym została określona w Ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz.U. 2017, poz. 1473). Ustawa ta wprowadzała ramy prawne dotyczące minimalnych wynagrodzeń zasadniczych dla różnych grup zawodowych w sektorze medycznym, takich jak pielęgniarki, lekarze, technicy medyczni oraz inny personel medyczny. W związku z licznymi postulatami środowisk medycznych oraz wynikającą z nich koniecznością aktualizacji przepisów, jako nowelizacja omawianej powyżej ustawy, w roku 2022 została wprowadzona kolejna ustawa. Motywatorami do jej nowelizacji były krytyczne głosy ze strony środowisk medycznych, a zwłaszcza grupy zawodowej pielęgniarek/pielęgniarzy, mówiące o niewystarczającym wynagrodzeniu, nierównościach płacowych, zmianach w kwalifikacjach zawodowych czy niedoborach pracowników medycznych. Ustawa z dnia 26 maja 2022 r. wprowadziła ważne zmiany w sposobie ustalania wynagrodzeń zasadniczych dla pracowników podmiotów leczniczych, w tym pielęgniarek/pielęgniarzy. Dzięki temu systemowi, pielęgniarki oraz osoby wykonujące inne zawody medyczne, o których mowa w omawianej ustawie, mogły liczyć na wyższe wynagrodzenia, adekwatne do ich kwalifikacji i doświadczenia. To z kolei miało przyczynić się do poprawy jakości świadczonej opieki zdrowotnej oraz stabilności kadrowej w sektorze ochrony zdrowia [3]. Wprowadzenie nowej siatki płac w lipcu 2022 roku było krokiem w stronę ujednolicenia i poprawy wynagrodzeń pielęgniarek w Polsce. Chociaż założenia nowej siatki płac miały na celu zapewnienie większej sprawiedliwości i motywacji do rozwoju zawodowego pielęgniarek/pielęgniarzy, napotkały one również szereg wyzwań, które wymagały dalszego rozważenia i korekt. Jednym z nich była różnorodność poziomów wykształcenia i specjalizacji w ramach różnych grup zawodowych, co wymagało precyzyjnego dostosowania wynagrodzeń.

Ponadto, podmioty lecznicze musiały uwzględnić wpływ tych zmian na swoje budżety operacyjne, co mogło prowadzić do konieczności dodatkowego finansowania z budżetu państwa. W związku z narastającymi głosami sprzeciwu i niezadowolenia ze strony osób reprezentujących zawody medyczne, których ta ustawa dotyczyła, dyskusje z poziomu placówek medycznych przeniosły się na szczebel krajowy, na którym rozpoczęto prace nad kolejną nowelizacją ustawy. W listopadzie 2023 r. Marszałek Sejmu odczytał obywatelski projekt ustawy „O zmianie ustawy o sposobie wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych”. Projekt ten jako odpowiedź na większość głosów niezadowolenia ze strony środowiska pielęgniarskiego i nie tylko, miałby wnieść podniesienie współczynnika pracy, w szczególności zmiana dotyczyć by miała grup zawodowych pielęgniarek i położnych, które obecnie często otrzymują wynagrodzenia niesatysfakcjonujące w stosunku do wymagań i obciążeń pracą (grupy 5 i 6), powiązanie wynagrodzenia z faktycznymi kwalifikacjami, gwarancję finansowania podwyżek z budżetu publicznego w ramach systemu świadczeń zdrowotnych czy też automatyczną zmianę grupy wynagrodzeniowej [3]. Nowelizacja ta jednak do dnia dzisiejszego nie została przyjęta.

Wynagrodzenie i uznanie to jeden z najważniejszych czynników wpływających na poziom zadowolenia z pracy. Satysfakcją z pracy nazywamy emocjonalną reakcję osoby zatrudnionej w danej organizacji na różne aspekty pracy. Mogą to być pozytywne i negatywne uczucia oraz postawy dotyczące obowiązków zawodowych, które pracownik wykonuje w ramach swoich obowiązków służbowych [4-6]. Znaczenie satysfakcji z pracy wykracza poza jednostkowe doświadczenia pracownika. Zadowolenie z pracy jest kluczowym elementem dla organizacji, wpływającym na wydajność zespołów, poziom innowacyjności oraz retencję pracowników. Satysfakcja zawodowa pielęgniarek/pielęgniarzy odgrywa także kluczową rolę w jakości opieki zdrowotnej oraz utrzymaniu jej stabilności [7-10]. Wynagrodzenie w grupie zawodowej pielęgniarek/pielęgniarzy nie tylko wpływa na odczuwaną satysfakcję z pracy, ale również na poprawę standardu opieki zdrowotnej i poziom satysfakcji pacjentów [11]. Wynagrodzenie w tej grupie zawodowej nie tylko wpływa na odczuwaną satysfakcję

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

Material i metody. Charakterystyka grupy badanej. Badanie zostało przeprowadzone w okresie od maja do czerwca 2024 roku. Grupę badaną stanowiły pielęgniarki oraz pielęgniarze będący członkami grup zrzeszających osoby wykonujące ten zawód na popularnym portalu społecznościowym. Dostęp do tych grup jest jedynie możliwy poprzez

weryfikację numeru prawa wykonywania zawodu pielęgniarki. Dodatkowo, w celu zwiększenia zasięgu badania, ankieta została udostępniona na mediach społecznościowych okręgowych izb pielęgniarskich, które wyraziły na to zgodę. W badaniu uczestniczyło 157 osób, z czego zdecydowaną większość stanowiły kobiety (97,5%). Średni wiek badanych wynosił $39,6 \pm 12$ lat (22-64 lat). Ponad połowa ankietowanych mieszkała w miastach (56,7%), większość z nich była w związku małżeńskim lub partnerskim (81,5%). Pod względem wykształcenia, największy odsetek stanowiły osoby posiadające tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa (54,8%), mniejszy odsetek badanych stanowili badani z tytułem licencjata pielęgniarstwa (40,1%), a najmniejszą grupę obejmowały osoby z wykształceniem średnim medycznym, czyli po ukończeniu liceum medycznego (5,1%). Jeśli chodzi o posiadanie specjalizacji z pielęgniarstwa, Większość ankietowanych posiadało specjalizację z pielęgniarstwa (58,6%). Staż pracy w zawodzie pielęgniarki oceniono na średnio $15,9 \pm 13,0$ lat (0,2-49 lat), a w obecnym miejscu pracy na $10,6 \pm 11,1$ lat (0,2-44 lat). Analiza badanej populacji pod względem miejsca zatrudnienia wskazała, że zdecydowana większość ankietowanych pracuje w oddziałach szpitalnych (71,3%). Mniejsze odsetki ankietowanych pracowały w POZ lub Ambulatoryjnej specjalistycznej opiece medycznej (14,0%), na Bloku operacyjnym (4,5%), w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym (3,2%) lub na Izbie Przyjęć/SOR (1,9%). 5,1% osób zadeklarowało „Inne” miejsce zatrudnienia (w tym np. Hospicjum domowe czy Zakład Diagnostyki Obrazowej). Analizując formę zatrudnienia w podstawowym miejscu pracy, zdecydowana większość osób biorących udział w badaniu była zatrudniona na umowę o pracę (89,2%). Małe odsetki badanych zadeklarowały zatrudnienie w formie kontraktu (7,0%), na umowie zlecenie (5,7%) oraz na umowie na zastępstwo (0,6%). Jeśli chodzi o zatrudnienie na stanowisku kierowniczym, jedynie 12,7% osób badanych potwierdziło, że pełni taką funkcję. Samoocena sytuacji finansowej osób badanych wykazała, że większość z nich ocenia swoją sytuację jako dobrą (66,9%). Mniejsze odsetki badanych miały problem z jednoznacznym określeniem swojej sytuacji finansowej (16,6%) lub oceniły ją jako bardzo dobrą (12,1%). Minimalny odsetek badanych stwierdził, że jest ona zła (3,8%), a jedna osoba oceniła ją nawet jako bardzo złą (0,6%). Jeśli chodzi o miesięczny dochód netto, co około trzeci ankietowany deklarował zarobki w przedziale 5000-6000 zł. (30,6%) lub 6000-7000 zł. (28,7%). 17,8% osób badanych oceniło swój dochód miesięczny na poziomie 7000-8000 zł., a 14,0% - na 4000-5000 zł. Małe odsetki ankietowanych oceniły swój dochód na „ponad 10 000 zł.” (5,1%) oraz 9000-10 000 zł. (3,8%).

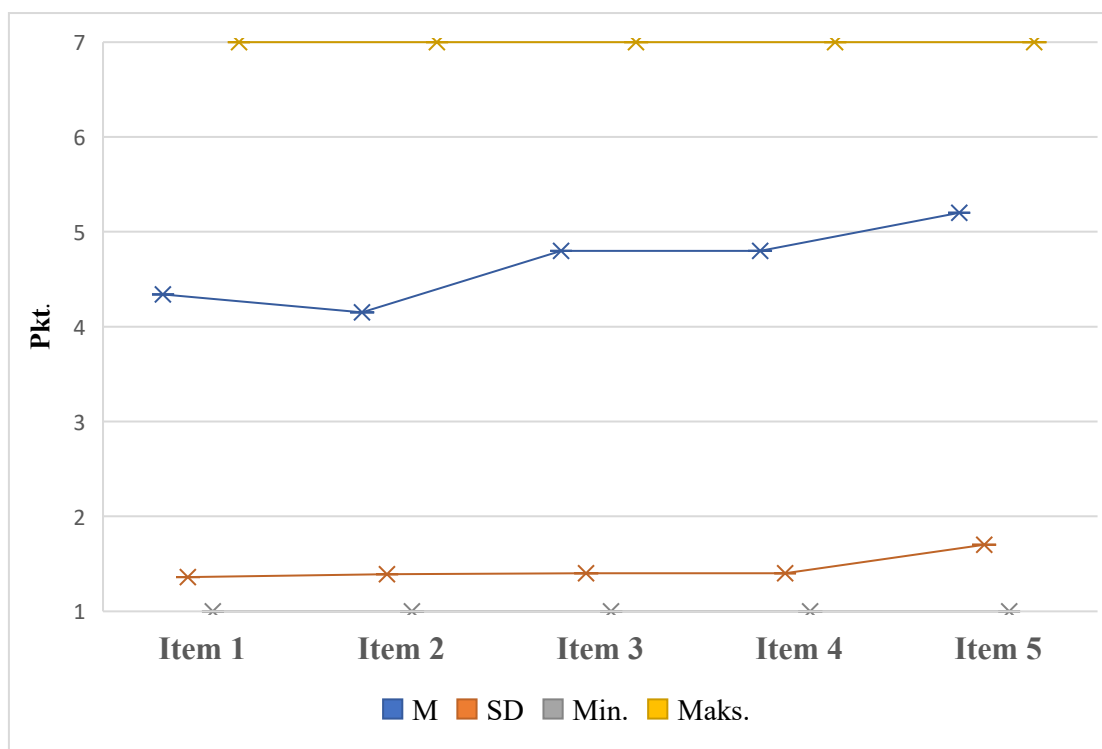
Metody i narzędzia badawcze. Badanie niniejsze zostało zaprojektowane i przeprowadzone z zachowaniem zasad etyki badawczej. Badani zostali poinformowani o jego celu oraz

zapewnieni o anonimowości i poufności swoich odpowiedzi. Udział w badaniu był dobrowolny, a badani mogli w każdej chwili zrezygnować z udziału, bez podawania przyczyny. W badaniu zastosowano sondaż diagnostyczny, jako główną metodę badawczą. W związku z kontrowersyjnym charakterem tematu badania, dotyczącego nowej siatki płac dla pielęgniarek i pielęgniarzy, zdecydowano się na przeprowadzenie sondażu w formie ankiety internetowej. Ta metoda pozwoliła na anonimowość respondentów, co jest ważne w uzyskaniu szczerych i wiarygodnych odpowiedzi na delikatne pytania. Internet jako medium badawcze umożliwił także łatwy dostęp dla szerokiej grupy zawodowej z różnych regionów, co zwiększa reprezentatywność wyników. Narzędziami badawczymi były kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji oraz walidowana skala satysfakcji z pracy (SSP). Kwestionariusz ankiety własnej składał się z metryczki, w której poproszono badanych o podanie swoich danych socjo-demograficznych oraz części właściwej. W tej części ankiety znalazło się 20 pytań skonstruowanych w celu mierzenia postaw wobec siatki płac oraz oceny poziomu satysfakcji z pracy. Skala satysfakcji z pracy (SSP) jest narzędziem służącym do pomiaru poznawczego aspektu ogólnego zadowolenia z pracy. Skala opiera się na pięciu twierdzeniach, które pozwalają ocenić ogólny poziom zadowolenia z pracy, bazując na indywidualnych i subiektywnych odczuciach pracowników. SSP cechuje się wysoką rzetelnością (wskaźnik Alfa Cronbacha waha się od 0,8 do 0,9 w zależności od grupy zawodowej) oraz dobrą trafnością zarówno w ujęciu zbieżnym, jak i różnicującym. SSP jest czuła na różnice między grupami zawodowymi, co potwierdza jej przydatność w badaniach nad zadowoleniem z wykonywanej pracy. Na użycie tego narzędzia uzyskano zgodę autora polskiej jego wersji - Prof. dr hab. Anny M. Zalewskiej [12]. Analiza statystyczna. Zebrane dane zostały zakodowane w arkuszu kalkulacyjnym MS Excel i poddane analizie statystycznej przy użyciu programu Statistica (v.13.1). W analizie zastosowano następujące metody statystyczne: test Chi-kwadrat (do badania zależności pomiędzy zmiennymi jakościowymi lub porządkowymi), test U Manna-Whitney'a (do sprawdzania różnic pomiędzy 2 grupami, w przypadku stwierdzonego braku normalności rozkładu) oraz test korelacji Rang Spearmana. W całej pracy przyjęto jednolity poziom istotności $p=0,05$.

Wyniki. Charakterystyka opinii badanych na temat nowego systemu wynagrodzeń. Prawie wszyscy badani zadeklarowali, iż wiedzą jak wygląda obowiązująca siatka płac (94,3%). Prawie połowa osób badanych podała, iż ich pracodawca nie respektuje obowiązujących założeń siatki płac (49,0%), a miejsce zamieszkania było zmienną istotnie determinującą odpowiedź na to pytanie ($\chi^2=6,33$; $p=0,042$). Osoby mieszkające w miastach częściej wskazywały, że siatka płac jest przestrzegana (55,1%), niż osoby mieszkające na wsi (35,3%).

Deklarowany przez ankietowanych dochód miesięczny również miał statystycznie istotne znaczenie ($\chi^2=24,09$; $p=0,007$). Najwyższy odsetek osób, które uważały, że siatka płac jest respektowana, znajdował się w przedziale dochodowym 7000-8000 zł. (67,9%) oraz 9000-10 000 zł. (66,7%). Ocena obowiązującej siatki płac wykazała, że co około trzeci badany ocenił ją pozytywnie (34,4%), lub neutralnie (26,8%), a co piąty - negatywnie (22,3%). Małe odsetki wyraziły ocenę bardzo pozytywną (8,9%) albo skrajnie negatywną (7,6%). Im starsi byli badani ($Rho= -0,02$; $p=0,006$) i dłużej pracowali w zawodzie ($Rho= -0,22$; $p=0,006$), tym gorszą wyrażali ocenę. Natomiast im wyższe posiadali oni wykształcenie ($Rho= 0,29$; $p<0,001$) i lepiej oceniali swoją sytuację finansową ($Rho= 0,26$; $p<0,001$), tym ocena siatki płac była lepsza. Badanych zapytano także czy obowiązująca siatka płac ich konkretnie zmotywowała do podjęcia dalszej edukacji. Potwierdziło ten fakt 60,5% badanych, a zanegowało - 39,5%. Osoby badane zajmujące stanowiska kierownicze statystycznie istotnie rzadziej deklarowały, że siatka płac motywuje je do edukacji ($\chi^2=4,03$; $p=0,045$). Za to młodsze osoby badane ($p=0,001$) i z krótszym stażem pracy ($p=0,003$) częściej wskazywały siatkę płac, jako czynnik motywujący do dalszej nauki. Na pytanie: „Czy siatka płac zmotywowała Pana/Pani współpracowników do dalszej edukacji” twierdząco odpowiedziało 60,5% osób badanych. Natomiast co około piąty badany zanegował ten fakt (20,4%) lub nie miał takiej wiedzy (19,1%). Badani, którzy posiadali specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa ($\chi^2=6,68$; $p=0,035$) oraz deklarowały niższy dochód miesięczny ($\chi^2 10,29$; $p=0,037$) istotnie częściej dostrzegały wpływ siatki płac na decyzje edukacyjne współpracowników.

Charakterystyka poziomu satysfakcji z pracy i z życia badanych oraz czynników mających na nią wpływ. Analiza satysfakcji z pracy na podstawie kwestionariusza SSP wykazała, że średnio kształtował się on na poziomie $23,3\pm 14,8$ pkt. (5-35 pkt.). Analiza poszczególnych stwierdzeń skali SSP (itemów) wykazała, że najwyższą średnią uzyskał Item 5: „Gdybym miał decydować jeszcze raz, wybrałbym/-abym tę samą pracę”(5,15±1,7 pkt.), a najniższą - Item 2: „Mam świetne warunki w pracy” (4,15±1,4 pkt.). Rycina 1. przedstawia szczegółowe wyniki skali SSP.



Rycina 1. Charakterystyka wyników w zakresie poszczególnych stwierdzeń skali SSP

Szczegółowa analiza korelacji wyników kwestionariusza SSP z wybranymi danymi socjo-demograficznymi badanych wykazała, że samoocena sytuacji finansowej ($Rho = 0,36$; $p < 0,001$) oraz dochód miesięczny deklarowany przez badanych ($Rho = 0,20$; $p = 0,010$) są istotnymi predyktorami poszczególnych odpowiedzi (Tabela I).

Tabela I. Charakterystyka korelacji pomiędzy wynikiem skali SSP, a wybranymi zmiennymi socjo-demograficznymi

Zmienne socio-demograficzne	SSP	
	Rho	p
Wiek [lata]	0,05	0,567
Miejsce zamieszkania	0,07	0,404
Wykształcenie	-0,03	0,676
Staż pracy w zawodzie	0,02	0,776
Ocena sytuacji finansowej	0,36	<0,001
Dochód miesięcznie (zł.)	0,20	0,010

Rho: współczynnik korelacji rang Spearmana; p: poziom istotności statystycznej

Skala kodowania oceny sytuacji finansowej: Bardzo dobrze (5); Dobrze (4); Trudno powiedzieć (3); Źle (2); Bardzo źle (1)

Z powodu obecnie obowiązującej siatki płac co około trzecia badana osoba rozważała możliwość zmiany miejsca zatrudnienia (37,6%), a niewielki odsetek faktycznie zdecydował się na zmianę pracy (3,8%). Osoby, które rzeczywiście zmieniły miejsce pracy były średnio starsze, w porównaniu do tych, które jedynie rozważały zmianę lub nie myślały o niej wcale

($\chi^2=8,07$; $p=0,018$). Statystycznie istotnie częściej rozważali zmianę miejsca pracy badani, którzy gorzej oceniali swoją sytuację finansową ($\chi^2=16,00$; $p=0,043$) oraz ci badani, w których miejscu pracy pracodawca nie respektuje założeń siatki płac ($\chi^2=25,2$; $p<0,001$). Analiza powodów rozważania lub dokonania zmiany miejsca pracy wykazała, że najczęściej były to względy finansowe (73,9%), negatywna atmosfera w zespole (46,2%), konflikty na tle siatki płac wśród współpracowników (30,8%), konflikty z przełożonymi w tym obszarze (16,9%). Pojedyncze osoby badane zgłaszały także inne powody, takie jak: presja ze strony rodziny (6,2%), dużo większa liczba obowiązków (3,1%), zazdrość współpracowników (1,5%), brak możliwości awansu (1,5%), brak podwyżek w placówce niepublicznej (1,5%) oraz porównanie się do znajomych z branży (1,5%). Samoocena ogólnego zadowolenia z życia przez badanych wykazała, iż zdecydowana większość z nich była z niego zadowolona („raczej tak” – 52,9%; „zdecydowanie tak” – 32,5%). Trudność z jednoznaczną oceną miał co dziesiąty badany (10,8%), a pojedyncze osoby deklarowały, że są raczej z niego niezadowolone (2,6%) lub zdecydowanie niezadowolone (1,3%). Badani lepiej oceniający swoją sytuację finansową ($Rho=0,44$; $p<0,001$) i deklarujący wyższy dochód miesięczny ($Rho=0,23$; $p=0,005$) byli statystycznie istotnie bardziej zadowoleni ze swojego życia. Wykazano także istotny związek wszystkich stwierdzeń skali SSP z oceną zadowolenia z życia; im lepsza była ta ocena, tym częściej ankietowani zgadzali się z podanymi stwierdzeniami skali SSP, czyli byli bardziej zadowoleni ze swojej pracy ($p<0,001$).

Charakterystyka wpływu założeń siatki płac na relacje interpersonalne w miejscu pracy badanych. Większość badanych potwierdziła występowanie sporów między pielęgniarkami w kwestii siatek płac (68,8%); ponad jedna piąta zanegowała ich występowanie (23,6%), a niewielki odsetek ankietowanych nie pamięta podobnych incydentów (7,6%). Wykształcenie badanych istotnie determinowało udzielane odpowiedzi; częściej zgłaszali takowe konflikty badani z wykształceniem magisterskim ($\chi^2=14,78$; $p=0,005$). Badanych potwierdzających konflikty ($N=108$) poproszono o określenie jak często one występują. Prawie połowa stwierdziła, że są one częste (48,1% 33,1%), a co około czwarty stwierdził, że występują one czasami (25,9%). Bardzo często występują spory na tle siatki płac wg 13,9% ankietowanych, a 11,2% trudno było ten fakt ocenić (11,2%). Jedynie jedna osoba stwierdziła, że konflikty są bardzo rzadkie (0,9%). Zdecydowana większość badanych potwierdziła, że kwestie związane z siatką płac wywierają wpływ na relacje w miejscu zatrudnienia, w skali od 1 (bardzo negatywny) do 10 (bardzo pozytywny) średnio oceniono go na $3,75 \pm 1,73$ pkt. (1-8 pkt.), przy czym najczęściej wskazywano wartość pośrednią „5” (37,4%). Korelację pomiędzy oceną

wpływu siatki płac na relacje w miejscu pracy badanych, a ich zmiennymi socjo-demograficznymi przedstawia Tabela II.

Tabela II. Charakterystyka korelacji pomiędzy oceną wpływu siatki płac na relacje w miejscu pracy badanych, a ich zmiennymi socjo-demograficznymi

Zmienne socjo-demograficzne	Pytanie ankiety: Używając skali od 1-10 proszę ocenić wpływ kwestii związanych z obowiązującą siatką płac na relacje w Pana/Pani miejscu pracy	
	Rho	p
Wiek [lata]	-0,16	0,096
Miejsce zamieszkania	0,03	0,753
Wykształcenie	-0,19	0,042
Staż pracy w zawodzie	0,15	0,110
Ocena sytuacji finansowej	0,35	<0,001
Dochód miesięcznie (zł.)	0,20	0,041

Rho: współczynnik korelacji rang Spearmana; p: poziom istotności statystycznej

Skala kodowania pytania: 1 oznacza, iż wpływ bardzo negatywny; 5 oznacza wpływ bardzo pozytywny

Skala kodowania wykształcenia: Średnie medyczne (1); Licencjat (2); Magister (3)

Skala oceny sytuacji finansowej: Bardzo dobrze (5); Dobrze (4); Trudno powiedzieć (3); Źle (2); Bardzo źle (1)

Ponad połowa ankietowanych potwierdziła, że doświadczyli oni negatywnych emocji, wynikających z oceny ich osoby ze względu na posiadane wykształcenie i wynikające z niego wynagrodzenie (57,3%). Co około trzeci badany zanegował ten fakt (29,3%), a nie pamiętało go 13,4%. Im młodszy byli badani, tym istotnie częściej doświadcza takich emocji ($Rho = 0,18$; $p = 0,025$). Zdecydowana większość badanych potwierdziła fakt doświadczania negatywnych komentarzy współpracowników odnośnie obowiązującej siatki płac, skierowanych do ogółu, a wypowiedzianych w ich obecności (75,2%). Zanegowało go 15,3% osób badanych, a co około dziesiąty nie pamiętał podobnych incydentów (9,6%). Wykazano, że w przypadku wieku ($\chi^2 = 7,13$; $p = 0,028$) i stażu pracy w zawodzie ($\chi^2 = 5,87$; $p = 0,053$) istnieje istotność statystyczna. Okazało się, że badani będący w wieku ok. 50 lat i powyżej oraz pracujący ok. 19 lat i dłużej częściej udzielali odpowiedzi negującej lub twierdzili, że nie pamiętali takich sytuacji.

Dyskusja. Płaca jest niewątpliwie główną siłą napędową ludzkich działań. Aby była ona efektywna i motywacyjna, istotne jest by w miejscu pracy przestrzegana była taka sama dla wszystkich zasada wynagradzania, adekwatnego do trudności i złożoności wykonywanej pracy oraz osiągniętych efektów pracy. Niewłaściwa struktura płac, niejednakowe wynagrodzenie takiej samej pracy stwarza sytuacje konfliktowe, atmosferę niezadowolenia lub rozdrażnienia, która nie pozostaje bez wpływu na odczucia pracujących, a w konsekwencji - na jakość i końcowe wyniki działalności danej firmy [13].

Wiele badań pokazuje, iż jednym z najważniejszych czynników motywacyjnych w grupie pielęgniarek/pielęgniarzy jest właśnie odpowiednie wynagrodzenie [11,14]. Praca pielęgniarek/

pielęgniarzy charakteryzuje się wysokim obciążeniem fizycznym i psychicznym, ponadto często odpowiedzialnością za życie pacjentów. Niskie stawki w stosunku do wyzwań, jakie stawia ten konkretny zawód, mogą prowadzić do frustracji, a nawet do decyzji o rezygnacji z zawodu czy wyjeździe do innego kraju w poszukiwaniu lepszych warunków finansowych [9,10]. Analizując polskie badania przeprowadzone przed wprowadzeniem siatki płac można dostrzec, że zadowolenie z pracy pielęgniarek/pielęgniarzy było określane jako „przeciętne”, a status finansowy był czynnikiem determinującym go negatywnie [15-17]. Badania opublikowane po 2022 roku nadal potwierdzają, że ocena zadowolenia z pracy pielęgniarek/pielęgniarzy jest na średnim poziomie, ale też nadal istotnymi jego predyktorami są czynniki finansowe [18-20]. W te wyniki wpisuje się także badanie niniejsze; osoby, które lepiej oceniały swoją sytuację finansową i deklarowały wyższy dochód miesięczny okazały się być bardziej usatysfakcjonowane z pracy. Z kolei Bartosiewicz i Łuszczki [21] wykazały, że czynnikiem wpływającym istotnie na wyższe zadowolenie pielęgniarek było wykształcenie (magisterskie) i posiadanie specjalizacji, co – biorąc pod uwagę założenia siatki płac, także wiąże się z czynnikiem finansowym. Interesujące wyniki przedstawili w omawianej kwestii także Tomaszewska i wsp. [22] potwierdzając, że poziom zadowolenia z pracy badanych pielęgniarek przed regulacją wynagrodzeń wynosił średnio $2,81 \pm 1,03$ pkt., a po regulacji - $3,27 \pm 1,03$ pkt., co stanowi zauważalny wzrost. Badania przeprowadzone wśród pielęgniarek przez Tomaszewską i Kłos w 2023 roku [23] potwierdziły, że poczucie niezadowolenia z pracy według respondentów było spowodowane niską płacą (58%), dużym obciążeniem psychicznym (45,5%) oraz złą atmosferą w pracy (42,9%). Przez ostatnie lata, szczególnie w kontekście zmian w systemie ochrony zdrowia, problem jakim jest wynagrodzenie w grupie zawodowej pielęgniarek/pielęgniarzy stał się tematem wielu dyskusji i badań, a także rozważań wśród społeczeństwa. Wynagrodzenie polskich pielęgniarek/pielęgniarzy jest bardzo zróżnicowane, co wynika z wielu czynników, takich jak m.in. poziom wykształcenia, specjalizacja, miejsce pracy (szpital publiczny vs. prywatny), lokalizacja miejsca pracy, staż pracy czy rodzaj umowy. W praktyce, różnice w wynagrodzeniach nie zawsze odzwierciedlają poziom odpowiedzialności i zaangażowania pielęgniarek, co prowadzi do poczucia niedoceny zawodowego [9]. To są właśnie główne zarzuty przedstawiane w stosunku do obecnie obowiązującej siatki płac. Pielęgniarki badane na potrzeby niniejszej pracy, szczególnie te starsze i o dłuższym stażu zawodowym, a więc często także o niższym poziomie wykształcenia (średnie pielęgniarskie), gorzej zareagowały na jej wprowadzenie i nadal, pomimo znaczącego wzrostu wynagrodzeń, oceniają ją gorzej. To właśnie ta grupa badanych uważa istotnie częściej, że obowiązująca siatka płac nie jest sprawiedliwa, nie motywuje pielęgniarek do edukacji

i powinna zostać zmieniona. Pielęgniarki z wyższym wykształceniem, posiadające specjalizację i większe doświadczenie mogą liczyć, zgodnie z założeniami obecnej siatki płac, na wyższe wynagrodzenia, co w teorii powinno motywować do dalszego kształcenia i rozwoju zawodowego [9]. I rzeczywiście, badanie niniejsze potwierdziło, że dla $\frac{2}{3}$ badanych, zwłaszcza osób młodszych i z krótszym stażem pracy, siatka płac, jest czynnikiem motywującym je do dalszej nauki.

Ustawa regulująca wynagrodzenie polskich pielęgniarek/pielęgniarzy nie wiąże niestety wynagrodzenia zasadniczego z zasadą zawodowych kwalifikacji, kompetencji, doświadczenia i odpowiedzialności, co sprawia że jest ona często źródłem napięć i konfliktów w zespole pielęgniarskim [24]. W niniejszym badaniu potwierdzono, że w większości miejsc pracy badanych występowały spory między pielęgniarkami w kwestii siatek płac. Im wyższe było wykształcenie badanych, wyższy dochód miesięczny i lepsza samoocena sytuacji finansowej, tym częściej badani deklarowali, że konflikty te negatywnie wpływają na reakcje interpersonalne w miejscu pracy. Ponad połowa badanych, zwłaszcza młodszych doświadczyło także negatywnych emocji, wynikających z negatywnej oceny ich osoby ze względu na posiadane wykształcenie i wynikające z niego wynagrodzenie. Wykonywanie zadań pielęgniarki wymaga pracy zespołowej. Relacje ze współpracownikami oparte na wzajemnej uczciwości, pomocy i wsparciu przekładają się na jakość pracy całego zespołu, a tym samym poziom zadowolenia pacjenta z uzyskanej opieki. Konflikty natomiast mogą utrudniać współpracę w zespole i zwiększać rotację pracowników: Napięta atmosfera może także skłaniać pracowników do zmiany pracy. W niniejszym badaniu co około trzeci ankietowany potwierdził, że w ciągu ostatnich 6 miesięcy z powodu obecnie obowiązującej siatki płac rozważał możliwość zmiany miejsca pracy (37,6%), a 3,8% rzeczywiście tak uczyniło. Badania w literaturze potwierdzają, że satysfakcja z pracy ma silny wpływ na zadowolenie z życia człowieka i jest bezpośrednio z nim związana [25]. W raporcie z badania CBOS z 2024 roku okazało się, że obecnie ogólną satysfakcję z życia deklaruje ośmiu na dziesięciu badanych Polaków, przy czym jedynie nieco ponad połowa jest zadowolona z przebiegu pracy zawodowej (55%). Do zadowolonych z życia najczęściej zaliczają się badani znajdujący się w dobrej sytuacji materialnej [26]. W badaniach Eurostatu z 2024 roku, ogólna satysfakcja z życia mieszkańców Polski kształtowała się na poziomie 7,6 pkt. (w skali od 0 do 10 pkt.), co jest wynikiem wyższym niż średnia w Unii Europejskiej i plasuje Polskę na 7 miejscu spośród 29 zbadanych państw [27]. W pracy Kupcewicz i wsp. [28] autorzy potwierdzili, że co około trzecia badana pielęgniarka/pielęgniarz ocenił swoją satysfakcję z życia na poziomie wysokim lub przeciętnym. Przy czym najwyższy poziom satysfakcji osiągnęły osoby stanu wolnego lub

pozostające w związku małżeńskim, z wykształceniem magisterskim oraz te, które oceniały swoją sytuację finansową jako bardzo dobrą lub dobrą. Wyniki niniejszego badania wskazują, że zdecydowana większość badanych pielęgniarek określiła swoje ogólne zadowolenie z życia pozytywnie („raczej tak” – 52,9%; „zdecydowanie tak” – 32,5%). Czynnikiem istotnie determinującym zadowolenie z życia okazały się być lepsza samoocena sytuacji finansowej oraz wyższy dochód miesięczny, a także większe zadowolenie z wykonywanej pracy.

Wnioski. Wprowadzenie w lipcu 2022 roku siatki płac miało być krokiem w stronę ujednolicenia i poprawy wynagrodzeń pielęgniarek w Polsce, ale dla części badanych, zwłaszcza starszych, z dłuższym stażem pracy i z niższym wykształceniem nadal jest ona źródłem dysproporcji, niezadowolenia i konfliktów w miejscu pracy. Negatywna ocena obecnie obowiązującej siatki płac nie pozostaje bez wpływu na zadowolenie z pracy i z życia badanych pielęgniarek.

Piśmiennictwo

1. Marciniak S., Jędrzejczyk J. Polityka wynagrodzeń w kontekście motywacji i kontroli kosztów pracy. Wydawnictwo PWN, Warszawa 2015.
2. Świątkowski A.M. Prawo pracy i wynagrodzenia w praktyce. Wydawnictwo Wolters Kluwer, Kraków 2014.
3. Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. 2017, poz. 1473).
4. Brayer A., Marcinowicz L. Job satisfaction of nurses with master of nursing degrees in Poland: quantitative and qualitative analysis. BMC Health Serv. Res. 2018;18(1):239.
5. Sinniah S., Al Mamun A., Md Salleh M.F., Makhbul Z.K.M, Hayat N. Modeling the significance of motivation on job satisfaction and performance among the academicians: the use of hybrid structural equation modeling-artificial neural network analysis. Front. Psychol. 2021;13:935822.
6. Indrayani I., Nurhatisyah N., Damsar D., Wibisono Ch. How does millennial employee job satisfaction affect performance? High Educ. Skills Work-Based Learn. 2024;14(1):22-40.
7. Pelly D. Worker well-being and quit intentions: is measuring job satisfaction enough? Soc. Indic. Res. 2023;169:397-441.
8. Aydogmus C., Metin Camgoz S., Ergeneli A., Tayfur Ekmekci O. Perceptions of transformational leadership and job satisfaction: the roles of personality traits and psychological empowerment. J. Manag. Organ. 2018;24(1):81-107.
9. Bocean C.G., Popescu L., Varzaru A.A., Avram C.D., Iancu A. Work-life balance and employee satisfaction during COVID-19 pandemic. Sustainability 2023;15(15):11631.
10. Papathanasiou I., Tzenetidis V., Tsaras K., Zyga S., Malliarou M. Missed nursing care; prioritizing the patient's needs: an umbrella review. Healthcare 2024;12(2):224.
11. Abu Zaitoun R., Said N.B., de Tantillo L. Clinical nurse competence and its effect on patient safety culture: a systematic review. BCM Nurs. 2023;22(1):173.

12. Zalewska A.M. Skala Satysfakcji z Pracy: pomiar poznawczego aspektu ogólnego zadowolenia z pracy. *Acta Univ. Lodz. Folia Psychol.* 2003;7:49-61.
13. Muthmainnah, Yeti K., Gayatri D., Kuntarti. Remuneration satisfaction to improve work motivation of nurses: a cross-sectional, descriptive analysis study. *J. Int. Dent. Med. Res.* 2019;12(1):291-298.
14. Sibuea Z.M., Sulastiana M., Fitriana E. Factor affecting the quality of work life among nurses: a systematic review. *J. Multidiscip. Healthc.* 2024;2(17):491-503.
15. Kalinowska P., Marcinowicz L. Job satisfaction among family nurses in Poland: a questionnaire-based study. *Nursing Open.* 2020;7:1680–1690.
16. Kołtuniuk A., Witczak I., Młynarska A., Czajor K., Uchmanowicz I. Satisfaction with life, satisfaction with job, and the level of care rationing among Polish nurses - a cross-sectional study. *Front. Psychol.* 2021;12:734789.
17. Milecka D. Determinanty satysfakcji zawodowej pielęgniarek, a racjonowanie opieki pielęgniarskiej [praca doktorska]. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław 2021.
18. Dziedzic B., Jagiełło M., Kobos E., Sienkiewicz Z., Czyżewski Ł. Job satisfaction among nurses working in hospitals during the Covid-19 pandemic. *Med. Pr.* 2023;74(4):271–278.
19. Grochowska A., Kołpa M. Job satisfaction among nurses in the Podkarpackie Voivodeship in Poland. *Health Prob. Civil.* 2023;17(3):277-288.
20. Ozdoba P., Jurek K., Dobrowolska B. Professional values, ethical climate and job satisfaction of nurses and their selected sociodemographic and occupational characteristics. *Front. Public Health* 2024;12:1501102.
21. Bartosiewicz A., Łuszczki E. Career models, job satisfaction, and type of work-related behavior presented by Polish nurses: a cross-sectional post-Covid-19 study. *Med Pr* 2024;75(1): 19-30.
22. Tomaszewska K., Kowalczyk K., Majchrowicz B., Kłos A., Kalita K. Areas of professional life and job satisfaction of nurses. *Front. Public Health* 2024;12:1370052.
23. Tomaszewska K., Kłos A. Psychospołeczne uwarunkowania pracy pielęgniarki. *J. Educ. Health Sport* 2023;13(1):222-228.
24. Dudzińska K., Lipowski P. Wynagrodzenia pielęgniarek w świetle przepisów prawa w latach 2015–2022 - obserwacje praktyczne. *Sztuka Lecz.* 2024;39(1):63-76.
25. Medeni V., Medeni I., Altunay G., Dikmen A.U., İlhan M.N. Job satisfaction, life satisfaction, and associated factors among hospital nurses: a cross-sectional study in Türkiye. *Sci Rep* 2025;15:5738.
26. CBOS. Zadowolenie z życia w roku 2024. Komunikat z badań. Dostępny w Internecie: https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2025/K_004_25.PDF [dostęp: 20.05.2025 r.]
27. Eurostat. Key figures on European living conditions - 2024 edition. Dostępny w Internecie: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/15216629/20161003/KS-01-24-001-EN-N.pdf/d0998edb-fc06-d7d4-8e78-d34ba2ed5608?version=4.0&t=1744356587471> [dostęp: 20.05.2025 r.]
28. Kupcewicz E., Szczypiński W., Kędzia A. Satysfakcja z życia w kontekście życia zawodowego pielęgniarek. *Piel. Zdr. Publ.* 2018;8(1):27-32.

ŚWIADOMOŚĆ OBCIĄŻEŃ ZWIĄZANYCH Z ZAWODAMI MEDYCZNYMI NA PRZYKŁADZIE ZAWODU PIEŁĘGNIARKI, RATOWNIKA MEDYCZNEGO I FIZJOTERAPEUTY

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

Wstęp. Zawody medyczne, takie jak pielęgniarka, ratownik medyczny oraz fizjoterapeuta, należą do grupy profesji o szczególnie wysokim poziomie obciążeń psychofizycznych. Ich praca wymaga nie tylko wysokich kompetencji zawodowych, ale także odporności emocjonalnej, zdolności radzenia sobie ze stresem oraz umiejętności pracy pod presją czasu. W kontekście dynamicznie zmieniającego się systemu opieki zdrowotnej oraz rosnących oczekiwań pacjentów i społeczeństwa, obciążenia te mogą prowadzić do wypalenia zawodowego, depresji, a nawet rezygnacji z wykonywania zawodu [1,2,3].

W literaturze zwraca się uwagę na wielowymiarowość stresorów zawodowych- obejmują one zarówno czynniki fizyczne (np. dźwiganie pacjentów, długotrwała praca w wymuszonej pozycji ciała), jak i psychiczne (kontakt z osobami w stanie zagrożenia życia, odpowiedzialność za zdrowie i życie drugiego człowieka, brak wsparcia zespołowego) [4,5]. W przypadku ratowników medycznych dodatkowym obciążeniem jest ekspozycja na traumatyczne zdarzenia i praca w nieprzewidywalnym środowisku. Z kolei fizjoterapeuci, mimo pracy w bardziej kontrolowanych warunkach, również są narażeni na przeciążenia układu mięśniowo-szkieletowego oraz frustrację związaną z długoterminowym procesem terapii i ograniczonymi możliwościami poprawy stanu pacjentów [6,7,8].

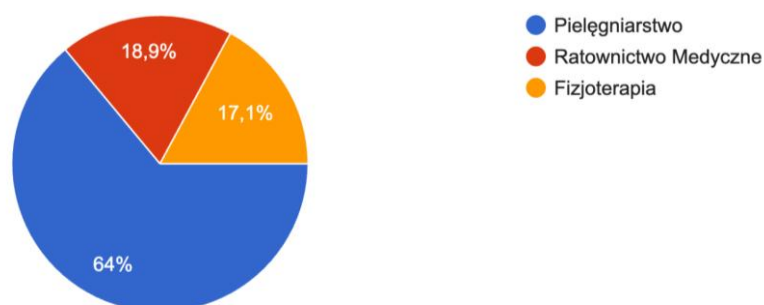
Rosnące zainteresowanie tematyką zdrowia psychicznego pracowników ochrony zdrowia wymaga pogłębionej analizy poziomu świadomości dotyczącej własnych obciążeń zawodowych. Zrozumienie, jak poszczególne grupy zawodowe postrzegają swoje ryzyko zdrowotne i psychiczne, może przyczynić się do opracowania skuteczniejszych programów prewencji i interwencji, wspierających długofalowe funkcjonowanie pracowników w ich profesjach.

Cel pracy. Celem podjętych badań była ocena świadomości dotyczącej obciążeń psychofizycznych związanych z zawodami medycznymi wśród studentów kierunków pielęgniarstwa, ratownictwa medycznego oraz fizjoterapii.

Materiał i metody. W badaniu wykorzystano kwestionariusz własnej konstrukcji z użyciem metody ankietowej. Pytania dotyczyły konkretnych czynników obciążeń w zawodach medycznych oraz sposobu radzenia sobie z nimi. Kwestionariusz został udostępniony studentom Wyższej Szkoły Medycznej w Kłodzku za pomocą sieci Internet oraz wewnętrznego

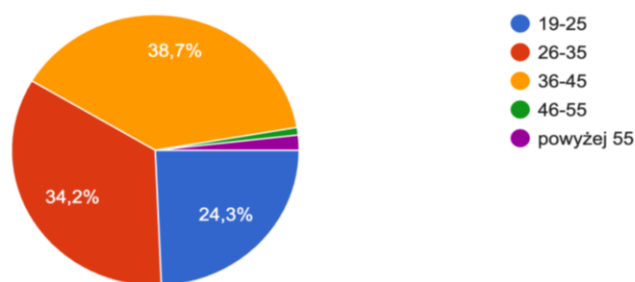
systemu informatycznego uczelni. Badanie przeprowadzono w terminie od 10.03.2025 do 10.05.2025.

Wyniki. W badaniu udział wzięło 111 respondentów, studentów Wyższej Szkoły Medycznej w Kłodzku. Wśród badanych kobiety stanowiły 69,3%, a mężczyźni 30,7%. Badani respondenci byli studentami studiów pielęgniarских (64%), fizjoterapii (17,1%) oraz ratownictwa medycznego (18,9%). Podział ankietowanych ze względu na aktualny kierunek studiów przedstawiono na wykresie 1.



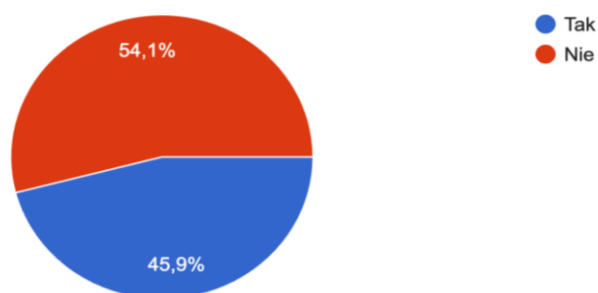
Wyk.1. Graficzne przedstawienie grupy badanej pod względem kierunku studiów.

Najliczniejszą grupę wiekową stanowiły osoby między 36 a 45 rokiem życia (38,7%). Mniej liczną grupę reprezentowali studenci w wieku 26-35 lat (34,2%) oraz 19-25 lat (24,3%), natomiast studenci powyżej 46 roku życia jedynie 2,7% badanych. Wyniki przedstawia wykres 2.



Wyk.2. Graficzne przedstawienie rozkładu wieku w badanej grupie

Ponad połowa badanych (54,1%) wskazywała aktualny kierunek studiów jako kolejny w tym 59% pielęgniarek, 43% fizjoterapeutów oraz 50% ratowników, natomiast blisko 46% badanych wcześniej nie studiowała (Wyk.3.).



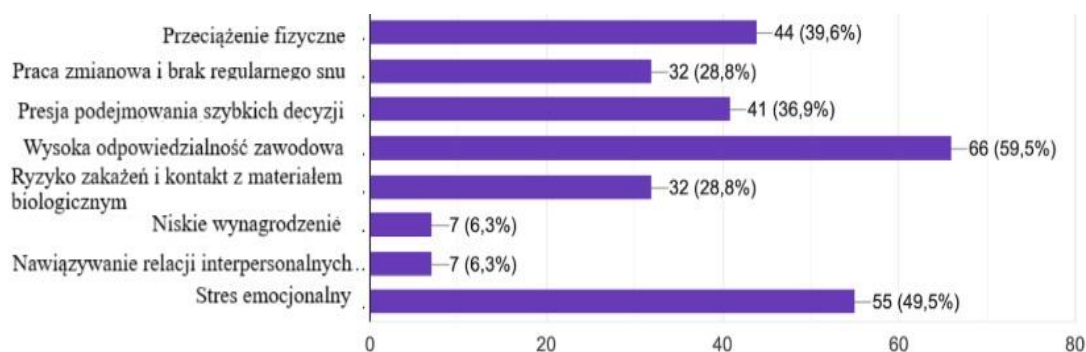
Wyk.3. Graficzne przedstawienie odpowiedzi na pytanie: Czy jest to Pani/Pana pierwszy kierunek studiów?

Największy odsetek respondentów jako powód wyboru kierunku studiów wskazał chęć niesienia pomocy pacjentom i ich rodzinom - 29,7% a najmniej osób wskazało prestiż zawodu - 5,4%. Szczegółowe wyniki przedstawia wykres 4.



Wyk.4. Graficzne przedstawienie powodów wyboru aktualnego kierunku studiów?

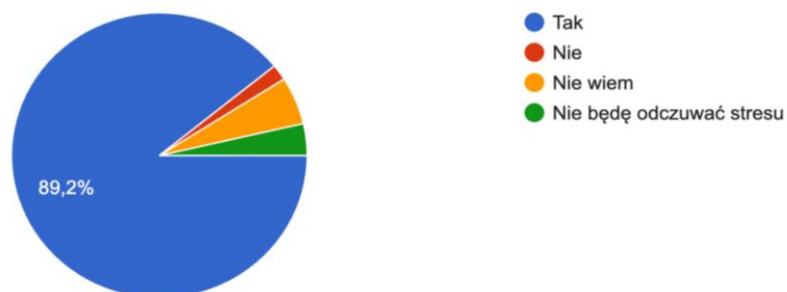
W pytaniu dotyczącym obciążeń zawodowych ankietowani mogli zaznaczyć kilka odpowiedzi. Studenci najczęściej wskazywali na: wysoką odpowiedzialność zawodową (59,5%), stres emocjonalny (49,5%), przeciążenie fizyczne (prawie 40%), presję podejmowania szybkich decyzji (36,9%). Praca zmianowa, brak regularnego snu oraz ryzyko zakażenia wybrane zostały przez blisko 30% ankietowanych. Nawiązywanie relacji interpersonalnych oraz zarobki były rzadziej wybrane (12,6%). Szczegółowy podział przedstawia wykres 5.



Wyk.5. Graficzne przedstawienie obciążeń, które respondenci uważają za najbardziej wymagające w ich przyszłym zawodzie.

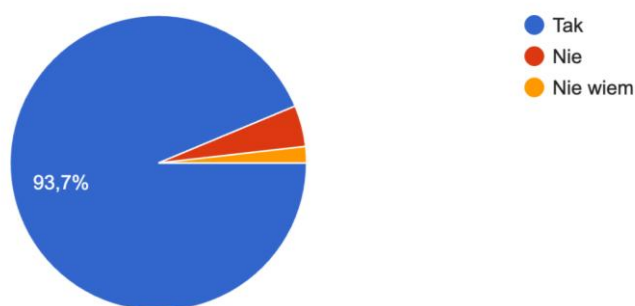
Ponad 92% ankietowanych ma świadomość, że praca pielęgniarki, ratownika medycznego lub fizjoterapeuty może powodować dolegliwości ze strony układu ruchu. Nieliczne osoby nie są tego świadome (7,2%). Świadomość ryzyka obciążenia kręgosłupa podczas wykonywania swojej pracy posiada większość fizjoterapeutów (16 osób), a więc osób pracujących fizycznie nad przywróceniem sprawności pacjentów. Podobne wyniki uzyskano w kolejnym pytaniu, gdzie ponad 94% respondentów zdaje sobie sprawę z długotrwałego obciążenia nóg i stóp w pracy. W 100 % są o tym przekonani studenci pielęgniarstwa. Odpowiedzi „nie” lub „nie wiem” udzieliło 6 osób (5,4%).

Większość respondentów (89,2%) jest świadomych stresu, który będą odczuwać pracując w zawodach medycznych (Wyk.6).



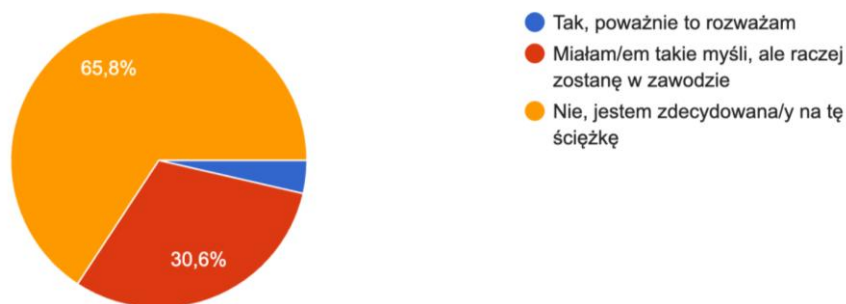
Wyk.6. Graficzne przedstawienie odpowiedzi na pytanie: Czy jest Pani/Pan świadoma/y, że w trakcie dyżuru będzie Pani/Pan poddana/y sytuacjom wywołującym silny stres?

Na pytanie o świadomość ekspozycji na choroby zakaźne w zawodach medycznych, ponad 93% odpowiedziało twierdząco, jedynie kilka osób jest nie świadomych (Wyk. 7.).



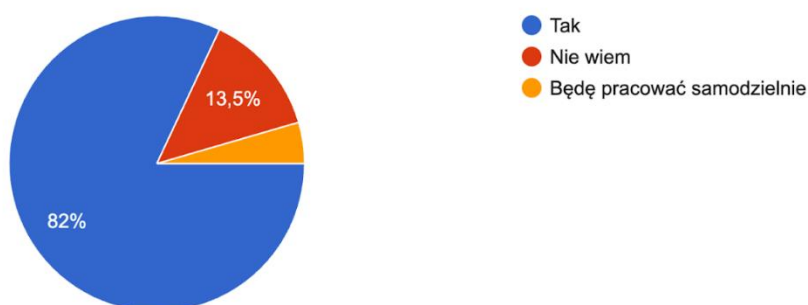
Wyk.7. Graficzne przedstawienie rozkładu odpowiedzi na pytanie o świadomość w zakresie chorób zakaźnych w zawodach medycznych.

Ponad 65% osób nie myślało o rezygnacji ze studiów podczas ich trwania. Ok. 30% miało chwilowe wahania, a 4 osoby rozważały taką możliwość (Wyk.8.).



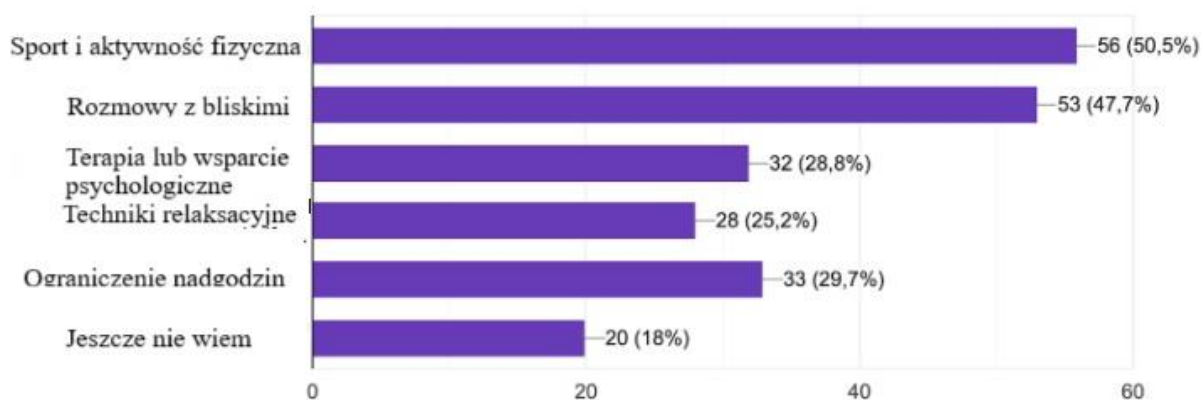
Wyk.8. Graficzne przedstawienie odpowiedzi na pytanie: Czy w trakcie studiów np. po odbyciu praktyk zawodowych myślał/a Pan/i o rezygnacji ze studiów?

58,6% ankietowanych traktuje śmierć jako naturalny etap w życiu. 26% odczuwa ją jako obciążenie, natomiast pozostała część respondentów nie potrafiła określić swojego stanowiska. Wśród 16 studentów ratownictwa medycznego 14 osób wie, że jego praca będzie wiązała się z kontaktem ze śmiercią pacjentów. Ze względu na kierunek wybranych studiów osoby te są podzielone co do tego czy jest to obciążenie czy też traktują śmierć jako proces naturalny. Zastanawiające są odpowiedzi dotyczące presji czasu oraz niedoborów kadrowych. Jedynie 82% ankietowanych posiada świadomość wykonywania swoich obowiązków zawodowych w mniejszych niż przewidziane zespołach, w tym pod presją czasu. 13,5 % osób nie posiada takiej wiedzy. Warte przemyślenia są także odpowiedzi osób, z których wynika, że praca samodzielna oznacza brak narażenia na czynnik presji czasu [Wyk.9].



Wyk.9. Graficzne przedstawienie odpowiedzi na pytanie dotyczące świadomości pracy pod presją, w mniejszych niż przewidziane zespołach.

Najpopularniejszymi strategiami radzenia sobie ze stresem wśród ankietowanych były sport (50,5%) oraz rozmowy z bliskimi (47,7%).



Wyk.10. Graficzne przedstawienie odpowiedzi na pytanie: Jakie strategie radzenia sobie ze stresem uważa Pan/Pani za najskuteczniejsze?

Dyskusja. Przewaga kobiet wśród ankietowanych jest zgodna z trendami w zawodach medycznych, zwłaszcza w pielęgniarstwie. Zawód ten przyciąga więcej kobiet, co może wynikać z uwarunkowań kulturowych i społecznych. Obecność mężczyzn, choć mniejsza, jest jednak zauważalna Raport o stanie pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce [9].

W badaniach własnych, ponad połowa badanych wskazywała aktualny kierunek studiów jako kolejny. Potwierdza to świadomy wybór studiów. Najczęściej wskazywanym powodem podjęcia aktualnego kierunku studiów była chęć niesienia pomocy, spełnienie marzeń, zmiana zawodu i chęć wyższych zarobków. Prestiż zawodu i osobiste doświadczenia były rzadszymi motywacjami. Motywacje mają charakter zarówno altruistyczny, jak i pragmatyczny. Część ankietowanych wybiera ten zawód z potrzeby pomagania, ale równie duża grupa traktuje ten wybór jako drogę do poprawy sytuacji życiowej, zarówno finansowej, jak i zawodowej. Osobiste doświadczenia, choć mniej liczne, odgrywają ważną rolę i często determinują trwałe zaangażowanie w pracę medyczną. To ważny wynik, świadczący o świadomym podejmowaniu wyborów kształcenia i brania odpowiedzialności w świadczeniach usług medycznych. W pracy M. Dziubak, M. Motyki spotykamy podobne wyniki. Autorzy wyodrębnili uwarunkowania egocentryczne oraz endocentryczne. Wnioskując, że motywacja co do wyboru kierunku studiów pielęgniarstwa ma charakter mieszany z przewagą prospołecznej motywacji [10].

Stres w pracy pielęgniarki oraz ratownika medycznego jest niejako wpisany w wykonywany zawód. W publikacji A. Pietraszek, M. Charzyńskiej-Guli dokonano analizy stresu zawodowego w opinii pielęgniarek. Zdecydowana większość ponad 90 % respondentów uważała zawód pielęgniarki jako stresujący [11]. W niniejszej pracy zaskakujące są odpowiedzi osób, które twierdzą, że nie będą doświadczać stresu. Może to wynikać z braku jeszcze realnego doświadczenia w środowisku pracy. Praktyki zawodowe oraz zajęcia praktyczne weryfikują często predyspozycje kandydatów na pielęgniarki, fizjoterapeutów oraz ratowników

medycznych. W tym pytaniu szczególną uwagę należy zwrócić na ratowników medycznych. Stają oni w obliczu śmierci, której doświadczyć mogą podczas traumatycznych wydarzeń np. podczas wypadków drogowych czy w kontakcie z pacjentami w domu i są często pierwszym pracownikiem ochrony zdrowia w kontakcie z pacjentem. W 2011 roku Maria Merklinger-Soma [12] opisała 3 typy postaw ratowników medycznych wobec śmierci pacjenta. Najbardziej pożądanym według badaczy Lief i Fox [13] jest typ neutralny. W pielęgniarstwie opieka nad pacjentem powinna uwzględniać wszystkie aspekty życia i zdrowia. Podczas pobytu na oddziale szpitalnym pacjent ma czuć się zaopiekowany, szczególnie w końcowym etapie swojego życia. Ważne aby studenci kierunku pielęgniarstwo dbali o kwestię właściwej postawy wobec osoby umierającej. Uchmanowicz i Kołtuniuk i wsp. [14] podają wysoki procent (96%) satysfakcji z pracy pielęgniarek ze specjalizacją paliatywną na co dzień obcujących ze śmiercią. Wysoki poziom wynika z przygotowania i doświadczenia oraz nabytych umiejętności radzenia sobie ze stresem i przykrymi doświadczeniami. To ważne dane – pokazują, że studenci kierunków medycznych potrzebują wsparcia emocjonalnego i przygotowania psychologicznego, by poradzić sobie z tym aspektem pracy.

W badaniach Michalak, Przybył i Kazimierskiej-Zajac [15] autorzy wskazują, że pomocne w radzeniu sobie ze stresem mogłyby okazać się szkolenia lub zajęcia prowadzone jeszcze przed podjęciem pracy zawodowej. W niniejszej pracy wśród studentów znalazły się osoby, które nie mają wypracowanej strategii radzenia sobie ze stresem (18%). W pracy zawodowej może wpływać to na relacje interpersonalne oraz zdrowie psychiczne i przyspieszyć zespół wypalenia zawodowego. Charakteryzuje się on wyczerpaniem emocjonalnym, depersonalizacją oraz obniżoną oceną własnych wartości [16]. Wpływa na pracę i zachowanie, jest rzeczą niepożądaną zwłaszcza w zawodach medycznych, gdyż wpływa negatywnie na podejście do pacjentów.

Wnioski.

1. Studenci pielęgniarstwa, ratownictwa medycznego oraz fizjoterapii trafnie wskazują najtrudniejsze aspekty pracy zawodowej w wybranych przez siebie kierunkach.
2. Praca w środowisku medycznym jest obciążająca zarówno fizycznie jak i psychicznie oraz wymaga wielokierunkowych rozwiązań.
3. Za główne obciążenia uważane są: wysoka odpowiedzialność zawodowa, stres emocjonalny i przeciążenie fizyczne.
4. Zajęcia praktyczne i praktyki zawodowe wpływają na decyzję o kontynuacji studiów.

5. Wsparcie psychologiczne przedstawicieli zawodów medycznych: pielęgniarek, ratowników i fizjoterapeutów powinno rozpocząć się na etapie kształcenia na poziomie akademickim.

Bibliografia:

1. Giga SI, Fletcher IJ, Sgourakis G, Mulvaney CA, Vrkljan BH. Organisational level interventions for reducing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Apr 24;2018(4):CD013014. doi: 10.1002/14651858.CD013014. PMCID: PMC6494543.
2. Tahernejad A, Makki F, Rezaei E, Marzban H, Tahernejad S, Sahebi A. Musculoskeletal disorders in emergency medical services personnel: a systematic review and meta-analysis. *Public Health*. 2024 Dec;237:107-115. doi: 10.1016/j.puhe.2024.08.020. Epub 2024 Oct 4. PMID: 39366277.
3. A. Koontalay, W. Suksatan, K. Prabsangob, & J.M. Sadang (2021). Healthcare Workers' Burdens During the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Systematic Review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 14, 3015–3025. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S330041>
4. Bamforth K, Rae P, Maben J, Lloyd H, Pearce S. Perceptions of healthcare professionals' psychological wellbeing at work and the link to patients' experiences of care: A scoping review. *Int J Nurs Stud Adv*. 2023 Aug 1;5:100148. doi: 10.1016/j.ijnsa.2023.100148. PMID: 38746580; PMCID: PMC11080414.
6. Rollin L, Gehanno JF, Leroyer A. Occupational stressors in healthcare workers in France. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2022 Apr;70(2):59-65. doi: 10.1016/j.respe.2022.02.002. Epub 2022 Mar 23. PMID: 35337699.
7. Friedenbergr R, Kalichman L, Ezra D, Wacht O, Alperovitch-Najenson D. Work-related musculoskeletal disorders and injuries among emergency medical technicians and paramedics: A comprehensive narrative review. *Arch Environ Occup Health*. 2022;77(1):9-17. doi: 10.1080/19338244.2020.1832038. Epub 2020 Oct 19. PMID: 33073742.
8. Rogan S, Verhavert Y, Zinzen E, Rey F, Scherer A, Luijckx E. Risk factor and symptoms of burnout in physiotherapists in the canton of Bern. *Arch Physiother*. 2019 Dec 21;9:19. doi: 10.1186/s40945-019-0072-5. PMID: 31890293; PMCID: PMC6925866.
9. Silva RSS, Madeira MZA, Fernandes MA, Batista OMA, de Brito BAM, de Carvalho NAR. Occupational risk between nursing workes in Intensive Therapy Unit. *Rev Bras Med Trab*. 2017 Sep 1;15(3):267-275. doi: 10.5327/Z1679443520170027. PMID: 32270067; PMCID: PMC7104849.
10. Raport o stanie pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce, 2023 NIPiP <https://nipip.pl/wp-content/uploads/2023/12/RAPORT-O-STANIE-PIELEGNIAIRSTWA-I-P-OLOZNICTWA-W-POLSCE-MAJ-2023.pdf> data dostępu 20.05.2025
11. Dziubak M, Motyka M. Motivation behind the choice of nursing as a profession and its determinants — research among students of nursing at the Medical College of the Jagiellonian University. *Nursing Problems / Problemy Pielęgniarstwa*. 2013;21(3):281-289.
12. Pietraszek A., Charzyńska-Gula M., Łuczyk M., Szadowska-Szlachetka Z., Kachaniuk H., Kwiatkowska J., Analiza przyczyn stresu zawodowego w opinii pielęgniarek, *Journal of Education, Health and Sport*. 2016;6(9):643-652. eISSN 2391-8306

13. Merklinger-Soma M., Dzikowska M, Dębska G. (2011), Postawy ratowników medycznych wobec śmierci-doniesienia wstępne. Wyd. Czasopismo naukowe Pielęgniarstwo XXI wieku. 35/2011.
14. Lief H.I., Fox R.C. Training for 'Detached Concern' in medical students. W: Lief H.I., Lief V.F, Lief N.R. (red.). The psychological basis of medical practise. Harper and Row, New York 1963: 1.
15. Uchmanowicz I., Kołtuniuk A., Księżyc M., Śmigielska W., Rosińczuk J.: Postawy pielęgniarek wobec chorego umierającego, In: W drodze do brzegu życia. T.12 : praca zbiorowa, (eds.) E. Krajewska-Kułak [i in.] , Białystok 2014, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, pp. 296-303, ISBN 978-83-89934-98-7
16. Michalak M., Przybył K. , Kazimierska-Zajac M.. Strategie radzenia sobie ze stresem wśród personelu medycznego na sali operacyjnej. Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne 2022, 11, 2, 59–64. DOI 10.15225/PNN.2022.11.2.3.
17. Tucholska S., Maslach C.: Koncepcja wypalenia zawodowego, etapy rozwoju, Instytut Psychologii KUL, w: Przegląd Psychologiczny, 2001, Tom 44, Nr 3, 301-317

OCENA ZADOWOLENIA Z PRACY ZAWODOWEJ PIELEŃNIAREK PRACUJĄCYCH W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM SZPITALU WOJEWÓDZKIM IM. PAPIEŻA JANA PAWŁA II W ZAMOŚCIU

**MARZENA OMELEWSKA-KOWALCZYK, ZBIGNIEW ORZEŁ, MAGDA DROŹDŹOWSKA,
EWA GUZ, MARIUSZ SUTRYK**

Wstęp. Praca zawodowa odgrywa ważną rolę w życiu człowieka. Jest podstawą codzienności i zajmuje blisko połowę życia. We współczesnym świecie istnieje wiele profesji. Różnią się one rodzajem czynności, warunkami wykonywania, wynagrodzeniem i oceną społeczeństwa. Obecny rynek pracy cechuje się swobodnym przepływem pracowników, a atrakcyjność danego zawodu jest pojmowana bardzo indywidualnie.

Pielęgniarstwo stało się zawodem samodzielnym, bazującym na wiedzy i umiejętnościach. Opiera się nie tylko na teoriach pielęgnowania i naukach medycznych, ale również na psychologii, socjologii, filozofii czy też systemach zarządzania. Współczesne pielęgniarstwo tworzą ludzie, procesy, procedury oraz usługi połączone w działaniu na rzecz ochrony zdrowia i życia człowieka.

Wiele czynników organizacyjnych, ekonomicznych i społecznych powoduje niechęć do wykonywania tego zawodu. Wysoka odpowiedzialność, niski system wynagradzania i stres często przyczyniają się do braku zadowolenia z wykonywanej pracy.

Zjawisko satysfakcji zawodowej jest źródłem zainteresowania psychologów, ekonomistów i socjologów. Zadowolenie z wykonywanych czynności ma bardzo duży wpływ na jakość pracy. Wykazano, że pracownik zadowolony jest bardziej efektywny, utożsamia się z celami i wizerunkiem organizacji, w której jest zatrudniony.

Zadowolenie z pracy zawodowej rzutuje na życie osobiste. Satysfakcja z pracy i satysfakcja z życia są ściśle ze sobą powiązane. Im większa satysfakcja tym większy dobrostan i mniej konfliktów rodzinnych oraz stresu związanego z pracą.

Zawód jakim jest pielęgniarstwo wymaga podejmowania szybkich decyzji i reagowania w sytuacjach trudnych i nieprzewidywanych. Oprócz wiedzy nie tylko podręcznikowej, cierpliwości i wyrozumiałości konieczna jest sprawność fizyczna niezbędna przy podejmowaniu działań pielęgnacyjnych. Pielęgniarka przestała być tylko wykonawczynią zleceń lekarskich, została samodzielnym pracownikiem z kwalifikacjami zapewniającymi należytą, profesjonalną opiekę pacjentowi [1].

Pacjenci oczekują od pielęgniarki sprawnego wykonywania czynności, oceniają jej ubiór i sposób zachowania. Dlatego ważne jest, aby zachowywać obowiązujące procedury i okazywać szacunek zarówno pacjentom jak i współpracownikom. Dążenie do

profesjonalizmu to respektowanie praw pacjenta, wykorzystanie najnowszej wiedzy i jej aktualizacja [2], dostosowanie się do zmieniających się potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, rozwoju techniki i galopującego postępu cywilizacyjnego.

Pielęgniarstwo jest szczególnym zawodem. Codzienne przebywanie wśród ludzi cierpiących powoduje, że pielęgniarka narażona jest na liczne obciążenia emocjonalne. Konieczność sprawnego działania w sytuacjach zagrożenia życia i zdrowia, ciągłe narażenie na czynniki biologiczne, przeciążenie pracą powodują sytuacje stresowe i prowadzą do syndromu wypalenia zawodowego [3]. Przytłoczenie problemami innych ludzi i niemożność oddzielenia życia prywatnego od zawodowego przyczynia się do niechęci, apatii i niekorzystnych zmian w postawie pielęgniarki [4].

Wykonując swój zawód pielęgniarka ściśle współpracuje z innymi pracownikami ochrony zdrowia. Kontakt ten jest niezbędny do prawidłowego sprawowania opieki nad pacjentem. Rola pielęgniarki w opiece zdrowotnej zależy od następujących czynników [5]:

- własnej świadomości zawodowej,
- świadomości społeczeństwa,
- postrzegania pielęgniarek jako grupy zawodowej przez społeczeństwo,
- postaw osób kierujących i zarządzających kadrą pielęgniarską,
- modelu zarządzania opieką zdrowotną,
- postaw pozostałych członków zespołu terapeutycznego.

O roli i miejscu pielęgniarki w systemach ochrony zdrowia świadczy profesjonalizm i samodzielność, podnoszenie kwalifikacji i poszerzanie zdobytej wiedzy oraz szeroko pojmowana odpowiedzialność nie tylko za działania, ale wypowiedzi i postawy.

Pielęgniarka, podobnie jak inni przedstawiciele zawodów medycznych podlega odpowiedzialności karnej, cywilnej, pracowniczej oraz zawodowej. Odpowiedzialność to obowiązek ponoszenia konsekwencji za własne czyny wynikająca z negatywnej oceny danego czynu [6], odpowiedzialność zawodowa to odpowiadanie za przewinienia w związku z wykonywaniem określonego zawodu. W przypadku pielęgniarek ma związek z naruszeniem zasad etyki lub przepisów mówiących o wykonywaniu zawodu.

Satysfakcja z pracy zawodowej jest zjawiskiem indywidualnym, subiektywnym. Nie jest stała- może zmieniać się wraz z organizacją i miejscem zajmowanym przez pracownika [7]. Wpływają na nią oczekiwania i system wartości wyznawany przez pracownika. Praca pielęgniarki przebiega w różnych obszarach i każdy z nich może być źródłem zadowolenia. Zadowolenie z pracy ma związek z zaspokajaniem potrzeb lub pewnością ich zaspokojenia,

pozytywnym nastawieniem pracownika wobec obowiązków wynikających z wykonywanych czynności, oczekiwań i aspiracji [8].

Praca zaspokaja nie tylko potrzeby fizjologiczne człowieka, ale daje mu bezpieczeństwo, poczucie przynależności i uznania, pozwala na samorealizację i poszerzenie wiedzy. Określenie satysfakcji zawodowej pracownika pozwala pracodawcy wpłynąć na jego zadowolenie. Pomiędzy wykonaną pracą a uzyskanym za nią wynagrodzeniem nie zawsze istnieje duża zależność.

Uznanie pracy za zadowalającą, chęć wykonywania zadań bez zlecenia pomimo odpowiedniej gratyfikacji finansowej w przypadku pielęgniarek wiąże się z systemem wartości zawartym w pielęgniarstwie jako zawodzie [9]. W pracy zawodowej pielęgniarek satysfakcja zawodowa przekłada się na satysfakcję klienta-pacjenta. Jest to zadowolenie z usług, ich jakości, zaangażowania osobistego personelu w sprawę podopiecznego.

Głównym zadaniem pielęgniarstwa jako zawodu jest profesjonalne pomaganie. Ze względu na szereg obciążeń fizycznych i psychicznych związanych z wykonywaniem pracy jest uznawane za zawód wysokiego ryzyka zagrożonego powstaniem wypalenia zawodowego. Wymagania stawiane przed współczesną pielęgniarką przy jednoczesnym niskim prestiżu zawodu, niewielkimi szansami na awans i nieadekwatnym wynagrodzeniu powodują niezadowolenie i brak satysfakcji [10].

Cel pracy. Celem pracy była analiza oceny zadowolenia z pracy zawodowej pielęgniarek pracujących w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu.

Materiały i metody. Badania dotyczyły znaczenia zadowolenia z pracy w zależności od takich czynników jak wykształcenie, miejsce i staż pracy oraz wiek ankietowanych. Zostały przeprowadzone w okresie styczeń-luty 2021 roku wśród 125 pielęgniarek pracujących w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu w oddziałach szpitalnych oraz Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej z Podstawową Opieką Zdrowotną. Do badania wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety zawierający 18 pytań zamkniętych, który poddano ocenie trzech sędziów kompetentnych. Nie zgłosili oni zastrzeżeń co do jasności pytań i poprawności narzędzia badawczego. Następnie przeprowadzono badanie pilotażowe na grupie dziesięcioosobowej. Badanie to wykazało, że odpowiedzi na zadane pytania nie powodują trudności. Wyniki badań pilotażowych nie zostały włączone do badania głównego. Kwestionariusze ankiety poddano weryfikacji i wszystkie włączono do badania. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono przy pomocy wartości

średniej, mediany i odchylenia standardowego, a dla niemierzalnych przy pomocy licznosci i odsetka. Dla cech mierzalnych normalność rozkładu analizowanych parametrów oceniano przy pomocy testu w Shapiro-Wilka. Do porównania dwóch grup zastosowano test Manna-Whitneya, natomiast dla wielu grup niezależnych zastosowano test Kruskala-Wallisa. Dla niepowiązanych cech jakościowych do wykrycia istnienia różnic między porównywanymi grupami użyto testu jednorodności Chi2. Do zbadania istnienia zależności między badanymi cechami użyto testu niezależności Chi2.

Wyniki. Badaniami objęto 125 pielęgniarek pracujących w szpitalu. W większości ankietowane osoby posiadały wykształcenie wyższe (74,40%). Ankietowane w 15,20% pracowały do 10 lat, natomiast 37,60% ankietowanych miało staż pracy od 11 do 25 lat i 47,20% ponad 25 lat.

Z przeprowadzonych badań wynika, że 46 ankietowanych odczuwało zadowolenie z wykonywanej pracy, natomiast 34 badanych przyznało, że nie zastanawiali się nad tym, co daje im praca, 45 stwierdziło, że pracuje bo musi. Analiza statystyczna wykazała, że badane w wieku do 40 lat nieznacznie częściej odczuwały zadowolenie z pracy (48,39%) w porównaniu z badanymi w wieku 41-50 lat (24,00%) i powyżej 50 lat (43,18%).

Tabela 1. Poziom zadowolenia z pracy ze względu na wiek pielęgniarek.

Wiek	Praca daje mi ?			Ogółem
	Zadowolenie	Nie zastanawiałem się	Pracuję, bo muszę	
	n %	n %	n %	
Do 40 lat	15 48,39%	7 22,58%	9 29,03%	31 100%
41-50 lat	12 24%	13 26%	25 50%	50 100%
Powyżej 50 lat	19 43,18%	14 31,82%	11 25%	44 100%
Razem	46 36,80%	34 27,20%	45 36%	125 100%
Analiza statystyczna: Chi2=9,08; p=0,06				

Źródło: Badania własne

Z przeprowadzonych badań wynika, że ankietowane ze stażem pracy do 10 lat nieznacznie częściej były zadowolone z pracy (47,37%) niż badane ze stażem pracy 11-25 lat (38,30%) i powyżej 35 lat (32,20%).

Tabela 2. Poziom zadowolenia z pracy pod względem stażu pracy.

Staż pracy	Praca daje mi ?			Ogółem
	Zadowolenie	Nie zastanawiałem się	Pracuję, bo muszę	
	n %	n %	n %	

Do 10 lat	9 47,97%	4 21,05%	6 31,58%	19 100%
11-25 lat	18 38,30%	13 27,66%	16 34,04%	47 100%
Powyżej 25 lat	19 32,20%	17 28,82%	23 38,98%	59 100%
Razem	46 36,80%	34 27,20%	45 36%	125 100%
Analiza statystyczna: Chi2=1,57; p=0,81				

Źródło: Badania własne

Analiza statystyczna wykazała, że pielęgniarki pracujące w oddziałach szpitalnych nieznacznie częściej były zadowolone z pracy (50,00%) w porównaniu z pielęgniarkami, które pracowały w przychodni (33,98%).

Tabela 3 Poziom zadowolenia z pracy ze względu na miejsce pracy pielęgniarek.

Miejsce pracy	Praca daje mi ?			Ogółem
	Zadowolenie	Nie zastanawiałem się	Pracuję, bo muszę	
	n %	n %	n %	
Oddział szpitalny	11 50%	5 22,73%	6 27,27%	19 100%
Przychodnia	35 33,98%	29 28,16%	39 37,86%	47 100%
Razem	46 36,80%	34 27,20%	45 36%	125 100%
Analiza statystyczna: Chi2=2,03; p=0,36				

Źródło: Badania własne

Ankietowane w 38,40% (n=48) przyznały, że praca pielęgniarki pozwala im zaspokoić swoje aspiracje zawodowe, natomiast 39,20% (n=49) respondentek było przeciwnego zdania, a 22,40% nie potrafiło ocenić. Analiza statystyczna wykazała istotny związek pomiędzy zadowoleniem z pracy a możliwością realizacji w pracy swoich aspiracji zawodowych. Ankietowane, które twierdziły, że w pracy mają możliwość rozwoju swoich aspiracji częściej były zadowolone z pracy (64,58%) niż badane, które nie miały możliwości rozwoju (22,45%) lub nie miały zdania w tym zakresie (14,29%).

Tabela 4. Poziom zadowolenia z pracy ze względu na możliwość rozwoju aspiracji zawodowych w zawodzie pielęgniarki.

Zaspokojenie aspiracji zawodowych	Praca daje mi ?			Ogółem
	Zadowolenie	Nie zastanawiałem się	Pracuję, bo muszę	
	n %	n %	n %	
Tak	31 64,58%	11 22,92%	6 12,50%	48 100%

Nie	11 22,45%	15 30,61%	23 46,94%	49 100%
Nie wiem	4 14,29%	8 28,57%	16 57,14%	28 100%
Razem	46 36,80%	34 27,20%	45 36%	125 100%
Analiza statystyczna: Chi2=29,69; p=0,00001*				

Źródło: Badania własne

W większości (62,40%, n=78) respondentki przyznały, że w pracy mogą w pełni wykorzystać swoją wiedzę i umiejętności, natomiast 37,60% (n=47) ankietowanych przyznało, że nie ma takiej możliwości.



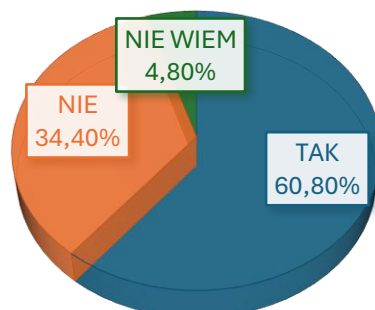
Źródło: Badania własne

Przeprowadzone badania wykazały, że ankietowane, które w swojej pracy mogły w pełni wykorzystać swoją wiedzę i umiejętności częściej były zadowolone z pracy (48,72%) niż badane, które nie mogły w pełni wykorzystać swojej wiedzy i umiejętności (17,02%).

Według większości ankietowanych pielęgniarstwo nie jest zawodem wysokiej rangi społecznej (65,60%, n=82), natomiast dla 23,20% (n=29) pielęgniarek ich zawód był zawodem wysokiej rangi, a 11,20% (n=14) ankietowanych nie potrafiło się wypowiedzieć na ten temat. Badania wykazały, że respondentki, które uważały, że pielęgniarstwo jest zawodem wysokiej rangi społecznej częściej były zadowolone z pracy (55,17%) niż badane, które uważały, że pielęgniarstwo nie jest wysokiej rangi zawodem lub nie miały zdania (31,25%).

Dla większości ankietowanych praca pielęgniarki dawała poczucie stabilizacji (60,80%, n=76), natomiast dla 34,40% (n=43) badanych praca zawodowa nie dawała takiego poczucia i 4,80% (n=6) respondentek nie miało zdania.

Wykres 2. Czy praca zawodowa daje poczucie stabilizacji?



Źródło: Badania własne

Analiza statystyczna wykazała, że ankietowane, które uważały, że praca zawodowa daje poczucie stabilizacji częściej były zadowolone z pracy (47,37%) niż badane, które miały przeciwne zdanie lub nie potrafiły się wypowiedzieć (20,41%).

Najczęściej ankietowane twierdziły, że nie polecąby zawodu pielęgniarstwa innej osobie (56,80%, $n=71$), natomiast 24,00% ($n=30$) badanych przyznało, że polecąby ten zawód i 19,20% ($n=24$) ankietowanych nie wiedziało. Ankietowane, które przyznały, że polecąby zawód pielęgniarstwa innej osobie częściej były zadowolone z wykonywanej pracy (76,67%) niż badane, które nie polecąby tego zawodu (19,72%) lub nie miały zdania w tym temacie (37,50%).

Tabela 5. Poziom zadowolenia z pracy w odniesieniu do tego czy ankietowani poleciliby komuś zawód pielęgniarstwa.

Rekomendowanie zawodu pielęgniarstwa innej osobie	Praca daje mi ?			Ogółem
	Zadowolenie	Nie zastanawiałem się	Pracuję, bo muszę	
	n %	n %	n %	
Tak	23 76,67%	4 13,33%	3 10%	30 100%
Nie	14 19,27%	17 23,94%	40 56,34%	71 100%
Nie wiem	9 37,50%	13 54,17%	2 8,33%	24 100%
Razem	46 36,80%	34 27,20%	45 36%	125 100%
Analiza statystyczna: $\chi^2=46,30$; $p<0,00001$ *				

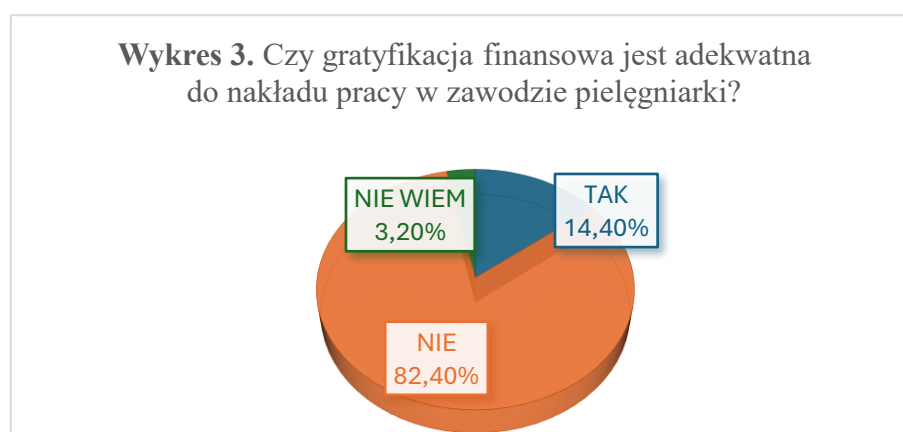
Źródło: Badania własne

Przeprowadzone badania wykazały, że 81,60% ($n=102$) ankietowanych uważało, że inne grupy zawodowe nie szanują pielęgniarstwa, natomiast tylko 6,40% ($n=8$) badanych

uważało, że szanują i 12,00% (n=15) nie wiedziało. Pielęgniarki, które twierdziły, że pielęgniarki są szanowane przez inne grupy zawodowe częściej były zadowolone z pracy (65,20%) niż te, które były przeciwnego zdania (37,25%) lub nie potrafiły ocenić (20,00%).

Z badań wynika, że 42,40% (n=53) ankietowanych przyznało, że pracując w zespole czują się docenione, natomiast 42,40% (n=53) badanych było przeciwnego zdania i 15,20% (n=19) nie wiedziało. Analiza statystyczna nie wykazała istotnego związku pomiędzy zadowoleniem z pracy a poczuciem docenienia przez zespół ($p=0,16$). Wykazano jednak, że ankietowane, które czuły się docenione przez zespół nieznacznie częściej odczuwały zadowolenie z pracy (45,28%) niż te, które nie odczuwały, że są doceniane przez zespół (32,08%) lub nie wiedziały (26,32%).

W większości ankietowane uważały, że gratyfikacja finansowa nie jest adekwatna do nakładu pracy (82,40%, n=103), natomiast 14,40% (n=18) badanych uważało, że jest adekwatna i 3,20% (n=4) nie wiedziało.



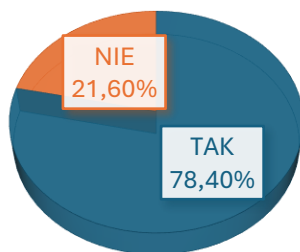
Źródło: Badania własne

Analiza statystyczna wykazała istotny związek pomiędzy zadowoleniem z pracy a gratyfikacją finansową adekwatną do nakładu pracy ($p=0,01$). Ankietowane, które przyznały, że gratyfikacja finansowa jest adekwatna do nakładu pracy częściej były zadowolone z pracy (66,67%) niż te, które miały przeciwną opinię (31,78%).

Ankietowane pielęgniarki w 67,20% (n=84) przyznały, że ich wynagrodzenie nie zaspokaja potrzeb finansowych rodziny, natomiast 28,00% (n=35) respondentek przyznało, że zaspokaja i 4,80% (n=6) nie wiedziało. Analiza statystyczna wykazała, że ankietowane, które twierdziły, że wynagrodzenie zaspokaja potrzeby finansowe ich rodziny częściej były zadowolone z pracy (60,00%) w porównaniu z badanymi, które były odmiennego zdania (27,78%).

Ankietowane najczęściej odpowiedziały, że nie chciałyby zmienić swojego zawodu (78,40%, n=98), zaś 21,60% (n=27) ankietowanych przyznało, że myślą o zmianie zawodu.

Wykres 4. Czy pielęgniarki myślą o zmianie pracy?



Źródło: Badania własne

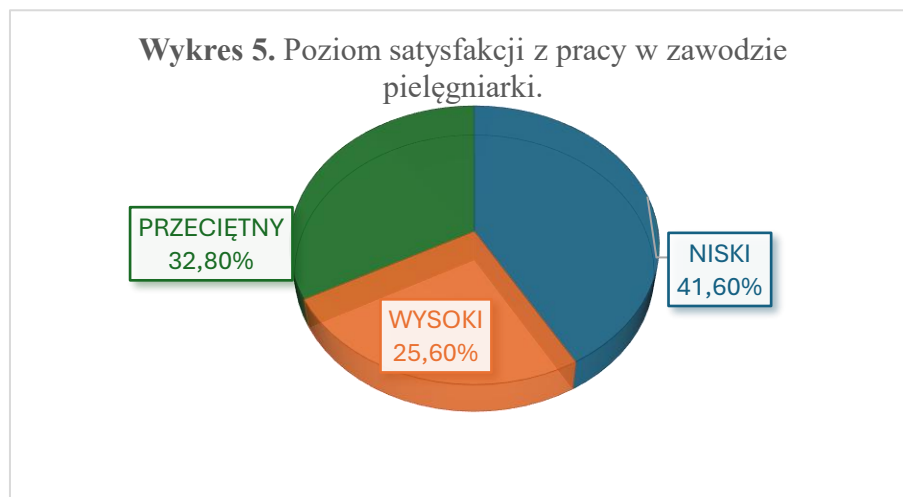
Z przeprowadzonej analizy statystycznej wynika, że ankietowane, które nie myślały o zmianie zawodu częściej były zadowolone z pracy (43,88%) niż te, które chciałyby zmienić zawód (11,11%).

W większości ankietowane twierdziły, że praca pielęgniarki dezorganizuje życie rodzinne (72,80%, n=91), natomiast 24,00% (n=30) badanych było przeciwnego zdania, a 3,20% (n=4) nie wiedziało. Analiza statystyczna wykazała, że ankietowane twierdząc, że praca pielęgniarki nie dezorganizuje życia rodzinnego częściej były zadowolone z pracy (58,82%) niż badane, które przyznały, że praca dezorganizuje ich życie rodzinne (28,57%).

Ankietowane w 40,80% (n=51) przyznały, że pacjenci darzą je szacunkiem, natomiast 39,20% (n=49) ankietowanych odpowiedziało, że nie i 20,00% (n=25) nie wiedziało. Przeprowadzone badania wykazały, że ankietowane które twierdziły, że pacjenci darzą je szacunkiem nieznacznie częściej były zadowolone z pracy (49,02%) w porównaniu z badanymi, które odpowiadały, że nie mają szacunku od pacjentów (28,57%) lub nie potrafiły ocenić (28,00%).

Większość ankietowanych było zdania, że warunki pracy nie są zadowalające (72,80%, n=91), natomiast 24,00% (n=30) uważało, że są zadowalające i 3,20% (n=4) nie miało zdania. Z badań wynika, że ankietowane zadowolone z warunków pracy nieznacznie częściej były ogólnie zadowolone ze swojej pracy (50,00%) niż badane, które nie były zadowolone lub nie miały zdania (32,63%).

W dalszej analizie statystycznej dotyczącej oceniono, że średni poziom satysfakcji z pracy wynosił $36,18 \pm 23,08$ (Me=30,77, zakres od 0,00 do 92,31). Na podstawie tej wartości wykazano, że 41,60% (n=52) miało niski poziom satysfakcji z pracy (<25 pkt.), natomiast 32,80% (n=41) przeciętny (25-48 pkt) i 25,60% (n=32) wysoki (>48 pkt.).



Źródło: Badania własne

Analiza statystyczna wykazała, że poziom satysfakcji z pracy był istotnie wyższy w grupie wiekowej powyżej 50 lat niż w grupie do 40 lat i 41-50 lat. W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, że poziom satysfakcji z pracy był nieznacznie wyższy w grupie pielęgniarek ze stażem pracy do 10 lat niż w grupie pracujących 11-20 lat lub ponad 20 lat. Analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic w ocenie poziomu satysfakcji z pracy pomiędzy pielęgniarkami pracującymi w przychodni a badanymi, które pracowały na oddziale szpitalnym ($p=0,27$). Wykazano jednak, że poziom satysfakcji z pracy był nieznacznie wyższy wśród pielęgniarek pracujących na oddziale szpitalnym. Przeprowadzone badania wykazały, że poziom satysfakcji z pracy był zbliżony w grupie pielęgniarek z wykształceniem wyższym i średnim. Przeprowadzone badania wykazały, że pielęgniarki, które oceniały, że są zadowolone pracy miały wyższy poziom satysfakcji z pracy niż te, które oceniły, że niezastanawiający się na tym, czy są z pracy zadowolone lub twierdziły, że pracują bo muszą.

Dyskusja. Satysfakcja z pracy jest bardzo istotnym czynnikiem wpływającym na każdego pracownika. Specyfika pracy w ochronie zdrowia powoduje, że satysfakcja pielęgniarki i całego personelu medycznego jest szczególnie ważna. Pielęgniarki zatrudnione w placówkach medycznych są obciążone pracą fizyczną, narażone na stres. Wszystkie te czynniki wpływają na satysfakcję i poziom zadowolenia z pracy.

Wiele usług zdrowotnych jest wykonywanych przez pielęgniarki, dlatego też ich zadowolenie z pracy jest istotne w uzyskaniu sukcesu placówki medycznej i jakości opieki. Brak satysfakcji z wykonywanej pracy skutkuje chaosem organizacyjnym, niechęcią do wykonywania rutynowych czynności i podejmowania nowych zadań, nieobecnościami w pracy, a także brakiem zaangażowania w problemy zespołu i organizacji. Wzrost zadowolenia z pracy

skutkuje większą wydajnością i samozadowoleniem, identyfikacją z celami i misją firmy oraz możliwościami realizacji własnych wartości i przekonań.

Badaniami objęto 125 pielęgniarek pracujących w SP Szpitalu Wojewódzkim w Zamościu. Średnia wieku badanych wynosiła $46,70 \pm 9,71$ lat. w większości ankietowane posiadały wykształcenie wyższe (74,40%) i pracowały w oddziale szpitalnym (82,40%). Średni staż pracy ankietowanych wynosił $23,84 \pm 10,91$ lata. Większość pielęgniarek pracowało w zawodzie ponad 25 lat (47,20%). Badania własne wykazały, że 36,80% pielęgniarek deklarowało, że są zadowolone z wykonywanej pracy.

Raport projektu *Nurses' Early Exit Study* wykazał, że w grupie polskich pielęgniarek poziom zadowolenia z pracy jest stosunkowo niski, zarówno w porównaniu z innymi krajami, jak i społeczeństwem polskim [11]. Badania Widerszal-Bazyl wykazują jednak, że 55% polskich pielęgniarek jest zadowolonych z pracy [12]. Badania Kuneckiej i wsp. także wykazały, że 45% pielęgniarek było zadowolonych z pracy [13].

Przekształcenia w ochronie zdrowia, zainteresowanie zdrowiem człowieka, rozwój cywilizacyjny spowodował wzrost zainteresowania zjawiskiem satysfakcji z pracy. Przeprowadzone badania pozwalają wyodrębnić i zrozumieć czynniki przyczyniające się do poprawy warunków pracy.

Badania własne wykazały, że pielęgniarki w większości twierdziły, że praca pozwala im zaspokoić swoje aspiracje zawodowe (38,40%), że mogą w niej w pełni wykorzystać swoją wiedzę i umiejętności (62,40%), a także uważały, że ich praca daje poczucie stabilizacji (60,80%). Wykazano istotny związek pomiędzy powyższymi aspektami a zadowoleniem z pracy. Badania własne wykazały, że większość pielęgniarek uważała, że pielęgniarstwo nie jest zawodem wysokiej rangi społecznej (65,60%) to jednak, osoby, dla których zawód miał wyższą rangę w społeczeństwie odczuwały częściej zadowolenie z pracy (51,17%) w porównaniu z osobami, które były przeciwnego zdania (31,25%). Wykazano także, że pielęgniarki, które poleciłyby zawód innej osobie częściej były zadowolone z pracy (76,67%), podobnie badane, które uważały, że zawód pielęgniarki jest zawodem szanowanym przez innych (62,50%).

Praca pielęgniarek jest zwykle bardzo wysoko oceniana przez pacjentów. Z badań Bukowskiej-Piastczyńskiej wynika, że wszystkie aspekty oceny pielęgniarek kształtują się na poziomie 90% ocen pozytywnych. Pacjenci doceniają najczęściej odpowiednie życzliwe podejście, umiejętności, dostępność oraz umiejętności nawiązywania bezpośrednich relacji interpersonalnych [14]. w badaniach własnych wykazano, że pielęgniarki w 40,80% przyznały, że pacjenci darzą je szacunkiem, co wpływa na ich częstsze zadowolenie z pracy (49,02%)

w porównaniu z grupą pielęgniarek, która twierdziła, że nie mają szacunku od pacjentów (28,57%).

Poziom satysfakcji z pracy w badanej grupie pielęgniarek był zróżnicowany. Średni poziom satysfakcji z pracy wynosił $36,18 \pm 23,08$ pkt. Poziom satysfakcji z pracy był istotnie wyższy w grupie wiekowej powyżej 50 lat niż w grupie do 40 lat i 41-50 lat. Pielęgniarki zadowolone z pracy miały wyższy poziom satysfakcji z pracy niż te, które oceniły, że niezastanawiający się na tym, czy są z pracy zadowolone lub twierdziły, że pracują bo muszą. Nie wykazano istotnych różnic w ocenie satysfakcji z pracy pomiędzy grupami wykształcenia i stażu pracy oraz miejsc pracy.

Wnioski. Przeprowadzone badania i analiza uzyskanych wyników pozwoliły na weryfikację poziomu zadowolenia z pracy zawodowej pielęgniarek pracujących w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu.

Zadowolenie z wykonywanej pracy pomaga pracownikowi w pozytywnym nastawieniu do czynności zawodowych, współpracowników i kadry zarządzającej. Im większe zadowolenie, tym praca wykonana jest lepiej. Poziom satysfakcji z pracy w badanej grupie pielęgniarek był zróżnicowany. Średni poziom satysfakcji z pracy wynosił $36,18 \pm 23,08$ pkt. Poziom satysfakcji z pracy był istotnie wyższy w grupie wiekowej powyżej 50 lat niż w grupie do 40 lat i 41-50 lat. Pielęgniarki zadowolone z pracy miały wyższy poziom satysfakcji z pracy niż te, które oceniły, że nie zastanawiają się na tym, czy są z pracy zadowolone lub twierdziły, że pracują bo muszą. Nie wykazano istotnych różnic w ocenie satysfakcji z pracy pomiędzy grupami wykształcenia i stażu pracy oraz miejsc pracy.

Zadowolenie pielęgniarek pracujących w SP Szpitalu Wojewódzkim im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu widoczne było w obszarze:

- Możliwości rozwoju aspiracji zawodowych (64,58%),
- Możliwości wykorzystania w pełni swojej wiedzy i umiejętności (48,72%),
- Odczuwania poczucia stabilizacji (60,80%),
- Szacunku pacjentów (40,80%).

Na niezadowolenie wpłynęło:

- Brak szacunku ze strony innych grup zawodowych (81,60%),
- Niska ranga społeczna zawodu pielęgniarki (65,60%),
- Zbyt niskie wynagrodzenie w stosunku do nakładu pracy (82,40%) i niezaspokojenie potrzeb finansowych rodziny (67,20%),
- Dezorganizacja życia rodzinnego (72,80%),

- Niezadowolenie z warunków pracy (72,80%).

Piśmiennictwo

1. Chmielewska E.A., Krupienicz A. Oczekiwania studentów pielęgniarstwa wobec zawodu. *Mag Pielęgniarki Położnej*. 2013;(12):6–7.
2. Synowiec E, Szczypa A. Mniej znaczy więcej i bezpieczniej. Rozważania o przygotowaniu do pracy. *Mag Pielęgniarki Położnej*. 2013;(11):4–5.
3. Siwek M, Nowak-Starz G. Współczesny wizerunek pielęgniarstwa w opinii społeczeństwa. *Pielęgniarstwo Polskie*. 2017;3(65):478.
4. Głąb P. Lenistwo czy poważny problem. *Mag Pielęgniarki Położnej*. 2014;(12):4–5.
5. Rogala-Pawelczyk G. Pielęgniarka i położna na miarę XXI wieku. *Mag Pielęgniarki Położnej*. 2012;(5):22–3.
6. Okoń W. Słownik pedagogiczny. Warszawa: PWN; 1984. s. 272.
7. Biesok G, Wyród-Wróbel J. Satysfakcja z pracy i jej znaczenie w organizacjach. W: *Wielowymiarowość zarządzania XXI wieku*. Bielsko Biala: Wydawnictwo Naukowe AT-H; 2018. s. 35.
8. Szewczuk W, red. Słownik pedagogiczny. Warszawa: Wiedza Powszechna; 1979. s. 333.
9. Kunecka D, Kamińska M, Karakiewicz B. Analiza czynników wpływających na zadowolenie z wykonywanej pracy w grupie zawodowej pielęgniarek. *Badanie wstępne. Probl Pielęg.* 2007;15(2-3):195.
10. Szreter B. Czy lubisz być pielęgniarką? *Mag Pielęgniarki Położnej*. 2012;(5):6–7.
11. Polska.pl. Komunikat PKPP Lewiatan: Polacy pracujący 2007 [Internet]. [cyt. 2021 maj 3]. Dostępne z: <http://www.polska.pl>
12. Widerszal-Bazyl M. Źródła stresu i satysfakcji w pracy pielęgniarki. Czy istnieje polska specyfika? W: *Pielęgniarek polskich portret własny z Europą w tle*. Warszawa: CIOP PIB; 2005. s. 2–4.
13. Kunecka D, Kamińska M, Karakiewicz B. Analiza czynników wpływających na zadowolenie z wykonywanej pracy w grupie zawodowej pielęgniarek. *Probl Pielęg.* 2007;15(2-3).
14. Bukowska-Piastrzyńska A. Marketing usług zdrowotnych: od budowania wizerunku do zadowolenia klientów. Warszawa: CeDeWu Sp. z o.o.; 2007. s. 49–72.

ZASADY ERGONOMII PRACY I AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA W PROFILAKTYCE BÓLÓW KRĘGOSŁUPA WŚRÓD PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA

KAROLINA WÓJCIK, MARIOLA SEŃ, IWONA KLISOWSKA

Wstęp. Dolegliwości bólowe kręgosłupa są jedną z najczęstszych przyczyn ograniczeń funkcjonalnych oraz absencji zawodowej w populacji osób aktywnych zawodowo. Szacuje się, że ponad 80% Polaków doświadczyło lub doświadczy bólu kręgosłupa w ciągu życia, co czyni tę dolegliwość problemem społecznym o istotnym znaczeniu klinicznym i ekonomicznym [1, 2]. W szczególności narażeni na rozwój zespołów przeciążeniowych są pracownicy ochrony zdrowia, których praca wiąże się z dużym obciążeniem fizycznym, stresem oraz częstym naruszaniem zasad ergonomii [3].

Zawody takie jak pielęgniarstwo, lekarstwo czy fizjoterapia wymagają długotrwałego utrzymywania niekorzystnych pozycji ciała, podnoszenia ciężarów oraz pracy zmianowej, co sprzyja kumulacji mikrourazów i przeciążeń w obrębie kręgosłupa [4]. Badania wykazują, że bóle te pojawiają się coraz częściej już w okresie edukacji zawodowej, zwłaszcza wśród studentów fizjoterapii i kierunków lekarskich [5]. Z drugiej strony, niski poziom aktywności fizycznej, nieprawidłowy sposób odżywiania oraz wysoki poziom stresu są dodatkowymi czynnikami ryzyka przewlekłych dolegliwości bólowych [6].

Celem niniejszej pracy była ocena częstości występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa wśród pracowników ochrony zdrowia oraz identyfikacja czynników wpływających na ich intensyfikację. Analizie poddano zależności pomiędzy ergonomicznymi warunkami pracy, poziomem aktywności fizycznej oraz dostępnością programów profilaktycznych i sprzętu wspomagającego. Szczególną uwagę zwrócono na świadomość zdrowotną respondentów oraz skuteczność stosowanych metod redukcji bólu.

Cel pracy. Celem pracy była ocena nasilenia dolegliwości bólowych kręgosłupa u pracowników ochrony zdrowia oraz wskazanie, czy w celach profilaktycznych stosują się do zasad ergonomii pracy oraz podejmują aktywność fizyczną w czasie wolnym.

Materiał i metody. Badania zostały przeprowadzone w 2023r. w grupie 115 pracowników medycznych (pielęgniarek, pielęgniarzy, lekarzy, fizjoterapeutów) pracujących na bloku operacyjnym metodą sondażu diagnostycznego z użyciem ankiety własnego autorstwa. Dwie trzecie badanych stanowiły kobiety (67,0%), 1/3 to mężczyźni. Kwestionariusz zawierał pytania metryczkowe (wiek, płeć, staż pracy, wykonywany zawód) oraz pytania dotyczące występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa, sposobów jego leczenia, a także stosowania się do zasad ergonomii pracy i aktywności fizycznej w czasie wolnym przez pracowników

ochrony zdrowia. Ankietowani wypełniali ją za pomocą platformy Google Forms. Link prowadzący do formularza został umieszczony w Internecie na portalach społecznościowych, jak Facebook na grupach tematycznych: Pielęgniarstwo Operacyjne, Pielęgniarki pielęgniarcom, Materiały dla medyka.

Analiza uzyskanych wyników badań została przeprowadzona za pomocą programu IBM SPSS Statistics wersja 25 z wykorzystaniem statystyk opisowych oraz parametrycznych i nieparametrycznych testów statystycznych (Test ANOVA, chi kwadrat, korelacja rho Spearmana, test U Manna-Whitneya, test Kruskala-Wallisa).

Za istotny statystycznie przyjęto wynik na poziomie $p < 0,05$.

Wyniki. Dwie trzecie badanych stanowiły kobiety (67,0%), 1/3 to mężczyźni.

Tabela 1. Wykonywany zawód medyczny w grupie badanych

Wykonywany zawód medyczny	<i>N</i>	%
Pielęgniarka/ Pielęgniarz	74	64,3%
Lekarz	31	27,0%
Fizjoterapeuta	10	8,7%
Ogółem	115	100,0%

Najliczniej reprezentowane w badaniu były pielęgniarki (64,3%), nieco rzadziej lekarze (27,0%) i fizjoterapeuci (8,7%) (tabela 1).

Tabela 2. Statystyki opisowe dla wieku, stażu pracy i wskaźnika BMI

Zmienne	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>
Wiek	41,12	44,00	11,10	23	64
Staż pracy	17,45	18,00	11,70	1	44
BMI	25,89	25,39	4,36	18,82	40,48

M -wartość średniej; *Me* – Mediana; *SD* – odchylenie standardowe; *Min.* – najniższa wartość zbioru; *Maks.* – najwyższa wartość zbioru

Średnia wieku respondentów wyniosła 41,12 lat ($SD = 11,10$), minimalny staż pracy to 1. rok, maksymalny wyniósł 44 lata, a średnia dla stażu pracy to 17,45 ($SD = 11,70$). Średnia wartość wskaźnika BMI pokazuje nadwagę w grupie badanych pracowników medycznych (25,89, $SD = 4,36$) (Tabela 2).

Tabela 3. Opinia na temat występowania bólu kręgosłupa związanego z pracą zawodową

Czy występował u Pani/Pana ból kręgosłupa związany z pracą zawodową?	<i>N</i>	%
Tak	96	83,5%
Nie	19	16,5%
Ogółem	115	100,0%

Większość badanych wskazuje na występowanie bólów kręgosłupa związanego z pracą zawodową (83,5%), jedynie 16,5% pracowników go nie odczuwa (tabela 3).

Tabela 4. Odcinek kręgosłupa, w którym występuje ból kręgosłupa*

W którym odcinku kręgosłupa występuje u Pani/Pana ból kręgosłupa?	<i>N</i>	%
Odcinek szyjny	44	38,6%
Odcinek piersiowy	27	23,7%
Odcinek lędźwiowy	71	62,3%
Odcinek krzyżowy	36	31,6%
Odcinek guziczny	2	1,8%
Ból kręgosłupa nie występuje	16	14,0%

*Badani mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź

Najbardziej obciążony był odcinek lędźwiowy (62,3%) i szyjny kręgosłupa (38,6%) (tabela 4).

Tabela 5. Natężenie występującego bólu kręgosłupa w opinii badanych

Jak ocenilaby Pani/Pan natężenie bólu kręgosłupa?	<i>N</i>	%	<i>M</i>	<i>SD</i>
1 – brak dolegliwości?	14	12,5%		
2	4	3,6%		
3	15	13,4%		
4	13	11,6%		
5	16	14,3%	4,90	2,30
6	21	18,8%		
7	13	11,6%		
8	12	10,7%		
9	3	2,7%		
10 – bardzo duże natężenie bólu	1	0,9%		

M -wartość średniej; *SD* – odchylenie standardowe

Ocenę natężenia bólu przeprowadzono w 10-stopniowej skali numerycznej, gdzie 1 oznaczało brak dolegliwości, a 10 oznaczało bardzo duże nasilenie bólu. Średnia ocena natężenia bólu wyniosła 4,90 w 10-punktowej skali ($SD = 2,30$), co wskazuje na umiarkowane dolegliwości bólowe (tabela 5).

Tabela 6. Natężenie bólu kręgosłupa a zmienne demograficzne i wskaźnik BMI

Zmienna	Natężenie bólu kręgosłupa	
	<i>rho Spearmana</i>	<i>p</i>
Wiek	0,05	0,605
Staż pracy	0,25	0,007
BMI	-0,15	0,106

Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy stażem pracy a natężeniem bólu ($\rho = 0,25$; $p = 0,007$), co wskazuje, że im dłuższy staż pracy, tym większe nasilenie bólu (tabela 6).

Tabela 7. Korzystanie z porad lekarza w związku z bólami kręgosłupa

Czy w związku z występującymi bólami kręgosłupa korzysta Pani/Pan z porad lekarza?	N	%
Tak	25	21,9%
Nie	75	65,8%
Trudno powiedzieć	14	12,3%
Ogółem	114	100,0%

Zaledwie 21,9% badanych wskazywało, że korzysta z porady lekarza w związku z występującymi dolegliwościami (tabela 7).

Tabela 8. Metody radzenia sobie z bólem kręgosłupa*

Jakie metody walki z bólem Pani/Pan stosuje?	N	%
Aktywność fizyczna	73	68,9%
Farmakoterapia	46	43,4%
Fizykoterapia (laseroterapia, magnetoterapia, elektrostymulacja TENS)	22	20,8%
Akupunktura	15	14,2%
Krioterapia	4	3,8%
Terapia ciepłem	13	12,3%
Masaż	55	51,9%
Terapia manualna	26	24,5%

*Badani mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź

Najczęściej wskazywaną metodą poradenia sobie z bólem była aktywność fizyczna (68,9%), masaż (51,9%) oraz farmakoterapia (43,4%). Inne sposoby wskazywane były znacząco rzadziej (tabela 8).

Tabela 9. Czynniki wywołujące ból kręgosłupa w opinii badanych

Jakie są według Pani/Pana czynniki wpływające na występowanie dolegliwości bólowych kręgosłupa w Pani/Pana codziennej pracy?	N	%
Zbyt duże obciążenie narządu ruchu	85	75,2%
Nieprzystosowane środowisko pracy (brak rolek, mat ślizgowych, podnośników, nieprzystosowane łóżka chorych itp.)	70	61,9%
Niewystarczający czas na odpoczynek	55	48,7%
Brak znajomości zasad ergonomii pracy	52	46,0%
Niewłaściwe zabezpieczenie w środki ochrony osobistej (np. niewłaściwe obuwie)	41	36,3%
Brak personelu pomocniczego	60	53,1%
Zbyt długi czas pracy	57	50,4%
Długotrwałe wykonywanie obowiązków w pozycji stojącej	79	69,9%
Deficyt w zatrudnieniu personelu medycznego	38	33,6%

*Badani mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź

Biorąc pod uwagę czynniki ryzyka związane ze stanowiskiem pracy, które nasilają bóle kręgosłupa ankietowani pracownicy medyczni najczęściej wskazywali na: zbyt duże obciążenie narządu ruchu (75,2%), długotrwałe wykonywanie obowiązków w pozycji stojącej (69,9%), nieprzystosowane środowisko pracy (61,9%), brak personelu pomocniczego (53,1%), zbyt długi czas pracy (50,4%), niewystarczający czas na odpoczynek (48,7%) i brak znajomości zasad ergonomii pracy (46,0%). Nieco rzadziej wskazywano na niewłaściwe zabezpieczenie

w środki ochrony osobistej (36,3%) bądź deficyt w zatrudnieniu personelu medycznego (33,6%) (tabela 9).

Kolejnym istotnym elementem w zapobieganiu dolegliwościom bólowym kręgosłupa w zawodach medycznych jest stosowanie się do zasad ergonomii pracy; 94,8% badanych wskazywało, że zna te zasady, ale tylko niespełna co 2. badany (47,8%) do tych zasad się stosuje (tabela 10).

Tabela 10. Stosowanie się do zasad ergonomii pracy

Czy stosuje się Pani/Pan do zasad ergonomii pracy?	N	%
Tak	55	47,8%
Nie	21	18,3%
Trudno powiedzieć	39	33,9%
Ogółem	115	100,0%

Porównania średnich rang i median wskazuje na istnienie istotnej zależności o słabej sile w odniesieniu do wieku, co oznacza, że wraz z wiekiem wzrasta liczba pracowników medycznych, którzy stosują zasady ergonomii w pracy zawodowej (tabela 11).

Tabela 11. Stosowania zasad ergonomii pracy w zależności od wieku i stażu pracy

Zmienne	Stosowanie zasad ergonomii pracy (n = 55)		Niestosowanie zasad ergonomii pracy (n = 60)		Z	p	η^2
	średnia ranga	Me	średnia ranga	Me			
Wiek	65,10	45,00	51,49	39,00	-2,19	0,029	0,04
Staż pracy	57,45	19,00	58,51	15,00	-0,17	0,864	<0,01

Jednym z elementów ergonomii pracy jest przyjmowanie właściwej postawy ciała podczas wykonywania czynności zawodowych pracowników medycznych. Jedynie 59,1% respondentów zwraca na to uwagę, pozostali badani albo tego nie robią (7,0%), albo nie są w stanie tego ocenić (33,9%) (tabela 12).

Tabela 12. Przyjmowanie właściwej postawy ciała podczas pracy

Czy zwraca Pani/Pan uwagę na przyjmowaną postawę, pozycję podczas wykonywania różnorodnych czynności zawodowych w pracy?	N	%
Tak	68	59,1%
Nie	8	7,0%
Trudno powiedzieć	39	33,9%
Ogółem	115	100,0%

Badanych zapytano, czy pracodawca zapewnia odpowiedni sprzęt, aby zabezpieczyć pracowników przed niepożądanymi zdarzeniami indukującymi bóle kręgosłupa w związku z wykonywaną pracą. Aż 45% pracowników wskazywało, że pracodawca nie wywiązuje się

z tego obowiązku (tabela 13), nie zapewnia też szkoleń w zakresie przestrzegania zasad ergonomii pracy (82,6%) (tabela 14).

Tabela 13. Zabezpieczenie pracownika w odpowiedni sprzęt przez pracodawcę w opinii badanych

Czy Pani/Pana pracodawca zapewnia odpowiedni sprzęt zapobiegający wystąpieniu bólom kręgosłupa?	N	%
Tak	50	43,5%
Nie	52	45,2%
Trudno powiedzieć	13	11,3%
Ogółem	115	100,0%

Tabela 14. Szkolenia dla pracowników w zakresie ergonomii pracy

Czy w Pani/Pana miejscu pracy pracodawca przeprowadza regularne szkolenia w zakresie przestrzegania zasad ergonomii pracy?	N	%
Tak	20	17,4%
Nie	79	68,7%
Trudno powiedzieć	16	13,9%
Ogółem	115	100,0%

Z analizy wyników badania ankietowego wynika, że co 5. badany pracownik ochrony zdrowia zatrudniony na bloku operacyjnych (20,0%) doświadczył w swoim miejscu pracy urazu w obrębie kręgosłupa (tabela 15).

Tabela 15. Doświadczenie urazu kręgosłupa w miejscu pracy

Czy doświadczyła Pani/Pan w swojej karierze zawodowej urazu w obrębie kręgosłupa w miejscu pracy?	N	%
Tak	23	20,0%
Nie	92	80,0%
Ogółem	115	100,0%

Dyskusja. Wyniki przeprowadzonego badania potwierdzają, że bóle kręgosłupa stanowią powszechny problem wśród pracowników zawodów medycznych. Aż 83,5% respondentów deklaroowało występowanie dolegliwości bólowych, co pozostaje w zgodzie z wcześniejszymi badaniami, w których również odnotowano wysoką częstość występowania tych objawów w tej grupie zawodowej (Nowotny-Czupryna i wsp., 2012; Szopa i wsp., 2018) [7,8].

Najczęściej wskazywaną lokalizacją bólu był odcinek lędźwiowy (62,3%) oraz szyjny (38,6%) kręgosłupa. Lokalizacje te są zgodne z biomechanicznymi obciążeniami, jakie wynikają z charakteru pracy pielęgniarek, lekarzy czy fizjoterapeutów – częstym dźwiganiem, pracą w pozycji pochylonej czy wymuszonej (Bernal i wsp., 2015) [9]. Potwierdza to również fakt, że większość badanych, choć deklaruje znajomość zasad ergonomii pracy (94,8%), to tylko niespełna połowa (47,8%) rzeczywiście się do nich stosuje.

Interesującym aspektem jest zależność pomiędzy stażem pracy a natężeniem dolegliwości – osoby z większym stażem doświadczały silniejszego bólu ($\rho = 0,25$; $p = 0,007$). Wiek natomiast nie korelował istotnie z natężeniem bólu, co może wskazywać, że kluczowym czynnikiem nie jest sama metryka, lecz długość ekspozycji na czynniki ryzyka zawodowego. Choć większość badanych zmaga się z bólem, jedynie 21,9% korzysta z konsultacji lekarskich. Może to świadczyć o zjawisku bagatelizowania objawów, nadmiernym przyzwyczajeniu do dyskomfortu lub ograniczonym dostępie do specjalistycznej pomocy w miejscu pracy. Wynik ten powinien niepokoić – w kontekście chronicznych przeciążeń może prowadzić do poważniejszych powikłań zdrowotnych i wypalenia zawodowego (Streitberger i wsp., 2020) [10].

W radzeniu sobie z dolegliwościami dominują strategie nefarmakologiczne: aktywność fizyczna (68,9%) i masaże (51,9%). Farmakoterapia znalazła się dopiero na trzecim miejscu (43,4%). Jest to pozytywny trend, zgodny z wytycznymi dotyczącymi leczenia bólu przewlekłego, zalecającymi metody nefarmakologiczne jako pierwszoplanowe [11].

Niestety, tylko 17,4% respondentów deklaruje, że w ich miejscu pracy prowadzi się szkolenia z zakresu ergonomii pracy, a niemal połowa (45,2%) twierdzi, że pracodawca nie zapewnia sprzętu zabezpieczającego przed przeciążeniami. Taki stan rzeczy wskazuje na istotne zaniedbania w profilaktyce dolegliwości układu mięśniowo-szkieletowego wśród personelu medycznego. Potwierdza to również inne badania wykazujące niedostateczny poziom wsparcia organizacyjnego w tej kwestii [12].

Warto również podkreślić, że z wiekiem rośnie liczba osób, które stosują zasady ergonomii pracy ($p = 0,029$), co może wynikać z nabywanego doświadczenia lub wzrastającej świadomości własnych ograniczeń fizycznych. To zjawisko zasługuje na dalsze pogłębienie, szczególnie w kontekście projektowania interwencji edukacyjnych dostosowanych do różnych grup wiekowych.

Wnioski.

1. Bóle kręgosłupa są powszechnym problemem wśród pracowników ochrony zdrowia, dotyczącym ponad 80% respondentów, niezależnie od wykonywanego zawodu medycznego. Najczęstsze dolegliwości dotyczą odcinka lędźwiowego oraz szyjnego kręgosłupa.
2. Czynnikiem istotnie powiązanim z natężeniem bólu jest staż pracy, a nie wiek, co sugeruje kumulatywny charakter obciążenia układu mięśniowo-szkieletowego w zawodach medycznych.

3. Pomimo szerokiej znajomości zasad ergonomii, tylko połowa pracowników stosuje się do nich w praktyce. Część badanych nie potrafi jednoznacznie określić, czy ich przestrzega, co może świadczyć o niedostatecznej edukacji w tym zakresie.
4. Pracodawcy w wielu przypadkach nie zapewniają odpowiedniego sprzętu ani szkoleń, co znacząco obniża skuteczność profilaktyki chorób zawodowych układu ruchu.
5. Większość pracowników radzi sobie z bólem we własnym zakresie, stosując aktywność fizyczną, masaż i farmakoterapię. Niewielki odsetek korzysta z profesjonalnych konsultacji medycznych, co może skutkować przewlekłością i nasileniem objawów.

Rekomendacje praktyczne. W świetle uzyskanych wyników zasadne jest wdrożenie szeregu działań ukierunkowanych na poprawę warunków pracy personelu medycznego oraz ograniczenie częstości występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa. Przede wszystkim rekomenduje się wprowadzenie regularnych, obowiązkowych szkoleń z zakresu ergonomii pracy, dostosowanych do specyfiki poszczególnych zawodów medycznych. Edukacja pracowników powinna obejmować zarówno teorię, jak i praktyczne wskazówki dotyczące przyjmowania właściwej postawy ciała, technik podnoszenia ciężarów czy organizacji stanowiska pracy.

Równie istotne jest zapewnienie przez pracodawców odpowiedniego wyposażenia, wspomagającego ergonomię pracy. Należy dążyć do wyposażenia placówek w nowoczesny sprzęt, taki jak podnośniki pacjentów, regulowane łóżka, ergonomiczne krzesła oraz maty przeciwmęczeniowe, które zmniejszają obciążenia układu mięśniowo-szkieletowego. Warto również promować wśród personelu zdrowy styl życia oraz aktywność fizyczną jako skuteczną metodę profilaktyki i leczenia dolegliwości bólowych.

Zaleca się także zwiększenie dostępności konsultacji fizjoterapeutycznych i lekarskich dla pracowników medycznych, którzy zmagają się z bólami kręgosłupa, oraz wdrażanie systemów wsparcia medycznego w miejscu pracy. Istotnym elementem profilaktyki powinno być także regularne monitorowanie stosowania zasad ergonomii przez kadrę oraz ocena satysfakcji z warunków pracy – np. w formie anonimowych ankiet.

Na poziomie organizacyjnym wskazane jest, by kadra zarządzająca była świadoma konsekwencji zaniedbań w zakresie ergonomii i zdrowia pracowników, zarówno w aspekcie medycznym, jak i ekonomicznym (absencje chorobowe, spadek wydajności). Inwestycje w profilaktykę powinny być traktowane jako długofalowe działania zwiększające efektywność i bezpieczeństwo pracy personelu medycznego.

Piśmiennictwo:

1. Woolf, A. D., & Pfleger, B. (2003). Burden of major musculoskeletal conditions. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(9), 646–656.
2. Kędra, A., & Czaprowski, D. (2013). Epidemiologia bólów kręgosłupa u dzieci i młodzieży. *Medycyna Pracy*, 64(5), 659–667.
3. Szczygieł, E. et al. (2014). Czynniki ryzyka zespołów przeciążeniowych u pielęgniarek. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, (3), 25–30.
4. Piekarczyk, R., & Kowalski, I. (2019). Ergonomia pracy fizjoterapeuty. *Fizjoterapia Polska*, 19(3), 50–56.
5. Knapik, A. et al. (2011). Aktywność fizyczna i bóle kręgosłupa u studentów kierunku fizjoterapia. *Zdrowie Publiczne*, 121(1), 35–40.
6. WHO. (2020). Guidelines on physical activity and sedentary behaviour. World Health Organization.
7. Nowotny-Czupryna, O., Czupryna, K., Nowotny, J. (2012). Występowanie dolegliwości bólowych kręgosłupa u pielęgniarek i fizjoterapeutów. *Medycyna Pracy*, 63(1), 1–7.
8. Szopa, A., Kępa, W., Więckiewicz, M. (2018). Związki między bólem dolnego odcinka kręgosłupa a postawą ciała i aktywnością fizyczną u pracowników służby zdrowia. *Annales Academiae Medicae Silesiensis*, 72(1), 15–20.
9. Bernal, D., Campos-Serna, J., Tobias, A., Vargas-Prada, S., Benavides, F. G., & Serra, C. (2015). Work-related psychosocial risk factors and musculoskeletal disorders in hospital nurses and nursing aides: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 52(2), 635–648.
10. Streitberger, K., Diefenbacher, A., & Schlarb, A. (2020). Workload and musculoskeletal disorders among medical professionals: a systematic review. *Occupational Medicine*, 70(3), 178–184.
11. Qaseem, A., Wilt, T. J., McLean, R. M., & Forciea, M. A. (2017). Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline. *Annals of Internal Medicine*, 166(7), 514–530.
12. Sturman, M. C., Cheramie, R. A., & Cashen, L. H. (2019). The Role of Ergonomics Training in Reducing Musculoskeletal Disorders. *Journal of Occupational Health Psychology*, 24(2), 198–208

ZJAWISKO RACJONOWANIA OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ W ODDZIAŁACH PEDIATRYCZNYCH

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

Wstęp. Zjawisko racjonowania opieki pielęgniarskiej (ang. Rationing Of Nursing Care, RONC) stało się realnym problemem w polskich szpitalach. Obniża ono jakość opieki nad pacjentem, jego satysfakcję i poczucie bezpieczeństwa, ale również stanowi duże obciążenie dla personelu pielęgniarskiego [1]. Wstrzymanie się, zaniechanie wykonania niezbędnych zadań opieki oraz czynności pielęgniarskich z różnych przyczyn, głównie spowodowanych niewystarczającym czasem, zbyt małej obsady pielęgniarskiej lub braku posiadania odpowiednich umiejętności przez pielęgniarkę określane jest mianem racjonowania opieki [2]. Poznanie przyczyn racjonowania opieki i dokładne zbadanie tego zjawiska pozwoli na poprawę jakości opieki nad pacjentami a także zwiększy satysfakcje z wykonywanej pracy wśród pielęgniarek [3]. Dane z badań wskazują iż niedostateczna obsada pielęgniarska i niekorzystne środowisko pracy jest związane z niepomyślnymi, negatywnymi skutkami leczenia i pielęgnowania pacjentów [4]. Taka sytuacja zmusza pielęgniarki do racjonowania opieki i dokonywania trudnych wyborów, ustalania priorytetów co wpływa na opiekę nad pacjentami [5]. Sposób decydowania, które czynności zostaną wykonane u pacjenta a które nie, jest procesem złożonym, obejmującym rozpoznanie sytuacji, gromadzenie danych, planowanie działań oraz określenie celów. Anderson i wsp. [6] w swojej pracy wskazała czynniki, które wpływają na podejmowanie decyzji. Należą do nich: organizacja pracy w szpitalu, liczba pacjentów przypadająca do opieki na jedną pielęgniarkę, dostępne zasoby, sprzęt oraz doświadczenie pielęgniarki, wiedza, wykształcenie, a także rodzaj, charakter pacjentów ilość problemów i schorzeń. Niebagatelne znaczenie w kontekście racjonowania opieki ma wiek pielęgniarek w Polsce. Wg raportu Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych (stan na maj 2021) ponad 27% pielęgniarek zatrudnionych w szpitalach jest w wieku emerytalnym a kolejne 35% w wieku przedemerytalnym. Każdego roku liczba pielęgniarek nabywających uprawnienia emerytalne, przewyższa liczbę pielęgniarek uzyskujących Prawo Wykonywania Zawodu (PWZ) [7]. Wiek pielęgniarek i przeciążenie pracą w kilku placówkach ponad miesięczną normę godzinową, dyżury całodobowe, sprzyja racjonowaniu opieki. Badanie zjawiska racjonowania opieki wydaje się nabierać szczególnego znaczenia w zakresie poprawy jakości opieki pielęgniarskiej nad pacjentem. Szczególną sferą, w której problem racjonowania postrzegany jest jako zjawisko bardzo negatywne jest pediatria. Kulturowo jesteśmy bardzo

mocno wyczuleni na chorobę dziecka, a zaniechanie opieki jest podwójnie źle postrzegane i nieetyczne. Nie zmienia to faktu, że racjonowanie opieki nad pacjentem pediatrycznym to również nasza rzeczywistość. Racjonowanie opieki pielęgniarskiej jest zjawiskiem stosunkowo nowym. Wprowadzone zostało w 2006 roku przez amerykańską pielęgniarkę Beatrice J. Kalisch. „Missed Nursing Care” jest to koncepcja błędu pominięcia rozpatrywana w każdym aspekcie opieki nad pacjentem, w części lub w całości. Oznacza to, że niektóre elementy opieki wykonywane są w całości, inne częściowo, a jeszcze inne są pominięte, czyli nie są wykonane lub wykonane z opóźnieniem. Racjonowanie opieki występuje wtedy, kiedy zasoby nie są wystarczające do zaspokojenia potrzeb pacjentów [8]. Kalisch i wsp. przychyliła się w swych badaniach do stwierdzenia, że niewykonanie czynności należy uznać za błąd w wyniku zaniedbania, a nie zapomnienia [9]. Wykonanie lub niewykonanie poszczególnych procedur pielęgniarskich ma bezpośredni wpływ na jakość opieki. Racjonowanie opieki, stało się składową zarządzania szpitala, gdyż zjawisko to jest powszechne na całym świecie i wpływa bezpośrednio na środowisko pracy pielęgniarek, jakość opieki, wyniki leczenia, bezpieczeństwo pacjenta oraz jego satysfakcję. Poznanie zakresu i charakteru tego zjawiska powoduje konieczność przeprowadzenia szybkich zmian w środowisku pracy w celu poprawy jakości świadczonych usług [10]. Schubert i wsp. stworzyli koncepcję racjonowania opieki, według której czynności pielęgniarskie dzielą się na działania rozpoznawcze, prowadzenie leczenia, zapobieganie, rehabilitację oraz wsparcie emocjonalne [11]. Wszystkie te elementy są równoważne konieczne do zapewnienia właściwej opieki, satysfakcji pacjenta. Zjawisko racjonowania opieki obserwuje się na linii pacjent -pielęgniarka i wynika ono z doświadczenia pielęgniarki postawionej diagnozy oraz oceny klinicznej. Wpływ na racjonowanie opieki ma szereg zmiennych. Dotyczą one samego pacjenta, pielęgniarki, ale też środowiska pracy, koncepcji opieki oraz zasobów organizacyjnych. Wszystkie te elementy mają wpływ na model opieki [12]. Badania naukowe [9] mówią, że istnieje powiązanie między racjonowaniem opieki pielęgniarskiej, a negatywnymi efektami leczenia, do których zaliczyć można: zwiększoną śmiertelność, pojawienie się odleżyn, upadki w czasie hospitalizacji, niewystarczająca jakość opieki oraz występowanie zakażeń. Zadowolenie pacjentów to, ogólnie akceptowalny, kluczowy wskaźnik skuteczności oraz jakości opieki i szczególnie jest wrażliwy na racjonowanie. Wiele czynników związanych z organizacją zostało przedstawionych w literaturze jako zaburzające pielęgniarkom dążenie do coraz lepszych wyników w profesjonalnej opiece opartej na dowodach naukowych. Do elementów komplikujących opiekę ze strony organizacji należą: złe warunki pracy, obciążenie zadaniami, brak współpracy w zespole terapeutycznym oraz ograniczone możliwości rozwoju ścieżki zawodowej. Jones

i wsp [13] opublikowali pracę, w której proponują, by starać się oceniać zależności pomiędzy czynnikami występującymi w organizacji, o których mowa wyżej, a jakością opieki i bezpieczeństwem pacjenta. Wyżej wymienione koncepcje, zwracają uwagę na istotny problem w określaniu zadań oraz aktywności w czasie pracy, które nie zostają wykonane, gdy brakuje personelu pielęgniarskiego, a zagwarantowanie prawidłowej opieki okazuje się niemożliwe. Przyczyny racjonowania opieki pielęgniarskiej w oddziałach pediatrycznych mogą być różne. Do głównych przyczyn racjonowania opieki pielęgniarskiej należą :

- niewystarczająca do potrzeb ilość personelu pielęgniarskiego, niedobory personelu, niewłaściwe normy stosunku pacjentów do liczby pielęgniarek
- system zarządzania nieadekwatny do potrzeb organizacyjnych
- problemy w komunikacji w zespole terapeutycznym
- niedociągnięcia w pracy zespołowej
- brak lub źle zorganizowane delegowanie zadań
- niewystarczające zasoby materiałów
- określone nawyki w realizowaniu opieki, które mogą decydować o pominięciu lub odroczeniu czynności, gdyż pielęgniarka może nie widzieć konsekwencji dla pacjenta wynikające z niewykonania zadania [8].

Skutki racjonowania opieki w oddziałach pediatrycznych dotyczą zarówno dla personelu medycznego, jak i dla pacjentów oraz całego systemu opieki zdrowotnej. Do głównych skutków racjonowania opieki należą :

- pogorszenie jakości opieki. Ograniczenie zasobów w tym personelu pielęgniarskiego, może prowadzić do niedostatecznej opieki nad pacjentami, co może zwiększyć ryzyko wystąpienia błędów medycznych, powikłań zdrowotnych i złego stanu zdrowia pacjentów.
- wydłużenie czasu oczekiwania na opiekę. Racjonowanie opieki może prowadzić do dłuższych czasów oczekiwania na dostęp do usług medycznych co może być szczególnie problematyczne w przypadku pacjentów z pilnymi potrzebami zdrowotnymi.
- zwiększenie obciążenia pracy personelu. Personel medyczny może być zmuszony do wykonywania większej liczby obowiązków w skróconym czasie, co może prowadzić do zwiększonego stresu, wypalenia zawodowego oraz zmęczenia, co z kolei może wpłynąć na jakość świadczonych usług.

- zmniejszenie zadowolenia personelu. Personel medyczny może odczuwać dużą frustrację z powodu niemożności zapewnienia odpowiedniej opieki wszystkim pacjentom z powodu ograniczeń zasobów, co może prowadzić do obniżenia zadowolenia z pracy i zwiększyć ryzyko wypalenia zawodowego.
- zwiększenie kosztów opieki zdrowotnej. w dłuższej perspektywie racjonowania opieki może prowadzić do zwiększenia kosztów opieki zdrowotnej poprzez zwiększoną liczbę powikłań zdrowotnych, dłuższy czas leczenia oraz konieczność większej interwencji medycznej. Zmniejszenie zaufania pacjentów. Pacjenci mogą stracić zaufanie do systemu opieki zdrowotnej, Jeśli doświadczają długiego czasu oczekiwania na opiekę lub odczuwają niedostateczną opiekę. To może prowadzić do zmniejszenia korzystania z usług medycznych w przyszłości [9].

Zarządzanie zasobami opieki zdrowotnej w sposób efektywny winno zapewniać odpowiednie wsparcie personelowi medycznemu, aby minimalizować konieczność racjonowania opieki i jego negatywne skutki [14].

W lecznictwie zamkniętym wyodrębniono oddziały dziecięce o specyficznych profilach wynikających z zakresu świadczeń zdrowotnych, jakie oferują. Oddziały dziecięce dzielimy na zabiegowe i zachowawcze. Wyjątkiem są oddziały intensywnej terapii dziecięcej lub neonatologicznej, ponieważ są one wielospecjalistyczne. Wśród oddziałów zabiegowych wymienić należy: oddział chirurgii dziecięcej, kardiochirurgii, neurochirurgii. Oddziały zachowawcze to: oddział alergologii, chorób zakaźnych, pulmonologii, psychiatrii dziecięcej, kardiologii, patologii noworodka, oddział neonatologii, neurologii. Oddziały pediatryczne różnią się od siebie profilem, wiekiem pacjentów, długością pobytu dziecka. Rozróżniamy oddziały intensywnej terapii, oddziały zabiegowe oraz oddziały niezabiegowe.

Jakość opieki pielęgniarskiej w stosunku do dziecka hospitalizowanego to zestaw cech, które determinują wartość usług [15]. Wg A. Donaberiana jakość to taki rodzaj opieki, podczas której dąży się do maksymalizowania dobra pacjenta, które można zmierzyć. W tym procesie należy wziąć pod uwagę balans korzyści i strat, które towarzyszą poszczególnym etapom opieki [16]. Hospitalizacja dziecka to sytuacja wyjątkowo trudna dla samego dziecka i jego rodziny. Dziecko cechuje się dużą zależnością od środowiska, w którym żyje. Zadaniem dorosłych jest zapewnienie potrzeby bezpieczeństwa, więzi z rodzicami, miłości, aktywności ruchowej, nauki, zabawy. W czasie pobytu dziecka w szpitalu należy zachować bezpieczeństwo zdrowotne małego pacjenta poprzez staranne wykonywanie zabiegów pielęgniarskich, zabezpieczenia dziecka przed bólem, wypadkami oraz urazami w oddziale szpitalnym. Musi być zabezpieczony dostęp do leków i przedmiotów niebezpiecznych dla dziecka, łóżeczko należy

zabezpieczyć przed wypadnięciem, wyposażyć pacjenta w znaki identyfikacyjne, a w zespole terapeutycznym należy rozważyć zasadność oraz konieczność wykonywania procedur np. ilości wkluć, konieczności pobierania badań, droga podania leku itp. Ważne jest również utrzymanie równowagi emocjonalnej dziecka poprzez zapewnienie stałej obecności rodziców lub opiekunów, zminimalizowanie czasu, kiedy rodzic nie może przebywać z dzieckiem. Należy umożliwić opiekunom stałe sprawowanie opieki nad dzieckiem w oddziale szpitalnym [17]. Rola personelu pielęgniarskiego w opiece nad pacjentem pediatrycznym jest nieoceniona. Już od momentu przyjęcia dziecka pielęgniarka pełni kluczową rolę w procesie sprawowania opieki nad pacjentem. Prawidłowo przeprowadzony proces przyjęcia ma fundamentalne znaczenie dla dalszej opieki i leczenia. Opiekun jest pomostem między zespołem terapeutycznym a dzieckiem. Jego reakcja na chorobę przekłada się w dużym stopniu na reakcję dziecka. Postawa rodzica natomiast wpływa na proces leczenia i jego efekty.

Pielęgniarka rozpoczyna przyjęcie pacjenta od dokładnej oceny stanu zdrowia dziecka, zbierając wywiad medyczny i rodzinny oraz przygotowując niezbędną dokumentację. Kluczowe jest tu także odpowiednie przygotowanie fizyczne, które obejmuje pomiar podstawowych parametrów życiowych i zapewnienie komfortu pacjentowi [18].

Umiejętność budowania zaufania i pozytywnej relacji z małym pacjentem, oraz jego opiekunami jest niezbędna. Pielęgniarka powinna dostosować sposób komunikacji do wieku i poziomu rozwoju dziecka, jednocześnie zapewniając rodzicom wsparcie emocjonalne i praktyczne informacje. Pielęgniarka dba o to, aby otoczenie dziecka było bezpieczne i dostosowane do jego potrzeb. Kontrola sprzętu medycznego, dostosowanie łóżka, zapewnienia dostępu do zabawek czy książeczek może znacząco poprawić komfort nowego pacjenta. Personel pielęgniarski dokonuje kompleksowej oceny potrzeb dziecka, uwzględniając jego stan fizyczny, emocjonalny i edukacyjny. Współpraca z zespołem terapeutycznym pozwala na stworzenie optymalnego planu opieki, który będzie wspierał dziecko w całym procesie leczenia. Pielęgniarka odgrywa również kluczową rolę w edukacji rodziców i opiekunów przygotowując ich do prawidłowej opieki nad dzieckiem w trakcie pobytu w szpitalu i po jego zakończeniu dostarczanie jasnych i zrozumiałych informacji, odpowiadanie na pytania oraz rozwiewanie wątpliwości są nieodzownymi elementami wsparcia rodziny. W niektórych oddziałach istotne staje się przygotowanie dziecka do zabiegu operacyjnego, badań diagnostycznych, inwazyjnych i procedur medycznych. Kluczowymi zadaniami staje się edukacja i komunikacja - pielęgniarka tłumaczy dziecku i jego rodzicom przebieg procedury w sposób zrozumiały i dostosowany do wieku dziecka. Udziela informacji o tym czego można się spodziewać przed w trakcie i po zabiegu a także ocena stanu zdrowia i wsparcie emocjonalne

[19]. Bardzo ważne jest prowadzenie dokumentacji medycznej dotyczącej zarówno zleceń lekarskich, oceny bólu, kontroli stanu pacjenta, i pielęgnowania [20].

W opiece nad pacjentem pediatrycznym rolą pielęgniarki jest również przygotowanie dziecka oraz rodziców do wypisu z oddziału do domu. Pielęgniarka przygotowuje dokumentację medyczną, zalecenia pielęgnacyjne dla rodziców, informacje dotyczące dalszego leczenia, pielęgnacji, monitorowania stanu dziecka, zarządzania lekami oraz reagowania na możliwe komplikacje. Ważne jest, aby pielęgniarka upewniła się, że rodzice zrozumieli wszystkie instrukcje i zalecenia. Może poprosić ich, aby powtórzyli informację własnymi słowami lub zadali dodatkowe pytania [21]. Edukacja w momencie wypisu dziecka do domu nastawiona jest na naukę samoopieki i samopielęgnacji prowadzonej przez pacjenta lub rodzica.

Zakres pracy, czynności, zadań, edukacji jest tak szeroki że trudno sobie wyobrazić przy obecnej sytuacji brak racjonowania opieki w szpitalnych oddziałach.

Cel. Celem głównym badań była analiza wybranych czynników mających wpływ na poziom racjonowania opieki pielęgniarskiej w wybranych oddziałach pediatrycznych.

Materiał i metody. W badaniu udział wzięło 121 pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w oddziałach pediatrycznych (neonatologia, intensywna terapia, chirurgia dziecięca) w wieku od 20 do 60 lat. Kobiety stanowiły grupę 117 osób, a mężczyźni 4 osoby. Badanie zostało przeprowadzone w dniach od 10.12.2023 do 31.01.2024 r. Badanie miało charakter ankiety internetowej zamieszczonej na grupach WhatsApp. Udział w badaniu był anonimowy oraz dobrowolny. Uczestnicy badania zostali poinformowani o celu i przebiegu badania. Kryterium włączenia do badania była praca w oddziale pediatrycznym, kryterium wyłączenia z badania była praca w innym oddziale niż oddział pediatryczny. Badanie było internetowe, więc respondent mógł na każdym jego etapie odstąpić. W poniższym badaniu zastosowano metodę ankiety internetowej z użyciem techniki sondażu przy wykorzystaniu narzędzi takich jak ankieta własna oraz standaryzowana ankieta dotycząca racjonowania opieki w obszarze noworodkowym/ pediatrycznym dla pielęgniarek NEWRI- polska adaptacja kwestionariusza autorstwa Rozensztrauch i wsp.[22]. Ankieta własna zawiera 17 pytań. Pierwsza część ankiety zawiera dane socjodemograficzne: wiek, płeć, stan cywilny, ilość dzieci, problemy w rodzinie itp. Dalsza część to pytania związane z wykonywanym zawodem.

Analizę odpowiedzi na pytania ankietowe przeprowadzono wyliczając częstości bezwzględne i procentowe wystąpienia wszystkich możliwych wariantów odpowiedzi. Porównanie racjonowania opieki w dwóch grupach wykonano za pomocą testu Manna-Whitney'a. Porównanie racjonowania opieki w trzech lub więcej grupach wykonano za pomocą testu Kruskala-Wallisa i, w razie wykrycia istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami, testu

post-hoc Dunna. W analizie przyjęto poziom istotności 0,05. A więc wszystkie wartości p poniżej 0,05 interpretowano jako świadczące o istotnych zależnościach.

Analizę wykonano w R, wersja programie 4.3.3. [31]

Wyniki. W badaniu udział wzięło 121 osób. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 41-50 lat i było to 44,17% ankietowanych. Najliczniejszą grupę stanowiły zarówno osoby zamężne/żonate 65,83% respondentów, jak również osoby posiadające 1-2 dzieci 65,83%. Respondenci w większości zamieszkiwali duża miasta (ponad 44%) oraz wsie (35%). W analizowanej grupie osoby z wykształceniem na poziomie licencjackim i magisterskim stanowiły aż 83,33% badanych. Największą grupę stanowiły osoby pracujące w przedziale 21-30 lat, 40,83% co jest związane z wiekiem respondentów. Ponad 2/3 badanych (72,50%) pracuje w jednym lub dwóch miejscach pracy. Pozostałe osoby pracują w wielu miejscach pracy. Blisko połowa respondentów (46,67%) deklaruje, że miała pod opieką podczas dyżuru od jednego do czterech pacjentów, od 5-10 pacjentów pod opieką miało 25,83% badanych, a ponad 36 pacjentów pod opieką miało 4,17% badanych.

Wśród czynników które mają wpływ na racjonowanie opieki czynniki takie jak: wiek, stan cywilny, staż pracy, liczba posiadanych dzieci okazały się istotny. Racjonowanie czynności z zakresu podtrzymywania życia i opieki pielęgniarstwa za pomocą aparatury było istotnie częstsze $p=0,017$ wśród osób w wieku powyżej 50 lat oraz wśród osób w wieku 41-50 lat niż wśród osób w wieku do 30 lat i wśród osób w wieku 31-40 lat.

Tabela nr 1. Korelacja wieku personelu medycznego z poziomem racjonowania opieki

NEWRI	Wiek	N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p
Podtrzymywanie życia i opieka pielęgniarstwa za pomocą aparatury	20-30 lat - A	19	1,57	0,58	1,40	1	3,00	1,14	1,83	$p=0,017$ * D,C>A,B
	31-40 lat - B	12	1,53	0,65	1,33	1	3,13	1,00	1,80	
	41-50 lat - C	52	2,14	0,84	2,00	1	3,67	1,40	2,90	
	Powyżej 50 lat - D	36	2,22	1,04	2,20	1	3,87	1,12	3,08	
Wsparcie rodziców i opieka nad noworodkiem	20-30 lat	19	2,28	0,91	2,50	1	3,92	1,46	2,92	$p=0,281$
	31-40 lat	12	1,94	0,76	2,08	1	3,00	1,19	2,60	
	41-50 lat	52	2,45	0,83	2,54	1	3,92	1,90	3,00	
	Powyżej 50 lat	36	2,23	0,94	2,25	1	3,83	1,40	2,94	
Nadzór nad pacjentem	20-30 lat	19	2,03	0,82	1,86	1	3,29	1,36	2,93	$p=0,521$
	31-40 lat	12	1,90	0,85	1,86	1	3,43	1,21	2,54	
	41-50 lat	52	2,30	0,99	2,00	1	4,00	1,43	3,14	
	Powyżej 50 lat	36	2,23	0,97	2,14	1	4,00	1,29	3,00	
Koordynowanie opieki i planowanie wypisu	20-30 lat	19	2,07	0,81	2,00	1	3,33	1,33	2,73	$p=0,268$
	31-40 lat	12	1,86	0,74	2,00	1	3,00	1,00	2,42	
	41-50 lat	52	2,25	0,64	2,33	1	3,50	1,83	2,67	
	Powyżej 50 lat	36	2,06	0,70	2,17	1	3,50	1,33	2,50	

p - test Kruskala-Wallisa + analiza post-hoc (test Dunna), *SD* - odchylenie standardowe, *Q1* - kwartyl dolny, *Q3* - kwartyl górny * zależność istotna statystycznie ($p<0,05$)

Racjonowanie czynności z zakresu podtrzymywania życia i opieki pielęgniarskiej za pomocą aparatury było istotnie częstsze $p=0,003$ wśród rozwiedzionych i owdowiałych oraz wśród żyjących w związku małżeńskim niż wśród panien i kawalerów. Racjonowanie czynności z zakresu koordynowania opieki i planowania wypisu było istotnie częstsze $p=0,048$:

- wśród osób ze stażem 6-10 lat niż wśród osób ze stażem 1-5 lat i wśród osób ze stażem do roku,

- wśród osób ze stażem 21-30 lat niż wśród osób ze stażem do roku.

Tabela nr 2. Korelacja stanu cywilnego personelu medycznego z poziomem racjonowania opieki

NEWRI	Stan cywilny	N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p
Podtrzymywanie życia i opieka pielęgniarska za pomocą aparatury	Zamężna/Żonaty - A	79	2,09	0,92	2,00	1	3,87	1,21	2,93	$p=0,003$ *
	Panna/Kawaler - B	22	1,46	0,60	1,30	1	3,67	1,02	1,70	
	Rozwiedziona/y lub owdowiała/y - C	18	2,32	0,82	2,00	1	3,80	1,78	3,05	
Wsparcie rodziców i opieka nad noworodkiem	Zamężna/Żonaty	79	2,37	0,89	2,50	1	3,92	1,58	3,00	$p=0,513$
	Panna/Kawaler	22	2,13	0,92	2,38	1	3,92	1,04	2,73	
	Rozwiedziona/y lub owdowiała/y	18	2,25	0,75	2,38	1	3,75	1,67	2,73	
Nadzór nad pacjentem	Zamężna/Żonaty	79	2,26	0,98	2,00	1	4,00	1,38	3,00	$p=0,22$
	Panna/Kawaler	22	1,89	0,81	1,86	1	3,29	1,04	2,54	
	Rozwiedziona/y lub owdowiała/y	18	2,29	0,91	2,36	1	3,86	1,75	2,79	
Koordynowanie opieki i planowanie wypisu	Zamężna/Żonaty	79	2,18	0,68	2,25	1	3,50	1,83	2,67	$p=0,425$
	Panna/Kawaler	22	1,95	0,82	2,10	1	3,50	1,04	2,50	
	Rozwiedziona/y lub owdowiała/y	18	2,10	0,62	2,17	1	3,50	1,66	2,50	

p - test Kruskala-Wallis + analiza post-hoc (test Dunna), *SD* - odchylenie standardowe, *Q1* - kwartył dolny, *Q3* - kwartył górny * zależność istotna statystycznie ($p<0,05$)

Racjonowanie czynności z zakresu podtrzymywania życia i opieki pielęgniarskiej za pomocą aparatury było istotnie częstsze $p=0,047$ wśród osób z 3 lub więcej dzieci niż wśród bezdzietnych.

Tabela nr 3. Korelacja liczba posiadanych własnych dzieci z poziomem racjonowania opieki

NEWRI	Liczba dzieci	N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p
Podtrzymywanie życia i opieka pielęgniarska za pomocą aparatury	Brak dzieci – A	23	1,62	0,64	1,47	1,00	3,13	1,07	1,83	$p=0,047$ *
	1-2 dzieci – B	79	2,08	0,95	2,00	1,00	3,87	1,13	2,90	
	3 lub więcej dzieci - C	17	2,25	0,76	2,07	1,21	3,50	1,47	3,00	
Wsparcie rodziców i opieka nad noworodkiem	Brak dzieci	23	2,22	0,91	2,58	1,00	3,92	1,21	2,83	$p=0,802$
	1-2 dzieci	79	2,31	0,94	2,42	1,00	3,92	1,46	3,00	
	3 lub więcej dzieci	17	2,44	0,42	2,50	1,58	3,33	2,17	2,67	
Nadzór nad pacjentem	Brak dzieci	23	2,04	0,89	1,86	1,00	3,43	1,21	2,93	$p=0,593$
	1-2 dzieci	79	2,23	1,01	2,00	1,00	4,00	1,29	3,07	
	3 lub więcej dzieci	17	2,24	0,68	2,14	1,14	3,29	1,71	2,86	

NEWRI	Liczba dzieci	N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p
Koordynowanie opieki i planowanie wypisu	Brak dzieci	23	2,01	0,80	2,17	1,00	3,33	1,17	2,63	p=0,264
	1-2 dzieci	79	2,10	0,70	2,20	1,00	3,50	1,55	2,50	
	3 lub więcej dzieci	17	2,42	0,48	2,33	1,60	3,50	2,17	2,67	

p - test Kruskala-Wallis + analiza post-hoc (test Dunna), *SD* - odchylenie standardowe, *Q1* - kwartył dolny, *Q3* - kwartył górny * zależność istotna statystycznie ($p < 0,05$)

Racjonowanie czynności z zakresu koordynowania opieki i planowania wypisu było istotnie częstsze $p=0,048$:

- wśród osób ze stażem 6-10 lat niż wśród osób ze stażem 1-5 lat i wśród osób ze stażem do roku,
- wśród osób ze stażem 21-30 lat niż wśród osób ze stażem do roku.

Tabela nr 4. Korelacja stażu pracy w obecnym miejscu z poziomem racjonowania opieki

NEWRI	Staż pracy w obecnym miejscu pracy	N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p
Podtrzymywanie życia i opieka pielęgniarska za pomocą aparatury	Poniżej 1 roku	11	1,46	0,71	1,07	1,00	3,00	1,00	1,53	p=0,055
	1-5 lat	25	1,78	0,81	1,45	1,00	3,27	1,07	2,47	
	6-10 lat	21	1,97	0,70	1,93	1,07	3,67	1,40	2,33	
	11-20 lat	28	2,10	0,90	2,00	1,00	3,67	1,25	2,92	
	21-30 lat	20	2,29	0,95	2,00	1,00	3,87	1,45	3,07	
	Powyżej 30 lat	14	2,35	1,12	2,30	1,00	3,80	1,17	3,47	
Wsparcie rodziców i opieka nad noworodkiem	Poniżej 1 roku	11	1,70	0,81	1,50	1,00	3,00	1,00	2,54	p=0,242
	1-5 lat	25	2,22	0,91	2,42	1,00	3,92	1,33	3,00	
	6-10 lat	21	2,42	0,59	2,50	1,25	3,92	2,00	2,75	
	11-20 lat	28	2,32	0,87	2,67	1,00	3,67	1,47	2,88	
	21-30 lat	20	2,47	0,96	2,25	1,08	3,83	1,65	3,33	
	Powyżej 30 lat	14	2,52	1,00	2,58	1,00	3,83	1,88	3,48	
Nadzór nad pacjentem	Poniżej 1 roku	11	1,58	0,80	1,29	1,00	3,14	1,00	1,79	p=0,199
	1-5 lat	25	2,10	0,92	1,86	1,00	3,86	1,29	3,00	
	6-10 lat	21	2,16	0,74	2,00	1,00	4,00	1,57	2,86	
	11-20 lat	28	2,32	0,97	2,29	1,00	4,00	1,57	3,18	
	21-30 lat	20	2,32	0,95	2,14	1,00	3,86	1,50	3,04	
	Powyżej 30 lat	14	2,48	1,18	2,36	1,00	4,00	1,36	3,71	
Koordynowanie opieki i planowanie wypisu	Poniżej 1 roku – A	11	1,71	0,82	1,17	1,00	3,00	1,00	2,47	p=0,048 *
	1-5 lat – B	25	1,96	0,70	2,00	1,00	3,17	1,33	2,50	
	6-10 lat – C	21	2,47	0,60	2,50	1,50	3,50	2,00	3,00	
	11-20 lat – D	28	2,06	0,76	2,17	1,00	3,50	1,33	2,50	
	21-30 lat – E	20	2,34	0,58	2,50	1,17	3,17	1,96	2,81	
	Powyżej 30 lat – F	14	2,06	0,53	2,17	1,00	2,83	1,88	2,46	

p - test Kruskala-Wallis + analiza post-hoc (test Dunna), *SD* - odchylenie standardowe, *Q1* - kwartył dolny, *Q3* - kwartył górny * zależność istotna statystycznie ($p < 0,05$)

Nieistotnym czynnikiem w zakresie racjonowania opieki okazała się ilość miejsc pracy oraz liczba godzin które pielęgniarski realizują w ciągu miesiąca. Również nieistotne statystycznie okazało się posiadane wykształcenie, problemy rodzinne i ilość pacjentów pod opieką.

Dyskusja. Racjonowanie opieki to zjawisko, z którym ma do czynienia cały świat medyczny. Zagroza to bezpieczeństwu pacjenta, a co za tym idzie funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia. Głównym powodem takiej sytuacji są braki kadrowe, które implikują problemy. Analiza danych opartych na kwestionariuszu NEWRI wykazała, że personel pielęgniarski w obszarze pediatrycznym racjonuje opiekę, co jest niepokojącym faktem. Średni wynik dla grupy badanej wynosił 2,16 co oznacza, że czynności były racjonowane rzadko. Pomijanie opieki potwierdziły badania przeprowadzone przez Jaworski i wsp [23], Uchmanowicz i wsp [24] choć nie były one przeprowadzone w obszarze pediatrycznym. Wydaje się, że z upływem lat u pracownika spada wydajność i jego możliwości witalne. Badania własne wykazały, że wraz ze wzrastającym wiekiem personelu pielęgniarskiego oraz dłuższym stażem pracy w zawodzie poziom racjonowania opieki w obszarze pediatrycznym jest większy. Zadowolenie z wykonywanej pracy ma odzwierciedlenie w jakości jej realizacji oraz związanych z nią zadań. Badania własne wykazały, że personel pielęgniarski, który doświadcza wysoki poziom satysfakcji z pracy rzadziej racjonuje opiekę w obszarze pediatrycznym. Pomijanie opieki dotyczy wielu obszarów działań realizowanych w kontakcie z pacjentem. RLJ Tamayo i wsp [25] wykazał, że personel pielęgniarski najczęściej racjonuje zadania dotyczące zakresu wsparcia pacjenta/rodzica i monitorowania, rzadziej natomiast racjonowanie dotyczyło zadań czysto medycznych, technicznych i terapeutycznych. Badania własne to potwierdzają co jest niepokojące, ponieważ wiąże się to z pomijaniem edukacji pacjenta, brakiem udzielania wskazówek i wsparcia, co niejednokrotnie może zaważyć na procesie leczenia i rekonwalescencji. Racjonowanie opieki pielęgniarskiej w obszarze pediatrycznym to poważny problem, który wymaga dalszej dyskusji i działań. Ważne jest, aby znaleźć rozwiązania, które pozwolą pielęgniarkom zapewnić pacjentom najlepszą możliwą opiekę w warunkach ograniczonych zasobów.

Wnioski.

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

4. Personel pielęgniarski, który doświadcza wysoki poziom satysfakcji z pracy, rzadziej racjonuje opiekę w obszarze pediatrycznym.

Bibliografia:

- [1] L. H. Aiken i in., „Implications of the California Nurse Staffing Mandate for Other States”, *Health Services Research*, t. 45, nr 4, s. 904–921, sie. 2010, doi: 10.1111/j.1475-6773.2010.01114.x.
- [2] M. Schubert i in., „Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study”, *International Journal for Quality in Health Care*, t. 20, nr 4, s. 227–237, kwi. 2008, doi: 10.1093/intqhc/mzn017.
- [3] L. H. Aiken, S. P. Clarke, i D. M. Sloane, „Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings”, *Nursing Outlook*, t. 50, nr 5, s. 187–194, wrz. 2002, doi: 10.1067/mno.2002.126696.
- [4] M. McGahan, G. Kucharski, i F. Coyer, „Nurse staffing levels and the incidence of mortality and morbidity in the adult intensive care unit: A literature review”, *Australian Critical Care*, t. 25, nr 2, s. 64–77, maj 2012, doi: 10.1016/j.aucc.2012.03.003.
- [5] E. Papastavrou, P. Andreou, i G. Efstathiou, „Rationing of nursing care and nurse–patient outcomes: a systematic review of quantitative studies”, *Health Planning & Management*, t. 29, nr 1, s. 3–25, sty. 2014, doi: 10.1002/hpm.2160.
- [6] A. Andersson, M. Omberg, i M. Svedlund, „Triage in the emergency department – a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions”, *Nursing in Critical Care*, t. 11, nr 3, s. 136–145, maj 2006, doi: 10.1111/j.1362-1017.2006.00162.x.
- [7] NIPIP, „Katastrofa kadrowa pielęgniarek i położnych raport naczelnej izby pielęgniarek i położnych”, Warszawa, 2021. [Online]. Dostępne na: https://nipip.pl/wp-content/uploads/2021/09/2021-09-06_Raport_NIPiP_KRAJ.pdf
- [8] B. J. Kalisch, „Missed Nursing Care: A Qualitative Study”, *Journal of Nursing Care Quality*, t. 21, nr 4, s. 306–313, paź. 2006, doi: 10.1097/00001786-200610000-00006.
- [9] B. J. Kalisch i B. Xie, „Errors of Omission: Missed Nursing Care”, *West J Nurs Res*, t. 36, nr 7, s. 875–890, sie. 2014, doi: 10.1177/0193945914531859.
- [10] R. J. Lucero, E. T. Lake, i L. H. Aiken, „Nursing care quality and adverse events in US hospitals”, *Journal of Clinical Nursing*, t. 19, nr 15–16, s. 2185–2195, sie. 2010, doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03250.x.
- [11] M. Schubert, T. R. Glass, S. P. Clarke, B. Schaffert-Witvliet, i S. De Geest, „Validation of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care Instrument”, *Nursing Research*, t. 56, nr 6, s. 416–424, lis. 2007, doi: 10.1097/01.NNR.0000299853.52429.62.
- [12] M. Schubert, S. P. Clarke, L. H. Aiken, i S. De Geest, „Associations between rationing of nursing care and inpatient mortality in Swiss hospitals”, *International Journal for Quality in Health Care*, t. 24, nr 3, s. 230–238, cze. 2012, doi: 10.1093/intqhc/mzs009.
- [13] T. L. Jones, P. Hamilton, i N. Murry, „Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review”, *International Journal of Nursing Studies*, t. 52, nr 6, s. 1121–1137, cze. 2015, doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012.
- [14] L. H. Aiken, „Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction”, *JAMA*, t. 288, nr 16, s. 1987, paź. 2002, doi: 10.1001/jama.288.16.1987.

- [15] N. Gozdek, Red., Rozmowy o profesjonalizacji w pielęgniarstwie: w 40. rocznicę akademickiego kształcenia pielęgniarek w Polsce, Lublin 1969-2009 = Conversation on professionalism in nursing: in commemoration of the 40 anniversary of University Nurse Education in Poland, Lublin 1969-2009. Lublin: Wydawnictwo Werset, 2009.
- [16] John Bank, Zarządzanie przez jakość / John Bank ; tł. z ang. Warszawa: Gebethner i Ska, 1996.
- [17] K. Piskorz-Ogórek i in., Red., Pediatria i pielęgniarstwo pediatryczne: wybrane zagadnienia: publikacja dla studentów pielęgniarstwa i nauk o zdrowiu oraz absolwentów tych wydziałów, Wydanie II. Kraków: Wydawnictwo Help Med TD, 2023.
- [18] Danuta Mucha, „Dziecko w szpitalu- jak złagodzić szok”, Nursing PZWL, 2012.
- [19] M. P. D. O. Pires, M. L. G. Pedreira, i M. A. S. Peterlini, „Surgical Safety in Pediatrics: practical application of the Pediatric Surgical Safety Checklist”, Rev. Latino-Am. Enfermagem, t. 23, nr 6, s. 1105–1112, grudz. 2015, doi: 10.1590/0104-1169.0553.2655.
- [20] S. Lundeborg, „Pain in children – are we accomplishing the optimal pain treatment?”, Pediatric Anesthesia, t. 25, nr 1, s. 83–92, sty. 2015, doi: 10.1111/pan.12539.
- [21] E. Smoleń i A. Ksykiewicz-Dorota, „Nurses’ professionalism as a component of evaluation of parents/caregivers satisfaction with nursing care”, Med Pr, t. 66, nr 4, s. 549–556, paź. 2015, doi: 10.13075/mp.5893.00165.
- [22] A. Rozensztrauch, I. Uchmanowicz, B. Suchowska, i R. Śmigiel, „Translation and psychometric testing of the Polish version of the Neonatal Extent of Work Rationing Instrument (NEWRI)”, Ann Agric Environ Med., luty 2020, doi: 10.26444/aaem/116907.
- [23] M. Jaworski i in., „Optimistic thinking, satisfaction with life and job and nursing care rationing: Multicentre study in Poland”, J. Nurs. Manag., t. 28, nr 8, s. 1948–1959, lis. 2020, doi: 10.1111/jonm.12974.
- [24] I. Witczak, Ł. Rypicz, P. Karniej, A. Młynarska, G. Kubiela, i I. Uchmanowicz, „Rationing of Nursing Care and Patient Safety”, Front. Psychol., t. 12, s. 676970, wrz. 2021, doi: 10.3389/fpsyg.2021.676970.
- [25] RLJ Tamayo, „Rationing of Nursing Care and its Relationship to Nurse Practice Environment in a Tertiary Public Hospital”, Acta Med Philipp, 2021, doi: 10.47895/amp.vi0.3124.

INTELIGENCJA EMOCJONALNA PIELĘGNIAREK PSYCHIATRYCZNYCH I JEJ ZNACZENIE W OPIECE NAD PACJENTEM– PRZEGLĄD BADAŃ

KAROLINA PIKUR, MICHALINA CENDROWSKA, MAGDALENA DZIURKA

Wstęp. Pielęgniarki psychiatryczne na co dzień wykonują znaczną „pracę emocjonalną”, czyli zarządzają swoimi emocjami w sposób korzystny dla pacjentów i sytuacji zawodowych [1]. Opieka psychiatryczna wymaga od nich umiejętności budowania relacji, jednak trudne zachowania pacjentów, takie jak lęk, agresja czy brak zaufania, mogą wywoływać silny stres personelu medycznego [2,3].

Dane wskazują, że od 24% do nawet 80% personelu opieki psychiatrycznej doświadczyło przynajmniej raz w trakcie swojej kariery zawodowej agresji ze strony pacjentów, co podkreśla powagę problemu przemocy w tym środowisku pracy [4]. Pielęgniarki psychiatryczne wskazują na trzy główne czynniki, które w istotny sposób przyczyniają się do występowania negatywnych zdarzeń z użyciem przemocy. Po pierwsze, jest to rola pielęgniarek jako osób odpowiedzialnych za egzekwowanie przestrzegania zaleceń terapeutycznych, co często wywołuje opór i frustrację pacjentów. Po drugie, trudności w skutecznym łagodzeniu negatywnych emocji i napięć pacjentów wpływają na eskalację agresji. Po trzecie, zachowania samych pielęgniarek, takie jak obojętność, brak cierpliwości czy nieuprzejmość, mogą prowokować lub nasilać negatywne reakcje pacjentów [5]. W badaniach przeprowadzonych przez Bilgin i Buzlu [6] zauważono, że aż około połowa pielęgniarek pracujących w klinikach psychiatrycznych (50,6%) deklaruje, że nie czuje się bezpiecznie w swoim miejscu pracy, co wskazuje na pilną potrzebę wprowadzenia skutecznych strategii ochrony i wsparcia personelu w tym wymagającym środowisku [6].

Inteligencja emocjonalna (ang. *Emotional intelligence*, IE) odnosi się do zdolności jednostki do rozpoznawania, rozumienia oraz efektywnego zarządzania własnymi emocjami, a także emocjami innych osób [7]. Pojęcie inteligencji emocjonalnej jest stosunkowo nowe i obejmuje trzy główne modele: model zdolności Mayera i Saloveya, model cech Golemana oraz model mieszany Bar-Ona [8-10]. W ostatnich latach zdolność ta zyskała szczególne znaczenie w dziedzinie pielęgniarstwa, co potwierdzają liczne badania [11-14]. Wynika to przede wszystkim z jej korzystnego wpływu na pracowników ochrony zdrowia, pacjentów oraz funkcjonowanie całych organizacji opieki zdrowotnej.

Mayer i Salovey [8] zdefiniowali inteligencję emocjonalną jako zdolność rozpoznawania, rozumienia i wykorzystywania własnych i cudzych emocji do kierowania myśleniem i działaniem, wyróżniając cztery umiejętności: postrzeganie emocji, wykorzystywanie ich do

myślenia, rozumienie oraz zarządzanie emocjami. Goleman [9] spopularyzował model cech, traktujący inteligencję emocjonalną jako zbiór cech osobowości. Bar-On [10] zaproponował model mieszany, definiując inteligencję emocjonalną jako zestaw zdolności i kompetencji umożliwiających skuteczne radzenie sobie z wymaganiami otoczenia, podkreślając jej rozwijalny charakter [10]. Jednym z wykorzystywanych narzędzie badawczych jest *Emotional Quotient Inventory*, który mierzy inteligencję emocjonalną za pomocą pięciu głównych i piętnastu podskładników [10].

Badania naukowe wskazują, że wysoki poziom inteligencji emocjonalnej pomaga pielęgniarkom radzić sobie ze stresem zawodowym oraz zapobiegać wypaleniu, głównie poprzez poprawę jakości komunikacji i budowanie silnych relacji między różnymi członkami zespołu medycznego [16,17]. Korzyści płynące z IE wpływają na całokształt środowiska pracy, co przekłada się na zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów oraz podniesienie jakości świadczonej opieki [18]. Co więcej, rozwijanie inteligencji emocjonalnej wiąże się także z większą satysfakcją z wykonywanej pracy oraz wyższym wskaźnikiem utrzymania pracowników w sektorze ochrony zdrowia, co dodatkowo podkreśla jej istotną rolę w promowaniu zdrowia psychicznego oraz skuteczności działania placówek medycznych [13,16]. Inteligencja emocjonalna pomaga pielęgniarkom/pielęgniarzom radzić sobie z tymi wyzwaniami, wspierając zarówno proces podejmowania decyzji, jak i efektywne zarządzanie emocjami [8].

Współczesna literatura podkreśla, że decyzje podejmowane wyłącznie na podstawie racjonalnego myślenia, pozbawione emocji, często nie prowadzą do rezultatów satysfakcjonujących ani efektywnych [16]. Salovey i Grewal [19] zwracają uwagę, że tłumienie emocji jest nie tylko niemożliwe, ale także niepożądane, ponieważ każda emocja niesie ze sobą istotną wartość i przekaz. Kluczowym zadaniem jednostki jest efektywne zarządzanie emocjami, co pozwala na osiągnięcie zrównoważonego stosunku między procesami poznawczymi a emocjonalnymi. Istotnym czynnikiem determinującym trafność i adekwatność podejmowanych decyzji jest umiejętność rozpoznawania zarówno własnych stanów emocjonalnych, jak i emocji innych osób. Badania wykazują, że wyższy poziom tej kompetencji tym wyższa precyzja i trafność decyzji, co w konsekwencji przekłada się na lepsze wyniki w różnych obszarach życia i pracy [19].

Wyniki badania przeprowadzonego przez Foji i współpracowników [16] jednoznacznie potwierdziły istotny wpływ inteligencji emocjonalnej na zdrowie pracowników ochrony zdrowia. W związku z tym zasadne jest wdrożenie odpowiednich modeli edukacyjnych oraz strategii rozwojowych, które będą ukierunkowane na podnoszenie poziomu inteligencji

emocjonalnej wśród pielęgniarek. Takie działania mogą przyczynić się do poprawy ich ogólnego stanu zdrowia oraz zwiększenia efektywności pracy w środowisku klinicznym [16]. Pielęgniarki, które charakteryzują się niskim poziomem inteligencji emocjonalnej, często napotykają trudności w radzeniu sobie z presją i stresem zawodowym, co negatywnie wpływa na ich efektywność oraz jakość wykonywanej pracy [20]. Z kolei rozwinięte kompetencje w zakresie inteligencji emocjonalnej umożliwiają pielęgniarkom rozwijanie i pielęgnowanie potencjału emocjonalnego oraz interpersonalnego, który może zostać wykorzystany jako skuteczne narzędzie do radzenia sobie z wyzwaniami i napięciami występującymi w środowisku pracy [21]. Przykładem praktycznego zastosowania tych umiejętności jest empatia kliniczna w opiece skoncentrowanej na pacjencie, która przejawia się w zdolności pielęgniarki do rozpoznawania i interpretowania różnorodnych emocji pacjenta oraz adekwatnego reagowania na nie, co sprzyja budowaniu relacji terapeutycznej i poprawie jakości opieki [20].

Superwizja w pielęgniarstwie oraz w środowisku klinicznym stanowi istotny element wspierający rozwój różnych wymiarów inteligencji, w tym inteligencji emocjonalnej, językowej oraz duchowej [22]. Umiejętność refleksji ma kluczowe znaczenie i jest uważana za ważną zdolność nadrzędną, którą należy rozwijać w kontekście zawodowym [2]. Proces superwizji znacząco wspiera rozwój kluczowych aspektów inteligencji emocjonalnej, takich jak samoświadomość, odpowiedzialność, samoregulacja, empatia, motywacja oraz efektywna komunikacja. W kontekście pielęgniarstwa psychiatrycznego superwizja przyczynia się również do tworzenia sprzyjającej atmosfery pracy oraz pozytywnego środowiska edukacyjnego, co jest niezbędne dla ciągłego rozwoju zawodowego. Szczególną rolę odgrywa także wymiar duchowy superwizji, który umożliwia pracownikom ochrony zdrowia odnalezienie głębszego sensu wykonywanej pracy, co pozytywnie wpływa na ich zaangażowanie i dobrostan [2].

Megens i wsp. wskazują, że pacjenci hospitalizowani przez dłuższy czas, w tym pacjenci szpitali psychiatrycznych potrzebują personelu medycznego, który potrafi nawiązać i pielęgnować relacje oparte na autentycznej trosce i empatii [3]. W codziennej praktyce pielęgniarki powinny mieć możliwość budowania i utrzymywania więzi z pacjentami zmagającymi się z poważnymi chorobami. Realizacja tego zadania wymaga jednak nie tylko fachowej wiedzy medycznej, ale przede wszystkim rozwiniętych umiejętności emocjonalnych i interpersonalnych, kluczowych komponentów inteligencji emocjonalnej. Kompetencje te obejmują zdolność rozpoznawania, rozumienia oraz adekwatnego reagowania na emocje własne i pacjenta, co jest niezbędne do tworzenia trwałych i skutecznych relacji

terapeutycznych. Dlatego rozwijanie inteligencji emocjonalnej powinno stanowić istotny element zarówno edukacji pielęgniarek, jak i ich dalszego rozwoju zawodowego [3].

Badania Khademi i wsp. [23] wykazały, że wysoki poziom inteligencji emocjonalnej wśród pielęgniarek znacząco wpływa na poprawę jakości opieki pielęgniarskiej, co potwierdzają zarówno same pielęgniarki, jak i pacjenci. Wyniki te są zgodne z wynikami badań Lewis'a i wsp. [24], którzy również wykazali istotny pozytywny wpływ inteligencji emocjonalnej na jakość świadczonej opieki pielęgniarskiej. Ponadto badania Nightingale i wsp. [25] oraz Askari i wsp. [26] potwierdziły, że inteligencja emocjonalna sprzyja podnoszeniu jakości opieki nad pacjentem.

Cel pracy. Celem pracy było przeprowadzenie przeglądu dostępnych badań naukowych dotyczących inteligencji emocjonalnej pielęgniarek pracujących w obszarze psychiatrii oraz analiza jej znaczenia w kontekście opieki nad pacjentem psychiatrycznym.

Material i metody: Wykonano niesystematyczny przegląd piśmiennictwa w trzech bazach: PubMed, Scopus oraz CINAHL, przy użyciu kombinacji słów kluczowych (*Emotional intelligence, Psychiatric nurses, Psychiatric care, Patient care, Empathy in care, Emotional competencies, Emotional abilities in care, Mental health of patients, Psychiatric nursing profession, Emotional development of nurses, Professionalism in psychiatric care.*). Wyniki przeglądu zawężono do artykułów opublikowanych w języku polskim i angielskim, począwszy od 2010 roku.

Wyniki. Poziom inteligencji emocjonalnej pielęgniarek psychiatrycznych. Wyniki przeglądu badań wykazały, że średni poziom inteligencji emocjonalnej (IE) u pielęgniarek pracujących w obszarze zdrowia psychicznego jest istotnie wyższy niż w populacji ogólnej [27]. Analizy średnich wyników zarówno poszczególnych podwymiarów IE, jak i ogólnej skali wskazują, że poziom inteligencji emocjonalnej w tej grupie zawodowej mieści się na poziomie umiarkowanym [28] lub nawet wysokim [29]. Szczególnie zauważalna jest wysoka skłonność pielęgniarek do „bycia świadomym własnych emocji” oraz do „motywowania się”, co stanowi istotne zasoby w kontekście radzenia sobie z wyzwaniami zawodowymi. Jednocześnie badania wskazują na relatywnie niższe umiejętności w zakresie „zarządzania swoimi emocjami” oraz „kontrolowania relacji interpersonalnych” [28], co może wskazywać na obszary wymagające dodatkowego wsparcia i rozwoju.

Co więcej, nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic w łącznym poziomie inteligencji emocjonalnej między pielęgniarkami a pielęgniarzami [27], co sugeruje, że kompetencje te są niezależne od płci w tym zawodzie. Ponadto, w badanych próbach nie wykazano związku między poziomem inteligencji emocjonalnej a czynnikami demograficznymi takimi jak wiek

czy staż pracy w opiece psychiatrycznej [27], co wskazuje na to, że rozwój inteligencji emocjonalnej może wymagać ukierunkowanych działań edukacyjnych, a nie wzrasta ze zdobywanym doświadczeniem.

Inteligencja emocjonalna a zachowania opiekuńcze. Badania wykazały, że inteligencja emocjonalna wywiera pośredni wpływ na zachowania opiekuńcze poprzez mediujące role percepcji zarządzania oraz zmęczenia współczuciem. Ponadto, inteligencja emocjonalna oddziałuje na zachowania opiekuńcze również za pośrednictwem łańcuchowego efektu mediacji, w którym rolę odgrywa zarówno percepcja zarządzania [30].

Dodatkowo, badania Papathanasiou i wsp. [31] potwierdziły bezpośrednią korelację między poziomem inteligencji emocjonalnej a częstotliwością podejmowanych zachowań opiekuńczych. Wraz ze wzrostem ogólnego poziomu inteligencji emocjonalnej obserwowano zwiększenie zarówno liczby, jak i znaczenia tych zachowań w praktyce pielęgniarstwa, co podkreśla istotną rolę kompetencji emocjonalnych w skutecznym świadczeniu opieki [31].

Inteligencja emocjonalna a narażenia na przemoc fizyczną. Badania przeprowadzone przez Başoğlu i współpracowników [28] wykazały istotny, negatywny związek pomiędzy poziomem „świadomości emocji” a wskaźnikiem narażenia na „przemoc fizyczną” wśród pielęgniarek. Oznacza to, że pielęgniarki cechujące się wyższą świadomością własnych emocji są mniej podatne na doświadczenie przemocy fizycznej w miejscu pracy. Wynik ten sugeruje, że rozwijanie kompetencji związanych ze świadomością emocjonalną może pełnić funkcję ochronną, zmniejszając ryzyko wystąpienia przemocy wobec personelu medycznego [28].

Przegląd badań wykazał, że pielęgniarki cechujące się wysokim poziomem inteligencji emocjonalnej wykazują większą skuteczność w zarządzaniu problemami związanymi z emocjami oraz stosują bardziej efektywne strategie radzenia sobie w trudnych sytuacjach, takich jak stres, konflikty interpersonalne czy presja czasowa [28]. Posiadają one zdolność do trafnego rozpoznawania i interpretowania własnych emocji oraz emocji innych osób, co pozwala im podejmować bardziej adekwatne decyzje i unikać impulsywnych reakcji. Dzięki rozwiniętej samoświadomości i samoregulacji są w stanie utrzymać równowagę emocjonalną nawet w obliczu dużego obciążenia psychicznego, co ma kluczowe znaczenie w pracy pielęgniarstwa, szczególnie w oddziałach o wysokim stopniu intensywności opieki. Ponadto, ich umiejętności komunikacyjne są znacznie bardziej rozwinięte, co przekłada się na lepszą jakość interakcji zarówno z pacjentami, jak i współpracownikami [32]. Pielęgniarki te wykazują większą empatię, potrafią aktywnie słuchać oraz skutecznie przekazywać informacje, co sprzyja budowaniu zaufania i pozytywnych relacji w zespole medycznym. Lepsza

komunikacja zmniejsza ryzyko błędów medycznych, poprawia współpracę interdyscyplinarną oraz zwiększa satysfakcję pacjentów z otrzymywanej opieki.

Kompetencje te pozwalają im efektywniej funkcjonować w środowisku pracy, lepiej radzić sobie z wymaganiami zawodowymi oraz skuteczniej adaptować się do dynamicznych zmian i trudnych warunków panujących w placówkach ochrony zdrowia [32]. Wysoka inteligencja emocjonalna przyczynia się również do tworzenia atmosfery wsparcia i wzajemnego szacunku w środowisku pracy, co ma istotne znaczenie dla dobrostanu psychicznego całego zespołu pielęgniarskiego i interdyscyplinarnego. Pielęgniarki wykazujące się rozwiniętymi kompetencjami emocjonalnymi potrafią skutecznie rozpoznawać i reagować na emocje innych osób, co sprzyja budowaniu pozytywnych relacji interpersonalnych, zapobieganiu konfliktom oraz wzmacnianiu współpracy zespołowej. Konsekwencją tego pozytywnego klimatu jest również wyższy poziom jakości świadczonej opieki [32]. Pacjenci, przebywający w otoczeniu, w którym dominuje spokój, życzliwość i profesjonalizm, odczuwają większe poczucie bezpieczeństwa, zaufania i komfortu psychicznego. Lepsze relacje w zespole przekładają się także na bardziej skoordynowaną opiekę, sprawniejszą komunikację między personelem a pacjentami oraz większą responsywność na ich potrzeby. To z kolei skutkuje wyższą oceną satysfakcji pacjentów z usług medycznych oraz ich pozytywnym doświadczeniem związanym z procesem leczenia i hospitalizacji [32].

Inteligencja emocjonalna a poziom autonomii. Wyniki badań wskazują, że wraz ze wzrostem poziomu inteligencji emocjonalnej u pielęgniarek rośnie także ich autonomia zawodowa [28]. Pielęgniarki charakteryzujące się wysokim poziomem inteligencji emocjonalnej nie tylko lepiej rozumieją i regulują własne emocje, ale również wykazują większą zdolność do świadomego podejmowania decyzji w oparciu o racjonalną ocenę sytuacji oraz potrzeby pacjenta. Zdolność ta przekłada się na ich większą niezależność w działaniu, a także gotowość do samodzielnego rozwiązywania problemów klinicznych, podejmowania inicjatywy i ponoszenia odpowiedzialności za własne decyzje zawodowe. Pielęgniarki o wyższym poziomie IE wykazują większą niezależność w podejmowaniu decyzji oraz aktywnie chronią i wzmacniają swoje prawa osobiste. Osoby te cechują się autonomicznymi cechami osobowości, które pozwalają im na skuteczniejsze zarządzanie własnym zachowaniem i granicami w środowisku pracy, co może przyczyniać się do lepszej jakości świadczonej opieki [28].

Inteligencja emocjonalna a relacje z pacjentem. Badania wykazały, że pacjenci postrzegają słabą komunikację jako istotny czynnik prowokujący agresywne zachowania, natomiast pielęgniarki podkreślają konieczność doskonalenia swoich umiejętności komunikacyjnych, traktując je jako skuteczne narzędzie zapobiegania przemocy w miejscu pracy [33]. Ponadto,

poziom inteligencji emocjonalnej pielęgniarek istotnie wpływa na jakość relacji pielęgniarka–pacjent oraz na ryzyko wystąpienia przemocy podczas konfliktów. Związek ten można wytłumaczyć faktem, że inteligencja emocjonalna koreluje z cechami autonomicznymi, które pozwalają na skuteczniejsze zarządzanie emocjami i sytuacjami konfliktowymi [28]. W konsekwencji rozwijanie inteligencji emocjonalnej wśród personelu medycznego może przyczynić się do zmniejszenia liczby incydentów przemocy oraz poprawy jakości opieki nad pacjentem.

Pielęgniarki wykazujące silne cechy socjotropowe częściej wykorzystywały swoje umiejętności społeczne do skutecznego zarządzania relacjami interpersonalnymi [34]. Socjotropia, jako cecha osobowości, charakteryzuje się dużym znaczeniem przypisywanym szczerości, dzieleniu się, empatii, zrozumieniu, akceptacji, przywiązaniu, ochronie, a także wsparciu i pomocy w interakcjach międzyludzkich. Dla osób o wysokim poziomie socjotropii niezwykle istotna jest aprobata ze strony innych, poczucie bycia kochanym oraz nawiązywanie pozytywnych, satysfakcjonujących relacji z otoczeniem. Ich ogólna satysfakcja z życia jest silnie powiązana z jakością tych relacji [34]. W kontekście pracy pielęgniarskiej takie cechy sprzyjają budowaniu empatycznych i trwałych więzi z pacjentami oraz współpracownikami, co może przekładać się na lepszą jakość opieki oraz efektywność zespołu.

Wyniki badań przeprowadzonych przez Lu i wsp. [35] wskazują, że inteligencja emocjonalna pełni rolę częściowego mediatora w relacji między samoakceptacją a pozytywnymi stylami radzenia sobie ze stresem [35]. Zarówno samoakceptacja, jak i inteligencja emocjonalna wykazywały pozytywną korelację z adaptacyjnymi strategiami radzenia sobie, co podkreśla ich istotne znaczenie w kształtowaniu efektywnych mechanizmów przystosowawczych. Ponadto, pielęgniarki pracujące w psychiatrii osiągały najwyższe wyniki w zakresie umiejętności zarządzania emocjami innych osób. Jest to prawdopodobnie związane z koniecznością częstych interakcji z pacjentami cierpiącymi na zaburzenia psychiczne oraz ich rodzinami, co wymaga od nich szczególnej wrażliwości emocjonalnej, zdolności rozumienia uczuć innych oraz wykazywania empatii [36]. Tego rodzaju kompetencje są kluczowe dla skutecznego wsparcia emocjonalnego i budowania relacji terapeutycznych w środowisku psychiatrycznym. Başoğlu i wsp. [37] badania podkreślają potrzebę wdrażania specjalistycznych programów szkoleniowych, które łączyłyby rozwój inteligencji emocjonalnej z nauką technik efektywnego zarządzania konfliktami. Szkolenia te powinny być dostosowane do specyfiki pracy pielęgniarek, z uwzględnieniem zarówno aspektów teoretycznych, jak i praktycznych w formie warsztatów, symulacji sytuacji konfliktowych czy superwizji zespołowej. Tego rodzaju

działania mogą nie tylko poprawić jakość współpracy w zespołach medycznych, ale również zwiększyć komfort pracy personelu oraz podnieść jakość świadczonej opieki nad pacjentem.

Podsumowanie. Analiza istniejącej literatury pozwoliła na przedstawienie wpływu inteligencji emocjonalnej na jakość relacji terapeutycznych, radzenie sobie ze stresem oraz skuteczność interwencji pielęgniarskich w opiece psychiatrycznej.

Inteligencja emocjonalna jest istotna w radzeniu sobie z emocjonalnymi trudnościami, które pielęgniarki psychiatryczne napotykają w pracy. Jest także składową ważnych umiejętności pielęgniarskich, takich jak empatia, samoświadomość czy asertywność, wrażliwość. Pielęgniarki charakteryzujące się wysokim poziomem inteligencji emocjonalnej wykazują większą skuteczność w radzeniu sobie z problemami emocjonalnymi, stosują efektywniejsze strategie radzenia sobie oraz dysponują lepszymi umiejętnościami komunikacyjnymi. W szczególności w obszarach takich jak psychiatria, gdzie ryzyko przemocy wobec personelu jest szczególnie wysokie, podniesienie poziomu inteligencji emocjonalnej stanowi kluczowy element umożliwiający efektywne rozwiązywanie konfliktów, poprawę komunikacji i zapobieganie sytuacjom przemocy.

Wyniki przeglądu wskazują na konieczność dalszego badania tego obszaru oraz wprowadzenia skutecznych strategii wsparcia, aby zmniejszyć negatywne skutki stresu zawodowego.

W świetle analiz dotyczących inteligencji emocjonalnej wśród pielęgniarek psychiatrycznych, istotne staje się zwiększenie zakresu szkoleń oraz wsparcia skierowanego do tej grupy zawodowej. Rozwijanie kompetencji takich jak zarządzanie emocjami czy komunikacja interpersonalna może znacząco wpłynąć na jakość opieki nad pacjentami oraz poprawić samopoczucie i efektywność pracy personelu. Ponadto, konieczne są dalsze badania pozwalające na głębsze zrozumienie wpływu inteligencji emocjonalnej na praktykę pielęgniarską, szczególnie w obszarze psychiatrii.

Ważnym elementem praktyki jest również wdrażanie programów zarządzania stresem w miejscu pracy, które integrują komponenty inteligencji emocjonalnej, aby pomagać pielęgniarkom radzić sobie z presją i przeciwdziałać wypaleniu zawodowemu. Istotne jest także kształtowanie kultury organizacyjnej, która sprzyja otwartości, empatii i efektywnej komunikacji, co przekłada się na większą satysfakcję zawodową oraz lepszą jakość relacji zarówno między personelem, jak i z pacjentami.

Ponadto, podkreślenie roli współpracy zespołowej i wzmacnianie umiejętności emocjonalnych wszystkich członków zespołu medycznego sprzyja skuteczniejszemu zarządzaniu konfliktami oraz tworzeniu pozytywnego środowiska pracy. Wreszcie, niezbędne jest systematyczne

monitorowanie i ocena efektywności wdrożonych strategii, co umożliwi ich ciągle doskonalenie i dostosowywanie do zmieniających się potrzeb pracowników oraz pacjentów.

Bibliografia:

1. Mann S, Cowburn J. Emotional labour and stress within mental health nursing. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2005;12:154–62. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00807.x>.
2. Akerjordet K, Severinsson E. Emotional intelligence in mental health nurses talking about practice. *Int J Ment Health Nurs.* 2004;13:164–70. <https://doi.org/10.1111/j.1440-0979.2004.0328.x>.
3. Megens Y, Van Meijel B. Quality of life for long-stay patients of psychiatric hospitals: a literature study. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2006;13:704–12. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2006.01018.x>.
4. d'Ettorre G, Pellicani V. Workplace violence toward mental healthcare workers employed in psychiatric wards. *Saf Health Work.* 2017; 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2017.01.004>.
5. Yang BX, Stone TE, Petrini MA, Morris DL. Incidence, type, related factors, and effect of workplace violence on mental health nurses: a cross-sectional survey. *Arch Psychiatr Nurs.* 2018;32(1):31–8. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.09.013>.
6. Bilgin H, Buzlu S. A study of psychiatric nurses' beliefs and attitudes about work safety and assaults in Turkey. *Issues Ment Health Nurs.* 2006;27(1):75–90. <https://doi.org/10.1080/01612840500312894>.
7. Goleman D. Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ. Bantam Books; 2006.
8. Mayer JD, Salovey P. Emotional intelligence and the construction and regulation of feelings. *Appl Prev Psychol.* 1995;4:197–208.
9. Goleman D. Emotionele intelligentie; emoties als sleutel tot succes [Emotional Intelligence; Emotions as the Key to Success]. 28th ed. Olympus; 1996.
10. Bar-On R (1997) Bar-On Emotional Quotient Inventory: Technical Manual. Multi Health Systems, Toronto, Canada.
11. Cichoń J, Płaszewska-Żywko L, Kózka M. Emotional intelligence and coping strategies among intensive care unit nurses. *Nurs Crit Care.* 2023;28(2):322–8. <https://doi.org/10.1111/nicc.12839>.
12. Załuski, M., Makara-Studzińska, M. Kompetencje emocjonalne w pracy pielęgnacyjno-leczniczej. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2018; 26(1), 58–63.
13. Zhang HL, Liu F, Lang HJ. The relationship between role ambiguity and anxiety in intensive care unit nurses: The mediating role of emotional intelligence. *Intensive Crit Care Nurs.* 2024 Apr;81:103597. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103597>.
14. Hong E, Lee YS. The mediating effect of emotional intelligence between emotional labour, job stress, burnout and nurses' turnover intention. *Int J Nurs Pract.* 2016;22(6):625–32. <https://doi.org/10.1111/IJN.12493>.
15. Bar-On R. Bar-On Emotional Quotient Inventory: Technical Manual. Multi-Health Systems; 1997.
16. Foji S, Vejdani M, Salehiniya H, Khosrorad R. The effect of emotional intelligence training on general health promotion among nurse. *J Educ Health Promot.* 2020;9(1):4.
17. Kochaksaraei S, Gorgji M, Yaghoobi T, Cherati J, Jafari H. Investigating the relationship between emotional intelligence and social support with burnout in nurses in intensive care units. *Iran J Health Sci.* 2020;8(4):37–49.

18. Raghubir AE. Emotional intelligence in professional nursing practice: A concept review using Rodgers's evolutionary analysis approach. *Int J Nurs Sci.* 2018;5(2):126–30. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.03.004>.
19. Salovey P, Grewal D. The science of emotional intelligence *Curr Dir Psychol Sci.* 2005;14:281–5.
20. Turjuman F, Alilyyani B. Emotional intelligence among nurses and its relationship with their performance and work engagement: A cross-sectional study. *J Nurs Manag.* 2023;2023:5543299. <https://doi.org/10.1155/2023/5543299>.
21. Rosaria DL, Giulia V, Giulia S, Paola F. Emotional intelligence, empathy and alexithymia: a cross-sectional survey on emotional competence in a group of nursing students. 2019. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6625563/>.
22. Gardner H. *Intelligence Reframed. Multiple Intelligences for the 21st Century.* USA: Basic Books; 1999.
23. Khademi E, Abdi M, Saeidi M, Piri S, Mohammadian R. Emotional Intelligence and Quality of Nursing Care: A Need for Continuous Professional Development. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2021;26(4):361–7. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_268_19.
24. Lewis GM, Neville C, Ashkanasy NM. Emotional intelligence and affective events in nurse education: A narrative review. *Nurse Educ Today.* 2017;53:34–40. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.04.001>.
25. Nightingale S, Spiby H, Sheen K, Slade P. The impact of emotional intelligence in health care professionals on caring behaviour towards patients in clinical and long-term care settings: Findings from an integrative review. *Int J Nurs Stud.* 2018;80:106–17. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.01.006>.
26. Askari M, Jafariany S, Ghafouri O, Bazr M, Dehnoalian A. Comparison of nurses' and patients' viewpoints on the quality of nursing care. *J Neyshabur Univ Med Sci.* 2020;8:38–45.
27. van Dusseldorp LR, van Meijel BK, Derksen JJ. Emotional intelligence of mental health nurses. *J Clin Nurs.* 2011;20(3-4):555-562. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03120.x.
28. Başoğlu C, Arabacı LB, Büyükbayram A, Aktaş Y, Uzunoğlu G. Emotional intelligence and personality characteristics of psychiatric nurses and their situations of exposure to violence. *Perspect Psychiatr Care.* 2019;55(2):255-261. doi:10.1111/ppc.12358.
29. Buyukbayram A, Gurkan A. The role of emotional intelligence in job satisfaction of nurses. *J Psychiatr Nurs.* 2014; 5(1): 41-48. <https://doi.org/10.5505/phd.2014.50470>.
30. Yu M, Wang H, Wu Y, Zhang Q, Du X, Huang X, Yan H. The Influence of Emotional Intelligence on Psychiatric Nurses' Care Behavior, and the Chain Mediating Role of Compassion Fatigue and Perception of Management. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2025;63(2):35-43. doi:10.3928/02793695-20241101-02.
31. Papathanasiou IV, Christidou A, Alikari V, saras K, Malli F, Papagiannis D, Kontopoulou LB, Kourkouta L, Fradelos EC. The Effect of Emotional Intelligence on Caring Behaviors Among Psychiatric Nurses in Greece : Emotional Intelligence and Caring Behaviors in Mental Healthcare. *Adv Exp Med Biol.* 2021;1337:217-225. doi:10.1007/978-3-030-78771-4_25.
32. Lee OS, Gu MO. The relationship between emotional intelligence and communication skill, clinical competence & clinical practice stress in nursing students. *J Korea Acad Industr Coop Soc.* 2013; 14(6): 2749-2759. <https://doi.org/10.5762/KAIS.2013.14.6.2749>.
33. Daffern M, Day A, Cookson A. Implications for the prevention of aggressive behavior within psychiatric hospitals drawn from interpersonal communication theory. *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 2012; 56: 401-419. <https://doi.org/10.1177/0306624X11404183>.

34. Akgün B. Sociotropy autonomy personality features and nursing. Arch Med Rev J. 2017; 26(2): 163-177. <https://doi.org/10.17827/aktd.280536>.
35. Lu Q, Wang B, Zhang R, Wang J, Sun F, Zou G. Relationship between emotional intelligence, self-acceptance, and positive coping styles among Chinese psychiatric nurses in Shandong. Frontiers in Psychology, 2022; 13, 837917. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.837917>.
36. Cunico L, Sartori R, Marognolli O, Meneghini AM. Developing empathy in nursing students: a cohort longitudinal study. J. Clin. Nurs. 2012; 21, 2016–2025. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04105.x .
37. Başoğlu C, Özgür G. Role of Emotional Intelligence in Conflict Management Strategies of Nurses. Asian Nurs Res. 2016; 10(3): 228–33. doi:10.1016/j.anr.2016.07.002.

WYPALENIE ZAWODOWE WŚRÓD PIELĘGNIAREK- WPLYW STRESU I STRATEGIE RADZENIA SOBIE

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

Wstęp. Osoby wykonujące zawody oparte na intensywnych relacjach interpersonalnych, jak profesje medyczne, są szczególnie narażone na wypalenie zawodowe. Problem ten jest powszechny w opiece zdrowotnej, a badania pokazują, że dotyczy zwłaszcza pielęgniarek (1–3).

Profesjonalizacja zawodu pielęgniarki sprawiła, że jest to dziś samodzielny zawód medyczny, wykonywany przez osoby posiadające odpowiednie uprawnienia. Zgodnie z ustawą z 15 lipca 2011 r., pielęgniarki udzielają świadczeń zdrowotnych, takich jak: diagnozowanie potrzeb pacjenta, planowanie i realizacja opieki, wykonywanie świadczeń profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, realizacja zleceń lekarskich, orzekanie o świadczeniach opiekuńczych oraz prowadzenie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia (4). Współczesna pielęgniarka nie tylko opiekuje się pacjentem i jego rodziną, ale także koordynuje opiekę, prowadzi dokumentację, obsługuje sprzęt medyczny, wykonuje zabiegi, edukuje i promuje zdrowie. Podejmuje też samodzielne decyzje wobec pacjentów, co wymaga stałego podnoszenia kompetencji. Mimo rozszerzenia zakresu obowiązków, zawód ten wciąż cechuje niski prestiż społeczny i niewystarczające wynagrodzenie, co zniechęca młode osoby do jego wyboru (2,5,6). Ze względu na specyfikę zawodu, pielęgniarki codziennie stykają się z silnymi stresorami – zagrożeniem życia pacjentów, bólem, śmiercią, presją odpowiedzialności, komunikacją z bliskimi chorych, szybkim tempem pracy, brakami kadrowymi, złą organizacją, zmianowością czy mobbingiem. Według Maslach, wypalenie zawodowe to reakcja na długotrwały stres występujący w pracy (5,7–10). Mimo dużego obciążenia pracą, pielęgniarki powinny dbać o regenerację sił i rozwijać skuteczne sposoby radzenia sobie ze stresem. Pomocne mogą być techniki aktywnego przeciwdziałania napięciu (7,9).

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

Material i metody. Badania przeprowadzono w okresie marzec–kwiecień 2024 r. na grupie 107 anonimowych pielęgniarek i pielęgniarzy. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza oraz standaryzowanych narzędzi: Kwestionariusza Wypalenia Zawodowego Maslach (MBI) i Inwentarza Mini-COPE do pomiaru strategii radzenia sobie ze stresem. Uczestnicy zostali poinformowani o anonimowości

oraz celu badania. Kryteria włączenia: zgoda na udział, czynne wykonywanie zawodu pielęgniarstwa, zdolność do samodzielnego wypełnienia ankiety. Kryteria wyłączenia: brak zgody, nieczynne wykonywanie zawodu, brak zdolności do samodzielnego wypełnienia ankiety. W badaniu wzięło udział 90 kobiet i 17 mężczyzn w wieku od 22 do 65 lat.

Wyniki. W badaniu wzięło udział 107 anonimowych pielęgniarek i pielęgniarzy. Kobiety stanowiły 84% (90 osób), mężczyźni – 16% (17 osób). Wiek uczestników wynosił od 22 do 65 lat. Najwięcej (44%) było osób do 25. roku życia, najmniej (24%) w wieku 26–35 lat, a 32% miało powyżej 35 lat. Na umowie o pracę zatrudnionych jest 82%, na umowie zleceniu – 13%, na kontrakcie – 5%. W jednym miejscu pracy pracuje 67% osób, w kilku – 33%. Najwięcej respondentów pracuje na oddziałach zabiegowych (27%), zachowawczych (20%), w POZ (12%) i na bloku operacyjnym (10%). Atmosferę w pracy jako dobrą oceniło 51%, przeciętną – 23%, bardzo dobrą – 15%, złą – 10%. Większość (63%) pracuje w systemie 12-godzinny (dziennym i nocnym), 28% – jednozmianowo. Z pomocy psychiatry, psychologa lub psychoterapeuty skorzystało 39% ankietowanych. Wśród nich: 57% korzystało z usług psychologa, 45% psychiatry i 45% psychoterapeuty.

Za wyniki reprezentujące wysoki poziom wypalenia zawodowego uznano wyniki powyżej 75% maksymalnego możliwego do uzyskania wyniku. W celu zbadania czy średni poziom wypalenia był istotnie wyższy od 75%, posłużono się testem T dla jednej próby.

Tab. 1 Wyniki analizy statystycznej trzech elementów wypalenia zawodowego: wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji oraz braku satysfakcji zawodowej według skali Maslach

Zmienna	<i>T</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
wyczerpanie emocjonalne	-9,33	106	1,000	57,41	19,49
depersonalizacja	-4,40	106	1,000	67,38	17,90
brak satysfakcji zawodowej	-15,68	106	1,000	47,77	17,97

t – statystyka testu; *df* – stopnie swobody; *p* – istotność statystyczna; *M* – średnia; *SD* – odchylenie standardowe

Przyjęto, że granica wysokiego wypalenia wynosi 75%. Średnie wyniki: wyczerpanie emocjonalne – 57,41, depersonalizacja – 67,38, brak satysfakcji – 47,77 pkt, były istotnie niższe ($p > 0,05$). Hipotezę o wysokim wypaleniu odrzucono – poziom wypalenia zawodowego uznano za przeciętny.

Tab.2 Częstość stosowania poszczególnych strategii radzenia sobie ze stresem skali mini-COPE z zastosowaniem testu Friedmana

mini-COPE	<i>M</i>	<i>SD</i>	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>
S7 poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	1,90	0,73	318,92	13	< 0,001
S4 Akceptacja	1,86	0,73			
S2 Planowanie	1,86	0,74			
S8 poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	1,86	0,78			
S1 aktywne radzenie sobie	1,83	0,76			

	mini-COPE	M	SD	χ^2	df	p
S9	odwracanie uwagi	1,72	0,72			
S3	pozytywne przewartościowanie	1,71	0,80			
S14	obwinianie siebie	1,50	0,84			
S11	wyładowanie emocji	1,47	0,73			
S6	zwrot ku religii	1,21	1,01			
S5	poczucie humoru	1,14	0,70			
S13	zaprzeczenie działań	1,02	0,78			
S10	Zaprzeczenie	0,97	0,77			
S12	środki psychoaktywne	0,62	0,76			

N – liczebność; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; Min – minimum; Maks – maksimum; Me – mediana

Test wykazał istotne statystycznie różnice ($p < 0,05$) w częstości stosowania strategii radzenia sobie ze stresem. Najczęściej wybierano: poszukiwanie wsparcia emocjonalnego ($M = 1,90$), akceptację, planowanie, wsparcie instrumentalne (po 1,86), aktywne radzenie sobie (1,83), odwracanie uwagi (1,72) i pozytywne przewartościowanie (1,71). Najrzadziej stosowano środki psychoaktywne (0,62). Hipoteza została potwierdzona.

Tab. 3 Korelacja pomiędzy elementami wypalenia zawodowego, a częstością stosowania strategii radzenia sobie ze stresem

		wyczerpanie emocjonalne	depersonalizacja	brak satysfakcji zawodowej	
aktywne radzenie sobie	<i>rho</i>	0,14	0,26	**	0,17
	<i>p</i>	0,152	0,006		0,076
planowanie	<i>rho</i>	0,15	0,21	*	0,27
	<i>p</i>	0,120	0,034		0,006
pozytywne przewartościowanie	<i>rho</i>	0,23	*	0,13	0,22
	<i>p</i>	0,018		0,192	0,021
akceptacja	<i>rho</i>	0,32	**	0,17	0,18
	<i>p</i>	0,001		0,072	0,067
poczucie humoru	<i>rho</i>	-0,04	-0,14		-0,07
	<i>p</i>	0,698	0,150		0,478
zwrot ku religii	<i>rho</i>	-0,14	0,01		0,04
	<i>p</i>	0,162	0,943		0,676
poszukiwanie emocjonalnego	<i>rho</i>	0,18	0,11		0,06
	<i>p</i>	0,059	0,280		0,556
poszukiwanie instrumentalnego	<i>rho</i>	0,28	**	0,22	*
	<i>p</i>	0,004		0,023	0,222
odwracanie uwagi	<i>rho</i>	0,11	0,12		-0,07
	<i>p</i>	0,263	0,238		0,443
zaprzeczenie	<i>rho</i>	-0,14	-0,24	*	-0,13
	<i>p</i>	0,142	0,012		0,197
wyładowanie emocji	<i>rho</i>	0,07	-0,06		-0,04
	<i>p</i>	0,460	0,563		0,703

środki psychoaktywne	<i>rho</i>	-0,19	*	-0,27	*	-0,23	*
	<i>p</i>	0,048		0,004		0,018	
zaprzeszanie działań	<i>rho</i>	-0,23	*	-0,21	*	-0,35	***
	<i>p</i>	0,019		0,030		<0,001	
obwinianie siebie	<i>rho</i>	-0,11		-0,02		-0,32	**
	<i>p</i>	0,264		0,865		0,001	

rho – współczynnik korelacji Spearmana; *p* – istotność,

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

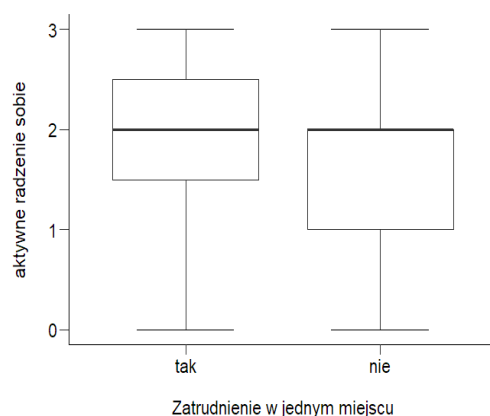
Zaobserwowano istotne statystycznie ($p < 0,05$), słabe dodatnie korelacje ($\rho \leq 0,3$) między: wyczerpaniem emocjonalnym a pozytywnym przewartościowaniem i poszukiwaniem wsparcia instrumentalnego, depersonalizacją a aktywnym radzeniem sobie, planowaniem i wsparciem instrumentalnym, brakiem satysfakcji zawodowej a planowaniem i przewartościowaniem. Oznacza to, że im wyższy poziom wypalenia, tym częstsze stosowanie tych strategii.

Tab. 4 Korelacja pomiędzy elementami wypalenia zawodowego oraz strategiami radzenia sobie ze stresem, a korzystaniem z opieki psychologicznej

		Statystyki opisowe							
		<i>t/U</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Maks</i>	<i>Me</i>
Korzystanie z opieki psychologicznej	wyczerpanie emocjonalne	-1,37	105	0,174					
	korzystam	t			54,21	20,53			
	nie korzystam				59,48	18,66			
Korzystanie z opieki psychologicznej	depersonalizacja	1321,00		0,780					
	korzystam	U					10,00	100,00	70,00
	nie korzystam						30,00	100,00	70,00
Korzystanie z opieki psychologicznej	brak satysfakcji zawodowej	-1,14	105	0,258					
	korzystam	t			45,31	18,26			
	nie korzystam				49,35	17,74			
Korzystanie z opieki psychologicznej	aktywne radzenie sobie	1362,00		0,987					
	korzystam	U					0,50	3,00	2,00
	nie korzystam						0,00	3,00	2,00
Korzystanie z opieki psychologicznej	planowanie	1272,00		0,541					
	korzystam	U					0,00	3,00	2,00
	nie korzystam						0,00	3,00	2,00
Korzystanie z opieki psychologicznej	pozytywne przewartościowanie	1357,50		0,963					
	korzystam	U					0,00	3,00	2,00
	nie korzystam						0,00	3,00	2,00
Korzystanie z opieki psychologicznej	akceptacja	1289,50		0,622					
	korzystam	U					0,50	3,00	2,00
	nie korzystam						0,00	3,00	2,00
Korzystanie z opieki psychologicznej	poczucie humoru	1278,00		0,571					
	korzystam	U					0,00	3,00	1,00
	nie korzystam						0,00	3,00	1,00

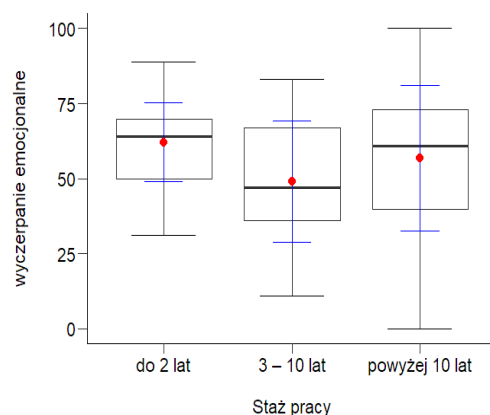
		Statystyki opisowe							
		<i>t/U</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Maks</i>	<i>Me</i>
Korzystanie z opieki psychologicznej	zwrot ku religii	1303,50		0,692					
	korzystam	U					0,00	3,00	1,00
	nie korzystam						0,00	3,00	1,00
Korzystanie z opieki psychologicznej	poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	1248,50		0,447					
	korzystam	U					0,00	3,00	2,00
	nie korzystam						0,00	3,00	2,00
Korzystanie z opieki psychologicznej	poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	1324,00		0,791					
	korzystam	U					0,00	3,00	2,00
	nie korzystam						0,00	3,00	2,00
Korzystanie z opieki psychologicznej	odwracanie uwagi	1311,50		0,729					
	korzystam	U					0,00	3,00	2,00
	nie korzystam						0,00	3,00	2,00
Korzystanie z opieki psychologicznej	zaprzeczanie	1195,00		0,269					
	korzystam	U					0,00	2,00	1,00
	nie korzystam						0,00	3,00	1,00
Korzystanie z opieki psychologicznej	wyladowanie emocji	1250,00		0,455					
	korzystam	U					0,00	3,00	1,50
	nie korzystam						0,00	3,00	1,50
Korzystanie z opieki psychologicznej	środki psychoaktywne	1314,50		0,729					
	korzystam	U					0,00	2,50	0,25
	nie korzystam						0,00	2,50	0,00
Korzystanie z opieki psychologicznej	zaprzestanie działań	1258,50		0,489					
	korzystam	U					0,00	2,50	1,00
	nie korzystam						0,00	3,00	1,00
Korzystanie z opieki psychologicznej	obwinianie siebie	1116,00		0,106					
	korzystam	U					0,00	3,00	1,00
	nie korzystam						0,00	3,00	1,50
<i>t</i> – statystyka testu; <i>U</i> – statystyka testu; <i>df</i> – stopnie swobody; <i>p</i> – istotność statystyczna; <i>M</i> – średnia; <i>SD</i> – odchylenie standardowe; <i>Me</i> – mediana; <i>Min</i> – wynik minimalny; <i>Maks</i> – wynik maksymalny									

Badanie nie wykazało istotnych statystycznie różnic ($p > 0,05$) między osobami korzystającymi i niekorzystającymi z pomocy psychologicznej pod względem poziomu wypalenia zawodowego i stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem. Choć osoby korzystające z takiej pomocy miały nieco niższe wyczerpanie emocjonalne i brak satysfakcji zawodowej, częściej sięgały po środki psychoaktywne, a rzadziej obwiniwały siebie, różnice te były niewielkie i nieistotne.



Ryc. 1 Wykres pudełkowy obrazujący korelację pomiędzy zatrudnieniem w jednym miejscu, a aktywnym radzeniem sobie

Wykazano, że osoby pracujące w jednym miejscu istotnie częściej ($p < 0,05$) stosowały strategie aktywnego radzenia sobie i poszukiwania wsparcia instrumentalnego, mimo identycznych median ($Me = 2,00$) w obu grupach. Różnica wynikała z niższych kwartylów – 25% osób z jednego miejsca pracy stosowało te strategie nie częściej niż $Q25 = 1,50$, podczas gdy w grupie z wieloma miejscami pracy – $Q25 = 1,00$. Hipotezę potwierdzono – liczba miejsc pracy różnicowała stosowanie strategii.



Ryc. 2 Wykres pudełkowy obrazujący korelację pomiędzy stażem pracy, a wyczerpaniem emocjonalnym

Tab. 5 Korelacja pomiędzy elementami wypalenia zawodowego oraz strategiami radzenia sobie ze stresem, a atmosferą w miejscu pracy

		Statystyki opisowe							
		<i>t/U</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Maks</i>	<i>Me</i>
Atmosfera w miejscu pracy	wyczerpanie emocjonalne	3,52	105	0,001					
	przeciętna lub zła	T			48,56	18,72			
	dobra lub b. dobra				61,90	18,42			
Atmosfera w miejscu pracy	Depersonalizacja	3,16	105	0,002					
	przeciętna lub zła	T			60,00	19,79			
	dobra lub b. dobra				71,13	15,73			
Atmosfera w miejscu pracy	brak satysfakcji zawodowej	776,50		0,001					
	przeciętna lub zła	U					0,00	88,00	36,00

		Statystyki opisowe							
		<i>t/U</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Maks</i>	<i>Me</i>
	dobra lub b. dobra						9,00	100,00	50,00
Atmosfera w miejscu pracy	aktywne radzenie sobie	845,50		0,003					
	przeciętna lub zła	U					0,00	3,00	1,50
	dobra lub b. dobra						0,00	3,00	2,00
Atmosfera w miejscu pracy	planowanie	817,50		0,002					
	przeciętna lub zła	U					0,00	3,00	1,50
	dobra lub b. dobra						0,00	3,00	2,00
Atmosfera w miejscu pracy	pozytywne przewartościowanie	770,00		0,001					
	przeciętna lub zła	U					0,00	3,00	1,25
	dobra lub b. dobra						0,00	3,00	2,00
Atmosfera w miejscu pracy	Akceptacja	944,50		0,024					
	przeciętna lub zła	U					0,00	3,00	1,50
	dobra lub b. dobra						0,00	3,00	2,00
Atmosfera w miejscu pracy	poczucie humoru	1064,00		0,148					
	przeciętna lub zła	U					0,00	3,00	1,00
	dobra lub b. dobra						0,00	3,00	1,00
Atmosfera w miejscu pracy	zwrot ku religii	1110,00		0,262					
	przeciętna lub zła	U					0,00	3,00	1,50
	dobra lub b. dobra						0,00	3,00	1,00
Atmosfera w miejscu pracy	poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	929,00		0,018					
	przeciętna lub zła	U					0,00	3,00	1,50
	dobra lub b. dobra						0,00	3,00	2,00
Atmosfera w miejscu pracy	poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	886,50		0,008					
	przeciętna lub zła	U					0,00	3,00	1,50
	dobra lub b. dobra						0,00	3,00	2,00
Atmosfera w miejscu pracy	odwracanie uwagi	980,00		0,044					
	przeciętna lub zła	U					0,00	3,00	1,50
	dobra lub b. dobra						0,00	3,00	2,00
Atmosfera w miejscu pracy	zaprzeczanie	1078,00		0,179					
	przeciętna lub zła	U					0,00	3,00	1,25
	dobra lub b. dobra						0,00	3,00	1,00
Atmosfera w miejscu pracy	wyladowanie emocji	1128,50		0,315					
	przeciętna lub zła	U					0,00	2,50	1,50
	dobra lub b. dobra						0,00	3,00	1,50
Atmosfera w miejscu pracy	środki psychoaktywne	946,00		0,018					
	przeciętna lub zła	U					0,00	2,50	0,75
	dobra lub b. dobra						0,00	2,50	0,00
Atmosfera w miejscu pracy	zaprzestanie działań	629,00		< 0,001					
	przeciętna lub zła	U					0,00	3,00	1,50
	dobra lub b. dobra						0,00	3,00	1,00
Atmosfera w miejscu pracy	obwinianie siebie	1034,50		0,102					
	przeciętna lub zła	U					0,00	3,00	2,00
	dobra lub b. dobra						0,00	3,00	1,50

					Statystyki opisowe				
		<i>t/U</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Maks</i>	<i>Me</i>
<i>t</i> – statystyka testu; <i>U</i> – statystyka testu; <i>df</i> – stopnie swobody; <i>p</i> – istotność statystyczna; <i>M</i> – średnia; <i>SD</i> – odchylenie standardowe; <i>Me</i> – mediana; <i>Min</i> – wynik minimalny; <i>Maks</i> – wynik maksymalny									

Osoby z dobrą lub bardzo dobrą atmosferą w pracy charakteryzowały się istotnie większym wyczerpaniem emocjonalnym ($M = 61,90$ vs. $48,56$), depersonalizacją ($M = 71,13$ vs. $60,00$) oraz brakiem satysfakcji zawodowej ($Me = 50,00$ vs. $36,00$) niż te z przeciętną lub złą atmosferą ($p < 0,05$). Ponadto częściej stosowały strategie aktywnego radzenia sobie, planowania, pozytywnego przewartościowania, akceptacji, poszukiwania wsparcia (emocjonalnego i instrumentalnego) oraz odwracania uwagi, a rzadziej sięgały po środki psychoaktywne i zaprzestanie działań.

Dyskusja. Wypalenie zawodowe jest powszechnym problemem, szczególnie w zawodach medycznych, które opierają się na bezpośredniej pomocy innym. Pielęgniarki codziennie narażone są na liczne stresory, a wypalenie to reakcja na długotrwały, nadmierny stres. Temat ten jest szeroko omawiany w polskich i zagranicznych badaniach (1,10,11). Wypalenie zawodowe, według Christiny Maslach (2007), to zespół obejmujący trzy elementy: wyczerpanie emocjonalne, depersonalizację oraz obniżone poczucie dokonań osobistych. Wyczerpanie emocjonalne odnosi się do nadmiernego obciążenia emocjonalnego i utraty energii, spowodowanych m.in. przepracowaniem i konfliktami w pracy. Depersonalizacja to nieempatyczne podejście do ludzi, często będące formą psychicznej obrony przed dalszym wyczerpaniem. Obniżone poczucie dokonań osobistych wiąże się z wątpliwościami co do własnych kompetencji i skuteczności w pracy. Pojawia się zwłaszcza przy braku wsparcia i możliwości rozwoju, co może prowadzić do poczucia porażki. Wypalenie zawodowe to zjawisko wysoce negatywne, dlatego jego przeciwdziałanie powinno opierać się na skutecznej diagnozie oraz ocenie stopnia jego nasilenia (2,11-13).

Przyczyny wypalenia zawodowego możemy zidentyfikować na trzech poziomach: indywidualnym, interpersonalnym oraz organizacyjnym (2).

Według Gotlib J., czynniki interpersonalne to złe relacje w pracy, m.in. konflikty, rywalizacja, brak zaufania, agresja czy mobbing. Czynniki organizacyjne obejmują stres związany z rolą zawodową (przepracowanie, niejasne zadania), trudne warunki pracy, presję, brak wsparcia, autokratyczne zarządzanie, brak rozwoju zawodowego oraz konflikt między rolą zawodową a rodzinną (14). Stres może mieć pozytywny wpływ (eustres), motywując nas do działania i pomagając radzić sobie z wyzwaniami. Jednak jego nadmiar (distres) jest szkodliwy, wywołując ciągły lęk i niepokój oraz prowadząc do problemów zdrowotnych, takich jak uszkodzenia mózgu czy zawał (6,15,16). Na podstawie odpowiedzi udzielonych

w kwestionariuszu dotyczącym radzenia sobie w sytuacjach stresujących mini-COPE, uzyskano wyniki będące częstością stosowania poszczególnych strategii radzenia sobie. Zatem oznacza to, że im wyższy był wynik dla danej strategii, tym częściej badani ją stosowali (6,17). Badania wskazują, że wypalenie zawodowe wśród pielęgniarek jest zjawiskiem powszechnym zarówno w Polsce, jak i na świecie. Jin T., i wsp. podają, że 20–40% pielęgniarek zgłasza jego objawy (18). Podobne wyniki uzyskali Shitao Wang (Chiny) oraz Nawal Alzailai (Arabia Saudyjska) (19, 20). Natomiast analiza własna wykazała przeciętny poziom wypalenia, co może wynikać z małego zróżnicowania wiekowego (44% badanych miało ≤ 25 lat) i niewielkiej próby (107 osób). Z kolei badania Liselotte Dyrbye wśród 637 pielęgniarek w USA (średnia wieku 52 lata) potwierdziły wysoką skalę zjawiska (21). Wyróżnia się siedem strategii radzenia sobie ze stresem: aktywne radzenie sobie, poszukiwanie wsparcia, unikanie, bezradność, zwrot ku religii, akceptacja i poczucie humoru. Jak podają Jenaro Cristina i wsp., w zapobieganiu wypaleniu zawodowemu skuteczne są strategie aktywne, takie jak planowanie, pozytywne przewartościowanie czy akceptacja. Natomiast strategie emocjonalne (np. obwinianie siebie) i unikowe (np. zaprzeczanie) stanowią istotne czynniki prognostyczne wyczerpania emocjonalnego (9,22).

Badania Marcysiaka M. i wsp. potwierdzają, że pielęgniarki preferujące styl zadaniowy cechuje większa odporność na wypalenie zawodowe, ponieważ proaktywne podejście zmniejsza ryzyko jego wystąpienia. Styl ten koreluje ujemnie z wyczerpaniem emocjonalnym, ale dodatnio z obniżonym poczuciem dokonań. Natomiast styl emocjonalny wiąże się z wyczerpaniem i depersonalizacją, a unikowy – z obniżonym poczuciem dokonań (9,23). Badania własne wykazały istotne różnice w stosowaniu strategii radzenia sobie ze stresem. Najczęściej wybierano strategie aktywne: akceptację, planowanie, aktywne radzenie sobie i pozytywne przewartościowanie, a także poszukiwanie wsparcia i unikanie (odwracanie uwagi). Najrzadziej stosowano strategie bezradności, w tym środki psychoaktywne. Wyczerpaniu emocjonalnemu towarzyszyło częstsze korzystanie z pozytywnego przewartościowania, akceptacji i wsparcia instrumentalnego, a rzadsze sięganie po środki psychoaktywne. Podobne zależności wystąpiły przy depersonalizacji i niskiej satysfakcji zawodowej. Wyniki potwierdzają, że dominują strategie korzystne w zapobieganiu wypaleniu zawodowemu, co koreluje z jego przeciętnym poziomem w badanej grupie. Badania własne wykazały, że staż pracy istotnie wpływa na poziom wypalenia zawodowego — wyczerpanie emocjonalne było większe u osób ze stażem do 2 lat niż u tych z 3–10 lat. Literatura podaje sprzeczne wyniki, jednak badania Al-Turki Haifa A. i wsp. (24) oraz Pawlika J i in. (25) potwierdzają, że dłuższy staż wiąże się z niższym wyczerpaniem emocjonalnym i stresem

wśród pielęgniarek. Z kolei z badań Martin Brendan i wsp. wynika, iż problem wypalenia zawodowego jest najbardziej widoczny wśród amerykańskich pielęgniarek z 10-letnim lub krótszym stażem pracy. Zjawisko to przyczyniło się do ogólnego spadku o 3,3% personelu pielęgniarskiego w USA w ciągu ostatnich 2 lat (26). Z kolei niektóre badania wskazują na związek między dłuższym stażem pracy a wyższym poziomem wypalenia zawodowego. Obrazują to na między innymi badania Lin F. i wsp. lub Akkus Y., i wsp. (27,28). Dlatego wpływ długości stażu pracy na poziom wypalenia zawodowego pozostaje nadal kwestią nierozstrzygniętą (29). Być może pielęgniarki w młodszym wieku i z krótszym stażem są bardziej narażone na wypalenie zawodowe z powodu zwiększonej ilości bodźców stresogennych w pracy, takich jak m.in. zmiana środowiska pracy, wysokie oczekiwania i presja, brak jasności ról i odpowiedzialności, niewystarczające wsparcie społeczne, niezrównoważone obciążenie pracą, brak autonomii lub problemy z integracją w zespole (30). Zła atmosfera w pracy jest źródłem stresu i napięć, co może prowadzić do wypalenia zawodowego. Badania Stępnia i wsp. (31) oraz Ogińskiej i wsp. (32) potwierdzają, że negatywna atmosfera wywołuje stałe napięcie i stres. Kwiatkowska-Ciotucha i wsp. (33) wskazują, że stresująca atmosfera wiąże się z niechęcią do pracy i większym ryzykiem wypalenia. Własna analiza statystyczna potwierdziła wpływ atmosfery na poziom wypalenia, jednak zaskakująco osoby oceniające atmosferę jako dobrą lub bardzo dobrą miały wyższy poziom wypalenia zawodowego. Choć wypalenie zawodowe jest dobrze opisane w literaturze, nadal pozostaje aktualnym problemem. Ze względu na liczne obciążenia systemowe i indywidualne oraz utrzymujący się trend, konieczne jest poszukiwanie nowych czynników i metod ograniczających jego występowanie.

Wnioski.

1. Poziom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek okazał się przeciętny.
2. Istnieją istotne różnice w stosowaniu strategii radzenia sobie ze stresem – najczęściej wybierano: poszukiwanie wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego, akceptację, planowanie, aktywne radzenie sobie, odwracanie uwagi oraz pozytywne przewartościowanie.
3. Wypalenie zawodowe koreluje ze strategiami radzenia sobie – im większe wyczerpanie, depersonalizacja lub brak satysfakcji, tym częstsze stosowanie strategii aktywnego radzenia sobie i wsparcia, a rzadsze – bezradności i unikania.
4. Korzystanie z opieki psychiatrycznej nie wpływa istotnie na poziom wypalenia ani wybór strategii radzenia sobie.
5. Liczba miejsc pracy różnicuje poziom wypalenia – osoby pracujące w jednym miejscu częściej stosują strategie aktywne i oparte na wsparciu.

6. Staż pracy wpływa na wypalenie – osoby z krótszym stażem (do 2 lat) wykazują większe wyczerpanie emocjonalne niż te z 3–10-letnim stażem.
7. Atmosfera w pracy różnicuje wypalenie – zaskakująco, większe wypalenie odnotowano u osób deklarujących dobrą lub bardzo dobrą atmosferę.

Bibliografia:

1. Wilczek - Rużyczka E, Kwak M, Jurkowska M. Occupational stress and burnout among nurses. *Med Og Nauk Zdr.* 21 marzec 2019;25(1):33–9.
2. Wilczek-Rużyczka E. Wypalenie zawodowe pracowników medycznych. Stan prawny na 1 marca 2014 r. Warszawa: Wolters Kluwer; 2014. 169 s.
3. Diehl E, Rieger S, Letzel S, Schablon A, Nienhaus A, Escobar Pinzon LC, i in. The relationship between workload and burnout among nurses: The buffering role of personal, social and organisational resources. Loerbroks A, redaktor. *PLoS ONE.* 22 styczeń 2021;16(1):e0245798.
4. Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1039. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej. Sejm; 2011 lip.
5. Kupcewicz E. Quality of life of nurses and strategies for coping with stress experienced in the work environment. *Med Og Nauk Zdr.* 13 kwiecień 2017;23(1):62–7.
6. Kaźmierczak M, Gebuza G, Gierszewska M, Mieczkowska E, Dombrowska-Pali A, Kłosowska M. Stres związany z pracą pielęgniarstwa i położnych oraz style radzenia sobie ze stresem. *PPNoZ.* 19 maj 2020;61(4):295–311.
7. Dall’Ora C, Ball J, Reinius M, Griffiths P. Burnout in nursing: a theoretical review. *Hum Resour Health.* grudzień 2020;18(1):41.
8. Madej A. Correlates of professional burnout - comparative study of three different high stress occupational groups. *Rozprawy Społeczne/Social Dissertations.* 28 kwiecień 2022;15(4):55–76.
9. Brudek P, Steuden S, Ciula G. The mediating role of types of coping styles in the relations between temperamental traits and staff burnout among psychiatric nurses. *Psychiatr Pol.* 30 październik 2019;53(5):1151–68.
10. Jończyk J A, Siwicka M. Wypalenie zawodowe w pracy pielęgniarstwa – studium empiryczne. *Akademia Zarządzania.* 2019;3(3):54–66.
11. Wilczek-Rużyczka E. Wypalenie zawodowe a empatia u lekarzy i pielęgniarstwa. Wydanie I. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2008. 168 s.
12. Schröder JP, Koszutska O. Wypalenie zawodowe - drogi wyjścia: jak dokonać trwałej przemiany. Warszawa: BC Edukacja; 2008. 118 s. (Samokształcenie w Biznesie).
13. Montero-Marin J, Prado-Abril J, Piva Demarzo MM, Gascon S, García-Campayo J. Coping with Stress and Types of Burnout: Explanatory Power of Different Coping Strategies. Ozakinci G, redaktor. *PLoS ONE.* 13 luty 2014;9(2):e89090.
14. Gotlib J, Panczyk M, Zarzeka A, Iwanow L, Samoliński Ł, Belowska J. Wypalenie zawodowe w grupie pielęgniarstwa – przegląd aktualnego polskiego piśmiennictwa naukowego. *Piel Pol.* 31 marzec 2017;63(1):125–30.

15. Wojtanowicz K, Dąbrowska B. Stres i wypalenie zawodowe pracowników socjalnych. W: Mazur J, Wojtanowicz K, Sordyl-Lipnicka B, redaktorzy. Praca socjalna w perspektywie polityki społecznej [Internet]. Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie Wydawnictwo Naukowe; 2023 [cytowane 2 czerwiec 2024]. s. 95–108. Dostępne na: <https://monografie.upjp2.edu.pl/catalog/view/66/80/1884>
16. Molina-Praena J, Ramirez-Baena L, Gómez-Urquiza J, Cañadas G, De La Fuente E, Cañadas-De La Fuente G. Levels of Burnout and Risk Factors in Medical Area Nurses: A Meta-Analytic Study. *IJERPH*. 10 grudzień 2018;15(12):2800.
17. Babiarczyk B, Ślezińska B, Jaksz-Recmanik E. Coping with stress by caregivers of patients under the care of the Home Palliative Care Team. *mp*. 2023;15(3):119–29.
18. Jin T, Zhou Y, Zhang L. Job stressors and burnout among clinical nurses: a moderated mediation model of need for recovery and career calling. *BMC Nurs*. 18 październik 2023;22(1):388.
19. Wang S, Luo G, Ding X, Ma X, Yang F, Zhang M, i in. Factors associated with burnout among frontline nurses in the post-COVID-19 epidemic era: a multicenter cross-sectional study. *BMC Public Health*. 4 marzec 2024;24(1):688.
20. Alzailai N, Barriball L, Xyrichis A. Burnout and job satisfaction among critical care nurses in Saudi Arabia and their contributing factors: A scoping review. *Nursing Open*. wrzesień 2021;8(5):2331–44.
21. Dyrbye LN, Shanafelt TD, Johnson PO, Johnson LA, Satele D, West CP. A cross-sectional study exploring the relationship between burnout, absenteeism, and job performance among American nurses. *BMC Nurs*. grudzień 2019;18(1):57.
22. Jenaro C, Flores N, Arias B. Burnout and coping in human service practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*. luty 2007;38(1):80–7.
23. Marcysiak M, Dąbrowska O i wsp. Wypalenie zawodowe, a radzenie sobie ze stresem pielęgniarek. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2014;22(3):312–8.
24. Al-Turki H, Al-Turki R, Al-Dardas H, Al-Gazal M, Al-Maghrabi G, Al-Enizi N, i in. Burnout syndrome among multinational nurses working in Saudi Arabia. *Ann Afr Med*. 2010;9(4):226.
25. Pawlik J, Schneider-Matyka D i wsp. Ocena satysfakcji zawodowej pielęgniarek zatrudnionych w Polsce i w Norwegii. *Hygeia Public Health*. 2017;52(3):249–54.
26. Martin B, Kaminski-Ozturk N, O'Hara C, Smiley R. Examining the Impact of the COVID-19 Pandemic on Burnout and Stress Among U.S. Nurses. *Journal of Nursing Regulation*. kwiecień 2023;14(1):4–12.
27. Lin F, St John W, McVEIGH C. Burnout among hospital nurses in China. *Journal of Nursing Management*. kwiecień 2009;17(3):294–301.
28. Akkuş Y, Karacan Y, Göker H, Aksu S. Determination of burnout levels of nurses working in stem cell transplantation units in Turkey. *Nursing & Health Sciences*. grudzień 2010;12(4):444–9.
29. Sowińska K, Kretowicz K i wsp. Wypalenie zawodowe i satysfakcja zawodowa w opinii pielęgniarek. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2012;20(361–368)
30. Nowakowska I, Rasińska R, Roszak K, Bańkowska A. Pielęgniarstwo – zawód szczególnie narażony na stres i wypalenie. Wybrane założenia teoretyczne i wstępne doniesienie z badań – część I. *Piel Pol*. 31 marzec 2017;63(1):120–4.
31. Stępień M, Szmigiel M. Stres personelu pielęgniarskiego związany z pracą na oddziałach pediatrycznych. *Piel Pol*. 31 marzec 2017;63(1):62–8.

32. Ogińska, Żuralska R. Wypalenie zawodowe wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach neurologicznych. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2010;18(4):435–42.
33. Kwiatkowska-Ciotucha D, Załuska U, Kozyra C. The Perception of Occupation by Hospital Nurses in Poland and Germany in Terms of the Risk of Excessive Stress and Burnout as Well as Possible Coping and Preventive Solutions. *IJERPH*. 12 luty 2021;18(4):1797.

JAKOŚĆ ŻYCIA, A POZIOM WYPALENIA ZAWODOWEGO WŚRÓD PERSONELU PIELĘGNIARSKIEGO PRACUJĄCEGO W ODDZIAŁACH ZABIEGOWYCH ORAZ ZACHOWAWCZYCH

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

Wstęp. Pielęgniarstwo to kluczowy filar wchodzący w skład zespołu opieki zdrowotnej. Odgrywa on istotną rolę w zapewnianiu pacjentowi wszechstronnej oraz holistycznej opieki zarówno podczas hospitalizacji, jak i poza nią. Pielęgniarstwo stawia przed osobami wykonującymi ten zawód wiele wyzwań. Jest często źródłem skrajnych emocji, zarówno tych pozytywnych jak i negatywnych. Osoby wykonujące ten zawód narażone są na wiele czynników mających wpływ na odczuwany poziom jakości życia. Specyfika pracy zmianowej, miejsce wykonywanej pracy, obciążenie fizyczne i psychiczne często przekładają się na stosunki zarówno zawodowe, jak i rodzinne. Wszystkie wyżej wymienione czynniki oddziałują na osobę wykonującą zawód pielęgniarki/ pielęgniarza, wpływając na jakość ich życia.

Stopień odczuwanej jakości życia wpływa na dalsze funkcjonowanie jednostek. Współczesne warunki pracy w obszarze pielęgniarstwa stają się coraz bardziej wymagające i stresujące, co również predysponuje osoby wykonujące ten zawód do wystąpienia zjawiska wypalenia zawodowego. Praca pod presją czasu, konieczność podejmowania szybkich decyzji, praca z drugim człowiekiem, często brak odpowiedniego wsparcia, wszystko to sprawia że personel pielęgniarski narażony jest na nieustanny stres oraz ryzyko wystąpienia zjawiska wypalenia zawodowego [1,2,3].

Wypalenie zawodowe, nazywane również w języku angielskim *burnout syndrome*, to złożone zjawisko. Opisywane jest jako stan emocjonalnego, fizycznego i psychicznego wyczerpania. Składa się na niego wiele czynników predysponujących do jego powstania, jednak w głównej mierze powstaje wskutek odczuwania nadmiernego, chronicznego stresu.

W życiu człowieka praca odgrywa bardzo istotną rolę, dlatego tak ważne jest by minimalizować wszystkie negatywne czynniki mające wpływ na występowanie obniżonej jakości życia oraz wystąpienie wypalenia zawodowego.

Celem głównym przedstawionej pracy była próba oceny oraz porównania jakości życia i ryzyka wypalenia zawodowego wśród badanego personelu pielęgniarskiego, wykonującego pracę w oddziałach zabiegowych, jak również zachowawczych.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono w październiku, oraz listopadzie 2023 roku, na platformach internetowych skupiających aktywny zawodowo personel pielęgniarski. Kryterium włączenia do badania był status aktywnego prawa wykonywania zawodu.

Do badania włączono osoby, które wyraziły świadomą zgodę na wzięcie udziału w badaniu. Badanie miało charakter anonimowy, a badani zostali zapewnieni o możliwości rezygnacji z badania na każdym z jego etapów.

Do zebrania poniższych danych, posłużyły następujące narzędzia badawcze: kwestionariusz ankiety własnej, kwestionariusz WHOQOL- BREF, oraz Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego OLBI (w polskiej adaptacji T. Chirkowskiej- Smolak) [4].

Kwestionariusz ankiety własnej składał się z 27 pytań, dotyczących zarówno danych socjodemograficznych takich jak: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie, warunki socjalno- ekonomiczne, jak i tych związanych z wykonywaną pracą na stanowisku pielęgniarki/ pielęgniarza.

Pytania zawarte w ankiecie miały charakter pytań zamkniętych z możliwością jednokrotnego i wielokrotnego wyboru, oraz pytań otwartych, w których osoba badana miała możliwość udzielenia własnej, subiektywnej odpowiedzi na zadane w ankiecie pytanie.

Analizę przeprowadzono w oprogramowaniu R (w wersji 4.1.2). Wyniki badania ankietowego w zakresie pytań, których odpowiedzi były zmiennymi kategoryjnymi, opisano za pomocą liczby obserwacji i ich procentowego udziału w grupie. Natomiast wyniki, które były zmiennymi numerycznymi (np. wiek lub średnia liczba godzin pracy w miesiącu) zostały opisane za pomocą podstawowych statystyk opisowych (średniej, mediany, odchylenia standardowego, kwartyła pierwszego, kwartyła trzeciego, wartości minimalnej i wartości maksymalnej. W szczególności, zmiennymi numerycznymi były skale i podskale stanowiące wynik kwestionariuszy WHOQOL-BREF oraz OLBI. W celu doboru właściwych narzędzi do analiz statystycznych na potrzeby weryfikacji zadanych hipotez badawczych sprawdzono zbieżność analizowanych parametrów numerycznych z rozkładem normalnym. Korzystano z testu Shapiro-Wilka oraz ze współczynnika skośności. Za rozkład zbieżny z normalnym uznawano taki, dla którego wynik testu Shapiro-Wilka świadczył o zbieżności z rozkładem normalnym ($p > 0,05$) lub współczynnik skośności świadczył o symetryczności rozkładu (wartość współczynnika skośności między -1 a 1). Homogeniczność wariancji sprawdzano przy pomocy testu Levene'a. Do weryfikacji istotności relacji między dwiema zmiennymi numerycznymi (np. ogólną oceną jakości życia i wskaźnikiem wyczerpania) wykorzystano analizę korelacji Pearsona. Do weryfikacji zależności wybranych zmiennych numerycznych od miejsca zatrudnienia wykorzystano test t-Studenta dla grup niezależnych. We wszystkich

analizach statystycznych przyjęto następujące założenie dotyczące istotności statystycznej: $\alpha = 0,05$.

Wyniki. Wśród analizowanej grupy średni wiek wynosił 37 ± 12 lat. Grupa składała się przede wszystkim z kobiet (94,2%), mężczyźni stanowili 5,8% grupy. Więcej niż połowa badanych pochodziła z miasta (68,1%), pozostali zamieszkiwali miejscowości wiejskie (31,9%). Również więcej niż połowa badanych pozostawała w związku małżeńskim lub partnerskim (67,1%), a pozostali byli stanu wolnego (32,9%). W zakresie wykształcenia zawodowego dominowała grupa, która uzyskała licencjat pielęgniarstwa (76,8%). Tytułem magistra pielęgniarstwa legitymowało 15,0% badanych, a 8,2% badanych ukończyło liceum medyczne. Niewiele ponad połowa grupy była zatrudniona na oddziałach zabiegowych (52,2%), a pozostali pracowali na oddziałach zachowawczych (47,8%). Wśród rodzajów umów dominowała umowa o pracę (92,3%). Na podstawie umów zleceń pracowała nieco więcej niż jedna na dziesięć osób (11,6%), a na podstawie umów cywilno-prawnych (tzw. kontraktów) pracowało dziewięć ankietowanych. Większość respondentów była zatrudniona w jednym miejscu pracy (69,1%). W dwóch miejscach zatrudniono 28,0% respondentów, pięć było zatrudnionych w trzech miejscach, a jeden respondent pracował w 4 lub więcej miejscach. W analizowanej grupie dominował dwuzmianowy system pracy (85,5%). System jednozmianowy dotyczył 14,5% grupy, tabela 1.

Tabela 1. Cechy socjodemograficzne w badanej grupie

Zmienna	Liczba odpowiedzi	% grupy
Płeć		
Kobieta	195	94,2
Mężczyzna	12	5,8
Miejsce zamieszkania		
Miasto	141	68,1
Wieś	66	31,9
Stan cywilny		
W związku (małżeńskim, partnerskim)	139	67,1
Wolna/y (panna, kawaler, rozwiedziona/y, w separacji, wdowa, wdowiec)	68	32,9
Wykształcenie		
Liceum medyczne	17	8,2
Licencjat pielęgniarstwa	159	76,8
Magister pielęgniarstwa	31	15,0
Miejsce zatrudnienia		
Oddział zabiegowy	108	52,2
Oddział zachowawczy	99	47,8
Rodzaj umowy*		
Umowa o pracę	191	92,3
Umowa zlecenie	24	11,6

Umowa cywilno-prawna (kontrakt)	9	4,3
W ilu placówkach świadczy Pani/Pan usługi pielęgniarские		
1	143	69,1
2	58	28,0
3	5	2,4
4 i więcej	1	0,5
System pracy		
Dwuzmianowy (12h)	177	85,5
Jednozmianowy (7,35h)	30	14,5

* Łączna liczba odpowiedzi przekroczyła $N = 207$ z uwagi na możliwość wyboru więcej niż jednej odpowiedzi.

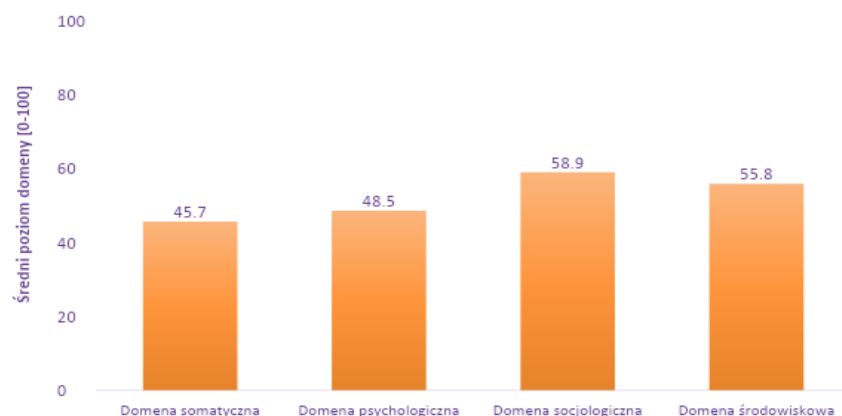
Wyniki kwestionariusza WHOQOL-BREF. Ogólna jakość życia została oceniona przez respondentów na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznaczało niskie zadowolenie z jakości swojego życia, a 5 oznaczało bardzo wysoką satysfakcję z życia. W badanej grupie jakość życia została oceniona średnio na 3,45. Szczegółowe wyniki zestawiono w tabeli 2

Tabela 2. Wyniki oceny jakości życia w badanej grupie, według kwestionariusza WHOQOL-BREF

Zmienna	n	M	SD	Me	Q1	Q3	Min.	Maks.
Ogólna jakość życia [1-5]	207	3,45	0,77	4,00	3,00	4,00	1,00	5,00
Domena somatyczna [0-100]	207	45,65	10,99	46,43	39,29	53,57	7,14	75,00
Domena psychologiczna [0-100]	207	48,53	7,93	50,00	41,67	54,17	25,00	70,83
Domena socjologiczna [0-100]	207	58,94	18,01	58,33	50,00	75,00	0,00	100,00
Domena środowiskowa [0-100]	207	55,83	14,50	56,25	46,88	65,62	12,50	90,62

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Me – mediana, Q1, Q3 – kwartyły pierwszy i trzeci, odpowiednio, Min. – wartość minimalna, Max. – wartość maksymalna.

Każda z czterech domen opisujących ocenę jakości życia respondentów mogła być punktowana w skali od 0 do 100, przy czym wyższy wynik oznaczał wyższą satysfakcję z ocenianego obszaru życia. Najwyższą oceną jakości życia charakteryzował się obszar socjologiczny (średnia 58,94), przy czym występowała tu znacząca rozpiętość wyników: minimalna obserwowana wartość wynosiła 0,00, a maksymalna 100,00. Drugim obszarem o relatywnie wysokiej satysfakcji był obszar środowiskowy. Średni wynik wynosił 55,83 i wahał się od 12,50 do 90,62. Badana grupa charakteryzowała się relatywnie niższym zadowoleniem z życia w obszarze psychologicznym (średnia 48,53, zakres od 25,00 do 70,83) oraz somatycznym (średnia 45,65, zakres od 7,14 do 75,00). Zestawienie średnich wyników dla czterech domen zostało przedstawione na rycinie 1.



Rycina 1. Średni wynik dla czterech domen w badanej grupie (na podstawie kwestionariusza WHOQOL-BREF)

Wyniki kwestionariusza OLBI - Poziom wypalenia zawodowego. Obszarami o najwyższych średnich wynikach były: poczucie zmęczenia przed wyjściem do pracy (średnia 3,01), potrzeba dostosowania czasu odpoczynku po pracy w celu poprawienia samopoczucia (średnia 3,00) oraz poczucie wyczerpania po pracy (średnia 2,95). Z kolei obszary o najniższym wyniku, a więc takie, które w najniższym stopniu wiązały się z wypaleniem zawodowym, były: umiejętność radzenia sobie z ilością pracy do wykonania (średnia 2,12), umiejętność odnajdywania nowych/interesujących elementów w swojej pracy (średnia 2,35) oraz radzenie sobie z presją w pracy (średnia 2,37).

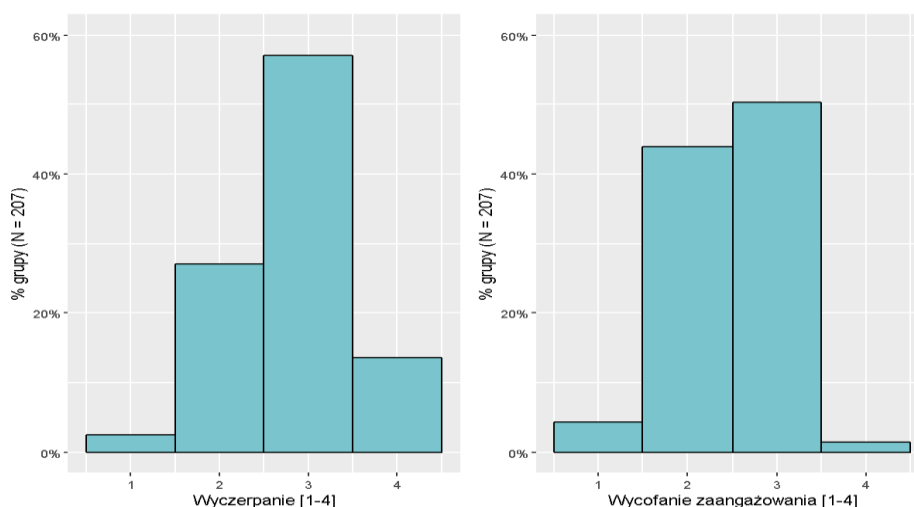
W wyniku kwestionariusza OLBI uzyskano dwie podskale opisujące stopień wypalenia zawodowego w sposób zagregowany: wyczerpanie oraz wycofanie zaangażowania, każda składała się z ośmiu pytań kwestionariusza OLBI. Wyniki obu podskal uzyskano za pomocą policzenia średnich wyników dla odpowiednich ośmiu pytań, przy czym średnie zostały policzone po wcześniejszym przeliczeniu pytań odwróconych. Statystyki opisowe dla dwóch podskal przedstawiono w tabeli 3. Średni wynik dla wyczerpania wynosił 2,93 i wahał się między 1,25 a 4,00. Z kolei średni wynik dla wycofania zaangażowania wynosił 2,63 i wahał się od 1,00 do 3,75. Przedstawione podsumowanie statystyk opisowych dla obu podskal świadczyło o tym, że respondenci odczuwali wypalenie zawodowe w obszarze wyczerpania pracą w stopniu wyższym niż w obszarze wycofania zaangażowania. Dokładne rozkłady wyników dla każdej z dwóch podskal kwestionariusza OLBI zostały przedstawione na rycinie 2.

Tabela 3. Stopień wypalenia zawodowego w badanej grupie, według kwestionariusza OLBI

Zmienna	n	M	SD	Me	Q1	Q3	Min.	Maks.
Wyczerpanie [1-4]	207	2,93	0,58	3,00	2,50	3,25	1,25	4,00

Wycofanie zaangażowania [1-4]	207	2,63	0,52	2,75	2,25	3,00	1,00	3,75
-------------------------------	-----	------	------	------	------	------	------	------

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Me – mediana, Q1, Q3 – kwantyle pierwszy i trzeci, odpowiednio, Min. – wartość minimalna, Max. – wartość maksymalna.



Rycina 2. Rozkład stopnia wyczerpania oraz stopnia wycofania zaangażowania w badanej grupie (na podstawie kwestionariusza OLBI)

Ustalono, że wszystkie wskaźniki opisujące jakość życia z wyjątkiem domeny psychologicznej były istotnie skorelowane z wartością wskaźnika wyczerpania ($p < 0,001$). Ustalono również, że wszystkie wskaźniki opisujące jakość życia z wyjątkiem domeny psychologicznej były istotnie skorelowane z wartością wskaźnika wycofania zaangażowania ($p = 0,002$ dla ogólnej jakości życia i $p < 0,001$ dla pozostałych wskaźników jakości życia z wyjątkiem domeny psychologicznej).

Współczynniki korelacji wahały się od -0,46 do -0,32 dla relacji jakości życia z wyczerpaniem i świadczyły o ujemnej korelacji między oceną jakości życia w danym obszarze a stopniem wyczerpania. Oznaczało to, że wyższa jakość życia wiązała się z niższym poziomem wyczerpania, a siła tych zależności była umiarkowana.

Podobnie, w przypadku istotnych relacji między jakością życia a wycofaniem zaangażowania współczynniki korelacji wahały się od -0,31 do -0,31 i świadczyły o ujemnej korelacji między oceną jakości życia w danym obszarze a stopniem wycofania zaangażowania. A więc wyższa jakość życia wiązała się z niższym poziomem wycofania zaangażowania, a siła tych zależności była niska/umiarkowana, tabela 4.

Otrzymane wyniki potwierdziły zatem hipotezę o wpływie jakości życia na występowanie zjawiska wypalenia zawodowego, z wyjątkiem psychologicznych obszarów życia.

Tabela 4. Korelacja między wskaźnikami jakości życia (na podstawie kwestionariusza WHOQOL-BREF) a wskaźnikami wypalenia zawodowego (na podstawie kwestionariusza OLBI)

Zmienna	Wyczerpanie [1-4]		Wycofanie zaangażowania [1-4]	
	Współczynnik korelacji Pearsona	p	Współczynnik korelacji Pearsona	p
Ogólna jakość życia [1-5]	-0,32	< 0,001	-0,21	0,002
Domena somatyczna [0-100]	-0,46	< 0,001	-0,30	< 0,001
Domena psychologiczna [0-100]	-0,09	0,199	-0,01	0,923
Domena socjologiczna [0-100]	-0,35	< 0,001	-0,31	< 0,001
Domena środowiskowa [0-100]	-0,43	< 0,001	-0,27	< 0,001

Dyskusja. Współczesne środowisko pracy personelu pielęgniarskiego staje przed wieloma wyzwaniami, w tym rosnącym zapotrzebowaniem na opiekę zdrowotną, zmieniającymi się standardami opieki i coraz bardziej złożonymi procedurami medycznymi. Niestety, w niektórych przypadkach, te wyzwania mogą być jeszcze bardziej utrudnione ze względu na odczuwanie dyskryminacji i mobbingu ze strony przełożonych lub współpracowników. W badaniach Luisa Miguela Dos Santosa pod tytułem „*Stress, Burnout, and Low Self-Efficacy of Nursing Professionals: A Qualitative Inquiry*” [5], autor podaje że większość badanych osób odczuwa stres wynikający z kontaktu z przełożonymi lub współpracownikami w czasie godzin pracy. Sposób w jaki traktowany jest personel pielęgniarski w dużym stopniu ma wpływ na poziom odczuwanej przez nich jakości życia. Wyniki wyżej wymienionego autora potwierdzają przeprowadzone w niniejszej pracy badania. Na pytanie dotyczące odczuwania stresu związanego z kontaktem z przełożonymi lub współpracownikami, aż 31,9% ankietowanych odpowiedziało twierdząco- odczuwa stres, 42% udzieliło że odczuwa go czasami, dodatkowo 73% badanych uznała że nie jest doceniana w pracy przez swoich przełożonych. Daje to obraz jak wielkim problemem w środowisku pracy pielęgniarki są sytuacje stresowe, związane nie tylko z charakterem wykonywanej pracy, ale również kontaktem z przełożonymi i współpracownikami. Stres jako jeden z czynników ryzyka predysponuje do powstania zespołu wypalenia zawodowego, tym samym opisane wyżej badania Luisa Miguela Dos Santosa potwierdzają przeprowadzone w pracy badania.

Długość czasu pracy ma istotny wpływ nie tylko na kształtowanie doświadczenia zawodowego, ale również ma wpływ na zdrowie psychiczne jak i emocjonalne osób wykonujących prace w sektorze opieki medycznej. Choć pielęgniarstwo to niezwykle ważny i satysfakcjonujący

zawód, to wymaga także wielogodzinnej pracy w dynamicznym i często stresującym środowisku. Wielogodzinne dyżury, nieregularny grafik pracy są często integralną częścią pracy pielęgniarki, co może prowadzić do wyczerpania psychicznego i wypalenia zawodowego. Wojciechowska Wioletta i współautorzy pracy pod tytułem „Poziom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących w szpitalu” [6] wykazali wpływ długości stażu pracy na występowanie zjawiska wypalenia zawodowego wśród grupy zawodowej jaką jest personel pielęgniarski, co sprzeczne jest z badaniami własnymi przeprowadzonymi w niniejszej pracy. Badania własne przedstawionej przeze mnie pracy nie wykazały istotnej statystycznie zależności pomiędzy długością stażu pracy, a występowaniem syndromu wypalenia zawodowego. Można przypuszczać że było to spowodowane niskim średnim wiekiem grupy badanej, który wynosił 36,94 lata. Osoby w tym wieku charakteryzują się niskim stażem pracy w porównaniu do grupy badanej w pracy Wojciechowskiej W., gdzie średnia wieku grupy badanej wynosiła 56 lat. Tak różne wnioski mogą być wynikiem różnic w charakterystyce grupy badanych.

Rezmerska L. i współautorzy w swojej publikacji pt. „Specyfika pracy a wypalenie zawodowe w opinii pielęgniarek” [7], przedstawili zagadnienie wpływu miejsca pracy na wystąpienie zjawiska wypalenia zawodowego. Miejsce pracy odgrywa istotną rolę w kształtowaniu tego zjawiska, ponieważ to tam spędzamy większość czasu w ciągu dnia. Ważne jest to by czuć się tam dobrze, a otaczające środowisko nie było źródłem stresu oraz zmartwień. Personel pielęgniarski ze względu na wiele perspektyw rozwoju może wykonywać pracę w wielu oddziałach o różnej charakterystyce. Badania Rezmerskiej L. pokazują zależność między opisywanymi zjawiskami. Miejsce pracy, a dokładnie rodzaj oddziału ma wpływ na powstanie wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek. Autorka opisuje grupę pielęgniarek pracujących w oddziałach zabiegowych oraz zachowawczych. Według przeprowadzonych przez autorkę badań personel wykonujący pracę w oddziałach zabiegowych odznacza się wyższym współczynnikiem wypalenia zawodowego, w porównaniu do pielęgniarek zatrudnionych na oddziałach zachowawczych. W pewnym stopniu potwierdza to hipotezę zawartą w niniejszej pracy [7]. W wyniku przeprowadzenia badań własnych hipoteza dotycząca wpływu miejsca pracy na powstanie wypalenia zawodowego nie potwierdziła się, jednak mimo braku istotnej statystycznie zależności między tymi zmiennymi wykazano iż to personel pielęgniarski oddziałów zabiegowych wykazuje większą skłonność do wystąpienia w przyszłości niepożądanego zjawiska jakim jest wypalenie zawodowe, w porównaniu do personelu oddziałów zachowawczych. W związku miejsce pracy ma kluczowe znaczenie w kształtowaniu

się w przyszłości zjawiska wypalenia zawodowego wśród personelu pielęgniarskiego, co należy brać pod uwagę w momencie podejmowania decyzji o zatrudnieniu.

Odpowiednia liczba personelu pielęgniarskiego na dyżurze to fundament prawidłowego funkcjonowania każdej placówki świadczącej opiekę medyczną. Niestety coraz częściej spotykamy się z sytuacjami, gdzie zapotrzebowanie na opiekę świadczoną przez personel pielęgniarski przewyższa liczbę zatrudnionego personelu. Joanna Hoffmann-Aulich i współautorzy w swojej pracy prezentują wyniki w których udowadnia wpływ nadmiaru obowiązków oraz niedostatecznej liczby personelu na wypalenie zawodowe. Jedynie 30% ankietowanych deklaruje dobrą organizację pracy, a aż 70% badanych deklaruje nieodpowiednią liczbę personelu podczas dyżuru i nadmiar obowiązków w czasie pracy [8]. Podobne wyniki zostały uzyskane w niniejszej pracy. 81,6% respondentów deklarowało brak wystarczającej liczby personelu podczas dyżuru. Dodatkowo aż 154 z 207 badanych osób (tj. 71%) wskazało nadmiar obowiązków jako główny problem z którym boryka się w swojej pracy. Nadmiar obowiązków podczas dyżuru pielęgniarskiego niesie negatywny wpływ na jakość życia osoby wykonującej zawód pielęgniarki/ pielęgniarza, jak i osoby nad którą sprawowana jest opieka. Wzrost obciążenia pracą prowadzi do powstania przeciążenia, chronicznego stresu co w konsekwencji predysponuje i zwiększa ryzyko powstania syndromu wypalenia zawodowego wśród tej grupy zawodowej. W badaniach własnych zaobserwowano ten fakt, co potwierdza praca Joanny Hoffmann-Aulich i wsp..

Wraz z upływem lat pracy doświadczenie zawodowe wzrasta, co skłania badaczy do refleksji w temacie wpływu długości stażu pracy na poziom jakości życia personelu pielęgniarskiego. W badaniach własnych nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy długością stażu pracy na stanowisku pielęgniarki/ pielęgniarza, a jakością życia badanej grupy zawodowej. Jednak w badaniach przeprowadzonych przez Kowalczuk K. oraz współautorów zaobserwowano zależność pomiędzy opisywanymi zmiennymi. Do zebrania opisywanych przez Kowalczuk K. danych posłużył kwestionariusz pt. Psychospołeczne Warunki Pracy [9]. W badaniach wyżej wymienionej autorki udowodniono że „starszy” personel pielęgniarski, czyli ten charakteryzujący się dłuższym stażem pracy ocenia swoją jakość życia jako gorszą. Wynik ten nie znajduje potwierdzenia w badaniach własnych, w których dane dotyczące jakości życia zebrane zostały na pomocą Kwestionariusza oceny jakości życia WHOQOL-BREF.

Praca w godzinach nocnych może znacząco wpływać na prawidłowy rytm dobowy oraz funkcjonowanie organizmu. Ze względu na specyfikę zawodu personelu pielęgniarskiego, dyżury nocne to nieodłączną element pracy większości osób pracujących w tym zawodzie medycznym. Praca w systemie dwuzmianowym, to ogromne obciążenie dla organizmu które

niesie ze sobą wiele negatywnych skutków takich jak cukrzyca, otyłość, choroby serca. Badania własne wykazały, że 85,5% badanych pracuje w systemie dwuzmianowym, tzn. pracuje w ciągu dnia oraz nocy. Ponad połowa ankietowanych określa swój rytm dobowy jako zaburzony (55,1%), jedynie 6,8% zaprzecza zaburzeniom rytmu dobowego pomimo pracy w godzinach nocnych. Potwierdzeniem przedstawionych wyników mających na celu udowodnienie wpływu pracy zmianowej na zaburzenia rytmu dobowego jest praca Ulfik K., która również wskazuje na negatywne skutki pracy w trybie zmianowym. Według przedstawionych przez nią badań, 98% badanych wykazuje zaburzenia rytmu dobowego. Dodatkowo zebrane wyniki badań zestawia z osobami nie pracującymi w nocy. Ponad 80% osób, które nie wykonują pracy w godzinach nocnych nie ma problemu z zaburzeniami rytmu dobowego [10]. Przedstawione wyniki potwierdzają zaprezentowane w pracy własnej wyniki oraz uświadamiają nam jak wielki wpływ niesie ze sobą praca zmianowa na nasze zdrowie i równowagę pomiędzy odpoczynkiem a pracą.

Wnioski.

1. Jakość życia ma wpływ na występowanie zjawiska wypalenia zawodowego, z wyjątkiem psychologicznych obszarów życia. Pozostałe domeny tj. somatyczna, socjologiczna jak środowiskowa oddziałują na odczuwany poziom jakości życia wśród badanej grupy personelu pielęgniarskiego.
2. Długość stażu pracy nie ma wpływu zarówno na poziom odczuwanej przez personel pielęgniarski jakości życia jak i występowanie zjawiska wypalenia zawodowego wśród tej grupy zawodowej. Jednym z możliwych powodów takich wyników jest fakt, że badana grupa była stosunkowo młoda. W celu dostarczenia bardziej kompleksowych informacji na temat wpływu badanego czynnika na jakość życia oraz wypalenie zawodowe wśród personelu pielęgniarskiego jest powtórzenie badań, w skład których będzie wchodzić bardziej zróżnicowana wiekowo grupa badana.
3. Ryzyko wystąpienia wypalenia zawodowego nie jest uzależnione od specyficznego rodzaju oddziału, na którym pracują pielęgniarki. Jednakże personel pielęgniarski wykonujący pracę w oddziałach zabiegowych wykazuje większą skłonność do odczuwania zjawiska wypalenia zawodowego, w porównaniu do kadry pielęgniarskiej oddziałów zachowawczych. Być może konieczne jest rozszerzenie badań w tym zakresie.
4. Dla badanego personelu pielęgniarskiego jakość życia nie jest istotnie związana z miejscem wykonywanej pracy. Personel oddziałów zabiegowych oraz zachowawczych deklaruje inne czynniki wpływające na to zjawisko, nie miejsce pracy.

Piśmiennictwo:

1. Baranowska A., Klimaszewska K., Kowalczyk K. i wsp., Poziom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek, [w:] Krajewska- Kułak E., Lewko J., Kułak W., red. Holistyczny wymiar współczesnej medycyny 2016, tom 2, s.388- 401.
2. Jończyk J., Siwicka M., Wypalenie zawodowe w pracy pielęgniarskiej- studium empiryczne, Akademia Zarządzania 2019, nr 3 (3).
3. Łopatkiewicz Ł., Mańk M., Mikulski J. i wsp., Wypalenie zawodowe wśród europejskich pielęgniarek psychiatrycznych - metaanaliza badań z wykorzystaniem kwestionariusza MBI, Medical Studies 2022, nr 38 (4), s. 351- 360.
4. Chirkowska-Smolak T., Polska adaptacja kwestionariusza do pomiaru wypalenia zawodowego OLBI (The Oldenburg Burnout Inventory), Studia Oeconomica Posnaniensia 2018, tom 6, nr 3.
5. Dos Santos L., „Stress, Burnout, and Low Self-Efficacy of Nursing Professionals: A Qualitative Inquiry”, Healthcare 2020, tom 8, nr 424.
6. Wojciechowska W., Małecka B., Frąckowiak B., „Poziom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących w szpitalu”, Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu 2021, tom 4, nr 6.
7. Rezmerska L., Kochman D., Anaszewicz A., „Specyfika pracy a wypalenie zawodowe w opinii pielęgniarek”, Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu 2016, tom 1, nr 1.
8. Hoffmann-Aulich J., Bonikowska I., Jasik J., „Wypalenie zawodowe pielęgniarek w kontekście organizacji pracy – badanie wstępne”, Przedsiębiorczość i Zarządzanie 2017, tom XVIII, zeszyt 10, cz. 3, s. 7-22.
9. Kowalczyk K., Krajewska-Kułak E., Rolka H., „Psychospołeczne warunki pracy pielęgniarek”, Hygeia Public Health 2015, tom 50, nr 4, s. 621-629.
10. Ulfik K., „Występowanie zaburzeń snu u pracowników systemu ochrony zdrowia”, Pielęgniarstwo specjalistyczne 2022, nr 38, s. 264-274.

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

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

Wstęp. Syndrom wypalenia zawodowego staje się tematem coraz większego zainteresowania, zarówno wśród specjalistów medycznych, jak i psychologów. W ciągu ostatnich lat naukowcy przeprowadzili liczne badania, aby zidentyfikować podstawowe przyczyny oraz charakterystyczne cechy tej współczesnej dolegliwości, jednak wiele z tych kwestii wciąż pozostaje nierozwiązanych. Obecnie, ze względu na intensywny tryb życia, praca zajmuje ponad połowę naszego dnia. W efekcie presji ze strony przełożonych, wielu pracowników odczuwa psychiczne i fizyczne wyczerpanie. Ciągły stres prowadzi do różnorodnych schorzeń, które bywają trudne do przezwyciężenia. Niestety, rady ekspertów często są bagatelizowane, co sprawia, że objawy syndromu wypalenia zawodowego dotyczą coraz szerszą grupę osób, niezależnie od wieku czy rodzaju wykonywanego zawodu [1].

W literaturze istnieje ponad 140 definicji wypalenia zawodowego. Niemniej jednak nadzieja, że badania nad wypaleniem zawodowym w psychiatrii, psychologii, psychoterapii, pielęgniarstwie, neurofizjologii i naukach społecznych znajdą konkretną koncepcję, która będzie spójna dla kwestii naukowych i terapeutycznych [2].

Tematyka wypalenia zawodowego jest obecna w literaturze od lat 70. dwudziestego wieku, jednak do tej pory nie doczekała się jednolitej definicji. W dostępnych źródłach można znaleźć wiele modeli, które starają się wyjaśnić istotę oraz przyczyny tego zjawiska, analizując je z różnych perspektyw, w tym zarówno z uwzględnieniem czynników indywidualnych, demograficznych, organizacyjnych jak i środowiskowych. Pierwszą próbę interpretacji wypalenia zawodowego podjął w 1974 roku amerykański psychiatra Herbert Freudenberger w artykule opublikowanym w czasopiśmie "Journal of Social Issues" zatytułowanym „Staff burn-out”. Freudenberger zauważył, że w badanej grupie wolontariuszy pracujących z nieletnimi narkomanami, po około roku działalności charytatywnej większość z nich doświadczała wyczerpania oraz utraty motywacji do dalszego działania. Opisał to zjawisko jako „stan wyczerpania spowodowany nadmiernymi wymaganiami stawianymi przez otoczenie oraz samego siebie”. Dodatkowo, wśród badanych wolontariuszy występowały objawy lęku oraz stany depresyjne [3].

W tym samym czasie nad zagadnieniem wypalenia zawodowego pracowała psycholog społeczna Christine Maslach, która skupiała się na pracownikach zawodów pomocowych, w tym na pracownikach ochrony zdrowia. Wkrótce po przedstawieniu wyników swoich badań, zaproponowała definicję wypalenia zawodowego jako „zespołu wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji oraz obniżonego poczucia osiągnięć osobistych, które może wystąpić u osób pracujących z innymi ludźmi w określony sposób” [4].

Wyczerpanie emocjonalne odnosi się do fizycznych i emocjonalnych obciążeń, wynikających z interakcji z współpracownikami i pacjentami. Depersonalizacja to zjawisko rozwijania cynicznych postaw oraz reakcji wobec ludzi, którym się pomaga. Natomiast obniżone poczucie osiągnięć osobistych wiąże się z przyjmowaniem negatywnego obrazu siebie, często w wyniku niewdzięcznych sytuacji. Z perspektywy długoterminowej, chroniczne przepracowanie oraz wysoki poziom stresu mogą prowadzić do wypalenia zawodowego. Definicja Maslach jest obecnie jedną z najczęściej cytowanych w literaturze przedmiotu dotyczącej tego zjawiska [4]. Historię definiowania wypalenia zawodowego można przedstawić w sposób chronologiczny, co ułatwia zobrazowanie, jak na przestrzeni lat zmieniał się podejście badaczy do tego zagadnienia. Każda kolejna definicja świadczy o pogłębianiu wiedzy oraz różnorodnych próbach zrozumienia tematu wypalenia zawodowego:

Pierwszy przykład zachowania, które może być kwalifikowane jako wypalenie zawodowe, to opis z 1953 roku, w którym przedstawiono pielęgnarki w oddziale szpitala psychiatrycznego. Jej praca została w pewnym momencie określona jako źródło ogromnej frustracji [5].

W 1974 roku Herbert Freudenberger definiuje wypalenie jako stan ogólnego wyczerpania jednostki [3]. Natomiast w 1976 Christine Maslach przedstawia zjawisko wypalenia zawodowego jako wielowymiarowy model, w skład którego wchodzi trzy elementy: wyczerpanie emocjonalne, depersonalizacja oraz brak poczucia osiągnięć osobistych [4]. W 1980 roku Cary Cherniss określa wypalenie jako proces, w którym stres związany z pracą prowadzi do negatywnych zmian w postawie oraz zachowaniu jednostki, spowodowanych wygórowanymi wymaganiami otoczenia. Również w tym roku Jerry Edelwich i Archie Brodsky opisują wypalenie jako stopniową utratę zaangażowania, energii oraz poczucia sensu pracy w zawodach pomocowych [6]. W 1982 roku Baron Perlman i E. Alan Hartman definiują wypalenie jako reakcję organizmu na przewlekły, emocjonalny stres, objawiającą się spadkiem produktywności, zmęczeniem emocjonalnym i fizycznym oraz obojętnością wobec innych [7]. Elliot Aronson i Pines Ayala w 1983 roku definiują wypalenie zawodowe jako stan psychiczny osób zajmujących się innymi, charakteryzujący się emocjonalnym i fizycznym wyczerpaniem oraz niezadowoleniem z pracy i życia osobistego [8]. Natomiast w 1984 roku Peter Brill określa

wypalenie jako niepokojący, dysfunkcyjny stan u osób bez poważnych zaburzeń psychopatologicznych, które funkcjonowały na odpowiednim poziomie wydajności, ale nie są w stanie powrócić do tego poziomu bez zewnętrznej pomocy lub reorganizacji środowiska [9]. Matthias Burisch w tym samym roku interpretuje wypalenie jako określenie na różnorodne, niejasno zdefiniowane kryzysy, które tworzą zespół objawów u osób manifestujących symptomy tych kryzysów [6].

W 1987 roku David Etzion opisuje wypalenie jako proces psychicznego wypalenia wynikającego z długotrwałego działania stresorów w miejscu pracy. W swoim badaniu porównywał kobiety i mężczyzn. W przypadku mężczyzn sukces i samorealizacja w pracy nie wykluczały sukcesu w życiu prywatnym; w przypadku kobiet pojawił się wzorzec kompensacyjny: Sukces i wpływ na pracę wiązały się z porażką i niezadowoleniem w życiu prywatnym [10].

Ayala Pines i Elliot Aronson w 1988 roku definiują wypalenie jako stan fizycznego, emocjonalnego i psychicznego wyczerpania spowodowanego przewlekłym zaangażowaniem w sytuacji nadmiernie obciążającej emocjonalnie [11]. Dziesięć lat później Wilmar Schaufeli oraz Dirk Enzmann opisują wypalenie zawodowe jako nieustanny, negatywny stan psychiczny spowodowany pracą, występujący u osób dotychczas zdrowych [6].

Polską prekursorką w badaniach naukowych nad zjawiskiem wypalenia zawodowego jest Helena Sęk, specjalizująca się w psychologii klinicznej oraz psychologii zdrowia. Reprezentuje ona model wypalenia zawodowego w nurcie poznawczo-kompetencyjnym, który wyjaśnia przyczyny występowania tego zjawiska. Sęk wskazuje, że główną przyczyną wypalenia zawodowego jest stres w miejscu pracy [6].

W 2004 roku Helena Sęk zdefiniowała wypalenie zawodowe jako długotrwały stan emocjonalnego, psychicznego i fizycznego wyczerpania, który dotyka osoby zatrudnione w zawodach związanych z bliskimi relacjami międzyludzkimi. Osobowość specjalisty ma kluczowe znaczenie dla jakości wykonywanych obowiązków, wpływając jednocześnie na jego sukcesy i porażki w karierze [6, 11].

Zjawisko wypalenia zawodowego zostało również ujęte w najnowszej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-11) w rozdziale 24, zatytułowanym „Czynniki wpływające na stan zdrowia lub kontakt ze służbą zdrowia”. W przeciwieństwie do stanu medycznego, wypalenie zawodowe definiowane jest jako zjawisko związane z pracą, które znacznie wpływa na ogólny stan zdrowia osoby nim dotkniętej. Ważne jest, aby zrozumieć, że wypalenie zawodowe odnosi się wyłącznie do doświadczeń związanych z pracą, a nie do sytuacji w innych dziedzinach życia [12]. W ICD-11 wypalenie zawodowe opisane jest jako syndrom wynikający z przewlekłego

stresu w miejscu pracy, z którym osoba nie była w stanie skutecznie sobie poradzić. Dwa główne wymiary tego zjawiska to:

- uczucie wyczerpania lub utraty energii;
- wzrost dystansu psychicznego do wykonywanej pracy, a także uczucie negatywizmu lub cynizmu związane z wykonywanymi obowiązkami;
- zmniejszona skuteczność zawodowa [12].

Proces wypalenia zawodowego nie zawsze przebiega zgodnie z teoretycznymi modelami opisanymi w literaturze. Przedstawione poniżej etapy mogą występować w różnej kolejności, a czasem można zauważyć, że niektóre etapy rozwijają się równocześnie lub dochodzi do pominięcia niektórych z nich. Możliwy jest także powrót do wcześniejszych faz. Wypalenie zawodowe zwykle rozwija się powoli, stymulowane przez wiele czynników, i rzadko jest identyfikowane w swoim początkowym stadium. Jest to zjawisko o uporządkowanym charakterze, które może przebiegać indywidualnie. Fazy wypalenia niekoniecznie następują jedna po drugiej w ten sam sposób; mogą występować jednocześnie, a może także dochodzić do regresji [13].

Według Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego wypalenie zawodowe można podzielić na pięć głównych etapów:

Etap I: Miesiąc miodowy (honeymoon) – to okres adaptacji pracownika do nowego miejsca pracy, który charakteryzuje się ekscytacją, satysfakcją oraz dużym zaangażowaniem i energią.

Etap II: Przebudzenie (awakening) – w tej fazie pracownik dostrzega, że jego idealistyczna ocena pracy jest nieco naiwna. W wyniku tego zaczyna wkładać coraz więcej czasu i wysiłku, aby zachować ten idealistyczny obraz.

Etap III: Szorstkość (brownout) – na tym etapie pojawia się ogólne wyczerpanie organizmu. Pracownik odczuwa coraz większe zmęczenie oraz narastające rozdrażnienie, co prowadzi do obniżonej motywacji do pracy i gorszych relacji z kolegami.

Etap IV: Wypalenie pełnowartościowe (full scale burnout) – charakteryzuje się znacznym wyczerpaniem zarówno fizycznym, jak i psychicznym, a pracownik odczuwa silną potrzebę ucieczki od obowiązków zawodowych.

Etap V: Odradzenie się (phoenix phenomenon) – to moment, w którym pracownik podejmuje działania mające na celu regenerację zarówno fizyczną, jak i psychiczną po trudnym doświadczeniu wypalenia zawodowego [6, 14].

Czynniki ryzyka wypalenia zawodowego. W literaturze przedmiotu można znaleźć wiele wskazówek dotyczących czynników mogących prowadzić do wypalenia zawodowego. Źródła

tych problemów można odnaleźć w różnych obszarach, takich jak warunki pracy, relacje interpersonalne czy też sfera osobista.

Wypalenie zawodowe najczęściej wynika z dwóch głównych typów czynników: zewnętrznych (organizacyjnych) oraz wewnętrznych (indywidualnych) [6, 15].

Czynniki zewnętrzne dotyczą środowiska pracy oraz ogólnych warunków, w jakich dany pracownik wykonuje swoje obowiązki. Obejmują one wymagania stawiane na danym stanowisku oraz jakość relacji z współpracownikami. W ramach tych czynników można wyróżnić kilka kluczowych przyczyn:

- Poziom psychicznego zaangażowania niezbędnego do pełnienia roli zawodowej,
- Nadmierna odpowiedzialność za wykonywane zadania,
- Wysokie wymagania, które mogą prowadzić do obniżenia odporności i zdolności do pracy w stresujących sytuacjach,
- Intensywne tempo pracy,
- Fizyczne zmęczenie,
- Nieodpowiedni, autokratyczny styl zarządzania, który koncentruje się na kontroli, co może wywoływać u pracowników poczucie niepewności i lęku,
- Konflikty między współpracownikami [15].

Czynniki wewnętrzne, zwane również indywidualnymi, odnoszą się do cech osobowościowych jednostki. W grupie osób bardziej narażonych na wypalenie zawodowe szczególnie wyróżniają się osoby wysoko reaktywne. Silnie reagują one nawet na minimalne bodźce ze strony otoczenia – zarówno fizyczne, jak i psychiczne. Zmiany oraz stres związane z miejscem pracy dotyczą je w sposób intensywny. Wypalenie zawodowe często jest postrzegane jako efekt przewlekłego stresu, który pracownicy doświadczają w środowisku pracy [15].

Objawy i konsekwencje wypalenia zawodowego. Analizując temat wypalenia zawodowego, istotne jest przytoczenie zarówno objawów, jak i konsekwencji tego zjawiska. Skala różnorodności objawów sugeruje, że wypalenie zawodowe to złożony problem, w którym zjawisko spirali powoduje, że objawy mogą być zarówno przyczyną, jak i skutkiem ostatecznego wypalenia. Polska psycholog Stanisława Tucholska w sposób jasny uporządkowała najczęściej wskazywane przez badaczy objawy wypalenia zawodowego, dzieląc je na trzy płaszczyzny: indywidualną, interpersonalną oraz organizacyjną. Każda z tych płaszczyzn obejmuje różne rodzaje objawów, w tym: afektywne, poznawcze, behawioralne, motywacyjne oraz somatyczne.

Podjmując temat wypalenia zawodowego, warto mieć na uwadze te objawy oraz ich wpływ na zarówno jednostkę, jak i organizację. Wczesna identyfikacja i podjęcie działań mogą przynieść ulgę i pomóc w przywróceniu równowagi. Wzrost formalizmu, skrócenie czasu pracy oraz minimalizacja kontaktu z pacjentami to niepokojące tendencje. Wśród konsekwencji, które mogą prowadzić do wypalenia zawodowego, znajdują się także czynniki motywacyjne, takie jak utrata chęci do pracy, obawa przed powrotem do obowiązków, osłabione zaangażowanie oraz zmniejszone poczucie spełnienia zawodowego [6].

Prostszy podział symptomów wypalenia zawodowego obejmuje cztery kluczowe grupy: symptomy fizyczne, symptomy emocjonalne i behawioralne, symptomy rodzinne oraz społeczne oraz symptomy związane z pracą [6].

Rezmerska, Kochman i Anaszewicz w swoim artykule zatytułowanym „Specyfika pracy a wypalenie zawodowe w opinii pielęgniarek” zauważają, że wypalenie zawodowe to stan charakteryzujący się frustracją i wyczerpaniem, który dotyka osoby pracujące z innymi ludźmi. Wysiłek włożony w pomoc innym często prowadzi do utraty energii oraz motywacji do kontynuowania pracy z taką samą intensywnością i zaangażowaniem [16].

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

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono na grupie 161 pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych w szpitalach i ratownictwie medycznym. Do pomiaru wypalenia zawodowego wykorzystano kwestionariusz Maslach Burnout Inventory (MBI). Wyniki analizowano statystycznie, porównując poziom wypalenia zawodowego oraz jego komponenty w obu grupach.

Wyniki. Przeprowadzone badania pozwoliły na uzyskanie kompleksowego obrazu wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących zarówno na oddziałach szpitalnych, jak i w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM). Analiza wykazała, że pielęgniarki zatrudnione w systemie ratownictwa medycznego częściej wykazują wyższy poziom emocjonalnego wyczerpania w porównaniu do pielęgniarek pracujących na oddziałach szpitalnych. Natomiast depersonalizacja była bardziej widoczna u pielęgniarek pracujących na oddziałach szpitalnych.

W tabeli przedstawiono wyniki badania, wyrażone jako średnia suma punktów uzyskanych przez uczestników w poszczególnych obszarach składających się na syndrom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek i pielęgniarzy. Na podstawie zawartych danych można zaobserwować średnie wartości punktowe w obszarze wyczerpania emocjonalnego (21,92)

oraz poczucia osiągnięć zawodowych (30,12). W obszarze depersonalizacji odnotowano stosunkowo wysoki wynik – 9,83. Analiza wyników wskazuje, że uczestnicy badania wykazują średni poziom wypalenia zawodowego w zakresie wyczerpania emocjonalnego oraz poczucia osiągnięć zawodowych. Natomiast w obszarze depersonalizacji poziom wypalenia zawodowego jest wysoki, co może sugerować znaczący wpływ tego czynnika na funkcjonowanie zawodowe pielęgniarek i pielęgniarzy (tabela 1).

Tabela 1. Średnia arytmetyczna, mediana oraz odchylenie standardowe wypalenia zawodowego dla całej grupy uczestników badania

Wypalenie zawodowe	Średnia arytmetyczna	Mediana	Odchylenie standardowe
Wyczerpanie emocjonalne	21,92	21	13,07
Depersonalizacja	9,83	8	7,01
Poczucie osiągnięć zawodowych	30,12	30,5	9,25

Źródło: Interpretacja skali MBI.

W przeprowadzonym badaniu dokonano analizy różnic w poziomie wypalenia zawodowego pielęgniarek i pielęgniarzy z uwzględnieniem zmiennej płci. Wyniki wskazują, że kobiety wykazują wyższy poziom wypalenia zawodowego niż mężczyźni, jednak istotność statystyczna tej różnicy została potwierdzona wyłącznie w zakresie **wyczerpania emocjonalnego**. Średnia wartość dla tego wskaźnika w grupie kobiet wyniosła **Me = 23,50**, przy medianie **Md = 22**, natomiast w grupie mężczyzn była istotnie niższa (**Me = 18,70**, **Md = 15,0**).

W obszarze depersonalizacji zaobserwowano następujące średnie wartości: kobiety Me = 9,21, Md = 8, a mężczyźni Me = 11,11, Md = 10, co wskazuje na wyższy poziom depersonalizacji w grupie mężczyzn.

Z kolei w zakresie poczucia osiągnięć zawodowych kobiety osiągnęły średni wynik Me = 29,39, Md = 29, podczas gdy mężczyźni prezentowali wyższe wartości (Me = 31,63, Md = 33) (Tabela 2).

Pomimo obserwowanych różnic w poszczególnych wymiarach wypalenia zawodowego, analiza statystyczna wskazuje na niepewność w zakresie jednoznacznego określenia korelacji między płcią a wypaleniem zawodowym. Wyniki sugerują, że mężczyźni charakteryzują się niższym poziomem wyczerpania emocjonalnego, wyższym poziomem depersonalizacji oraz wyższym poczuciem osiągnięć zawodowych. Jednak ze względu na siłę korelacji określoną przez współczynniki *r* i *p*, nie można jednoznacznie potwierdzić występowania istotnych zależności.

Tabela 2. Różnice w poziomie wypalenia zawodowego ze względu na płeć badanych

Wypalenie zawodowe	Kobieta			Mężczyzna			r	p
	Me	Md	Std	Me	Md	Std		
Wyczerpanie emocjonalne	23.50	22	13.02	18.70	15.0	12.67	-0.173	0.028
Depersonalizacja	9.21	8	7.15	11.11	10	6.60	0.128	0.106
Poczucie osiągnięć zawodowych	29.39	29	9.21	31.63	33	9.24	0.114	0.150

Me – średnia arytmetyczna, Md – mediana, Std - odchylenie standardowe, r – współczynnik korelacji Pearsona, p – istotność statystyczna (p-value)

Źródło: Interpretacja skali MBI.

W tabeli zaprezentowano porównanie poziomu wypalenia zawodowego w trzech grupach respondentów, sklasyfikowanych według poziomu wykształcenia: średniego zawodowego, wyższego zawodowego (licencjat pielęgniarstwa/magister pielęgniarstwa) oraz wyższego zawodowego ze specjalizacją. Analiza statystyczna wykazała brak istotnych różnic w poziomie wypalenia zawodowego pomiędzy tymi grupami (Tabela 3).

Średnie wartości uzyskane w zakresie wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji oraz poczucia osiągnięć zawodowych pozostają na zbliżonym poziomie we wszystkich badanych grupach.

Tabela 3. Różnice w poziomie wypalenia zawodowego z uwzględnieniem wykształcenia badanych

Wypalenia zawodowe	Wyższe zawodowe + specjalizacja			Średnie zawodowe			F	p
	Me	Md	Std	Me	Md	Std		
Wyczerpanie emocjonalne	22,27	22	11,38	16,60	11	14,22	0,877	0,418
Depersonalizacja	8,51	7	6,84	12,78	9	9,17	1,769	0,174
Poczucie osiągnięć zawodowych	30,20	30	9,06	30,41	32,50	8,51	0,007	0,993
Wypalenia zawodowe	Wyższe zawodowe (licencjat pielęgniarstwa/ magister pielęgniarstwa)						F	p
	Me		Md		Std			
Wyczerpanie emocjonalne	22,27		20		13,69		0,877	0,418
Depersonalizacja	10,10		9		6,84		1,769	0,174
Poczucie osiągnięć zawodowych	30,09		30,13		9,52		0,007	0,993

Me – średnia arytmetyczna, Md – mediana, Std – odchylenie standardowe, F – współczynnik analizy wariancji ANOVA, p – istotność statystyczna (p-value)

Źródło: Interpretacja skali MBI.

Zamieszczona niżej tabel przedstawia poziom wypalenia zawodowego pielęgniarek i pielęgniarzy z uwzględnieniem miejsca pracy respondentów, z podziałem na System Państwowego Ratownictwa Medycznego oraz oddziały szpitalne. Różnice w poziomie wypalenia zawodowego badanego personelu pielęgniarskiego są istotne statystyczne tylko w obszarze depersonalizacji. Personel pielęgniarski pracujący w ramach Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, w porównaniu do personelu oddziałów szpitalnych prezentuje nieco wyższy stopień wypalenia zawodowego w obszarze depersonalizacji, osiągają $Me=11,61$ przy medianie $Md=10$. Personel oddziałów szpitalnych osiąga $Me=8,51$ przy medianie $Md=7$ (tabela 4).

Na podstawie badanej grupy osób nie można jednoznacznie stwierdzić, czy poczucie osiągnięć zawodowych u pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego jest wyższe w porównaniu do pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących na oddziałach szpitalnych. Wyniki analizy sugerują, że taka korelacja nie istnieje, jednak wartość parametru p nie pozwala jednoznacznie tego stwierdzić.

Tabela 4. Poziom wypalenia zawodowego z podziałem na miejsca pracy badanych.

Wypalenia zawodowe	Państwowe Ratownictwo Medyczne			Oddziały szpitalne			r	p
	Me	Md	Std	Me	Md	Std		
Wyczerpanie emocjonalne	20,65	17	13,73	22,87	21,96	12,53	0,084	0,288
Depersonalizacja	11,61	10	7,03	8,51	7	6,73	-0,220	0,005
Poczucie osiągnięć zawodowych	29,78	32	9,86	30,38	30	8,81	0,032	0,685

Me - średnia arytmetyczna, Md - mediana, Std - odchylenie standardowe, r - współczynnik korelacji Pearsona, p - istotność statystyczna (p-value)

Źródło: Interpretacja skali MBI.

Poziom wypalenia zawodowego dla całej grupy uczestników badania: średni poziom w obszarze wyczerpania emocjonalnego oraz poczucia osiągnięć zawodowych; wysoki poziom w obszarze depersonalizacji.

Poziom wypalenia zawodowego ze względu na płeć: mężczyźni cechują się mniejszym poziomem wyczerpania emocjonalnego, wyższym poziomem depersonalizacji oraz wyższym poziomem poczucia osiągnięć zawodowych.

Poziom wypalenia zawodowego ze względu na wiek: poziom ten jest porównywalny we wszystkich, czterech grupach wiekowych.

Poziom wypalenia zawodowego ze względu na wykształcenie: poziom ten utrzymuje się na zbliżonym poziomie we wszystkich trzech grupach, biorąc pod uwagę wykształcenie badanych.

Poziom wypalenia zawodowego ze względu na miejsce pracy: poziomy wypalenia zawodowego badanego personelu pielęgniarskiego są istotne statystycznie tylko w obszarze depersonalizacji. Personel pielęgniarski systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, w porównaniu do personelu oddziałów szpitalnych prezentuje nieco wyższy stopień wypalenia zawodowego w obszarze depersonalizacji. Wykształcenie badanych pielęgniarek i pielęgniarzy nie pozostaje w istotnej zależności z poziomem wypalenia zawodowego. Brak istotnie statystycznych różnic w poziomie ogólnego wypalenia zawodowego między pielęgniarkami i pielęgniarzami pracującymi w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego, a tymi pracującymi w oddziałach szpitalnych sugeruje, że zjawisko wypalenia zawodowego może mieć charakter uniwersalny, niezależny od miejsca zatrudnienia w systemie ochrony zdrowia. Różnice w poziomie wypalenia zawodowego badanego personelu pielęgniarskiego są istotne statystycznie w obszarze depersonalizacji. Personel pielęgniarski pracujący w ramach Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, w porównaniu do personelu pielęgniarskiego oddziałów szpitalnych prezentuje nieco wyższy stopień wypalenia zawodowego w obszarze depersonalizacji. Porównanie środowisk pracy – oddziałów szpitalnych i systemu PRM – ujawniło, że choć poziomy wyczerpania emocjonalnego i poczucia osiągnięć są porównywalne, to istotnie wyższy poziom depersonalizacji występuje wśród pielęgniarek zatrudnionych na oddziałach szpitalnych. Wynik testu Manna-Whitney'a ($p = 0,00144$) potwierdza statystycznie znaczącą różnicę, co może wskazywać na inne wyzwania związane z organizacją pracy i kulturą organizacyjną w szpitalu. Czynniki takie mogą obejmować większą liczbę pacjentów, wyższe tempo pracy oraz bardziej złożone relacje interpersonalne, co w konsekwencji zwiększa ryzyko rozwoju depersonalizacji.

Dyskusja. Analiza wyników badań dotyczących wypalenia zawodowego pielęgniarek wskazuje na pewne podobieństwa i różnice w stosunku do wcześniejszych badań przeprowadzonych przez innych autorów. Wyniki przeprowadzonego badania wskazują na wysoki poziom depersonalizacji wśród pielęgniarek, co jest zgodne z wcześniejszymi badaniami, które podkreślają, że depersonalizacja jest jednym z najczęściej występujących objawów wypalenia zawodowego w tej grupie zawodowej [17]. W metaanalizie badań dotyczących wypalenia zawodowego pielęgniarek wykazano, że depersonalizacja jest szczególnie nasilona w środowiskach o wysokim poziomie stresu zawodowego, takich jak oddziały intensywnej terapii czy ratownictwo medyczne [18]. W dokumencie przygotowanym przez Instytut Psychiatrii i Neurologii autorstwa Sienkiewicz-Jarosz i zespołu w 2022 roku stwierdzono, że pielęgniarki charakteryzują się zazwyczaj średnim poziomem wypalenia zawodowego, przy czym dominującym aspektem pozostaje wyczerpanie emocjonalne [17].

W badaniu Wojciechowskiej i wsp. analiza statystyczna nie wykazała znaczącej korelacji pomiędzy miejscem zatrudnienia respondentów a poziomem ich wypalenia zawodowego, mierzonego w aspekcie depersonalizacji. W teście podskali dotyczącej poczucia osiągnięć osobistych wyniki pielęgniarek oraz pielęgniarzy plasowały się na poziomie średnim. Zaobserwowano, że intensywność wypalenia wzrastała wraz z wiekiem i stażem pracy, choć już wśród osób na początku kariery dostrzegalne były symptomy wypalenia zawodowego. Zdecydowana większość badanych oceniała swoją pracę jako bardzo stresującą, co miało duży wpływ na rozwój wypalenia. Kluczowymi czynnikami stresogennymi były nadmierne obciążenie obowiązkami oraz niewystarczające wynagrodzenie za wykonywaną pracę. Dodatkowo rodzaj oddziału, w którym pracowali respondenci, nie okazała się mieć znaczącego wpływu na poziom doświadczanego stresu. Pomimo częstego przepracowywania i wysokiego poziomu stresu, pielęgniarki i pielęgniarze wykazywali silne przywiązanie do swojego zawodu, nie wyrażając chęci jego zmiany.

Wpływ miejsca pracy. Wyniki badań wskazują, że pielęgniarki pracujące w Systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM) wykazują wyższy poziom depersonalizacji niż ich koleżanki zatrudnione w oddziałach szpitalnych. Podobne wnioski przedstawiono w badaniach Rezmerskiej i współautorów, którzy zauważyli, że charakter pracy pielęgniarek w różnych oddziałach szpitalnych różnicuje poziom wypalenia zawodowego – wyższy poziom wypalenia zawodowego występuje w oddziałach zabiegowych w porównaniu z oddziałami zachowawczymi [17].

Wpływ płci. W badaniu wykazano, że mężczyźni cechują się niższym poziomem wyczerpania emocjonalnego, ale wyższym poziomem depersonalizacji oraz poczucia osiągnięć zawodowych. Podobne zależności zaobserwowano w badaniach przeprowadzonych przez Sienkiewicz-Jarosz i współautorów, którzy wskazali, że mężczyźni częściej stosują mechanizmy dystansowania emocjonalnego, co może prowadzić do wzrostu depersonalizacji, ale jednocześnie ogranicza poziom wyczerpania emocjonalnego [17]. Natomiast w badaniu Czyżewskiego i jego współpracowników z 2018 roku kobiety wykazywały wyższy poziom wypalenia zawodowego, w porównaniu do mężczyzn [19]. Z dostępnych badań w literaturze zauważyć można pewną zależność w obszarach wypalenia zawodowego. Kobiety prezentują wyższe wyniki w obszarze wyczerpania emocjonalnego, natomiast mężczyźni w skali depersonalizacji. Warto również zauważyć, że zawód pielęgniarki jest zdominowany przez płć żeńską, co skutkuje znaczną przewagą liczebną respondentek w tej próbie badawczej. Może to ograniczać możliwość pełnego porównania obu płci oraz wpłynąć na interpretacje uzyskanych wyników.

Wpływ wieku i wykształcenia. Brak istotnych różnic w poziomie wypalenia zawodowego między grupami wiekowymi i wykształcenia jest zgodny z wcześniejszymi badaniami, które wskazują, że czynniki demograficzne mają mniejszy wpływ na wypalenie zawodowe niż warunki pracy i obciążenie zawodowe [18]. Podobne wyniki otrzymała Wieder-Huszla i jej współautorzy w toku badania przeprowadzonego w 2016 roku. Nie zaobserwowali oni istotnego wpływu wieku badanych pielęgniarek i pielęgniarzy na poziom wypalenia zawodowego [20].

Porównanie wyników badań wskazuje na spójność w zakresie wpływu miejsca pracy i płci na poziom wypalenia zawodowego pielęgniarek. Wysoki poziom depersonalizacji wśród pielęgniarek pracujących w PRM oraz różnice między płciami w zakresie mechanizmów radzenia sobie ze stresem są zgodne z wcześniejszymi badaniami. Jednocześnie brak istotnych różnic w poziomie wypalenia zawodowego ze względu na wiek i wykształcenie potwierdza wcześniejsze ustalenia, że czynniki środowiskowe odgrywają kluczową rolę w rozwoju wypalenia zawodowego. W wynikach badań własnych nie stwierdzono istotnego wpływu stażu pracy pielęgniarek i pielęgniarzy na ogólny poziom wypalenia zawodowego. Podobne wyniki można zaobserwować w badaniu przeprowadzonym w 2018 roku przez Grochowską i jej współpracowników, w którym doszli oni do wniosku że staż pracy nie ma wpływu na poziom wypalenia zawodowego pielęgniarek i pielęgniarzy [21].

Innego zdania jest Kupcewicz i Szczypiński. W czasie przeprowadzania badania w 2018 roku wyciągnęli oni wniosek, że osoby z krótszym stażem pracy manifestowały niski poziom wypalenia zawodowego, podczas gdy wysoki poziom wypalenia zawodowego prezentowały osoby z długim stażem pracy [22]. Tożsame stanowisko zajęła Cipora i jej współpracownicy w badaniu przeprowadzonym w 2014 roku, w którym przedstawili wyniki wskazujące na to, że wraz ze wzrostem stażu pracy poziom wypalenia zawodowego również rośnie [23]. Staż pracy ma natomiast wpływ na poszczególne wymiary wypalenia zawodowego, w tym na poczucie depersonalizacji. W przeprowadzonym dla grupy pielęgniarek i pielęgniarzy ze stażem pracy do 10 lat i powyżej 20 lat poziom depersonalizacji jest na podobnym poziomie, gdzie dla pielęgniarek i pielęgniarzy o stażu pracy 11-20 lat występuje widoczny spadek w tym obszarze wypalenia zawodowego.

W badaniu Maniscalco badano bezpośrednie i pośrednie czynniki wpływających na zamiar odejścia z pracy wśród lekarzy i pielęgniarek w odniesieniu do satysfakcji z pracy, zaangażowania w pracę i wypalenia zawodowego. W szczególności, wymagania związane z pracą wiązały się ze zwiększonym wyczerpaniem emocjonalnym i depersonalizacją, a także

a także ze zmniejszoną satysfakcją z pracy zarówno dla lekarzy, jak i pielęgniarek. Podobnie, zasoby pracy były związane ze zmniejszonym wyczerpaniem emocjonalnym i depersonalizacją, a także zwiększoną satysfakcją z pracy dla obu grup. Stwierdzono, że tylko depersonalizacja, a nie wyczerpanie emocjonalne, okazało się być bezpośrednim determinantem zamiaru odejścia z pracy [24].

W ogólnodostępnej literaturze niedostatek jest badań dotyczących porównujących poziom wypalenia zawodowego pielęgniarek i pielęgniarzy Państwowego Ratownictwa Medycznego oraz z oddziałów szpitalnych. Stanowi to niedostateczne rozpoznanie ogólnego problemu oraz wskazuje to na konieczność przeprowadzenia dalszych badań, które pozwolą na lepsze zrozumienie zjawiska wypalenia zawodowego w różnych miejscach pracy personelu pielęgniarskiego.

Wnioski. Aby skutecznie przeciwdziałać wypaleniu zawodowemu na poziomie indywidualnym oraz organizacyjnym, warto rozważyć następujące działania:

1. Edukacja i szkolenia: Warto organizować warsztaty dotyczące zarządzania stresem, a także szkolenia z technik relaksacyjnych oraz wsparcia psychologicznego.
2. Poprawa warunków pracy: Inwestowanie w odpowiednią kadrę, reorganizacja struktury pracy, ulepszanie infrastruktury oraz tworzenie przyjaznego środowiska sprzyjającego efektywności.
3. Wsparcie interpersonalne: Kluczowe jest budowanie efektywnych zespołów oraz promowanie kultury wzajemnego wsparcia. Regularne konsultacje z psychologami, psychoterapeutami lub coachami zawodowymi mogą dodatkowo wspierać pracowników.
4. System wynagrodzeń i docenienia: Przemysłane polityki personalne powinny obejmować nie tylko konkurencyjne wynagrodzenia, ale także odpowiednie formy uznania dla zaangażowania kompetencji pracowników.

Podjmując te kroki, możemy znacząco przyczynić się do redukcji ryzyka wypalenia zawodowego w miejscu pracy. W kontekście praktycznym, wyniki niniejszego badania podkreślają potrzebę wdrażania dedykowanych programów wsparcia i interwencji profilaktycznych, z uwzględnieniem indywidualnych różnic płciowych oraz specyfiki środowiska pracy.

Wyniki badania wskazują na konieczność wdrażania spersonalizowanych programów wsparcia psychologicznego i/lub psychoterapeutycznego dla pielęgniarek w obu grupach badanych, uwzględniających specyfikę ich środowiska pracy. Wyniki wskazują, że choć ogólny poziom wyczerpania emocjonalnego w próbie jest niski, to zaskakująco wysoki poziom depersonalizacji budzi niepokój.

Obserwowany taki profil sugeruje, iż specyfika środowiska pracy może wpływać na mechanizmy radzenia sobie z obciążeniami emocjonalnymi, powodując, że pracownicy, mimo utrzymującego się poziomu energii, oddzielają się emocjonalnie od pacjentów i kolegów, co z kolei może wpływać zarówno na jakość świadczonej opieki, jak i na dobrostan samych pracowników.

Poprawa dobrostanu psychicznego i zawodowego może wpłynąć pozytywnie na jakość opieki nad pacjentami. Szczególnie wysoki poziom depersonalizacji w oddziałach szpitalnych wymaga monitorowania i działań interwencyjnych, które mogą obejmować szkolenia z zakresu radzenia sobie ze stresem, systematyczne konsultacje psychologiczne oraz modyfikację warunków pracy. Należy także uwzględnić ograniczenia badania, takie jak wielkość próby i jej reprezentatywność, co może stanowić punkt wyjścia do dalszych, bardziej rozbudowanych analiz, zarówno jakościowych, jak i ilościowych.

Piśmiennictwo:

1. Maresca G., Corallo F., Catanese G., Formica C, Lo Buono V., Coping Strategies of Healthcare Professionals with Burnout Syndrome: A Systematic Review. *Medicina*. 2021;58(2):327. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8877512/>
2. Hillert A., Albrecht A., Voderholzer U., The Burnout Phenomenon: A Résumé After More Than 15,000 Scientific Publications. *Frontiers in Psychiatry*. 2020;9:11. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7793987/>
3. Freudenberger H.J., Staff burn-out. *J Soc Issues*. 1974; 30:159–65.
4. Maslach C, Schaufeli W, Leiter M., Job burnout. *Annual Review of Psychology*. 2001;52(1):397–422. https://puneetbhachu.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/04/maslach_01_jobburnout.pdf
5. Porczyk J., Wypalenie zawodowe pielęgniarek w oddziałach psychiatrycznych – analiza historyczna. *Medycyna Pracy*. 2013;45(2):112-125. Dostępne na: gwsh.pl
6. Rużyczka- Wilczek E., Wypalenie zawodowe pracowników medycznych. Warszawa, Wolters Kluwer, 2014.
7. Perlman B., Hartman E. A. Burnout: Summary and future research. *Human Relations*. 1982, 35(4), 283–305. <https://doi.org/10.1177/001872678203500402>
8. Pines A., Aronson E., Combatting burnout, *Children and Youth Services Review*, Volume 5, Issue 3, 1983, 263-275, [https://doi.org/10.1016/0190-7409\(83\)90031-2](https://doi.org/10.1016/0190-7409(83)90031-2).
9. Brill, P. L., The need for an operational definition of burnout. *Family & Community Health: The Journal of Health Promotion & Maintenance*, 1984, 6(4), 12–24. <https://doi.org/10.1097/00003727-198402000-00005>
10. Etzion D., Burning out in management: A comparison of women and men in matched organizational positions. 1987, *Israel Social Science Research*, 5(1-2), 147–163.
11. Sęk H., Nowe Tendencje w psychologii. Wypalenie Zawodowe, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2011.

12. WHO, ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, 2024 [dostęp 04.04.2025] www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases.
13. Filipiak K., Martynowska K., Szczypta K., Ostrogórska-Gonszewska P., Professional burnout syndrome among nurses and midwives depending on the place of work. *Sztuka Leczenia*. 2023, nr 1, t. 38, s. 79–92.
14. [Ostrowska M.](#), [Michcik A.](#), Wypalenia zawodowe – przyczyny, objawy, skutki, zapobieganie. *Bezpieczeństwo Pracy: nauka i praktyka*. 2013, Nr 8, s. 22-25.
15. Kaczmarek A., Wypalenie zawodowe - następstwo stresu zawodowego. *Nowoczesne Systemy Zarządzania Instytut Organizacji i Zarządzania*. 2019; Nr 1, zeszyt 14, s. 65-78.
16. Rezmerska L., Kochman D., Anaszewicz A., Specyfika pracy a wypalenie zawodowe w opinii pielęgniarek. *Innowacje w Pielęgniarstwie*. 2016, 10;1(1), s.11- 26.
17. Sienkiewicz-Jarosz H., Januszczak J., Wiśniewska K., Mokros Ł., Świtaj P., Wypalenie zawodowe pielęgniarek – przyczyny i możliwości zapobiegania. Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2022 [cited 2025 May 26]. Dostępne na: https://www.ciop.pl/CIOPPortalWAR/file/98359/Wypalenie-zawodowe-pieleganiarek_Poradnik_I-PB-08.pdf
18. Wilczek-Rużyczka E., Zaczek I., Wypalenie zawodowe polskich pielęgniarek-metaanaliza badań. *Hygieia Public Health*. 2015;50(1):9-13.
19. Czyżewski Ł., Moczulski G., Kozaluk M i inni, Empathy and burnout Syndrome in the practice of emergency services – pilot study. *Disaster and emergency Medicine Journal*. 2018, nr 3, t. 1, s. 5-11.
20. Wieder-Huszla S. i inni., Wypalenie zawodowe wśród personelu pielęgniarskiego. *Family Medicine & Primary Care Review*. 2016, nr 1, s. 63-68.
21. Grochowska A., Kubik B., Romanowska U., Lebicka M., Burnout among nurses. *Medical Studies*. 2018, nr 34, t. 3, s. 189-195.
22. Kupcewicz E., Szczypiński W., Wpływ wybranych zmiennych społeczno-demograficznych i związanych ze środowiskiem pracy na poziom wypalenia zawodowego pielęgniarek. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2018, nr 2, t. 68, s. 165–172.
23. Cipora E., Smoleń E., Gazdowicz L. i inni., Poziom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej – badanie wstępne. *Nursing Topics*. 2014, nr 22, t. 3, s. 252–257.
24. Maniscalco L., Enea M., de Vries N., i inni., Intention to leave, depersonalisation and job satisfaction in physicians and nurses: a cross-sectional study in Europe. *Sci Rep*. 2024, 14(1), s. 2312. doi:10.1038/s41598-024-52887-7.

WYPALENIE ZAWODOWE PIELĘGNIAREK A MIEJSCE PRACY

ANNA DĄBEK, KATARZYNA MALEWICZ, IWONA ZBOROWSKA, STANISŁAW MANULIK,
WERONIKA JAROSZ

Wstęp. Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia wypalenie zawodowe jest syndromem wynikającym z chronicznego stresu w miejscu pracy, z którym nie udało się skutecznie poradzić. Stan ten charakteryzuje się uczuciem wyczerpania, zwiększonym dystansem psychicznym do pracy oraz zredukowaną skutecznością zawodową (1). Opisany syndrom klasyfikuje się jako zjawisko zawodowe, a nie jako stan chorobowy.

W ostatnim latach coraz większa liczba badaczy zwraca uwagę na występowanie problemu wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek i pielęgniarzy. Brakuje dokładnych danych o stopniu nasilenia tego zjawiska na terenie Polski oraz czynnikach mających wpływ na pogłębianie negatywnych trendów. Przeprowadzone badania sugerują, że problem jest powszechny i występuje w każdym z sektorów ochrony zdrowia w całym kraju. Szacuje się, że ponad połowa pielęgniarek i pielęgniarzy w Polsce często odczuwa pracę stres, a ponad 45% z nich odczuwa niezadowolenie z pracy (2-4).

Cel pracy. Celem pracy było sprawdzenie czy miejsce pracy wpływa na poziom wypalenia zawodowego pielęgniarek jak również określenie czynników związanych z miejscem pracy predysponujących do wystąpienia wypalenia zawodowego w zawodzie pielęgniarki.

Materiał i metody. Grupę badaną stanowiło 117 pielęgniarek i pielęgniarzy (111 kobiet i 6 mężczyzn) pracujących w różnych placówkach medycznych na terenie całej Polski. Materiał badawczy był zbierany od początku lutego 2024 r. do końca marca 2024 r. Do zebrania danych na potrzeby badania posłużono się kwestionariuszem socjodemograficznym własnego autorstwa oraz Kwestionariuszem Wypalenia Zawodowego Maslach (MBI). Analizy statystycznej zebranego materiału badawczego przy użyciu pakietu IBM SPSS Statistics 29.

Wyniki. W badaniu wzięło udział łącznie 117 pielęgniarek i pielęgniarzy. Zdecydowaną większość stanowiły kobiety (94,9%) nad mężczyznami (5,1%). Najwięcej personelu wskazało jako miejsce zamieszkania miasto powyżej 100 tys. mieszkańców (34,2%), najmniej natomiast podało miasto do 20 tys. mieszkańców (12,8%). Znaczna większość pielęgniarek i pielęgniarzy uzyskała wykształcenie wyższe, gdzie prawie połowa badanych osób zadeklarowała, że posiada dyplom licencjata (47%), a trochę mniej wskazało na magisterium (35,9%). Ponad połowa respondentów było po specjalizacji (55,6%). Poniższa tabelka prezentuje szczegółowe częstości zmiennych socjodemograficznych.

Tabela 1. Analiza częstości zmiennych socjodemograficznych w badanej grupie

		<i>n</i>	%
Płeć	Kobieta	111	94,9%
	Mężczyzna	6	5,1%
Miejsce zamieszkania	Wieś	29	24,8%
	Miasto do 20 tys. mieszkańców	15	12,8%
	Miasto 20 – 100 tys. mieszkańców	33	28,2%
	Miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	40	34,2%
Wykształcenie	Średnie zawodowe	20	17,1%
	Licencjat pielęgniarstwa	55	47,0%
	Magister pielęgniarstwa	42	35,9%
Specjalizacja	Tak	65	55,6%
	Nie	52	44,4%

Podstawa procentowania: wszyscy respondenci (117).

W kwestionariuszu socjodemograficznym własnego autorstwa zadano pielęgniarkom i pielęgniarzom również pytania dotyczące miejsca pracy i warunków zatrudnienia. Najwięcej respondentów zadeklarowało, że ich aktualna praca znajduje się w mieście powyżej 100 tys. mieszkańców (45,3%), najmniej wskazało na wieś (9,4%). Zdecydowana większość personelu pracuje tylko w jednym miejscu pracy (72,6%), ale jest widoczna grupa posiadająca więcej niż jedno takie miejsce (27,4%). Jako miejsce pracy najczęściej osób zaznaczyło Podstawową Opiekę Zdrowotną (34,2%), porównywalna liczba odpowiedzi wskazała na Oddział zabiegowy (19,7%) i Oddział zachowawczy (18,8%), natomiast pozostali (27,4%) wskazali inne placówki. Prawie dwie trzecie pielęgniarek i pielęgniarzy przepracowuje w ciągu miesiąca dokładnie jeden etat (65%), niecała jedna trzecia zaś powyżej etatu (32,5%). W kwestii zarobków ponad połowa respondentów wskazała miesięczny dochód brutto na poziomie 6-10 tys. (53%). Z analizy danych wynika ponadto, że większość z pielęgniarek i pielęgniarzy opiekuje się ponad 10 osobami podczas jednego dyżuru (55,6%), a dużo mniej z nich musi obsłużyć 6 - 10 pacjentów (16,2%). W przypadku trybu pracy wyniki rozkładają się prawie po równo, z delikatną przewagą na rzecz pracy w trybie zmianowym (50,4%) niż w dyżurach bez zmian (49,6%). Absolutna większość ankietowanych wskazała, że nie były im oferowane szkolenia o tematyce wypalenia zawodowego (93,2%) w miejscu zatrudnienia, ani nie mieli możliwości skorzystania z pomocy psychologicznej (82,9%). Szczegółowe rozkłady wskazanych odpowiedzi w kwestionariuszu dotyczących miejsca pracy i warunków zatrudnienia zostały przedstawione w poniższej tabelce.

Tabela 2. Analiza częstości zmiennych socjodemograficznych dotyczących miejsca pracy i zatrudnienia

		<i>n</i>	%
Miejscowość, w której znajduje się aktualne miejsce pracy	Wieś	11	9,4%
	Miasto do 20 tys. mieszkańców	21	17,9%

	Miasto 20 – 100 tys. mieszkańców	32	27,4%
	Miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	53	45,3%
Liczba miejsc pracy	Jedno miejsce pracy	85	72,6%
	Więcej niż jedno miejsce pracy	32	27,4%
Miejsce pracy	POZ	40	34,2%
	Oddział zabiegowy	23	19,7%
	Oddział zachowawczy	22	18,8%
	Inne	32	27,4%
Wymiar przepracowanych godzin w ciągu miesiąca	Mniej niż etat	3	2,6%
	Etat	76	65,0%
	Powyżej etatu	38	32,5%
Średni dochód brutto w ciągu miesiąca	< 6 tys.	41	35,0%
	6 - 10 tys.	62	53,0%
	> 10tys.	14	12,0%
Liczba pacjentów pod opieką podczas jednego dyżuru	1 - 5	33	28,2%
	6 - 10	19	16,2%
	powyżej 10	65	55,6%
Praca w trybie zmianowym	Tak	58	49,6%
	Nie	59	50,4%
Obecność szkoleń nt. wypalenia zawodowego	Tak	8	6,8%
	Nie	109	93,2%
Możliwość skorzystania z pomocy psychologicznej	Tak	20	17,1%
	Nie	97	82,9%

Podstawa procentowania: wszyscy respondenci (117).

W kwestionariuszu socjodemograficznym własnego autorstwa pojawiło się ponadto pytanie wielokrotnego wyboru o psychosomatyczne objawy wypalenia zawodowego, powiązane z wysypianiem się i odpowiednim rytmem dobowym. Z danych wynika, że często wybieranymi objawami było poczucie braku energii (69,2%) oraz poczucie senności w ciągu dnia (65,8%). Wskazywano również na problemy z zasypianiem (42,7%) oraz wybudzanie się ze snu (42,7%). Na odczuwanie zaburzonego rytmu dobowego wskazała jedna trzecia respondentów (33,3%). Nieznaczna liczba pielęgniarek i pielęgniarzy nie wskazała żadnej z wyszczególnionych opcji (7,7%). Rozkład wskazywanych objawów został przedstawiony w tabeli 3.

Tabela 3. Analiza częstości odpowiedzi na pytanie o objawy psychosomatyczne

	<i>n</i>	%
Problemy z zasypianiem	50	42,7%
Wybudzanie się ze snu	50	42,7%
Poczucie senności w ciągu dnia	77	65,8%
Odczuwanie zaburzonego rytmu dobowego	39	33,3%
Poczucie braku energii	81	69,2%
Żadne z powyższych	9	7,7%

Podstawa procentowania: wszyscy respondenci (117).

Analiza wyników. W pierwszym etapie analizy wyników sprawdzono rozkłady zmiennych ilościowych, którymi były trzy wymiary Kwestionariusza Wypalenia Zawodowego Maslach

(MBI) - wyczerpanie emocjonalne, depersonalizacja i realizacja osobista. Poniżej zaprezentowano analizę częstości odpowiedzi na poszczególne pytania oraz opracowanie podstawowych statystyk opisowych badanych zmiennych wraz z testem Shapiro - Wilka badającym normalność rozkładu.

Tabela 4. Analiza częstości odpowiedzi w Kwestionariuszu MBI

		<i>n</i>	%
1. Przez moją pracę czuję się emocjonalnie wyczerpany/a.	Bardzo często	29	24,8%
	Czasami	67	57,3%
	Rzadko	20	17,1%
	Nigdy	1	0,9%
2. Na koniec dnia pracy czuję się zużyty/a.	Bardzo często	51	43,6%
	Czasami	50	42,7%
	Rzadko	15	12,8%
	Nigdy	1	0,9%
3. Wstając rano czuję się już zmęczony/a, kiedy widzę przed sobą nowy dzień w pracy.	Bardzo często	32	27,4%
	Czasami	50	42,7%
	Rzadko	29	24,8%
	Nigdy	6	5,1%
4. Bardzo mnie wyczerpuje całodzienna praca z ludźmi.	Bardzo często	25	21,4%
	Czasami	46	39,3%
	Rzadko	42	35,9%
	Nigdy	4	3,4%
5. Przez moją pracę czuję się wypalony/a.	Bardzo często	23	19,7%
	Czasami	41	35,0%
	Rzadko	38	32,5%
	Nigdy	15	12,8%
6. Przez moją pracę czuję się sfrustrowany/a.	Bardzo często	28	23,9%
	Czasami	49	41,9%
	Rzadko	34	29,1%
	Nigdy	6	5,1%
7. Mam wrażenie, że zbyt ciężko pracuję.	Bardzo często	37	31,6%
	Czasami	52	44,4%
	Rzadko	24	20,5%
	Nigdy	4	3,4%
8. Za bardzo mnie stresuje praca w bezpośrednim kontakcie z ludźmi.	Bardzo często	13	11,1%
	Czasami	35	29,9%
	Rzadko	51	43,6%
	Nigdy	18	15,4%
9. Czuję się tak, jakbym gonil/a resztkami sił.	Bardzo często	20	17,1%
	Czasami	48	41,0%
	Rzadko	34	29,1%

	Nigdy	15	12,8%
	Bardzo często	5	4,3%
10. Mam wrażenie, że traktuję niektórych pacjentów, jakby byli przedmiotami.	Czasami	27	23,1%
	Rzadko	44	37,6%
	Nigdy	41	35,0%
	Bardzo często	14	12,0%
11. Stałem/am się bardziej obojętny/a wobec ludzi, odkąd wykonuję tę pracę.	Czasami	35	29,9%
	Rzadko	36	30,8%
	Nigdy	32	27,4%
	Bardzo często	21	17,9%
12. Obawiam się, że moja praca czyni mnie współczującym/a.	Czasami	58	49,6%
	Rzadko	30	25,6%
	Nigdy	8	6,8%
	Bardzo często	10	8,5%
13. W rzeczywistości nie interesuje mnie, co stanie się z niektórymi pacjentami.	Czasami	26	22,2%
	Rzadko	34	29,1%
	Nigdy	47	40,2%
	Bardzo często	32	27,4%
14. Mam wrażenie, że niektórzy pacjenci i ich krewni sądzą, iż to ja ponoszę odpowiedzialność za ich problemy.	Czasami	43	36,8%
	Rzadko	22	18,8%
	Nigdy	20	17,1%
	Bardzo często	30	25,6%
15. Łatwo mogę zrozumieć, co moi pacjenci myślą na określone tematy.	Czasami	61	52,1%
	Rzadko	22	18,8%
	Nigdy	4	3,4%
	Bardzo często	53	45,3%
16. Udaje mi się skutecznie rozwiązywać problemy moich pacjentów.	Czasami	56	47,9%
	Rzadko	8	6,8%
	Nigdy	0	0,0%
	Bardzo często	36	30,8%
17. Mam wrażenie, że poprzez moją pracę pozytywnie wpływam na życie.	Czasami	59	50,4%
	Rzadko	19	16,2%
	Nigdy	3	2,6%
	Bardzo często	11	9,4%
18. Czuje w sobie duże pokłady energii.	Czasami	56	47,9%
	Rzadko	46	39,3%
	Nigdy	4	3,4%
	Bardzo często	40	34,2%
19. Z łatwością przychodzi mi stworzenie rozluźniającej atmosfery.	Czasami	47	40,2%
	Rzadko	25	21,4%
	Nigdy	5	4,3%
	Bardzo często	33	28,2%

20. Czuję się ożywiony/a, kiedy ściśle współpracuję z moimi pacjentami.	Czasami	55	47,0%
	Rzadko	26	22,2%
	Nigdy	3	2,6%
21. W mojej pracy osiągnąłem/am wiele znaczących celów.	Bardzo często	38	32,5%
	Czasami	57	48,7%
	Rzadko	21	17,9%
	Nigdy	1	0,9%
21. W mojej pracy traktuję problemy emocjonalnie bardzo spokojnie	Bardzo często	24	20,5%
	Czasami	61	52,1%
	Rzadko	28	23,9%
	Nigdy	4	3,4%

Podstawa procentowania: wszyscy respondenci (117).

Test Shapiro - Wilka na przedstawionych w tabelce danych wykazał, że był on istotny statystycznie w przypadku wymiarów wyczerpania emocjonalnego oraz depersonalizacji Kwestionariusza MBI. Oznacza to, że rozkłady wskazanych skal istotnie odbiegały od rozkładu normalnego. Trzeba jednak zwrócić uwagę na fakt, że skośność rozkładu tych zmiennych nie przekroczyła umownej wartości bezwzględnej 1. Oznacza to, że rozkłady były asymetryczne w nieznacznym stopniu. Wynika z tego, że zasadne było przeprowadzenie analizy w oparciu o testy parametryczne. Poniższa tabelka prezentuje analizę podstawowych statystyk opisowych wraz z testem Shapiro - Wilka.

Tabela 5. Podstawowe statystyki opisowe wraz z testem Shapiro – Wilka.

Zmienna zależna	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>W</i>	<i>p</i>
Wyczerpanie emocjonalne	25,56	26,00	5,93	-0,21	-0,68	12,00	36,00	0,97	0,026
Depersonalizacja	11,18	11,00	3,22	0,32	-0,74	5,00	18,00	0,96	0,003
Realizacja osobista	24,19	24,00	3,91	-0,16	-0,19	13,00	32,00	0,98	0,182

Adnotacja. *M* - średnia; *Me* - mediana; *SD* - odchylenie standardowe; *Sk.* - skośność; *Kurt.* - kurtოza; *Min.* - wartość minimalna; *Maks.* - wartość maksymalna; *W* - wynik testu Shapiro - Wilka; *p* - wartość *p* dla testu Shapiro-Wilka.

W niniejszej pracy postawiono hipotezę mówiącą o tym, że pielęgniarki i pielęgniarze pracujący w POZ przejawiają najniższy poziom wypalenia zawodowego w porównaniu z pracownikami oddziałów zabiegowych, zachowawczych i innych wskazywanych miejsc pracy. Celem przetestowania przedstawionej hipotezy przeprowadzono jednoczynnikową analizę wariancji (ANOVA). Tabela 6 prezentuje wyniki przeprowadzonej analizy.

Tabela 6. Poziom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w różnych placówkach medycznych.

Zmienna zależna	Miejsce pracy	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	η^2
Wyczerpanie emocjonalne	POZ	40	26,18	6,82	0,21 ^a	3; 59,83	0,892	0,01
	Oddział zabiegowy	23	25,48	4,94				
	Oddział zachowawczy	22	25,18	4,39				
	Inne	32	25,09	6,47				

Depersonalizacja	POZ	40	10,93	3,09	1,07	3; 113	0,367	0,03
	Oddział zabiegowy	23	11,35	2,96				
	Oddział zachowawczy	22	12,18	3,47				
	Inne	32	10,69	3,36				
Realizacja osobista	POZ	40	24,53	3,95	0,93	3; 113	0,430	0,02
	Oddział zabiegowy	23	23,09	4,31				
	Oddział zachowawczy	22	23,95	3,15				
	Inne	32	24,72	4,04				

Adnotacja. *n* - liczba obserwacji; *M* - średnia; *SD* - odchylenie standardowe; *F* - wartość statystyki testowej; *df* - stopnie swobody; *p* - istotność statystyczna; η^2 - wskaźnik siły efektu

^a Wynik test Levene'a okazał się istotny statystycznie - zaprezentowano wynik z poprawką Welcha

Przeprowadzona analiza wariancji nie wykazała istotnych statycznie różnic pomiędzy miejscami pracy we wskazanych wymiarach wypalenia zawodowego z Kwestionariusza MBI. Oznacza to, że hipoteza nie została potwierdzona, ponieważ w badanej grupie nie wykazano wpływu aktualnego miejsca pracy na poziom wypalenia zawodowego, a pielęgniarki i pielęgniarze pracujący w POZ nie wykazali mniejszego poziomu tegoż wypalenia względem respondentów z innych ośrodków medycznych.

Kolejna z postawionych hipotez zakładała, że poziom wypalenia zawodowego grupie pielęgniarek i pielęgniarzy jest wprost proporcjonalny do długości stażu pracy, czyli najniższy poziom wypalenia jest obecny u pracowników z najkrótszym stażem pracy, a najwyższy u osób z najdłuższym stażem. W celu weryfikacji hipotezy przeprowadzono analizę z wykorzystaniem współczynnika korelacji liniowej *r* - Pearsona. Tabela 7 zawiera wyniki tej analizy.

Tabela 7. Korelacja pomiędzy stażem pracy a poziomem wypalenia zawodowego.

Zmienna		Staż pracy	Wyczerpanie emocjonalne	Depersonalizacja	Realizacja osobista
Staż pracy	<i>r</i> -Pearsona		0,31	0,06	0,10
	istotność		<0,001	0,526	0,268
Wyczerpanie emocjonalne	<i>r</i> -Pearsona	0,31		0,44	-0,48
	istotność	<0,001		<0,001	<0,001
Depersonalizacja	<i>r</i> -Pearsona	0,06	0,44		-0,54
	istotność	0,526	<0,001		<0,001
Realizacja osobista	<i>r</i> -Pearsona	0,10	-0,48	-0,54	
	istotność	0,268	<0,001	<0,001	

Analiza danych wykazała, że staż pracy w zawodzie pielęgniarskim był istotnie statystycznie związany tylko z jednym z wymiarów z Kwestionariusza MBI, a było to wyczerpanie emocjonalne. Znaleziony związek potwierdza istnienie relacji wprost proporcjonalnej pomiędzy stażem pracy a wskazaną skalą, ponieważ im dłuższy staż pracy w zawodzie tym większe

pielęgniarki i pielęgniarze przejawiali wyczerpanie emocjonalne. Postawiona hipoteza badawcza została więc częściowo potwierdzona.

W tabeli 7 zaprezentowane zostały również współczynniki korelacji pomiędzy wymiarami Kwestionariusza MBI. Analiza wykazała, że wyczerpanie emocjonalne było istotnie pozytywnie, umiarkowanie skorelowane z depersonalizacją. Tak przedstawione wyniki wskazują, że im wyższe było wyczerpanie emocjonalne u respondentów, tym wyższy był również przejawiany przez nich poziom depersonalizacji.

Inaczej sytuacja miała się z wymiarem realizacji osobistej. W tym przypadku skala to była negatywnie skorelowana z obiema pozostałymi - wyczerpaniem emocjonalnym oraz depersonalizacją. Oznacza to, że wraz ze wzrostem poziomu obu wymiarów malało poczucie realizacji osobistej, a więc rosła ona odwrotnie proporcjonalnie do wskazanych metryk. W przypadku wyczerpania emocjonalnego efekt korelacji był umiarkowany, a dla depersonalizacji dość silny.

W kolejnym kroku zweryfikowano postawioną hipotezę stwierdzającą, że problem wypalenia zawodowego występuje w mniejszym nasileniu wśród pielęgniarek i pielęgniarzy posiadających wykształcenie wyższe niż u przedstawicielek i przedstawicieli grupy zawodowej z wykształceniem średnim. W ramach analizy przeprowadzono test t - Studenta dla prób niezależnych. Wyniki zostały zaprezentowane w poniższej tabeli 8.

Tabela 8. Poziom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek i pielęgniarzy z wykształceniem średnim i wyższym.

Zmienna zależna	Średnie (n = 20)		Wyższe (n = 97)		t	df	p	95% CI			d Cohena
	M	SD	M	SD				LL	UL		
Wyczerpanie emocjonalne	28,55	6,30	24,94	5,69	2,54	115	0,012	0,79	6,43		0,62
Depersonalizacja	12,60	3,79	10,89	3,03	2,20	115	0,030	0,17	3,25		0,54
Realizacja osobista	23,55	3,86	24,32	3,93	-0,80	115	0,426	-2,68	1,14		0,20

Adnotacja. n - liczba obserwacji; M - średnia; SD - odchylenie standardowe; t - wartość statystyki testowej; df - stopnie swobody; p - istotność statystyczna; CI - przedział ufności dla różnicy między średnimi; LL i UL - dolna i górna granica przedziału ufności

Analiza wyników testu t - Studenta wykazała różnice pomiędzy grupami z różnym wykształceniem w wymiarach wyczerpania emocjonalnego i depersonalizacji, które były istotne statystycznie. Uzyskane dane pokazały, że poziom wyczerpania emocjonalnego był zauważalnie wyższy wśród pielęgniarek i pielęgniarzy z wykształceniem średnim (M = 28,55; SD = 6,30) niż personelu z wykształceniem wyższym (M = 24,94; SD = 5,96), a efekt ten był silny (d Cohena = 0,62). Zaobserwowano również wyższy poziom depersonalizacji u osób bez studiów (M = 12,60; SD = 3,79) niż u tych posiadających dyplom ukończenia szkoły wyższej (M = 10,89; SD = 3,03). Także w tym drugim przypadku efekt był silny (d Cohena = 0,54). Na bazie uzyskanych wyników nie stwierdzono korelacji pomiędzy posiadanym wykształceniem,

a wymiarem realizacji osobistej. Z analizy wysuwa się wniosek, że przedstawiona wcześniej hipoteza badawcza została częściowo potwierdzona.

Następną hipotezą badawczą poddaną analizie było stwierdzenie, że praca w wymiarze godzinowym większym niż etat predysponuje do wystąpienia wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek i pielęgniarzy. W celu weryfikacji ponownie przeprowadzono test t - Studenta dla prób niezależnych, wykluczono jednak z analizy troje respondentów, którzy zadeklarowali pracę w wymiarze niepełnym, poniżej etatu. Wyniki zostały przedstawione w poniższej tabeli 9.

Tabela 9. Poziom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w różnym wymiarze godzin miesięcznie.

Zmienna zależna	Etat (n = 76)		Ponad etat (n = 38)		t	df	p	95% CI		d Cohena
	M	SD	M	SD				LL	UL	
Wyczerpanie emocjonalne	25,46	6,33	25,53	5,24	-0,06	112	0,956	-2,42	2,29	0,01
Depersonalizacja	11,09	3,15	11,26	3,37	-0,27	112	0,790	-1,44	1,10	0,05
Realizacja osobista	23,88	3,76	25,00	3,87	-1,48	112	0,141	-2,61	0,38	0,29

Adnotacja. n - liczba obserwacji; M - średnia; SD - odchylenie standardowe; t - wartość statystyki testowej; df - stopnie swobody; p - istotność statystyczna; CI - przedział ufności dla różnicy między średnimi; LL i UL - dolna i górna granica przedziału ufności

Przeprowadzona analiza wyników nie wykazała żadnych istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupą pielęgniarek i pielęgniarzy przepracowujących dokładnie etat w miesiącu, a grupą personelu pracujących w wymiarze godzin przekraczającym etat. Z przedstawionych danych można wysnuć wniosek, że liczba przepracowywanych w miesiącu godzin, w przypadku porównywania osób pracujących na etat i ponad, nie miała wpływu na żaden z wymiarów wypalenia zawodowego z Kwestionariusza MBI. Oznacza to, że postawiona hipoteza badawcza nie znalazła potwierdzenia w wynikach.

Ostatnia z postawionych hipotez badawczych twierdziła, że praca w trybie zmianowym predysponuje do występowania wypalenia zawodowego u pielęgniarek i pielęgniarzy, gdzie przez pracę zmianową rozumiana jest konieczność pracy na dyżurach odbywających się w godzinach nocnych (między godz. 23:00 a godz. 6:00). W ramach weryfikacji przedstawionego stwierdzenia przeprowadzono analizę danych otrzymanych od respondentów, ponownie testując je testem t - Studenta dla prób niezależnych. Wyniki analizy zaprezentowane zostały w tabeli 10.

Tabela 10. Poziom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących i niepracujących w trybie zmianowym.

Zmienna zależna	Zmiany (n = 58)		Bez zmian (n = 59)		t	df	p	95% CI		d Cohena
	M	SD	M	SD				LL	UL	
Wyczerpanie emocjonalne	25,40	5,04	25,71	6,73	-0,29 ^a	107,5	0,775	-2,49	1,86	0,05
Depersonalizacja	11,57	3,22	10,80	3,20	1,30	115	0,196	-0,40	1,95	0,24

Realizacja osobista	23,47	3,82	24,90	3,91	-2,01	115	0,047	-2,85	-0,02	0,37
---------------------	-------	------	-------	------	-------	-----	--------------	-------	-------	------

Adnotacja. n - liczba obserwacji; M - średnia; SD - odchylenie standardowe; t - wartość statystyki testowej; df - stopnie swobody; p - istotność statystyczna; CI - przedział ufności dla różnicy między średnimi; LL i UL - dolna i górna granica przedziału ufności

Z przedstawionego opracowania wynika, że znaleziono korelację tylko w przypadku wymiaru realizacji osobistej z Kwestionariusza MBI. Pielęgniarki i pielęgniarze pracujący na nocnym dyżurach wykazywali zauważalnie niższe poczucie osiągnięć osobistych ($M = 23,47$; $SD = 3,82$) niż miało to miejsce w przypadku personelu pracującego bez podziału na zmiany ($M = 24,90$; $SD = 3,91$). Siła tego efektu była umiarkowana (d Cohena = 0,37). Powyższa analiza opracowanych danych pozwala wysnuć wniosek, że badana hipoteza została częściowo potwierdzona, w wymiarze realizacji osobistej.

Dyskusja. Wypalenie zawodowe pielęgniarek to wszechobecny problem w branży opieki zdrowotnej, mający szkodliwy wpływ zarówno na dobrostan pielęgniarek, jak i jakość opieki nad pacjentem.

Porównując poziom wypalenia zawodowego w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej z innymi ośrodkami medycznymi, badania wykazały różny stopień wypalenia wśród pielęgniarek i pielęgniarzy. Badania przeprowadzone w placówkach POZ uwydatniły wyjątkowe wyzwania stojące przed nimi, takie jak zróżnicowany zakres potrzeb pacjentów i presja zapewnienia kompleksowej opieki przy ograniczonych zasobach. Z drugiej strony pielęgniarki i pielęgniarze w większych ośrodkach medycznych mogą doświadczyć wypalenia zawodowego ze względu na szybkie tempo pracy i wysoki poziom stresu, a także strukturę hierarchiczną, która może mieć wpływ na satysfakcję z pracy. Analizując te ustalenia, możemy zidentyfikować konkretne czynniki stresogenne, które przyczyniają się do wypalenia zawodowego w różnych placówkach opieki zdrowotnej (6). Przeprowadzone w ramach pracy badania nie wykazały jednak, żeby pielęgniarki i pielęgniarze pracujący w POZ byli bardziej bądź mniej narażeni od personelu pracującego w innych ośrodkach medycznych, pomimo różnic w wyzwaniach z jakimi muszą się na co dzień mierzyć. Podobnie jak w artykule autorstwa Dębskiej i Cepuch (5) personel medyczny wykazał się zróżnicowanym stopniem wypalenia zawodowego. Badanie nie wykazało, by były inne miejsca pracy niż POZ, mogące wyróżniać się negatywnym lub pozytywnym wpływem na poziom omawianego zagadnienia wśród pracowników.

Badania dostarczają cennych informacji na temat przebiegu wypalenia pielęgniarek w czasie oraz czynników wpływających na pojawianie się opisanego zjawiska. Czynniki takie jak zmiany obciążenia pracą, rozwój kariery i wydarzenia z życia osobistego mogą wpływać na trajektorię wypalenia zawodowego (7). Za jeden z takich czynników uznaje się pracę na

nocnych zmianach. Wiązą się one z niezliczoną liczbą wyzwań, które mogą utrudniać pielęgniarzom i pielęgniarkom samorealizację. Zakłócenie rytmu dobowego spowodowane nieregularnym snem może prowadzić do chronicznego zmęczenia, wpływając na ogólne samopoczucie. Łącznie te czynniki mogą przyczyniać się do poczucia niezadowolenia i zmniejszonego spełnienia osobistego wśród personelu pracującego na nocne zmiany, a więc także mają wpływ na poziom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek i pielęgniarzy (8). Dane z przeprowadzonego badania potwierdzają, że takimi czynnikami związanymi z obciążeniem pracą mogą być nocne dyżury. Powodują one, że pielęgniarki i pielęgniarze wykazują niższy poziom realizacji osobistej. Prowadzić to może w następstwie do wypalenia zawodowego. W takim wypadku, aby uniknąć tego negatywnego zjawiska, należałoby planować takie dyżury rozważnie, dając równocześnie pracownikom możliwość realizacji osobistej na innych płaszczyznach w zależności od potrzeb.

Związek pomiędzy wypaleniem emocjonalnym a depersonalizacją u pielęgniarek podkreśla powiązany charakter tych zjawisk. Wypalenie emocjonalne może prowadzić do depersonalizacji, ponieważ pielęgniarki i pielęgniarze przytłoczeni stresem i wyczerpaniem mogą dystansować się od pacjentów. Takie podejście może zaburzać komunikację, empatię i jakość opieki nad pacjentami (9). Przeprowadzone badanie potwierdziło powiązanie pomiędzy wzrostem wypalenia emocjonalnego, a poziomem depersonalizacji. Omawiane zjawisko staje się szczególnie widoczne u pielęgniarek i pielęgniarzy z dłuższym stażem. Jednocześnie towarzyszy temu obniżanie poziomu realizacji osobistej u personelu. Istotne wydaje się więc zapobieganie tym zjawiskom, ponieważ dotyczą one najbardziej doświadczonych pielęgniarek i pielęgniarzy, będących największym wsparciem dla pacjentów oraz młodszych pracowników. Poziom wykształcenia jest istotnym czynnikiem wpływającym na poziom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek i pielęgniarzy. Badania wykazały, że pracownicy z wykształceniem średnim częściej doświadczają wypalenia emocjonalnego ze względu na wymagający charakter swojej pracy (10). Przeprowadzone w ramach pracy kwestionariusze (własny i MBI) oraz ich opracowania potwierdziły wspomnianą zależność, wskazując grupę osób z wyższym wykształceniem jako mniej narażoną na wypalenie zawodowe.

Miesięczny nakład pracy odgrywa ważną rolę w określaniu prawdopodobieństwa wystąpienia wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek i pielęgniarzy. W licznych publikacjach sprawdzano wpływ obciążenia pracą na wypalenie zawodowe, a wyniki sugerują bezpośrednią korelację między tymi dwoma czynnikami. Badania Maslach i Leitera (11), wykazały, że wysoki poziom obciążenia pracą był istotnie powiązany ze zwiększonymi objawami wypalenia zawodowego wśród pracowników. Należy jednak zauważyć, że nie we wszystkich badaniach

osiągnięto jednomyślne wnioski dotyczące związku między obciążeniem pracą a wypaleniem zawodowym, a niektóre z nich sugerują, że pewne czynniki mogą łagodzić głębokość omawianego problemu (12). W przeprowadzonym badaniu nie potwierdzono korelacji pomiędzy liczbą przepracowywanych godzin w miesiącu a wypaleniem zawodowym. Zarówno osoby pracujące na pełen etat, jak i więcej okazały się być tak samo narażone.

Otrzymane wyniki potwierdzają wpływ wybranych czynników na wzrost wypalenia zawodowego u pielęgniarek i pielęgniarzy. Większość z wniosków pokrywa się z opracowaniami z innych przeprowadzanych badań. Pojawiły się także różnice, mogące posłużyć do rozwinięcia tematu pracy i dalszej analizie wybranych czynników.

Wnioski.

1. Miejsce pracy pielęgniarek i pielęgniarzy nie wpływa znacząco na poziom wypalenia zawodowego. Badanie nie wykazało, żeby personel medyczny pracujący w POZ był mniej podatny na opisywane zjawisko niż pracownicy z innych ośrodków.
2. Wraz z dłuższym stażem pracy można zaobserwować u pielęgniarek i pielęgniarzy większe wypalenie emocjonalne, któremu towarzyszy również wzrost wymiaru depersonalizacji. Ponadto, z coraz większym poziomem wypalenia emocjonalnego oraz depersonalizacji związane jest stopniowe obniżanie poziomu realizacji osobistej.
3. Pielęgniarki i pielęgniarze z wykształceniem średnim są bardziej podatni na wypalenie emocjonalne oraz depersonalizację niż personel medyczny posiadający wykształcenie wyższe.
4. Wymiar miesięcznego czasu pracy nie ma wpływu na wypalenie zawodowe. Osoby pracujące dokładnie etat oraz ponad etat są w podobnym stopniu podatne na wypalenie zawodowe.
5. Praca zmianowa zakładająca nocne dyżury (w godz. od 23:00 do 6:00) powoduje u pielęgniarek i pielęgniarzy niższy poziom realizacji osobistej niż u pozostałej grupy pracowników.

Bibliografia:

1. World Health Organization. Burn-out an “occupational phenomenon”. <https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/burn-out-an-occupational-phenomenon>
2. Kornakiewicz B, Krupa S, Widenka K. Czynniki wpływające na wypalenie zawodowe pielęgniarek w środowisku szpitalnym. *Pielęgniarstwo w Anestezjologii i Intensywnej Opiece*, 2019; 5(3):83-89.
3. Andruszkiewicz A. Wybrane psychospołeczne aspekty funkcjonowania zawodowego pielęgniarek a ich stan zdrowia. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Kraków 2018, s. 21.

4. Miniszewska J. Bycie z chorobą. Przystosowanie do wybranych przewlekłych chorób somatycznych z perspektywy psychologii pozytywnej i koncepcji poznawczych. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2019, s. 7.
5. Erenkfeit K, Dwudzińska L, Indyk A. Wpływ środowiska pracy na powstanie wypalenia zawodowego. *Medycyna Środowiskowa*, 2012, nr 15 (3), s. 127-128.
6. Dębska G, Cepuch G. Wypalenie zawodowe u pielęgniarek pracujących w zakładach podstawowej opieki zdrowotnej. *Probl. Pielęg.* 2018; 16: 273–274.
7. Kurowska K, Zuza-Witkowska A. Empatia a wypalenie zawodowe u pielęgniarek onkologicznych. *Now. Lek.* 2021; 80: 277–282.
8. Ramuszewicz M, Krajewska- Kułak E, Rolka H, Łukaszuk C, Kułak W. Problem wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek operacyjnych. *Chir. Pol.* 2015
9. Święcka M, Starun J. Stres a zespół wypalenia zawodowego wśród personelu pielęgniarskiego. *Probl. Pielęg.* 2015; 1–2: 47–55.
10. Lewandowska A., Litwin B. Wypalenie zawodowe jako zagrożenie w pracy pielęgniarki. *Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie* 2019; 55 (3): 86–89.
11. Maslach Ch, Leiter MP. Prawda o wypaleniu zawodowym. PWN, Warszawa 2011.
12. Ramuszewicz M, Krajewska- Kułak E, Rolka H, Łukaszuk C. Próba oceny wiedzy na temat zespołu wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek bloku operacyjnego. *Pielęg. XXI w* 2014; 3 (8): 25–30.

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

IZABELA JAROSZ, MAGDALENA RUSZEL, MARTA SZARA, JADWIGA KLUKOW

Wstęp. Wypalenie zawodowe spowodowane nierozwiązywalnym, długotrwałym stresem zawodowym zostało po raz pierwszy opisane w 1974r. przez Freudenbergera [1]. Zespół wypalenia zawodowego zdefiniowano jako przewlekłą reakcję na stres w miejscu pracy charakteryzującą się fizycznym, psychicznym i emocjonalnym stanem wyczerpania, który zmniejsza poczucie spełnienia osobistego i zawodowego [2]. Do czynników ryzyka zaliczono: przeciążenie pracą, problemy z komunikacją i organizacją, konflikty i problemy finansowe. Niektóre zawody są bardziej podatne na wypalenie zawodowe, zalicza się do nich pracowników systemu ochrony zdrowia [2]. Co raz częstsze doniesienia, m.in. STADA Health Report 2022: *Europe experiencing worsening health conditions* [3], wykazują, że pracownicy odczuwają objawy wypalenia zawodowego (w samoocenie dotyczącej analizy zjawiska wypalenia zawodowego objawy odczuwane były przynajmniej jeden raz przez 59% badanych Europejczyków [3]. Natomiast w Polsce, zgodnie z tym samym raportem, aż 70% obywateli w wieku produkcyjnym uważa, że jest narażonych na wystąpienie wypalenia zawodowego w pewnym momencie aktywności zawodowej [3]. Wypalenie zawodowe wzbudza szerokie zainteresowanie i jest określane jako jedno z najważniejszych psychospołecznych zagrożeń zawodowych we współczesnym społeczeństwie.

Medycyna pracy jest istotną gałęzią medycyny zapobiegawczej, której celem jest ochrona zdrowia pracowników w miejscu pracy. Trzy poziomy profilaktyki stosowane w medycynie pracy umożliwiają wspólnie kontrolowanie ryzyka. Profilaktyka pierwotna ma na celu zapobieganie wystąpieniu szkód związanych z ryzykiem zawodowym, profilaktyka wtórna – wczesne wykrywanie problemów zdrowotnych związanych z pracą, a trzeciorzędowa ograniczenie skutków już rozwiniętych zagrożeń zawodowych lub chorób [4]. Zadania służby medycyny pracy mogą być wykonywane przez pielęgniarki, które ukończyły kurs kwalifikacyjny w dziedzinie ochrony zdrowia pracujących lub uzyskały tytuł specjalisty w tejże dziedzinie [5]. Do obowiązków pielęgniarki specjalisty służby medycyny pracy należy nie tylko współdziałanie z pracodawcami i ich organizacjami oraz pracownikami polegające na wzajemnej wymianie informacji o zagrożeniach zdrowia występujących na stanowisku pracy, ale również dążenie do ich ograniczania lub likwidacji [5].

Nie zawsze jest możliwe całkowite wyeliminowanie zagrożenia zawodowego. Regularne badania lekarskie, wykonywane z odpowiednią częstotliwością dostosowaną do

zidentyfikowanych zagrożeń, umożliwiając wykrywanie problemów zdrowotnych związanych z pracą lub problemów, które mogą mieć wpływ na pracę [4]. Proaktywne podejście skoncentrowane na profilaktyce pomaga zmniejszyć ryzyko zawodowe, zapobiegać chorobom związanym z pracą i promować zdrowe i bezpieczne środowisko pracy dla wszystkich [4].

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

Materiał i metody. Badania przeprowadzono za pomocą metody sondażu diagnostycznego, techniki ankiety oraz standaryzowanych narzędzi badawczych: Kwestionariusz OLBI i Kwestionariusz UWES-17 oraz metryczki.

Standaryzowane narzędzie badawcze – Kwestionariusz OLBI (Oldenburski Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego, ang. *Oldenburg Burnout Inventory*) to narzędzie umożliwiające ocenę wypalenia zawodowego wśród pracowników. Narzędzie autorstwa Demerouti i wsp. [6]. (polska adaptacja: T. Chirkowska-Smolak [7]) zawiera 16 stwierdzeń, których ocena dokonywana jest przez badanego za pomocą 4-stopniowej skali Likerta. Osoba badana ocenia w jakim stopniu się z zgadza się z danym stwierdzeniem (1 – zdecydowanie się zgadzam; 2 – zgadzam się), bądź nie zgadza (3 – nie zgadzam się; 4 – zdecydowanie się nie zgadzam). Możliwa jest ocena wypalenia zawodowego w dwóch aspektach: skala braku zaangażowania (pozycje: 1, 3(R), 6(R), 7, 9(R), 11(R), 13, 15) oraz skala wyczerpania (pozycje: 2(R), 4(R), 5, 8(R), 10, 12(R), 14, 16). Dla pozycji oznaczonych (R) konieczne jest zrekodowanie (czyli 1=4, 2=3, 3=2, 4=1). W tych pozycjach testowych (2,3,4,6,8,9,11,12) im wyższy wynik, tym większe wypalenie zawodowe, zatem po zrekodowaniu wysoki wynik będzie wskazywał na wypalenie, im wyższy wynik w całym teście, tym większe wypalenie i tym mniejsze zaangażowanie. Wartość współczynnika rzetelności dla narzędzia OLBI jest satysfakcjonująca, zarówno dla wersji oryginalnej [6], jak i polskojęzycznej [7]. W wersji polskojęzycznej dla podskali dotyczącej „wyczerpania” α -Cronbacha=0,75, natomiast dla podskali „brak zaangażowania” α -Cronbacha = 0,74 [7].

Standaryzowane narzędzie badawcze – Kwestionariusz UWES-17 (*Utrecht Work Engagement Scale*), autorstwa Wilmara Schaufeli [8] (polska wersja językowa pozyskana ze strony autora [9]), umożliwia pomiar zaangażowania w pracę. Narzędzie składa się z 17 stwierdzeń odnoszących się do pracy badanego oraz 6-stopniowej skali Likerta dotyczącej oceny ich częstotliwości (0 – nigdy; 6 – zawsze, wynik maksymalny 106 pkt, pogrupowanych w 3 podskale: wigor (ang. *vigor*) pozycje: 1,4,8,12,15,17 [0-36 pkt]; zaabsorbowanie (ang. *absorbition*) pozycje 2, 5,7, 10, 13 [0-30pkt] i oddanie się pracy (ang. *dedication*) pozycje

3,6, 9, 11, 14, 16 [0-36 pkt]. Współczynnik α -Cronbacha w przypadku kwestionariusza UWES- 17 wynosi 0,94 [10].

Własnego autorstwa metryczka – zawiera m.in. pytania o dane socjodemograficzne badanych, powody wyboru zawodu dietetyka, aktualne miejsca pracy, staż pracy badanych, atmosferę w obecnym miejscu pracy.

Na etapie poprzedzającym realizację badania opracowano kwestionariusz ankiety w wersji papierowej i elektronicznej – formularz on-line, do którego przygotowano kod QR. Przewidziany czas na uzupełnienie kwestionariusza ankiety wynosił ok. 10 minut. Kwestionariusz ankiety dystrybuowano do dietetyków za pośrednictwem mediów społecznościowych (np. Facebook, Instagram), drogą e-mailową oraz drogą tradycyjną. Dobór badanych, ze względów organizacyjnych, był celowy. Badanie było anonimowe i dobrowolne, przeprowadzono je z zachowaniem zasad Deklaracji Helsińskiej. Uczestnicy badania zostali poinformowani o celu prowadzonego badania oraz zakresie i formie prezentacji pozyskanych danych. Przed wypełnieniem kwestionariusza ankiety uczestnicy wyrazili dobrowolną zgodę na udział w badaniu (potwierdzając to odpowiednią odpowiedzią na pytanie w kwestionariuszu). Po wyrażeniu zgody, otrzymywali możliwość wypełnienia kwestionariusza ankiety.

Kryterium włączenia do badania stanowiło zatrudnienie na stanowisko dietetyka co najmniej niż 1 rok oraz wyrażenie zgody na udział w badaniu. Kryterium wyłączenia obejmowało brak stażu pracy w zawodzie dietetyka poniżej 1 roku oraz brak zgody na udział w badaniu. Badania prowadzono w okresie od stycznia do kwietnia 2023 roku. Grupę badaną stanowili aktywni zawodowo dietetycy. Zebrany materiał badawczy poddano analizie statystycznej.

Wartości analizowanych zmiennych ilościowych przedstawiono przy pomocy statystyki opisowej, tj. wartości średniej, odchylenia standardowego, mediany, dolnego i górnego kwartyła oraz wartości minimalnych i maksymalnych, a także zmiennych jakościowych przy pomocy liczebności i odsetka. W celu sprawdzenia czy względem zmiennych występują istotne statystycznie zależności wykorzystano test t-studenta dla dwóch grup niezależnych, a także korelacje Spearmana (R). Analizy statystyczne wykonano w programie Statistica v.13.3, przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki. W badaniu udział wzięło 152 aktywnych zawodowo dietetyków, głównie kobiet (94,74%). Średni wiek badanych wynosił 30,48 lat ($\pm 5,43$), staż pracy ogółem 6,03 lat ($\pm 4,69$), staż pracy w obecnym miejscu pracy 4,38 lat ($\pm 4,12$). Większość badanych posiadała wykształcenie magister dietetyki (64,47%) oraz deklarowała, że głównym powodem wyboru zawodu było zainteresowanie zdrowym odżywianiem (81,58%). Badani aktualnie pracowali

w ramach własnej działalności gospodarczej (62,50%), bądź w prywatnym podmiocie udzielającym świadczeń z zakresu dietetyki (20,39%). Blisko połowa badanych określiła, że w ich obecnym miejscu pracy ludzie są do siebie pozytywnie nastawieni (41,45%). Do promocji własnej działalności zdecydowana większość deklarowała prowadzenie mediów społecznościowych (71,05%). Najczęściej wykorzystywanym kanałem do promocji personal brandingu była platforma Facebook (63,16%), Instagram (58,55%) oraz strona internetowa promująca realizowane przez dietetyka usługi (42,76%). Jedna trzecia badanych deklarowała, że ich miesięczny dochód związany z działalnością zawodową dietetyka oscylował w granicach 3000-5000 zł (31,58%). Szczegółowe dane przedstawiono w tabelach 1 i 2.

Tabela 1. Dane socjometryczne badanych

zmienna	N	M	SD	Me	Min	Max	Q1	Q3
wiek	152	30,48	5,43	29,00	21,00	49,00	26,00	34,00
Staż pracy ogółem	152	6,03	4,69	4,75	0,50	26,00	3,00	8,00
Staż pracy w obecnym miejscu pracy	152	4,38	4,12	3,00	0,50	24,00	1,50	5,75

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Min – wartość minimalna, Q1 – dolny kwartył, Me – mediana, Q3 – górny kwartył, Max – wartość maksymalna

Źródło: badania własne.

Tabela 2. Dane socjometryczne badanych c.d.

	zmienna	N	N%	N WAŻNYCH
PLEĆ	kobieta	144	94,74%	152
	mężczyzna	8	5,26%	152
WYKSZTAŁCENIE*	szkoły policealne	3	1,97%	152
	inżynier dietetyk	4	2,63%	152
	licencjat dietetyki	39	25,66%	152
	mgr inż. dietetyki	15	9,87%	152
	mgr dietetyki	98	64,47%	152
	studia podyplomowe z zakresu dietetyki	18	11,84%	152
	zainteresowanie zdrowym stylem życia	86	56,58%	152
POWODY ZOSTANIA DIETETYKIEM*	zainteresowanie zdrowym odżywianiem	124	81,58%	152
	chęć pomocy osobom chorym	106	69,74%	152
	nie dostanie się na inny kierunek studiów	21	13,82%	152
	chęć kontynuacji nauki ze znajomymi	1	0,66%	152
	inne	10	6,58%	152
	szpital publiczny	29	19,08%	152
	szpital prywatny	4	2,63%	152
MIEJSCE PRACY OBECNIE*	prywatny zakład opieki zdrowotnej/ poradnia specjalistyczna, prowadząca gabinet dietetyczny	31	20,39%	152
	własna działalność gospodarcza	95	62,50%	152
	przychodnia poz	10	6,58%	152
	przychodnia specjalistyczna	10	6,58%	152
	uniwersytet (wykładowca akademicki)	23	15,13%	152
	szkoły, przedszkola, żłobki, dps, sanatoria itp.	11	7,24%	152
	restauracje	0	0,00%	152
	catering dietetyczny	2	1,32%	152
	siłownia, centrum fitness	6	3,95%	152
	sklepy z suplementacją i zdrową żywnością	3	1,97%	152
	sanepid	1	0,66%	152
	inne	8	5,26%	152

ATMOSFERA W MIEJSCU PRACY	rodzinna atmosfera	51	33,55%	152
	ludzie są do siebie pozytywnie nastawieni	63	41,45%	152
	pracownicy mają ze sobą wyłącznie neutralne relacje	25	16,45%	152
	nieprzyjemna atmosfera	10	6,58%	152
	duża rywalizacja, częste kłótnie	3	1,97%	152
KORZYSTANIE Z MEDIÓW SPOŁECZNOŚCIOWYCH W CELU PERSONAL BRANDINGU	tak	108	71,05%	152
	nie	44	28,95%	152
MEDIA SPOŁECZNOŚCIOWE*	PERSONAL BRANDING - TIKTOK	25	16,45%	152
	PERSONAL BRANDING - INSTAGRAM	89	58,55%	152
	PERSONAL BRANDING - FACEBOOK	96	63,16%	152
	PERSONAL BRANDING - strona www	65	42,76%	152
	PERSONAL BRANDING - LINKEDIN	16	10,53%	152
	inne	5	3,29%	152
MIESIĘCZNY DOCHÓD ZWIĄZANY Z DZIAŁALNOŚCIĄ ZAWODOWĄ DIETETYKA	0-2000 zł	23	15,13%	152
	2001-3000 zł	18	11,84%	152
	3001-5000 zł	48	31,58%	152
	powyżej 5000 zł	34	22,37%	152
	nie chcę udzielać odpowiedzi na to pytanie	29	19,08%	152

*suma nie wynosi 100%. Możliwość wyboru wielu odpowiedzi

Źródło: badania własne.

Analiza zebranego materiału badawczego w aspekcie oceny występowania zjawiska wypalenia zawodowego za pomocą kwestionariusza OLBI, wykazała umiarkowany poziom wypalenia zawodowego wśród dietetyków ($40,38 \pm 9,89$ pkt, przy możliwej wartości maksymalnej 62 pkt). Zbliżone wartości stwierdzono, zarówno dla podskali braku zaangażowania ($19,61 \pm 5,15$ pkt, przy możliwej wartości 32 pkt), jak i wyczerpania ($20,77 \pm 5,37$ pkt, przy możliwej wartości maksymalnej 32 pkt), co również należy interpretować jako poziom umiarkowany (tabela 3). Najwyższe wartości uzyskano w stwierdzeniu „Są takie dni, kiedy czuję się zmęczona(-y) jeszcze zanim wyjdę do pracy” – $3,28 \pm 0,80$. Najniższe odnotowano w ocenie „W pracy spotykam się z pozytywnymi wyzwaniem” – $2,03 \pm 0,86$ oraz „Zazwyczaj dobrze sobie radzę z ilością pracy, którą mam do wykonania” – $2,08 \pm 0,79$. Szczegółowe dane zawarto w tabeli 4. Dzięki zastosowaniu kwestionariusza UWES-17 możliwa była analiza oceny zaangażowania w pracę dietetyków. Wynik ogólny wykazał umiarkowany poziom zaangażowania w pracę $60,55 \pm 22,41$. W każdym porównywanych aspektów badani uzyskali zbliżony wynik, tj. skala wigoru $20,02 \pm 8,12$; skala oddania się pracy $19,38 \pm 6,96$; skala zaabsorbowania $21,15 \pm 8,60$, który należy interpretować jako umiarkowany (tabela 3). Szczegółowa analiza wyników wykazała, że w największym stopniu badani zgadzają się ze stwierdzeniem: „Czas szybko płynie, kiedy pracuję” – $4,55 \pm 1,50$. W najmniejszy zaś: „Kiedy rano wstaję, mam ochotę iść do pracy” – $2,72 \pm 1,82$. Szczegółowe dane zawarto w tabeli 5.

Tabela 3. Analiza wyników kwestionariusz OLBI oraz Kwestionariusz UWES-17

zmienna	N	M	SD	Me	Min	Max	Q1	Q3
Kwestionariusz OLBI								
Wypalenie zawodowe	152	40,38	9,89	41,00	16,00	61,00	33,00	47,00
skala braku zaangażowania	152	19,61	5,15	20,00	8,00	30,00	16,00	23,00
skala wyczerpania	152	20,77	5,37	21,00	8,00	32,00	17,00	25,00
Kwestionariusz UWES-17								
zaangażowanie w pracę	152	60,55	22,41	62,00	0,00	102,00	45,00	79,50
skala wigoru	152	20,02	8,12	20,00	0,00	36,00	14,00	27,00
skala oddania się pracy	152	19,38	6,96	20,00	0,00	30,00	15,00	25,00
skala zaabsorbowania	152	21,15	8,60	21,00	0,00	36,00	15,00	28,00

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, Min – wartość minimalna, Q1 – dolny kwartył, Me – mediana, Q3 – górny kwartył, Max – wartość maksymalna

Źródło: badania własne.

Tabela 4. Analiza wyników szczegółowych kwestionariusz OLBI

Kwestionariusz OLBI									
zmienna	N	M	SD	Me	Min	Max	Q1	Q3	
Zawsze znajduję nowe i interesujące strony swojej pracy	152	2,17	0,87	2,00	1,00	4,00	2,00	3,00	
Są takie dni, kiedy czuję się zmęczona(-y) jeszcze zanim wyjdę do pracy	152	3,28	0,80	3,00	1,00	4,00	3,00	4,00	
Coraz częściej się zdarza, że negatywnie się wypowiadam na temat swojej pracy	152	2,56	1,02	3,00	1,00	4,00	2,00	3,00	
Po pracy potrzebuję więcej czasu, by się zrelaksować i lepiej poczuć, niż kiedyś	152	2,67	1,01	3,00	1,00	4,00	2,00	4,00	
Całkiem dobrze znoszę wymagania związane z pracą (presję pracy)	152	2,17	0,88	2,00	1,00	4,00	2,00	3,00	
Ostatnimi czasy coraz mniej myślę w swojej pracy i zaczynam wykonywać swoją pracę prawie automatycznie	152	2,36	0,97	2,00	1,00	4,00	2,00	3,00	
W pracy spotykam się z pozytywnymi wyzwaniem	152	2,03	0,86	2,00	1,00	4,00	1,00	3,00	
W czasie pracy często czuję się wyczerpana(-y) emocjonalnie	152	2,72	0,98	3,00	1,00	4,00	2,00	3,50	
Z czasem człowiek zaczyna nabierać dystansu do tego, co robi w pracy	152	2,93	0,87	3,00	1,00	4,00	2,00	4,00	
Po pracy mam wystarczająco dużo energii, by zajmować się różnymi czynnościami sprawiającymi mi przyjemność	152	2,59	0,91	3,00	1,00	4,00	2,00	3,00	
Czasami robi mi się niedobrze na myśl o pracy	152	2,39	1,13	2,00	1,00	4,00	1,00	3,00	
Po pracy zazwyczaj czuję się wyczerpana(-y) i zużyta(-y)	152	2,68	0,96	3,00	1,00	4,00	2,00	3,00	
To jest jedyny rodzaj pracy, jaki sobie wyobrażam, że mogłabym(mógłbym) wykonywać	152	2,64	1,09	3,00	1,00	4,00	2,00	4,00	
Zazwyczaj dobrze sobie radzę z ilością pracy, którą mam do wykonania	152	2,08	0,79	2,00	1,00	4,00	2,00	3,00	
Czuję się coraz bardziej zaangażowana(-y) w swoją pracę	152	2,53	0,93	3,00	1,00	4,00	2,00	3,00	
Kiedy pracuję, zwykle czuję się pełna(-y) energii	152	2,57	0,95	3,00	1,00	4,00	2,00	3,00	

M – średnia, SD – odchylenie standardowe,

Min – wartość minimalna, Q1 – dolny kwartył, Me – mediana, Q3 – górny kwartył, Max – wartość maksymalna

Źródło: badania własne.

Tabela 5. Analiza wyników szczegółowych kwestionariusz UWES-17

Kwestionariusz UWES-17									
zmienna	N	M	SD	Me	Min	Max	Q1	Q3	
W pracy czuję, że rozpiera mnie energia	152	3,30	1,61	3,00	0,00	6,00	2,00	5,00	
Praca, którą wykonuję jest dla mnie pełna sensu i celowości	152	4,04	1,53	4,00	0,00	6,00	3,00	5,00	
Czas szybko płynie, kiedy pracuję	152	4,55	1,50	5,00	0,00	6,00	4,00	6,00	
W pracy czuję się silny(a) i pełen(na) energii	152	3,53	1,63	4,00	0,00	6,00	2,00	5,00	
Jestem oddany(a) swojej pracy	152	4,49	1,56	5,00	0,00	6,00	4,00	6,00	
Kiedy pracuję, zapominam o wszystkim dokoła mnie	152	3,57	1,69	4,00	0,00	6,00	2,00	5,00	
Moja praca jest dla mnie natchnieniem	152	3,19	1,79	3,00	0,00	6,00	2,00	5,00	
Kiedy rano wstaję, mam ochotę iść do pracy	152	2,72	1,81	3,00	0,00	6,00	1,00	4,00	

Czuję się szczęśliwy(a), kiedy intensywnie pracuję	152	3,29	1,87	4,00	0,00	6,00	2,00	5,00
Jestem dumny(a) z pracy, którą wykonuję	152	4,04	1,79	5,00	0,00	6,00	3,00	6,00
Jestem pochłonięty(a) swoją pracą	152	3,79	1,83	4,00	0,00	6,00	3,00	5,00
Mogę kontynuować pracę przez bardzo długie odcinki czasu	152	3,39	1,91	4,00	0,00	6,00	2,00	5,00
Praca jest dla mnie wyzwaniem	152	3,61	1,70	4,00	0,00	6,00	2,50	5,00
Zapominam się kiedy pracuję	152	3,05	1,81	3,00	0,00	6,00	2,00	5,00
W pracy jestem odporny(a) psychicznie	152	3,34	1,78	3,00	0,00	6,00	2,00	5,00
Trudno mi oderwać się od mojej pracy	152	2,91	1,82	3,00	0,00	6,00	1,00	4,00
Pracuję wytrwale, nawet jeśli sprawy nie idą dobrze	152	3,73	1,74	4,00	0,00	6,00	2,00	5,00

M – średnia, SD – odchylenie standardowe,

Min – wartość minimalna, Q1 – dolny kwartył, Me – mediana, Q3 – górny kwartył, Max – wartość maksymalna

Źródło: badania własne.

Nie wykazano istotnych statystycznie zależności, pomiędzy poziomem wypalenia zawodowego czy zaangażowania w pracę a wiekiem, długością stażu pracy (tabela 6). Natomiast istotne statystycznie okazały się zależności odnoszące się do poziomu wypalenia zawodowego ($p < 0,001$) oraz zaangażowania w pracę ($p < 0,001$) w grupie dietetyków, którzy prowadzili media społecznościowe w celach personal branding. Wykazano, że w grupie osób prowadzących profile społecznościowe promujące własną markę poziom wypalenia zawodowego jest niższy niż w grupie nie prowadzącej tego typu stron ($38,43 \pm 9,46$ vs. $45,18 \pm 9,35$). Analogiczne zależności stwierdzono w skali braku zaangażowania ($18,34 \pm 4,70$ vs. $22,73 \pm 4,93$) i skali wyczerpania ($20,08 \pm 5,35$ vs. $22,45 \pm 5,10$). Analiza oddziaływania prowadzenia mediów społecznościowych oraz związku zaangażowania w pracę wykazała, że w grupie dietetyków, który poświęcali czas na tworzenie *personal branding* w sieci Internet poziom zaangażowania był wyższy niż w grupie, która tego nie robiła ($65,73 \pm 20,40$ vs. $47,82 \pm 22,25$). Zależność ta potwierdziła się dla każdej ze skal zaangażowania w pracę, tj. wigoru ($21,61 \pm 7,76$ vs. $16,11 \pm 7,73$), oddania się pracy ($20,88 \pm 6,31$ vs. $15,68 \pm 7,16$), zaabsorbowania ($23,24 \pm 7,73$ vs. $16,02 \pm 8,55$). Szczegółowe dane przedstawia tabela 7.

Analiza zebranego materiału badawczego wykazała także, istotny statystycznie związek pomiędzy poziomem wypalenia zawodowego a zaangażowaniem w pracę wśród dietetyków ($p < 0,001$). Im wyższy poziom wypalenia zawodowego, tym niższe zaangażowanie w pracę. Potwierdzają to dane zawarte w tabeli 8.

Tabela 6. Związek wypalenia zawodowego/zaangażowania w pracę a wiek, staż pracy

	Wiek	Długość stażu pracy ogółem	Długość stażu pracy – obecne miejsce pracy
Wypalenie zawodowe	-,0764	-,1031	-,0030
	p=,349	p=,206	p=,971
skala braku zaangażowania	-,0752	-,1016	,0343
	p=,357	p=,213	p=,675
skala wyczerpania	-,0687	-,0925	-,0384
	p=,401	p=,257	p=,638
Zaangażowanie w pracę	,0161	,0547	,0405

	p=,844	p=,503	p=,620
skala wigoru	,0234	,0734	,0788
	p=,775	p=,369	p=,334
skala oddania się pracy	,0162	,0298	,0407
	p=,843	p=,715	p=,619
skala zaabsorbowania	,0068	,0491	-,0017
	p=,934	p=,548	p=,983

Rho Spearmana, p – prawdopodobieństwo testowe

Źródło: badania własne.

Tabela 7. Związek wypalenia zawodowego/zaangażowania w pracę a prowadzenie mediów społecznościowych w celu *personal branding*

KORZYSTANIE Z MEDIÓW SPOŁECZNOŚCIOWYCH W CELU PERSONAL BRANDingu		N	M	SD	t df	p
Kwestionariusz OLBI						
Wypalenie zawodowe	tak	108	38,43	9,46	t= -4,005450	0,000097
	nie	44	45,18	9,35	df=150	
skala braku zaangażowania	tak	108	18,34	4,70	t=5,144115	0,000001
	nie	44	22,73	4,93	df=150	
skala wyczerpania	tak	108	20,08	5,35	t=2,513020	0,013027
	nie	44	22,45	5,10	df=150	
Kwestionariusz UWES-17						
Zaangażowanie w pracę	tak	108	65,73	20,40	t= -4,78174	0,000004
	nie	44	47,82	22,25	df=150	
skala wigoru	tak	108	21,61	7,76	t=-3,96695	0,000112
	nie	44	16,11	7,73	df=150	
skala oddania się pracy	tak	108	20,88	6,31	t=-4,42758	0,000018
	nie	44	15,68	7,16	df=150	
skala zaabsorbowania	tak	108	23,24	7,73	t=-5,06098	0,000001
	nie	44	16,02	8,55	df=150	

Test t-studenta

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, p – prawdopodobieństwo testowe

Źródło: badania własne.

Tabela 8. Związek wypalenia zawodowego z zaangażowaniem w pracę

	Zaangażowanie w pracę	skala wigoru	skala oddania się pracy	skala zaabsorbowania
Wypalenie zawodowe	-0,635538	-0,672288	-0,591482	-0,542695
skala braku zaangażowania	-0,635029	-0,624872	-0,608864	-0,572552
skala wyczerpania	-0,569384	-0,647249	-0,510087	-0,456089
	p<0,00001	p<0,00001	p<0,00001	p<0,00001

Rho Spearmana, p – prawdopodobieństwo testowe

Źródło: badania własne.

Dyskusja. Opieka zdrowotna jako branża wywiera liczne naciski na pracowników systemu ochrony zdrowia, w tym wyzwania związane z pracą kliniczną, ograniczeniami czasowymi, konkurencyjną, brakiem kontroli harmonogramu i procesu pracy czy sprzecznymi rolami i niejednokrotnie trudnymi relacjami ze współpracownikami [11]. Złożoność samego świadczenia opieki zdrowotnej może wyjaśniać, dlaczego osoby pracujące w tym sektorze mogą być szczególnie podatne na wystąpienie syndromu wypalenia zawodowego [11].

Pomimo, że termin wypalenia wprowadził amerykański psycholog Freudenberger [1] znacznie wcześniej określano je mianem „acedia” w celu opisanie stanów apatii i ospałości umysłowej

u mnichów w IV wieku n.e. [12]. Współcześnie wypalenie zawodowe jest zazwyczaj ujmowane jako stan wyczerpania wynikający z długotrwałego i nadmiernego stresu w miejscu pracy [12]. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), dostrzegając negatywny wpływ syndromu wypalenia zawodowego na pracę i życie osobiste pracowników, a także gospodarkę i zdrowie publiczne w wielu krajach, zdecydowała o umieszczeniu go w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-11), jako syndromu występującego wyłącznie w kontekście zawodowym, mogącym wpłynąć na stan zdrowia pracownika (Symbol QD85) [13].

Badania własne wykazały, że wśród dietetyków syndrom wypalenia zawodowego jest obecny na umiarkowanym poziomie. Pomimo niewielu dostępnych opublikowanych badań poruszających tematykę wypalenia zawodowego wśród dietetyków, znaleźć można doniesienia potwierdzające wyniki własne - Hopkins H i wsp. [14], Gingras J i wsp. [15] oraz Alhaj OA i wsp. [16]. Stwierdzono, że zjawisko wypalenia zawodowego jest obecne i dotyka od 40-57% aktywnych zawodowo dietetyków i specjalistów ds. żywienia. Świadczy to o tym, że częstość występowania wypalenia zawodowego wśród dietetyków i specjalistów ds. żywienia jest tak samo wysoka, jak wśród innych specjalistów medycznych [16].

Do rozpoczęcia pracy w zawodzie często przyciągają wartości, które reprezentują ideały i motywatory jednostkę. W sytuacji, gdy wartości jednostki i organizacji są niespójne, następuje niezadowolenie. Wreszcie, niedopasowanie zawodu do osoby, kiedy osobowość danej osoby nie jest zgodna ze środowiskiem pracy, przyczynia się do wystąpienia zespołu wypalenia zawodowego [11]. Wyniki badań własnych wykazały, najczęstszymi powodami decydującymi o wyborze zawodu dietetyka było zainteresowanie zdrowym odżywianiem oraz chęć pomocy osobom chorym. Badani dietetycy w największym stopniu zgodzili się ze stwierdzeniami, że „Są takie dni, kiedy czuję się zmęczona(-y) jeszcze zanim wyjdę do pracy” oraz „Z czasem człowiek zaczyna nabierać dystansu do tego, co robi w pracy” w najwyższym stopniu. Świadczyć to może o tym, że mają poczucie braku kontroli w miejscu pracy nad efektami swoich działań. Jak donosi Bridgeman PJ. [11], zmniejszenie poczucia kontroli przyczynić się może wypalenia zawodowego. Przykłady braku kontroli w opiece zdrowotnej mogą obejmować nieprzestrzeganie zaleceń przez pacjentów, brak wpływu na zaplanowane godziny pracy i brak wkładu w decyzje organizacyjne [11].

Osoby doświadczające wyczerpania emocjonalnego czują się apatyczne, obojętne, nie potrafią się już angażować w sytuacje, które pojawiają się w ciągu dnia pracy. W miarę jak wyczerpanie emocjonalne staje się poważniejsze, pojawia się depersonalizacja i cynizm, a osoba ma negatywne nastawienie do swojej pracy i miejsca pracy oraz czuje się oderwana od swojej pracy [11]. W badaniu własnym, dietetycy na umiarkowanym poziomie zgodzili się,

ze stwierdzeniami, brzmiącymi: „Coraz częściej się zdarza, że negatywnie się wypowiadam na temat swojej pracy”, „Ostatnimi czasy coraz mniej myślę w swojej pracy i zaczynam wykonywać swoją pracę prawie automatycznie”, „W czasie pracy często czuję się wyczerpana(-y) emocjonalnie”. Może to być potwierdzeniem obecnego na umiarkowanym poziomie wypalenia zawodowego, zarówno w aspekcie braku zaangażowania, jak i wyczerpania. Do podobnych wniosków doszli Milosavljevic M. i wsp. [17] (poziom niski do umiarkowanego), Fall ML. [18] (poziom umiarkowany) oraz Gingras J. i wsp. [15] (poziom umiarkowany do wysokiego).

Metaanaliza Alhaj OA i wsp. [16] wykazała, wiek i płeć nie były istotnie związane z wypaleniem wśród dietetyków i specjalistów ds. żywienia. W analizie wyników badań własnych również nie stwierdzono tego typu zależności. Jednak z uwagi na fakt, że w badaniach własnych, zdecydowaną większość badanych reprezentowano płeć żeńską przeprowadzenie analizy tych zależności nie było by właściwe pod względem statystycznym. Stanowi to ograniczenie badania własnego.

Inne czynniki, które mogą znacząco przyczyniać się do wypalenia zawodowego to braku uznania lub nagrody za dobrze wykonaną pracę, co może dewaluować wkład pracownika i przyczyniać się do pogorszenia poczucia skuteczności [11]. Pracoholicy mogą wydawać się jako pracownicy szczególnie pasujący do dużego poświęcenia się swojej pracy i poświęcania jej znacznie więcej czasu niż inni [19]. To nadmierne inwestowanie może być społecznie akceptowalne i cenione w organizacjach, jednak usunięcie aspektu ludzkiego, poprzedzone wyczerpaniem emocjonalnym, może spowodować, że satysfakcja zawodowa ulegnie pogorszeniu, a w konsekwencji pracownik zacznie odczuwać zmniejszone osobiste osiągnięcia, co odnosić się będzie do poczucia niekompetencji i zmniejszonej produktywności pracy nawet w obliczu osiągnięć. Dietetycy mogą zacząć odczuwać, że bez względu na to, co robią, to nie wystarczy i że zawsze jest więcej pracy do wykonania. Mogą zacząć nienawidzić pracy, którą kiedyś kochali i nie zdawać sobie sprawy z wpływu, jaki wywierają na życie innych [11]. Wyniki badań własnych wykazały, że w dość dużym stopniu pracownicy zgadzają się ze stwierdzeniem: „Po pracy potrzebuję więcej czasu, by się zrelaksować i lepiej poczuć, niż kiedyś”, a także zaprzeczają, że „Czuję się coraz bardziej zaangażowana(-y) w swoją pracę”. Może to być potwierdzeniem braku satysfakcji zawodowej, która w konsekwencji może wpłynąć na nasilenie, już obecnego, zjawiska wypalenia zawodowego.

Freudenberger opisał osoby podatne na wypalenie jako oddane i zaangażowane, ale równie ważne jest, że wypalenie nie jest ostrym stanem, ale kulminacją negatywnych skutków obowiązków zawodowych i środowiska pracy [1]. Wyniki badania własnego wykazały, że

dietetycy są zaangażowani w swoją pracę, zarówno w aspekcie wigoru, oddania się, jak i zaabsorbowania. Z kolei, metaanaliza Alhaj OA i wsp. [16] wykazała, że wyższy wynik jest istotnie związany z kilkoma czynnikami społeczno-demograficznymi, w tym brakiem doświadczenia klinicznego i większą liczbą nadgodzin [16]. Potwierdzają to wyniki badań własnych, w których stwierdzono istotny związek wypalenia z zaangażowaniem w pracę.

Hopkins H. i wsp. [14] stwierdzają, że występujące wśród dietetyków wypalenie zawodowe jest związane z rezygnacją ze swoich stanowisk. Specjaliści ds. żywienia są niezbędnymi członkami zespołu opieki zdrowotnej, zwłaszcza w przypadku zaburzeń metabolicznych i psychologicznych prowadzących do otyłości lub nadmiernej utraty wagi [16]. Dlatego znaczącą rolę w zapobieganiu rezygnacji z pracy ma medycyna pracy, a zwłaszcza zajmujące w niej ważne miejsce pielęgniarstwo specjalistki ochrony zdrowia.

Medycyna pracy koncentruje się na interfejsie miejsca pracy i zdrowia. Lekarze i pielęgniarki medycyny pracy łączą indywidualną opiekę nad pacjentem z profilaktyką i podejściem do zdrowia opartym na populacji, mogą być zaangażowani we wszystkie aspekty zdrowia pracowników i miejsca pracy oraz poświęcać więcej czasu na rozwiązywanie problemów u zdrowych pracowników [20]. Podstawowym celem praktyki medycyny pracy jest ochrona i promocja zdrowia pracowników, promowanie bezpiecznego i zdrowego środowiska pracy, ochrona zdolności do pracy pracowników i ich dostępu do zatrudnienia [21]. Nie ulega wątpliwości, że odpowiednie zarządzanie bezpieczeństwem i higieną pracy w sektorze opieki zdrowotnej jest niezbędne do zapewnienia wysokiej jakości. Pracownicy systemu ochrony zdrowia są narażeni na szeroki zakres zagrożeń w miejscu pracy, które wymagają odpowiednich środków zapobiegawczych [2]. Pielęgniarki specjalistki ochrony zdrowia pracujących pełnią istotną rolę w ochronie zdrowia aktywnych zawodowo dietetyków. Jednak, aby możliwe było zapobieganie wypaleniu zawodowemu, istnieje potrzeba ścisłej i dobrej współpracy pomiędzy medycyną pracy a pracodawcami.

Piśmiennictwo donosi, że zespół wypalenia zawodowego zgłaszali pracownicy systemu ochrony zdrowia na wszystkich etapach kariery [11]. W związku z przewidywaniami, że zapotrzebowanie na ekspertów ds. żywienia wzrośnie w ciągu następnej dekady [14]. Wypalenie zawodowe wśród dietetyków może ograniczać skuteczne ścieżki zapobiegania lub kontrolowania przewlekłych chorób związanych z odżywianiem, zmniejszać zaufanie społeczeństwa do dietetyków i wpływać na dynamikę interdyscyplinarnego zespołu opieki zdrowotnej [16]. Rozpoznawanie wskaźników i czynników ryzyka wypalenia zawodowego oraz rozwiązywanie tych problemów na poziomie całego systemu i całego zawodu może pomóc złagodzić presję zawodową, poprawić zadowolenie i spełnienie pracowników służby

zdrowia [11]. Znaczącą rolę w tym może mieć medycyna pracy i pielęgniarstwo specjalistki ochrony zdrowia pracujących, zwłaszcza, że wypalenie nie jest stanem nagłym. Dotknięte osoby mają myśli, uczucia i działania, które przechodzą przez szereg etapów, pozostawiając możliwości zapobiegania. Zrozumienie różnych etapów wypalenia (faza miesiąca miodowego, początek stresu, przewlekły stres i wypalenie) jest kluczowe, aby pracować nad działaniami mającymi zapobiegać rozwojowi tego negatywnego zjawiska [22].

Wnioski.

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

Piśmiennictwo.

1. Freudemberger HJ. Staff burn-out. J Soc Issues. 1974; 30:159–65.
2. Maresca G, Corallo F, Catanese G, Formica C, Lo Buono V. Coping Strategies of Healthcare Professionals with Burnout Syndrome: A Systematic Review. Medicina (Kaunas). 2022 Feb 21;58(2):327. doi: 10.3390/medicina58020327.
3. Living under a shadow: Is Europe on the brink of a mental health crisis? https://www.stada.com/media/7354/stada_factsheet_mental_health_en.pdf [dostęp z dnia 23.05.2025r.].
4. Colin J, Elias L, Muller M, Poncin M, Rusu D. Rôle de la Médecine du travail dans la prévention des maladies et des accidents [Role of the occupational medicine in the prevention of diseases and accidents]. Rev Med Liege. 2024 Jun;79(5-6):285-290. French.
5. Jędrzejkiewicz B, Ślusarska B. Rola pielęgniarstwa służby medycyny pracy. Bezpieczeństwo Pracy. Nauka i Praktyka 2018; 11: 15-19. DOI: 10.5604/01.3 0 01.0012.7388.
6. Demerouti E, Bakker AB, Vardakou I, Kantas A. The convergent validity of two burnout instruments: A multitrait-multimethod analysis. European Journal of Psychological Assessment 2003; 19: 12-23. DOI: 10.1027/1015-5759.19.1.12.
7. Chirkowska-Smolak T. Polska adaptacja kwestionariusza do pomiaru wypalenia badania OLBI (The Oldenburg Burnout Inventory). Studia Oeconomica Posnaniensia 2018; 6(3):24-47. DOI: 10.18559/SOEP.2018.3.2.
8. Schaufeli WB, Bakker AB. i Salanova M. The Measurement of Work Engagement with a Short Questionnaire. Educational and Psychological Measurement 2006; 66 (4): 701-716. DOI: 10.1177/0013164405282471.
9. Schaufeli WB (2013) Utrecht Work Engagement Scale. https://www.wilmar-schaufeli.nl/publications/Schaufeli/Tests/UWES_PL_17.pdf

10. Kulikowski K, Madej M. Zaangażowanie w pracę - problemy z pomiarem. *Problemy Zarządzania*. 2014; 12(1):99-112. DOI: 10.7172/1644-9584.45.7.
11. Bridgeman PJ, Bridgeman MB, Barone J. Burnout syndrome among healthcare professionals. *Am J Health Syst Pharm*. 2018; 75(3):147-152. DOI: 10.2146/ajhp170460.
12. Bayes A, Tavella G, Parker G. The biology of burnout: Causes and consequences. *World J Biol Psychiatry* 2021 Nov;22(9):686-698. DOI: 10.1080/15622975.2021.1907713.
13. Edú-Valsania S, Laguía A, Moriano JA. Burnout: A Review of Theory and Measurement. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Feb 4;19(3):1780. DOI: 10.3390/ijerph19031780.
14. Hopkins H, Eggett D, Patten EV. Investigation of Precepting-Related Burnout in Dietetics Preceptors. *J Acad Nutr Diet*. 2025;125(4):545-554. DOI: 10.1016/j.jand.2024.07.008.
15. Gingras J, de Jonge LA, Purdy N. Prevalence of dietitian burnout. *J Hum Nutr Diet*. 2010 Jun;23(3):238-43. DOI: 10.1111/j.1365-277X.2010.01062.x.
16. Alhaj OA, Elsayori NA, Fekih-Romdhane F, Wishah M, Sweidan DH, Husain W, Achraf A, Trabelsi K, Hebert JR, Jahrami H. Prevalence of emotional burnout among dietitians and nutritionists: a systematic review, meta-analysis, meta-regression, and a call for action. *BMC Psychol*. 2024 Dec 23;12(1):775. DOI: 10.1186/s40359-024-02290-8.
17. Milosavljevic M, Noble G. Burnout levels among dietitians working in the New South Wales public hospital system: A cross-sectional statewide survey. *Nutrition & Dietetics* 2015; 72: 101–106. DOI: 10.1111/1747-0080.12109.
18. Fall ML, Wolf KN, Schiller MR, Wilson SL. Dietetic technicians report low to moderate levels of burnout. *J Am Diet Assoc* 2003;103(11):1520-2. DOI:10.1016/j.jada.2003.08.018.
19. Cossin T, Thaon I, Lalanne L. Workaholism Prevention in Occupational Medicine: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jul 2;18(13):7109. DOI: 10.3390/ijerph18137109.
20. Baker B, Kesler D, Guidotti T. Occupational and Environmental Medicine: Public Health and Medicine in the Workplace. *Am J Public Health*. 2020 May;110(5):636-637. DOI: 10.2105/AJPH.2020.305625.
21. Mendes R. Occupational medicine: for whom? What for? *Rev Bras Med Trab*. 2020 Apr 15;17(3):283-284. DOI: 10.5327/Z167944352019v17n3EDT.
22. Azoulay E, Lescale O. Burnout syndrome in healthcare providers: a preventable disease. *Intensive Care Med*. 2023 Apr;49(4):485-486. DOI: 10.1007/s00134-023-07017-8.

ANALIZA WYBRANYCH CZYNNIKÓW KSZTAŁTUJĄCYCH NASTAWIENIE Kobiet DO SZCZEPIEŃ PRZECIW SARS-CoV-2 W TRAKCIE TRWANIA PANDEMII COVID-19

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

Wprowadzenie. Pojawienie się pandemii COVID-19 w 2020 roku mocno zweryfikowało podejście wielu osób do swojego zdrowia. Początkowy okres pandemii tzw. pierwsza fala zakażeń- wiosna 2020 r., związana była z wprowadzeniem szczególnych rozwiązań, umożliwiających podejmowanie działań minimalizujących zagrożenie dla zdrowia publicznego. Początkowe nakazy samoizolacji wiązały się często z rezygnacją lub odraczaniem z wizyt u lekarza. Z kolei zachowania typu: dystansowanie, unikanie kontaktów, praca, nauczanie zdalne, korzystanie z teleporad w ramach świadczeń medycznych to najczęstsze formy funkcjonowania podczas jesiennej fali zachorowań. Wprowadzane ograniczenia, nakazy i zakazy były aktualizowane z uwzględnieniem stopnia rozwoju pandemii. W końcu pojawienie się szczepionki przeciw COVID- 19 przyniosło nadzieję na poprawę globalnej sytuacji zdrowotnej. W Polsce w grudniu 2020 r. przyjęto Narodowy Program Szczepień przeciw COVID-19. Celem strategicznym programu było osiągnięcie poziomu zaszczepienia społeczeństwa umożliwiającego zapanowanie nad pandemią COVID-19, przy jednoczesnym zachowaniu najwyższych standardów bezpieczeństwa [1,2]. Po dopuszczeniu do używania preparatów przeciwko wirusowi Sars-CoV-2 ruszyły masowe szczepienia. Pomimo początkowego optymistycznego podejścia społeczeństwa do szczepień z czasem zaczęły pojawiać się głosy podważające konieczność szczepień, co w dużej mierze mogło przyczynić się do niezadowolających wyników wyszczepialności. W tym kontekście analiza czynników warunkujących zdrowie człowieka, w odniesieniu do roli kobiety jako mentorki zdrowia rodziny i potomstwa, może być kluczowa w odniesieniu do dyskutowanej problematyki szczepień. To, że istnieją bardzo silne korelacje między zdrowiem kobiet, matek a zdrowiem ich rodzin, w tym dzieci, jest obecne w różnych obszarach polityki zdrowotnej państwa. Jak pokazują wyniki raportu pt. „Polki 2021. Nowe wartości na nowe czasy”, najważniejsze wartości w życiu kobiet to zdrowie (51%) i rodzina (43%) [3].

Cel pracy. Celem pracy była analiza czynników mających wpływ na postawy kobiet do przyjęcia szczepionki przeciwko SARS-CoV2 oraz ocena poziomu satysfakcji z otrzymanego świadczenia.

Materiał i metoda. Badaniem objęto grupę kobiet w wieku od 18. do 94. roku życia, które w okresie prowadzonych badań przyjęły co najmniej jedną dawkę szczepionki przeciwko COVID-19. Badania prowadzone były w losowo wybranych placówkach POZ na terenie Podkarpacia po uzyskaniu stosownych zgód. Badane zostały poinformowane o celowości badania oraz możliwości odstąpienia od jego realizacji w każdym momencie jego trwania. Realizacja projektu objęła czasookres 10miesięcy od maja 2021 roku do marca 2022 roku. Respondentkom rozdano 350 kwestionariuszy ankiet, do ostatecznej analizy włączono 302 poprawnie wypełnione ankiety. Zastosowaną metodą był sondaż diagnostyczny przy użyciu techniki ankiety. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz składający się z 17 pytań. Zebrane dane zostały poddane analizie statystycznej, przy użyciu pakietu statystycznego STATISTICA 10 PL. Do zbadania zależności między wybranymi zmiennymi użyto testu chi-kwadrat Pearsona a w przypadku zbyt małych licznosci oczekiwanych w tabeli kontyngencji o rozmiarze większym od 2x2 użyto testu chi-kwadrat NW (największej wiarygodności). Do zbadania korelacji między samooceną nastawienia do szczepienia przeciwko COVID-19 a oceną satysfakcji z usługi, użyto współczynnika korelacji rang Spearmana. Przyjęto poziom istotności statystycznej $p < 0,05$.

Wyniki. Wiek badanych zawierał się w zakresie od 18 do 94 lat. Średnia wieku wynosiła $38,8 \pm 15,2$ lat, mediana – 37 lat. Znacząca część respondentek zamieszkiwała duże miasto – 45,4% kobiet. Połowa ankietowanych deklarowała wykształcenie wyższe – 48,3% kobiet. Z wykształceniem średnim było 22,2% badanych a z zawodowym – 20,9% badanych. Aktualnie pracę zawodową wykonywało 63,2% kobiet. Większość badanych respondentek nie była aktualnie w ciąży – 91,1% kobiet (Tab.1).

Tab1. Charakterystyka badanej grupy

Zmienne	n	%
Wiek	Do 30 lat	34,44
	31-50 lat	43,05
	Powyżej 50	43,05
Miejsce zamieszkania	Wieś	31,1
	Miasto małe – poniżej 20 tys. mieszk.	6,3
	Miasto średnie – pomiędzy 20-100 tys. mieszk.	17,2
	Miasto duże – powyżej 100 tys. mieszk.	45,4
Wykształcenie	Podstawowe	8,6
	Zawodowe	20,9
	Średnie	22,2
	Wyższe	48,3
Obecny status zawodowy	Uczeń/ Student	14,9
	Osoba bezrobotna	11,6

Aktualny status położniczy	Osoba pracująca	191	63,2
	Urlop macierzyński	19	6,3
	Emeryt	12	4
	Obecnie jestem w ciąży	23	7,6
	Nie jestem w ciąży	237	91,1
	Nie wiem	4	1,3

Respondentki dobrze oceniły swoje nastawienie do szczepienia przeciwko COVID-19 – średnia wyniosła $4,03 \pm 1,01$. Bardzo dobrze i dobrze oceniło swoje nastawienie tyle samo ankietowanych, było to 38,1% kobiet w każdej z grup. Dla 15,9% badanych nastawienie było neutralne. Pozostałe źle i fatalnie oceniły swoje nastawienie do szczepienia przeciwko COVID-19. Zdecydowana większość respondentek była zadowolona z całego przebiegu szczepienia w Punkcie Szczepień (92,7% kobiet) a niezadowolonych było tylko 1,7% badanych. Wśród wybranych czynników wpływających na poziom satysfakcji z wykonanego świadczenia miały wpływ: personel wykonujący szczepienie ($4,78 \pm 0,50$), dostępność szczepionki ($4,65 \pm 0,7$) oraz możliwość wyboru szczepionki ($4,62 \pm 0,82$). Wykazano istotne dodatnie korelacje między samooceną nastawienia do szczepienia przeciwko COVID-19 a oceną satysfakcji w zakresie wszystkich analizowanych czynników ($p < 0,0001$) (Tab. 2).

Tab.2 Nastawienie ankietowanych do szczepienia, a czynniki wpływające na poziom satysfakcji z otrzymanego świadczenia.

Nastawienie kobiet do szczepienia	n	%	
1 – Bardzo negatywne	10	3,3	
2 – Negatywne	14	4,6	
3 – Obojętne	48	15,9	
4 – Pozytywne	115	38,1	
5 – Bardzo pozytywne	115	38,1	
Średnia ±Odch. std.	4,03±1,01		
Ocena satysfakcji po szczepieniu	n	%	
Pozytywna	281	92,7	
Negatywna	6	1,7	
Ogół	302	100	
Samoocena nastawienia do szczepienia COVID-19, a poziom satysfakcji	$\bar{x} \pm \sigma$	RS	p
Proces Rejestracji	4,58±0,75	0,341	<0,0001
Możliwość wyboru szczepionki	4,62±0,82	0,232	<0,0001
Dostępność szczepionki	4,65±0,75	0,297	<0,0001
Czas oczekiwania na termin szczepienia	4,55±0,74	0,29	<0,0001
Czas oczekiwania w punkcie szczepień	4,39±0,93	0,314	<0,0001
Organizacja punktu szczepień (warunki socjalne, płyny do dezynfekcji)	4,44±0,84	0,351	<0,0001
Personel kwalifikujący	4,57±0,74	0,372	<0,0001
Personel wykonujący szczepienie	4,78±0,50	0,257	<0,0001
Personel administracyjny	4,57±0,79	0,318	<0,0001
Narodowy Program Szczepień	3,47±1,67	0,361	<0,0001
Dostęp do pełnej informacji medycznej	3,93±1,29	0,426	<0,0001

n – ilość; $\bar{x}$ – średnia; σ – odchylenie standardowe ; *RS* – istotność współczynnika korelacji rang Spearmana; *p* – istotność statystyczna

Ponadto wykazano istotną zależność między wiekiem badanych a zachęcaniem innych, bliskich osób do zaszczepienia się przeciwko COVID-19 ($p=0,0304$). Najwyższą aktywność w tym względzie podejmowały kobiety w wieku powyżej 50 lat. Wykazano zależność między miejscem zamieszkania badanych a zachęcaniem do szczepienia przeciwko COVID-19 ($p=0,0210$). Najczęściej to mieszkanki dużych miast (54,1%) zachęcały bliskich do wykonania szczepienia. Wśród badanych, które raczej nie polecałyby szczepień największy odsetek dotyczył kobiet mieszkających w małym lub średnim mieście (42,9%). Również wykształcenie badanych miało istotny wpływ na promowanie szczepień wśród bliskich, najchętniej robiły to badane z wykształceniem wyższym ($p=0,0023$). Nie wykazano natomiast związku między statusem zawodowym badanych a zachęcaniem innych do szczepienia przeciwko COVID-19 (Tab.3).

Tab.3 Wybrane determinanty postaw kobiet wobec promowania szczepienia p. COVID-19 wśród bliskich osób

Postawa kobiet wobec polecenia szczepienia bliskim	Wiek						p
	Do 30 lat		31-50 lat		Powyżej 50 lat		
	n=104		n=130		n=62		
	n	%	n	%	n	%	
Tak, zdecydowanie polecam	40	38,5	56	43,1	39	62,9	0,0304
Raczej nie, to ich wybór	39	37,5	40	30,8	13	21	
Nie, nie poleciłabym	25	24	34	26,2	10	16,1	
Postawa kobiet wobec polecenia szczepienia bliskim	Miejsce zamieszkania						p
	Wieś		Miasto małe lub średnie		Miasto duże		
	n=93		n=70		n=133		
	n	%	n	%	n	%	
Tak, zdecydowanie polecam	41	44,1	22	31,4	72	54,1	0,021
Raczej nie, to ich wybór	26	28	30	42,9	36	27,1	
Nie, nie poleciłabym	26	28	18	25,7	25	18,8	
Postawa kobiet wobec polecenia szczepienia bliskim	Wykształcenie						p
	Zawodowe lub podstawowe		Średnie		Wyższe		
	n=89		n=66		n=141		
	n	%	n	%	n	%	
Tak, zdecydowanie polecam	33	37,1	30	45,5	72	51,1	0,0023
Raczej nie, to ich wybór	22	24,7	25	37,9	45	31,9	
Nie, nie poleciłabym	34	38,2	11	16,7	24	17	
Postawa kobiet wobec polecenia szczepienia bliskim	Status zawodowy						p
	Pracuje			Nie pracuje			
	n=188			n=108			
	n	%		n	%		
Tak, zdecydowanie polecam	82	43,6		53	49,1		0,4614
Raczej nie, to ich wybór	58	30,9		34	31,5		
Nie, nie poleciłabym	48	25,5		21	19,4		

W analizie determinantów postaw kobiet co do szczepienia swojego potomstwa wykazano zależność między wiekiem badanych a deklaracją odnośnie zaszczepienia dziecka/i w najbliższej przyszłości ($p=0,0001$). Wśród badanych, które zaszczepiły swoje dzieci największy był odsetek kobiet w wieku powyżej 50 lat (47,1%). Niechętnie do zaszczepienia swojego dziecka były kobiety młode do 30 roku życia badanych (62,9%). Nie wykazano natomiast zależności pomiędzy miejscem zamieszkania badanych, wykształceniem, statusem

zawodowym badanych a ich postawą odnośnie do zaszczepienia dziecka/i przeciwko COVID-19 (Tab.4).

Tab.4 Determinanty postawy kobiet dotyczącej chęci zaszczepienia swojego potomstwa

Postawa kobiet wobec zaszczepienia potomstwa	Wiek						p
	Do 30 lat		31-50 lat		Powyżej 50 lat		
	n=35		n=118		n=51		
	n	%	n	%	n	%	
Tak, rozważam zaszczepienie dzieci w najbliższej przyszłości	4	11,4	22	18,6	12	23,5	<0,000
Dzieci przyjęły już szczepionkę przeciwko COVID-19	2	5,7	31	26,3	24	47,1	
Zaszczepię, kiedy zajdzie taka potrzeba	7	20	18	15,3	1	2	
Nie, nie planuję szczepienia moich dzieci	22	62,9	47	39,8	14	27,5	
Postawa kobiet wobec zaszczepienia potomstwa	Miejsce zamieszkania						p
	Wieś		Miasto małe lub średnie		Miasto duże		
	n=68		n=46		n=90		
	n	%	n	%	n	%	
Tak, rozważam zaszczepienie dzieci w najbliższej przyszłości	13	19,1	6	13	19	21,1	0,2425
Dzieci przyjęły już szczepionkę przeciwko COVID-19	19	27,9	8	17,4	30	33,3	
Zaszczepię, kiedy zajdzie taka potrzeba	7	10,3	9	19,6	10	11,1	
Nie, nie planuję szczepienia moich dzieci	29	42,6	23	50	31	34,4	
Postawa kobiet wobec zaszczepienia potomstwa	Wykształcenie						p
	Zawodowe lub podstawowe		Średnie		Wyższe		
	n=70		n=34		n=100		
	n	%	n	%	n	%	
Tak, rozważam zaszczepienie dzieci w najbliższej przyszłości	9	12,9	10	29,4	19	19	0,074
Dzieci przyjęły już szczepionkę przeciwko COVID-19	18	25,7	8	23,5	31	31	
Zaszczepię, kiedy zajdzie taka potrzeba	5	7,1	5	14,7	16	16	
Nie, nie planuję szczepienia moich dzieci	38	54,3	11	32,4	34	34	
Postawa kobiet wobec zaszczepienia potomstwa	Status zawodowy						p
	Pracuje		Nie pracuje				
	n	%	n	%	n	%	
	Tak, rozważam zaszczepienie dzieci w najbliższej przyszłości	28	19,4	10	16,7		
Dzieci przyjęły już szczepionkę przeciwko COVID-19	38	26,4	19	31,7			
Zaszczepię, kiedy zajdzie taka potrzeba	17	11,8	9	15			
Nie, nie planuję szczepienia moich dzieci	61	42,4	22	36,7			

Dyskusja. Zaprojektowane badanie analizujące wybrane determinanty nastawienia kobiet do szczepień przeciwko SARS-CoV-2 przypadło na okres, w którym wiele krajów osiągnęło stosunkowo wysoki poziom wyszczepialności dwudawkowej i przechodziło do kolejnego etapu podawania trzeciej, a nawet czwartej dawki szczepionki (m.in. Izrael). Jest to okres w którym obok restrykcji epidemicznych, w Polsce pojawiła się dostępność szczepionek i podjęto tzw. masowe szczepienia. Jak pokazują dane z końca 2021 roku w Unii Europejskiej zaszczepiono tylko ok. 67% mieszkańców [4,5].

Analiza postaw społeczeństwa wobec szczepień ma charakter ponadczasowy, ponieważ poznanie czynników motywujących do podjęcia lub odrzucenia decyzji o szczepieniu stanowi podstawę do opracowania strategii dotarcia do indywidualnej osoby z spersonalizowanymi treściami edukacyjnymi. W tym aspekcie założeniem naszego projektu była próba identyfikacji czynników, które mogą być pomocne w opracowywaniu tych strategii.

Badaniem objęto grupę 302 kobiet, mieszkanek Podkarpacia. Analiza czynników demograficznych pozwala zauważyć, że najchętniej do szczepień zgłaszały się kobiety w wieku 31-50 lat, zamieszkujące miasto powyżej 100 tys mieszkańców, osoby pracujące i z wyższym wykształceniem. Inne polskie badanie z tego okresu pokazuje, że podobne czynniki demograficzne (wiek, miejsce zamieszkania, czy wykształcenie) miały istotny wpływ na podejmowanie pozytywnej decyzji odnośnie do szczepienia p. COVID-19. Co ciekawe autorzy badania zauważają prawidłowość, że osobami, które chętniej chcą się zaszczepić są kobiety. Podejmując próbę wyjaśnienia tego fenomenu, wskazują na osobowość kobiet i cechy tj. ugodowość, stabilność emocjonalna i otwartość na doświadczenia [6]. Doniesienia z różnych krajów pokazują odmienny trend dotyczący kobiet. I tak w badaniu Earnshaw i wsp. płeć determinowała niechęć do szczepień, częściej były to kobiety z wykształceniem średnim lub niższym [7]. Także analiza piśmiennictwa dokonana przez Troiano i wsp. wskazuje, że kobiety są mniej chętne do szczepień [8].

Z kolei Kobashi i wsp. W grupie czynników społeczno- demograficznych istotnie wpływających na decyzje o szczepieniu sytuują: pochodzenie etniczne, status zawodowy, religię, poglądy polityczne, płeć, wiek, wykształcenie, dochód i wiarę w teorie spiskowe [9]. Badania przeprowadzone przez Earnshaw i wsp. wyraźnie wskazują, że osoby młode, pochodzące z różnych grup etnicznych i co ciekawe z wyższym wykształceniem, byli grupą niechętną szczepieniom a także przestrzeganiem zaleceń związanych z ochroną szeroko rozumianego zdrowia publicznego podczas pandemii. Przeprowadzona analiza wieloczynnikowa pozwoliła autorom zauważyć niepokojący trend dotyczących ludzi młodych, którzy byli aż 4 razy mniej skłonni do przyjęcia szczepienia p. COVID-19 [7]. Interesujące wyniki przedstawiają Troiano i wsp., którzy w oparciu o przegląd piśmiennictwa (15 prac), przeanalizowali czynniki wpływające na gotowość do szczepień p. COVID-19. Podobnie jak w badaniu Earnshaw i wsp., wykazali, że pochodzenie etniczne, status zawodowy, religijność, poglądy polityczne, płeć, wiek, wykształcenie, dochód istotnie wpływają na podejmowanie decyzji o szczepieniu. I tak jak poprzednio pochodzenie etniczne wiązało się z niższym stopniem akceptacji, ale także brak zatrudnienia, młodszy wiek i płeć- kobiety. Poglądy polityczne nie zawsze miały związek z postawą badanych, w odróżnieniu od religijności- osoby religijne okazywały się mniej skłonne do szczepień. Najczęstszymi powodami odmowy przyjęcia szczepionki były: sprzeciw wobec szczepionek w ogóle, obawy o bezpieczeństwo/uznanie, że szczepionka produkowana w pośpiechu jest zbyt niebezpieczna, uznanie szczepionki za bezużyteczną ze względu na nieszkodliwy charakter COVID-19, ogólny

brak zaufania, wątpliwości co do skuteczności szczepionki, czy wątpliwości co do pochodzenia szczepionki [8].

W badaniu własnym poruszono kolejne ważne zagadnienie związane ze szczepieniem potomstwa. Wykazano istotną zależność pomiędzy wiekiem, a chęcią zaszczepienia swojego potomstwa ($p < 0,0001$). Najwięcej kobiet, które już zaszczepiły swoje dzieci było powyżej 50 roku życia (47,1%), ta sama grupa kobiet wyrażała chęci do zaszczepienia swoich dzieci w przyszłości (23,5%). Niechętnie odnosiły się do tego tematu kobiety przed 30 rokiem życia, aż 63% nie zaszczepiłoby swoich dzieci. Pokrywa się to z wynikami innych badań, które wskazują na niechęć młodych osób do szczepień [7,8]. Badania Jacha wskazują, że nastawienie to może wiązać się z łatwym dostępem do środowiska antyszczepionkowego poprzez Internet i bezkrytycznym przyjmowaniem zawartych tam treści. Z tego źródła najczęściej korzystają osoby młode. Z kolei strach przed zachorowaniem okazał się silnym predykatorem wśród osób starszych, co mogło skłaniać ich do chętniejszego zaszczepienia siebie i bliskich [10]. Podobne wnioski wysunęli Zdziarski i wsp. którzy oceniali nastawienie do szczepienia wśród polskich lekarzy, gdzie kobiety stanowiły 57% grupy badanej. Pozytywniej do szczepienia nastawieni byli lekarze powyżej 50 roku życia [11]. Analiza wieloczynnikowa wyników przeglądu piśmiennictwa, wykonana przez Troiano i wsp., wykazała sprzeczne wyniki w aspekcie akceptacji szczepionek przez pracowników ochrony zdrowia [8]. Ogólnie zawody medyczne charakteryzował wyższy poziom akceptacji, choć zdarzają się wyjątki. W badaniu Drori wsp. nie zaobserwowano żadnej różnicy w akceptacji szczepionek wśród personelu służby zdrowia i personelu spoza służby zdrowia [12]; również Barelllo et al. nie zaobserwowali istotnych różnic między studentami kierunków medycznych a pozostałymi badanymi [13]. Profesjonaliści opieki zdrowotnej, w tym pielęgniarki, które bezpośrednio zajmują się aplikowaniem szczepionek, są zobligowane do świadczenia empatycznej, zindywidualizowanej opieki skoncentrowanej na pacjencie. Budowanie zaufania między dostawcami usług medycznych a członkami społeczności ma kluczowe znaczenie dla świadczenia odpowiedniej i skutecznej opieki. Podstawą w tym procesie jest zapewnienie partnerskiej rozmowy oraz wspólnego podejmowania decyzji. Dlatego też kluczowe jest, by podczas rozmów z pacjentem odnośnie do szczepień, umieć zróżnicować kluczowe terminy. I tak „Wahający się przed szczepieniami” nie jest tym samym, co „odporny na szczepienia” lub „antyszczepionkowiec” [14]. Jest to szczególnie istotne by właściwie rozumieć i uwzględniać różnorodność ludzkich zachowań i przekonań, zwłaszcza gdy chodzi o decyzje dotyczące pozwolenia na zaszczepienie osoby pozostającej pod ich opieką, takiej jak dziecko lub osoba dorosła będąca na ich na utrzymaniu [15]. W aspekcie tych rozważań ciekawie przedstawiają się wyniki polskich

badanoceniającem.in. postawy rodziców wobec szczepienia dzieci przeciw Covid- 19. Piernikowska i Stalmirska wykazały, że ponad połowa ankietowanych zaszczepiła swoje dziecko zgodnie ze swoimi przekonaniem. W 62% przypadkach źródłem decyzji o podaniu szczepionki był pediatra. Co trzeci respondent jako źródło decyzji podał pielęgniarkę w punkcie szczepień lub położną [16].

Istotną grupą odbiorców szczepionek są kobiety w ciąży bądź planujące ciążę. Dotychczasowe doniesienia jednoznacznie wskazują, że kobiety w ciąży są bardziej narażone na ciężki przebieg COVID-19 a zakażenie matki SARS-CoV-2 zwiększa ryzyko negatywnych wyników maczyno-płodowych [17,18,19]. Pomimo tego podwyższonego ryzyka liczne badania wskazują na wysoki wskaźnik wahania przed szczepieniami, spotęgowany początkowym brakiem danych dotyczących bezpieczeństwa i skuteczności szczepienia przeciwko COVID-19 w ciąży [19]. Po udostępnieniu szczepionek przeciwko COVID-19 badania wykazały zmniejszoną częstość zakażeń SARS-CoV-2 u matek i zmniejszone nasilenie COVID-19 w porównaniu z niezaszczepionymi kobietami w ciąży. Także wstępne retrospektywne badania nad szczepionkami przypominającymi wykazały, że kobiety w ciąży, którym podano 3 dawki w porównaniu z kobietami w ciąży, mają lepsze wyniki dotyczące matki i płodu [20,21,22]. W badaniu własnym spośród 302 kobiet, 23 z nich (7,6%) było w ciąży. Wszystkie ciężarne wykazały pozytywne stanowisko odnośnie do szczepienia. W badaniu prowadzonym przez Blakeway i wsp. spośród badanych 1328 kobiet 141 z nich przyjęły szczepionkę podczas trwania ciąży. Autor zauważa, że w grupie chętnych kwalifikujących się do szczepień w ciąży mniej jest ciężarnych młodszych [23]. Zgadzałoby się to z wcześniejszymi rozważaniami na temat mniejszego zainteresowania szczepieniami wśród osób młodych. Przeprowadzone w oparciu o przegląd systematyczny analizy z 2024 r., wskazują na ogólne bezpieczeństwo i skuteczność szczepień przeciwko COVID-19, przy minimalnych obserwowanych działaniach niepożądanych. W tym także lekkie działania niepożądane, jak ból i gorączka. Autorzy wskazują, że większość badań wykazała brak poważnych działań niepożądanych. Choć pojawiały się pojedyncze raporty przypadków budzące obawy odnośnie do związku między szczepieniem matek przeciwko COVID-19 a stanami takimi jak nadkomorowa tachykardia płodu i chorób o podłożu immunologicznym. Stąd Gereade i wsp. podkreślają znaczenie stałego nadzoru i monitorowania w celu zapewnienia bezpieczeństwa szczepionek u kobiet w ciąży. Konkludują, że szczepienie przeciwko COVID-19 w czasie ciąży nadal pozostaje bezpieczną i skuteczną strategią, podkreślając potrzebę dalszych badań i czujności w celu ochrony zdrowia matki i płodu [24].

Wnioski. Badanie wyraźnie wskazuje na potrzebę wzmacniania strategii edukacyjnej ukierunkowanej na istniejące deficyty wiedzy odnośnie do korzyści płynących ze szczepień. Ma to wymiar uniwersalny w budowaniu zaufania do szczepień, w tym obowiązkowych.

Forma dotarcia (indywidualna, grupowa) poprzez różne kanały (w tym platformy internetowe, media społecznościowe), są globalnym wyzwaniem i szansą dla profesjonalistów medycznych, którzy mogą poprzez różnorodne formy docierać, by wzmacniać i przekazywać informacje oparte na dowodach naukowych.

Szczególną grupę w tym aspekcie stanowią kobiety, które poprzez realizację ról życiowych (żona, matka), są osobami decydującymi o zdrowiu potomstwa i rodziny.

Piśmiennictwo:

1. <https://basiw.mz.gov.pl>. Mapy potrzeb zdrowotnych. Wpływ pandemii COVID-19 na potrzeby zdrowotne w Polsce. Choroby zakaźne. Warszawa 2022 [data wejścia: 15.01.2025].
2. <https://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/covid-19-2/> [data wejścia: 15.01.2025].
3. Raport „Polki 2021. Nowe wartości na nowe czasy”. Mobile Institute na zlecenie Gedeon Richter Polska Sp. z o.o., maj 2021. <https://www.gedeonrichter.pl/aktualnosci/raport-polki-2021-nowe-wartosci-na-nowe-czasy/> [data wejścia: 15.01.2025].
4. <https://s7health.pl/blog/2022/01/07/koronawirus-podsumowanie-2021-szczepienia-fale-i-leki/> [data wejścia: 15.01.2025].
5. <https://www.gov.pl/web/koronawirus/wiadomosci> [data wejścia: 15.01.2025].
6. Paduch J, Syrowatko J, Żołnierczuk M et al. The importance of socio-demographic determinants and selected personality traits in shaping Poles' attitudes toward COVID-19 vaccination. J EducHealth Sport. 2021;11(10):74-85
7. Earnshaw VA, Eaton LA, Kalichman SC, Brousseau NM, Hill EC, Fox AB. COVID-19 conspiracy beliefs, health behaviors, and policy support. TranslBehav Med. 2020 Oct 8;10(4):850-856. doi: 10.1093/tbm/ibaa090. PMID: 32910819; PMCID: PMC7499784.
8. Troiano G, Nardi A. Vaccine hesitancy in the era of COVID-19. Public Health. 2021 May; 194:245-251. doi: 10.1016/j.puhe.2021.02.025. Epub 2021 Mar 4. PMID: 33965796; PMCID: PMC7931735.
9. Kobashi Y, Yoshida M, Saito H, Yoshimura H, Nonaka S, Yamamoto C, Zhao T, Tsubokura M. Understanding Reasons for Vaccination Hesitancy and Implementing Effective Countermeasures: An Online Survey of Individuals Unvaccinated against COVID-19. Vaccines (Basel). 2024 May 5;12(5):499. doi: 10.3390/vaccines12050499. PMID: 38793750; PMCID: PMC11125705.
10. Jach Ł, Lamża Ł, Wardawy P. Psychologiczne korelaty postaw wobec szczepionek na COVID-19 wśród polskich respondentów – migawkowe badanie przed rozpoczęciem masowej kampanii szczepień. Przegląd psychologiczny. 2021;64(3): 7–26
11. Zdziarski K, Landowski M, Zabielska P, Karakiewicz B. Subjective Feelings of Polish Doctors after Receiving the COVID-19 Vaccine. Int. J. Environ. Res. Public Health 2021;18: 1-12.

12. Dror AA, Eisenbach N, Taiber S, Morozov NG, Mizrahi M, Zigron A, Srouji S, Sela E. Vaccine hesitancy: the next challenge in the fight against COVID-19. *Eur J Epidemiol.* 2020 Aug;35(8):775-779. doi: 10.1007/s10654-020-00671-y. Epub 2020 Aug 12. PMID: 32785815; PMCID: PMC8851308.
13. Barello S, Nania T, Dellafiore F, Graffigna G, Caruso R. 'Vaccine hesitancy' among university students in Italy during the COVID-19 pandemic. *Eur J Epidemiol.* 2020 Aug;35(8):781-783. doi: 10.1007/s10654-020-00670-z. Epub 2020 Aug 6. PMID: 32761440; PMCID: PMC7409616.
14. Razai MS, Osama T, McKechnie DGJ, Majeed A. Covid-19 vaccine hesitancy among ethnic minority groups. *BMJ.* 2021 Feb 26;372: n513. doi: 10.1136/bmj.n513. PMID: 33637577.
15. Peters MDJ. Addressing vaccine hesitancy and resistance for COVID-19 vaccines. *Int J Nurs Stud.* 2022 Jul; 131:104241. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2022.104241. Epub 2022 Apr 1. PMID: 35489108; PMCID: PMC8972969.
16. Piernikowska A, Stalmirska S. Poziom wiedzy oraz stosunek osób zgłaszających się na szczepienia do konieczności szczepień w dobie pandemii. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu.* 2021;4(6): 25-42
17. Kotlar B, Gerson E, Petrillo S et al. The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: a scoping review. *Reproductive Health Volume.* 2021;(10): 1-39
18. Chiu-Lin Wang, Yi-Yin Liu, Chin-Hu Wu. Impact of COVID-19 on Pregnancy. *Int J MedSci.* 2021;18(3):763-767
19. Piekos SN, Price ND, Hood L, Hadlock JJ. The impact of maternal SARS-CoV-2 infection and COVID-19 vaccination on maternal-fetal outcomes. *ReprodToxicol.* 2022 Dec; 114:33-43. doi: 10.1016/j.reprotox.2022.10.003. Epub 2022 Oct 22. PMID: 36283657; PMCID: PMC9595355..
20. Male W. Are COVID-19 vaccines safe in pregnancy? *Nature Reviews Immunology volume.* 2021;21: 200-201
21. Dagan N, Barda N, Biron-Shental T et al. Effectiveness of the BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine in pregnancy. *Nature Medicine.* 2021;(27): 1693–1695
22. Piekos SN, Hwang YM, Roper RT, Sorensen T, Price ND, Hood L, Hadlock JJ. Effect of COVID-19 vaccination and booster on maternal-fetal outcomes: a retrospective cohort study. *Lancet Digit Health.* 2023 Sep;5(9): e594-e606. doi: 10.1016/S2589-7500(23)00093-6. Epub 2023 Aug 1. PMID: 37537121; PMCID: PMC10473855.
23. Blakeway H, Prasad S, Kalafat A et al. COVID-19 vaccination during pregnancy: coverage and safety. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2022;226(2): 236-242
24. Gereade A, Daskalakis G, Mikos T, Chatzakis C, Vavoulidis E, Eleftheriades M, Domali E, Nikolettos K, Oikonomou E, Antsaklis P, Theodora M, Psarris A, Margioulas-Siarkou C, Petousis S, Stavros S, Potiris A, Athanasiadis A, Dinas K, Tsikouras P, Nikolettos N, Sotiriadis A. Safety of COVID-19 Vaccination in Pregnancy: A Systematic Review. *Diagnostics (Basel).* 2024 Aug 14;14(16):1775. doi: 10.3390/diagnostics14161775. PMID: 39202263; PMCID: PMC11354065.

JAKOŚĆ ŻYCIA OSÓB PO PRZEBYTYM ZAKAŻENIU SARS-CoV-2

DARIA KULIKOWSKA, DOROTA TRYBUSIŃSKA, MAŁGORZATA CHMIELEWSKA

Wstęp. Jakość życia, która warunkuje stan zdrowia ma wymiar subiektywny jak i obiektywny. Oba wskazane wymiary jakości życia mogą wpływać korzystnie bądź niekorzystnie na dobrostan jednostki [1]. Przy użyciu subiektywnych wartości można przyjąć, że ocena dobrostanu jest wiarygodna wtedy, gdy wydają ją osoby, które w sposób odpowiedni umieją rozróżnić, co jest dla nich wartością pozytywną, a co negatywną. Natomiast obiektywne wartości, dają ocenę warunków życia jako niekorzystne lub pożądane, odpowiednie dla danego człowieka [2].

Choroba w sposób znaczący rzutuje na większość sfer życia człowieka i jest kluczowym elementem, który wywołuje komplikacje w codziennym funkcjonowaniu, znacznie obniżając jakość życia [3, 1].

Po raz pierwszy informacja na temat wirusowej choroby COVID-19 pojawiła się w grudniu 2019 roku w Chinach w mieście Wuhan. To właśnie tam, zostały wykryte pierwsze przypadki zapalenia płuc, u osób które były hospitalizowane ze względu na przebieg zakażenia nieznanym patogenem [4, 5]. Do 2 stycznia 2020 roku liczba zarażonych osób zaczęła drastycznie wzrastać. Na początku stycznia chińskie władze poinformowały o wyizolowaniu nowego koronawirusa, któremu nadano nazwę SARS-CoV-2, który wywołuje COVID-19 [6, 7]. O problemie COVID-19 na skale międzynarodową, zaczęto mówić 30 stycznia 2020 roku, a 11 marca Światowa Organizacja Zdrowia WHO ogłosiła wprowadzenie stanu pandemii. Pierwszy przypadek zakażenia wirusem SARS-CoV-2 w Europie odnotowano we Francji, a 4 marca w Polsce u pacjenta, który kilka dni wcześniej wrócił z Niemiec [8].

Jakość życia jest ściśle związana z chorobą lub jej brakiem. Pandemia COVID-19 w znaczący sposób wpłynęła na społeczeństwa oraz szeroko rozumianą jakość życia [9].

Pandemia sama w sobie, nawet bez zakażenia wirusem, zmusiła ludzi do pozostania w domu, rezygnacji z codziennych aktywności, przyjemności, a także mocno ograniczyła spotkania z najbliższymi. Wpłynęło to również negatywnie na zdrowie psychiczne oraz na odczuwaną jakość życia [10]. W jeszcze gorszej sytuacji znaleźli się ludzie, u których rozpoznano zakażenie wirusem SARS-CoV-2. Miało to bardzo negatywny wpływ na każdą domenę życia [6]. Infekcja wirusem obarczona jest wieloma powikłaniami, często o długofalowych konsekwencjach zdrowotnych. Poza tym strach przed śmiercią, hospitalizacją, często poczucie samotności i osamotnienia w chorobie, brak kontaktu z bliskimi oraz bardzo trudna sytuacja służby zdrowia w tym okresie, bez wątpienia wywarła znaczny wpływ na odczuwaną jakość

życia. Wiele osób ciężko przechorowało zakażenie wirusem SARS-CoV-2, odczuwając negatywne skutki tej choroby do dziś [11].

Wprowadzenie w szybkim tempie obostrzeń, wpłynęło na zmianę dotychczasowych nawyków, sposób funkcjonowania każdej grupy społecznej. Badania dowodzą, że pandemia wywołała rozmaite problemy, które są powiązane z lękiem m.in. obawa przed ponownym zakażeniem, poczucie zagrożenia dla zdrowia i życia, objawy depresji, obniżenie nastroju. Dochodzą do tego także czynniki ekonomiczne, takie jak inflacja czy utrata pracy [4, 12, 13]. Niektóre osoby znajdowały się pod wpływem silnego stresu, którego skutkiem była niemożność poradzenia sobie konstruktywnie z bieżącą sytuacją [14].

Wpływ choroby na jakość życia ma charakter wielowymiarowy, zmieniający życie, sposób pracy, relacje międzyludzkie, a także podejście do zdrowia i finansów.

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

Materiał i metody. Badania zostały przeprowadzone od stycznia do marca 2024 r. Kwestionariusze udostępniono online na platformie social media Facebook, a także przesłano na adresy email. Udział w badaniu był dobrowolny i całkowicie anonimowy.

W badaniu posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankietowania, natomiast narzędziem badawczym, który służył do gromadzenia materiałów badawczych potrzebnych do realizacji badań był autorski kwestionariusz ankiety oraz kwestionariusz WHOQOL-BREF.

- Kwestionariusz autorskiej ankiety składał się z dwóch części: część pierwsza to metryczka, część druga składała się z pytań otwartych, jak i zamkniętych, które dotyczyły m.in. powikłań związanych z daną jednostką chorobową.
- Kwestionariusz WHOQOL-BREF to wystandaryzowane narzędzie w polskiej adaptacji L. Wołowickiej i K. Jaracz. Kwestionariusz jest narzędziem skonstruowanym do oceny ogólnej jakości życia zarówno osób zdrowych, jak i chorych, powstał na podstawie skali WHOQOL -100. Skrócona wersja wskaźnika składa się z 26 pytań i umożliwia ocenę jakości życia w zakresie czterech dziedzin: fizycznej, psychologicznej, społecznej i środowiskowej. Dodatkowo narzędzie to zawiera 2 oddzielnie analizowane pytania: pierwsze dotyczące ogólnej percepcji jakości życia i drugie dotyczące ogólnej percepcji własnego zdrowia. Z każdej z dziedzin można uzyskać wynik mieszczący się pomiędzy 4 a 20 punktami. Punktacja dziedzin odzwierciedla poczucie jakości życia w zakresie danej dziedziny i ma kierunek pozytywny bowiem większa liczba punktów oznacza lepszą jakość życia [15, 16, 17].

W badaniu wzięło udział 97 osób, które przeszły zakażenie COVID-19 - 76 kobiet (78,4%) i 21 mężczyzn (21,6%) – w wieku od 18 do 63 lat ($M = 32,49$; $SD = 11,28$). Pozostałe dane demograficzne badanych osób zestawiono w tabeli 1.

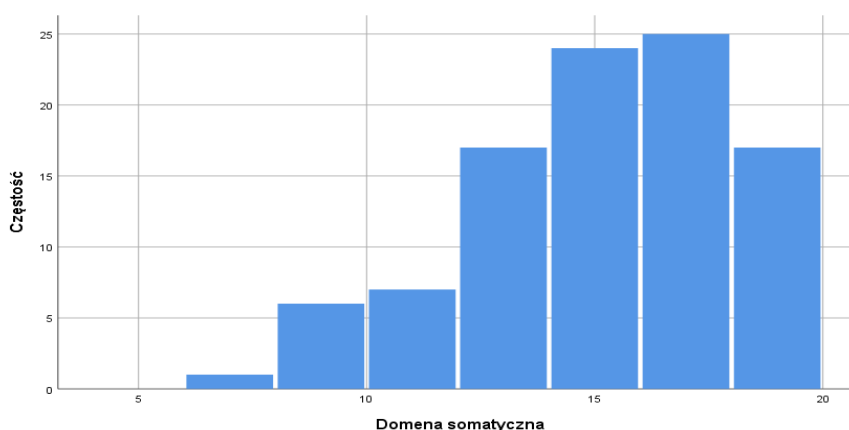
Tabela nr 1. Dane demograficzne

		N	%
Miejsce zamieszkania	wieś	24	24,7
	małe miasto < 20 tys. mieszkańców	15	15,5
	średnie miasto 20-100 tys. mieszkańców	21	21,6
	duże miasto > 100 tys. mieszkańców	37	38,1
Wykształcenie	podstawowe	4	4,1
	zawodowe	4	4,1
	średnie	20	20,6
	wyższe	69	71,1

Wyniki. Subiektywny poziom jakości życia i zadowolenie ze zdrowia. Respondenci najczęściej wskazywali na zadowolenie z jakości swojego życia (dobra 45,4%, bardzo dobra 19,6%). Kolejną najczęściej wskazywaną odpowiedzią było „ani dobra, ani zła” 27,8%. Na subiektywne niezadowolenie z jakości życia wskazywało jedynie 7,2% badanych (5,1% zła, 2,1% bardzo zła).

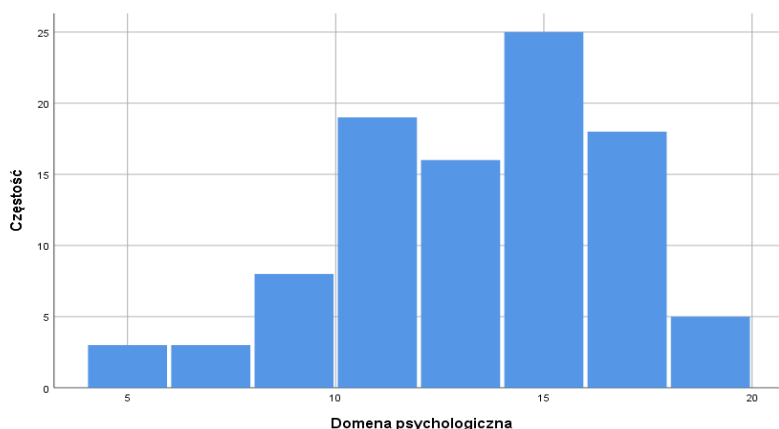
Trochę niższa była ocena zadowolenia ze zdrowia badanych osób. Pozytywny stosunek miało 51,6% ankietowanych (zadowolony 44,3%, bardzo zadowolony 7,2%). Niezdecydowanych było 27,8% respondentów, zaś niezadowolonych było 20,6% (niezadowolonych 17,5%, bardzo niezadowolonych 3,1%).

W następnej kolejności przeanalizowano wyniki w obrębie czterech domen życia. Wyniki te prezentowano na skali od 4 do 20 punktów. Pierwszą obliczono domenę somatyczną. Średni poziom wynosił 15,05 punktu przy medianie – wartości środkowej – wynoszącej 15,43 punktu. Reasumując, w badanej próbie przodowały wyniki wysokie oraz przeciętne. Najniższy wynik uzyskany przez respondentów wynosił 7,43 punktu (wykres 1).



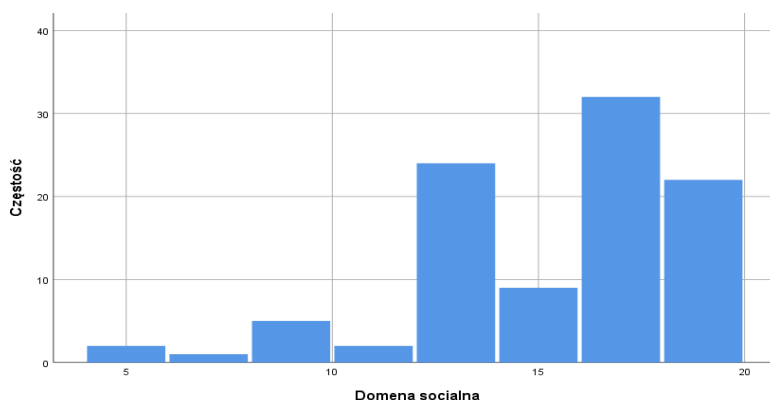
Wykres nr. 1. Poziom jakości życia w zakresie domeny somatycznej

Średni poziom jakości życia w obrębie domeny psychologicznej wynosił 13,14 punktu przy medianie wynoszącej 13,33 punktu. Poziom jakości życia w danej domenie najczęściej razy uzyskiwał wyniki przeciętne. Należy dostrzec, iż uzyskano wyniki od 4 do 20 punktów, zatem całościową rozpiętość użytej skali (wykres 2).



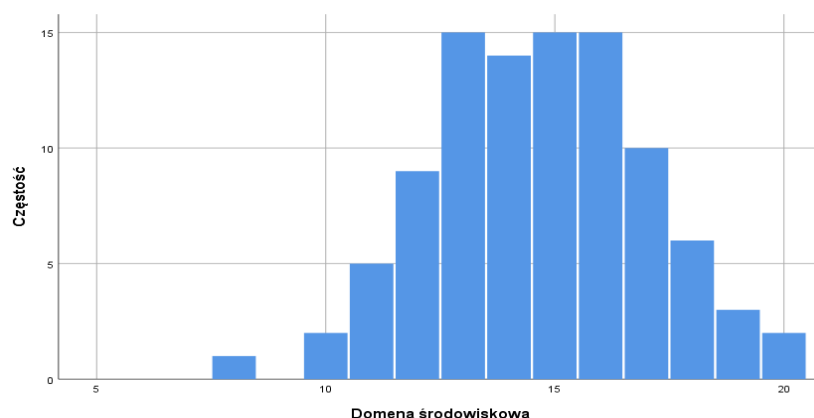
Wykres nr. 2. Poziom jakości życia w zakresie domeny psychologicznej

Kolejno określono poziom jakości życia w sferze domeny socjalnej. Średni poziom wynosił 15,27 punktu przy medianie wynoszącej 16 punktów. Dla danej skali uzyskano wyniki w zakresie całej rozpiętości skali - od 4 do 20 punktów. Zauważalnie przeważały wyniki wysokie, rzadziej notowano wyniki przeciętne. Ponownie wyniki niskie należały do rzadkości. (wykres 3)



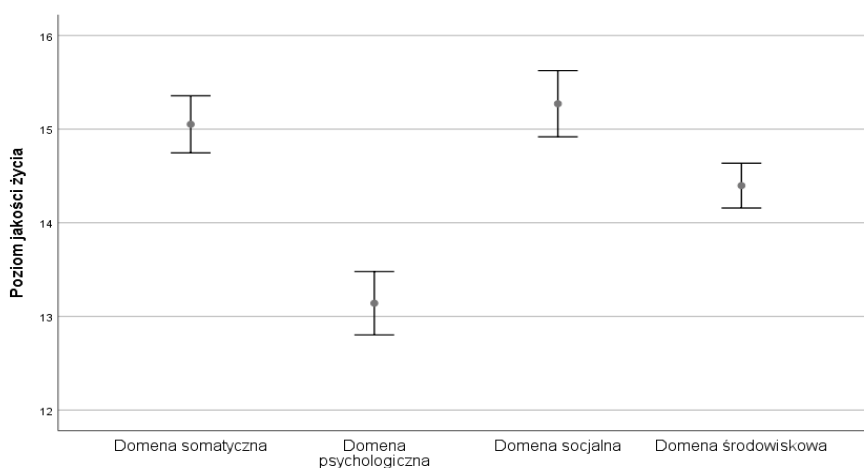
Wykres nr. 3. Poziom jakości życia w zakresie domeny socjalnej

Na wykresie 4 zaprezentowano rozkład wyników w zakresie domeny środowiskowej. Wyniki w tej skali były najbardziej skupione – od 7,5 do 19,5 punktu. Średni wynik wynosił 14,40 punktu zaś mediana niewiele więcej – 14,5 punktu. W badanej próbie wyraźnie najczęściej notowano wyniki przeciętne.



Wykres nr. 4. Poziom jakości życia w zakresie domeny środowiskowej

Biorąc pod uwagę otrzymane wyniki można przyjąć, iż poziom jakości życia osób po przechorowaniu COVID-19 był wyższy niż przeciętny. Ponadto, została wykonana analiza czy poziom jakości życia w zakresie czterech objętych badaniami domen był znacząco odmienny. Przeprowadzono jednoczynnikową analizę wariancji w schemacie wewnątrzgrupowym. Odnotowano wynik istotny statystycznie, $F(2,23; 214,05) = 17,56; p < 0,001; \eta^2 = 0,16$. Dokonano analiz *post-hoc* używając testu Sidaka. Zostały zanotowane cztery różnice istotne statystycznie. Poziom jakości życia w zakresie domeny psychologicznej był niższy w porównaniu do jakości życia w zakresie wszystkich trzech pozostałych domen ($p < 0,001$). Poza tym, poziom jakości życia w domenie środowiskowej był zasadniczo statystycznie niższy aniżeli w zakresie domeny somatycznej ($p = 0,035$). Pozostałe różnice nie były istotne statystycznie. Wyniki zamieszczono na wykresie 5.



Wykres nr. 5. Porównanie poziomu jakości życia w zakresie czterech domen

Poziom jakości życia osób, które przebyły zakażenie SARS-CoV-2, a ich wiek.

W następnym etapie rozpatrzono, czy wiek osób, które przechorowały zakażenie SARS-CoV-2, jest powiązany z ich poziomem jakości życia. Dokonano analizy korelacji r Pearsona. Wraz z wiekiem badanych osób notowano niższą ogólną ocenę jakości życia, niższe zadowolenie ze

zdrowia oraz niższą jakość życia w zakresie domeny somatycznej i środowiskowej. Siła odnotowanych zależności była umiarkowanie duża. W obrębie obszaru psychologicznego i socjalnego nie zanotowano zależności istotnych statystycznie (tabela 2).

Tabela nr 2. Poziom jakości życia osób, które przebyły zakażenie SARS-CoV-2, a ich wiek

	Wykształcenie
Ogólna ocena jakości życia	-0,33**
Zadowolenie ze zdrowia	-0,36***
Domena somatyczna	-0,37***
Domena psychologiczna	-0,07
Domena socjalna	-0,19
Domena środowiskowa	-0,36***

* - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$

Poziom jakości życia osób, które przebyły zakażenie SARS-CoV-2, a ich płeć. Następnie badano, czy płeć osób, które przechorowały zakażenie wirusem SARS-CoV-2, jest powiązana z ich poziomem jakości życia. Wykonano testy *U* Manna-Whitney'a ze względu na silną nierównoliczność porównywanych grup (tabela 3). Zanotowano dwie różnice znacząco statystycznie. Płeć żeńska cechowała się wyższym poziomem jakości życia w wymiarze ogólnym, a także w zakresie domeny socjalnej. Siła obu zanotowanych efektów, mierzona współczynnikiem *r*, była niska. W obszarze pozostałych zmiennych nie odnotowano wyników istotnych statystycznie.

Tabela nr 3. Poziom jakości życia osób, które przebyły zakażenie SARS-CoV-2, a ich płeć

	kobieta (n = 76)		mężczyzna (n = 21)					
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Ogólna ocena jakości życia	3,87	0,85	3,33	0,97	564,5	-2,18	0,029	0,22
Zadowolenie ze zdrowia	3,45	0,93	3,00	1,00	611,0	-1,74	0,082	0,18
Domena somatyczna	15,35	2,97	13,96	2,96	583,5	-1,88	0,060	0,19
Domena psychologiczna	13,05	3,46	13,46	2,90	750,0	-0,42	0,673	0,04
Domena socjalna	15,72	3,29	13,65	3,75	527,0	-2,40	0,016	0,24
Domena środowiskowa	14,58	2,51	13,74	1,57	607,0	-1,68	0,094	0,17

M – średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *U* – wynik testu *U* Manna-Whitney'a. *Z* – wynik wystandaryzowany; *p* – istotność; *r* – współczynnik siły efektu

Poziom jakości życia osób, które przebyły zakażenie SARS-CoV-2, a ich miejsce zamieszkania. W kolejnej części zostały wykonane badania, w odniesieniu do miejsca zamieszkania osób, które przechorowały zakażenie wirusem SARS-CoV-2, i powiązania z ich poziomem jakości życia. Przeprowadzono testy Kruskala-Wallisa ze względu na silną

nierównoliczność porównywanych grup (tabela 4). Zanotowano jeden wynik istotny statystycznie – w zakresie jakości życia w domenie psychologicznej. Przeprowadzono analizy *post-hoc* za pomocą testu Dunn-Sidak. Zauważono trzy różnice istotne statystycznie. Osoby mieszkające w miastach do 20 tys. Mieszkańców wyróżniały się wyższym poziomem jakości życia w porównaniu do osób mieszkających na wsi ($p = 0,004$), w dużych miastach powyżej 100 tys. mieszkańców ($p = 0,002$) i w średnich miastach o wielkości 20-100 tys. mieszkańców ($p = 0,003$). Pozostałe różnice nie były istotne statystycznie. W zakresie innych wymiarów jakości życia testy Kruskala-Wallisa nie były istotne statystycznie.

Tabela nr 4. Poziom jakości życia osób, które przebyły zakażenie SARS-CoV-2, a ich miejsce zamieszkania

	wieś (n = 24)		małe miasto < 20 tys. mieszkańców (n = 15)		średnie miasto 20-100 tys. mieszkańców (n = 21)		duże miasto > 100 tys. mieszkańców (n = 37)			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
Ogólna ocena jakości życia	3,54	0,78	4,20	0,94	3,57	0,98	3,81	0,88	7,02	0,071
Zadowolenie ze zdrowia	3,29	1,00	3,60	0,83	3,14	0,96	3,41	0,98	2,74	0,434
Domena somatyczna	14,76	2,60	15,81	3,11	14,34	3,74	15,34	2,74	2,63	0,453
Domena psychologiczna	12,81	3,20	15,64	1,73	12,38	3,44	12,77	3,50	11,78	0,008
Domena socjalna	16,44	3,46	15,47	4,18	14,60	3,36	14,81	3,19	6,50	0,090
Domena środowiskowa	14,46	2,88	15,07	1,62	14,57	2,34	13,99	2,24	3,58	0,311

Poziom jakości życia osób, które przebyły zakażenie SARS-CoV-2, a ich poziom wykształcenia. W następnym etapie zostały przeprowadzone badania czy poziom wykształcenia osób, które przebyły zakażenie wirusem SARS-CoV-2, jest powiązany z ich poziomem jakości życia. Zrobiono analizy korelacji rangowej rho Spearmana. Można zauważyć, iż w tabeli 5 zanotowano dwie zależności istotne statystycznie. Im wyższy był poziom wykształcenia badanych, tym wyższą notowano jakość życia w zakresie domeny somatycznej i socjalnej. Siła zanotowanych zależności była niska. Pozostałe zależności nie były natomiast istotne statystycznie.

Tabela nr 5. Poziom jakości życia osób, które przebyły zakażenie SARS-CoV-2 a ich poziom wykształcenia

	Wykształcenie
Ogólna ocena jakości życia	0,17
Zadowolenie ze zdrowia	0,12
Domena somatyczna	0,20*
Domena psychologiczna	0,11
Domena socjalna	0,21*
Domena środowiskowa	0,11

* - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$

Poziom jakości życia osób, które przebyły zakażenie SARS-CoV-2, a występowanie powikłań. W dalszym kroku dokonano badania czy występowanie powikłań u osób, które przechorowały zakażenie wirusem SARS-CoV-2, jest związane z ich poziomem jakości życia. Wykonano testy t Studenta dla prób niezależnych. Jak wynika z tabeli 6, wynotowano pięć różnic istotnych statystycznie. Poziom jakości życia w wymiarze całościowym oraz w zakresie domen somatycznej, psychologicznej, a także środowiskowej, również zadowolenie ze zdrowia, były niższe w grupie osób, u których powikłania po-covidowe wystąpiły. Siła zanotowanych wyników, mierzona współczynnikiem d Cohena i była umiarkowanie duża. Tylko w obrębie jakości życia w obszarze socjalnej nie odnotowano różnicy istotnej statystycznie.

Tabela nr 6. Poziom jakości życia osób, które przebyły zakażenie SARS-CoV-2, a występowanie powikłań

	nie (n = 48)		tak (n = 49)				95% CI		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LL</i>	<i>UL</i>	<i>d Cohena</i>
Ogólna ocena jakości życia	4,04	0,82	3,47	0,89	3,28	0,001	0,23	0,92	0,66
Zadowolenie ze zdrowi	3,71	0,87	3,00	0,91	3,90	<0,001	0,35	1,07	0,79
Domena somatyczna	15,95	3,06	14,17	2,70	3,05	0,003	0,62	2,94	0,62
Domena psychologiczna	14,04	3,32	12,26	3,14	2,72	0,008	0,48	3,09	0,55
Domena socjalna	15,94	3,28	14,61	3,58	1,91	0,059	-0,05	2,72	0,39
Domena środowiskowa	15,03	2,29	13,78	2,26	2,71	0,008	0,34	2,17	0,55

M – średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *t* – wynik testu t Studenta dla prób niezależnych; *p* – istotność; 95%CI – przedział ufności. *LL* – dolna granica; *UL* – górna granica; *d Cohena* – współczynnik siły efektu

Następnie zbadano, czy pośród osób, u których pojawiły się powikłania, odmienny jest poziom jakości życia w przypadku, gdy wystąpiły do dwóch rodzajów powikłań, a także, gdy liczba powikłań była większa aniżeli dwa. Zostały przeprowadzone testy U Manna-Whitney’a, ponieważ wystąpiła silna nierówność porównywanych grup (tabela 7). Zanotowano pięć różnic istotnych statystycznie. Poziom jakości życia w obszarze ogólnym i w zakresie domen somatycznej, psychologicznej i środowiskowej, a także zadowolenie ze zdrowia, były niższe w grupie osób, u których wystąpiły więcej niż dwa powikłania po-covidowe. Siła

zanotowanych efektów dla zadowolenia ze zdrowia i jakości życia w obszarze somatycznej była bardzo duża, dla ogólnej oceny jakości życia duża, zaś dla dwóch pozostałych domen umiarkowanie duża. Zaledwie w obszarze jakości życia w domenie socjalnej nie zauważono różnicy istotnej statystycznie.

Tabela nr 7. Poziom jakości życia osób, które przebyły zakażenie SARS-CoV-2 a liczba powikłań

	dwa bądź mniej (n = 13)		więcej niż dwa (n = 38)					
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Ogólna ocena jakości życia	4,00	0,71	3,21	0,91	128,0	-2,75	0,006	0,38
Zadowolenie ze zdrowi	3,85	0,55	2,63	0,85	67,5	-4,07	<0,001	0,57
Domena somatyczna	16,40	2,33	13,25	2,51	79,5	-3,63	<0,001	0,51
Domena psychologiczna	14,26	2,53	11,72	3,12	130,5	-2,53	0,012	0,35
Domena socjalna	15,18	3,63	14,11	3,88	207,5	-0,86	0,387	0,12
Domena środowiskowa	14,88	1,89	13,37	2,22	142,0	-2,28	0,023	0,32

M – średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *U* – wynik testu U Manna-Whitney'a. *Z* – wynik wystandaryzowany; *p* – istotność; *r* – współczynnik siły efektu

Poziom jakości życia osób, które przebyły zakażenie SARS-CoV-2, a liczba przebytych zakażeń. W ostatnim etapie przeanalizowano, czy przebycie zakażenia wirusem SARS-CoV-2 jest związane z poziomem jakości życia. Dokonano analizy korelacji rangowej rho Spearmana. Można zauważyć, iż w tabeli 8 nie zanotowano żadnych zależności istotnych statystycznie. Przebyte zakażenia nie wiązały się w znacznym stopniu z odczuwanym poziomem jakości życia ozdrowieńców.

Tabela nr 8. Poziom jakości życia osób, które przebyły zakażenie SARS-CoV-2 a przebyte zakażenia

	Liczba zakażeń COVID-19
Ogólna ocena jakości życia	-0,07
Zadowolenie ze zdrowia	-0,13
Domena somatyczna	-0,19
Domena psychologiczna	-0,06
Domena socjalna	0
Domena środowiskowa	-0,07

* - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$

Ponadto obliczono, czy odmienny jest poziom jakości życia osób, które przeszły zakażenie wirusem SARS-CoV-2 raz czy też częściej. Wykonano testy *t* Studenta dla prób niezależnych. Mimo to, nie zauważono żadnych różnic istotnych statystycznie (tabela 9).

Tabela nr 9. Poziom jakości życia osób, które przebyły zakażenie SARS-CoV-2 a liczba przebytych zakażeń

	raz (n = 52)		więcej niż raz (n = 45)		<i>t</i>	<i>p</i>	95% <i>CI</i>		<i>d</i> Cohena
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			<i>LL</i>	<i>UL</i>	
Ogólna ocena jakości życia	3,79	0,92	3,71	0,90	0,42	0,676	-0,29	0,44	0,09
Zadowolenie ze zdrowia	3,44	1,00	3,24	0,91	1,02	0,313	-0,19	0,58	0,21
Domena somatyczna	15,55	2,98	14,48	2,96	1,78	0,079	-0,13	2,27	0,36
Domena psychologiczna	13,27	3,72	12,99	2,86	0,41	0,686	-1,08	1,63	0,08
Domena socjalna	15,31	3,50	15,23	3,50	0,11	0,913	-1,34	1,49	0,02
Domena środowiskowa	14,61	2,36	14,16	2,35	0,94	0,350	-0,50	1,40	0,19

M – średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *t* – wynik testu *t* Studenta dla prób niezależnych; *p* – istotność; 95%*CI* – przedział ufności. *LL* – dolna granica; *UL* – górna granica; *d* Cohena – współczynnik siły efektu

Dyskusja. Na początku pandemii COVID-19 odnotowano bardzo wysoki wzrost zachorowań na całym świecie, które mogły prowadzić do śmierci [18]. Większość chorych wracała do zdrowia sprzed choroby, niemniej jednak spora część ozdrowieńców doświadczała powikłań, które trwały od kilku do kilkunastu tygodni [19]. Pandemia COVID-19 wpłynęła na wiele aspektów życia całej zarówno całej populacji jak i jednostki [20].

Analiza badań własnych, ukazuje, iż jakość życia osób po przechorowanym zakażeniu wirusem SARS-CoV-2 była dobra, bądź przeciętna (50,6%), natomiast według badań D'Avila, przeprowadzonych wśród 174 respondentów, jakość życia po przebytych zakażeniu stanowczo uległa pogorszeniu w sferze psychicznej oraz fizycznej (33% ozdrowieńców). Dodatkowo u 74,1% pacjentów stwierdzono zespół po covidowy. D'Avila wskazał, iż wielu ankietowanych zgłaszało niepożądane objawy po przechorowaniu zakażenia wirusem, m.in. pogorszenie się stanu psychicznego, zaburzenia smaku, problemy z oddychaniem, a także występowanie stresu pourazowego. Jakość życia ankietowanych uległa pogorszeniu [18]. Wyniki badań własnych ukazują, że ankietowani również doświadczyli powikłań po przechorowaniu COVID-19. 11,3% badanych doświadczyło zaburzeń lękowych, natomiast ogółem zaburzenia psychiczne wystąpiły u 34,9% respondentów.

Z kolei według badań [Goërtz](#), wynika, że u pacjentów, u których został potwierdzony pozytywny wynik testu RT-PCR, można było zauważyć obniżoną jakość życia, w porównaniu do osób, z ujemnym wynikiem tego testu. W tej grupie badanych 3% osób było hospitalizowanych. Pacjenci z potwierdzonym wynikiem zakażenia wirusem SARS-CoV-2 jak również osoby z niepotwierdzonym wynikiem, wykazali tendencje powrotu do jakości życia sprzed choroby [19]. Analizując wyniki badań własnych można zauważyć, że 37,1% osób opowiedziały się za pogorszeniem jakości życia, z czego 10,3% osób było hospitalizowanych.

Jednak płęć żeńska wyróżniała się wyższym poziomem jakości życia w wymiarze ogólnym oraz socjalnym.

Z kolei przeprowadzone badania przez O'Keefe'a sugerują, że płęć żeńska miała zwiększoną tendencję do ryzyka przedłużania się objawów zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Respondentki opowiedziały się za niższą jakością życia po przechorowaniu, niż przed wystąpieniem choroby [21]. Badania własne ukazują, iż średnia ogólnej oceny jakości życia po zakażeniu wirusem SARS-CoV-2 wynosi 3,87 spośród 76 ankietowanych kobiet. Dodatkowo z badań własnych wynika, iż ze wzrostem wieku respondentów jakość życia po przebytych zakażeniu wirusem uległa pogorszeniu w sferze somatycznej, środowiskowej a także powiązanej ze zdrowiem. Podobnymi wyniki występowały w badaniach Sandmanna [20].

Peluso opisał w swoich badaniach, że 56% respondentów zgłaszało objawy depresji w stopniu lekkim, po 16 tygodniach od wystąpienia objawów COVID-19, a po 32 tygodniach zaobserwował spadek tych objawów do 49% przypadków [22]. Z badań własnych wynika, że 4,1% respondentów doświadczyło depresji, a jedynie 1% zaburzeń osobowości.

Wnioski

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

Zagrożenia wynikające z pandemii, w tym problemy zdrowia psychicznego, wymagają rozsądnych i precyzyjnych systemowych działań, które będą obejmowały nie tylko usługi medyczne nakierowane na zdrowie psychiczne i jego ochronę, ale także na wsparcie i możliwość jak najszybszej interwencji.

Piśmiennictwo:

1. Gawęł-Luty E., Lemańczyk R. Subiektywny i obiektywny wymiar jakości życia. *Student niepełnosprawny* 2022; 22, 15: 53-55.
2. Ziętaiewicz U. Wybrane determinanty jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia u pacjentów z przewlekłym bólem. Rozprawa na stopień doktora. Uniwersytet Warszawski, Warszawa 2020: 20-23.
3. Walniczek P. Ocena jakości życia pacjentów z łuszczycą. Rozprawa na stopień doktora. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wrocław 2021: 42-44.
4. Błach J., Roliński J. Przegląd informacji na temat COVID-19 oraz wywołującego ją SARS-CoV-2. *VIA MEDICA* 2020; 11, 2: 82-85.
5. Marciniak E., Górniak A., Hanke W. Długo utrzymujące się objawy duszności, kaszlu i zmęczenia po przebyciu Covid-19 – przegląd narracyjny badań epidemiologicznych. *Medycyna Pracy* 2021; 72, 6: 712-718.
6. Płoszaj K., Kochman D. Wpływ pandemii Koronawirusa (COVID-19) na jakość życia rodziny i dziecka. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu* 2021; 3, 6: 72-76.
7. Niemczyk K., Jasińska A., Krawczyk P., Bilińska M. COVID-19 – aktualne dane kliniczne i przegląd zaleceń dla lekarzy otorynolaryngologów i stomatologów. *Polski Przegląd Otorynolaryngologiczny* 2020; 9, 1: 20-23.
8. Świątkowska B., Walusiak-Skorupa J., Juszczyk G., Gierczyński R., Socha K., Lipińska-Ojrzanowska A. Ochrona zdrowia pracujących przed zakażeniem koronawirusem SARS-CoV-2 wywołującym COVID-19 – aktualny stan wiedzy i zalecenia. *Medycyna Pracy* 2021; 72, 1: 70-71.
9. Kutniewska-Kubik M., Kubik M., Drozdowski J., Sołtysiak M. Jakość życia u pacjentów dializowanych z powodu nefropatii nadciśnieniowej. *VIA MEDICA* 2022; 8, 1: 32-33.
10. Chwaszcz J., Łysiak M., Mamcarz S. Jakość życia w okresie adolescencji – wybrane zagadnienia. W: *Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia*. Red. Chwaszcz J., Łysiak M., Mamcarz S. Wydawnictwo Adam Marszałek. Toruń, 2022; 28-31.
11. Nowakowska E., Michalak S. COVID-19 – choroba wywołana zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 globalnym zagrożeniem dla zdrowia publicznego. *Postępy Mikrobiologii – Advancements of Microbiology* 2020; 59, 3: 231-233.
12. Czechowska-Bieluga M., Lewicka-Zelent A., Zielińska P. Psychospołeczne skutki pandemii COVID-19 wśród Polaków w okresie wczesnej, średniej i późnej dorosłości. *Probacja* 2023; 2: 33-35.
13. Zaborniak-Sobczak M., Drozd M. Zagrożenia zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w okresie pandemii COVID-19 w opiniach podkarpackich nauczycieli. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze* 2022; 1: 29-30.
14. Dymecka J. Psychospołeczne skutki pandemii COVID-19. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia* 2021; 16: 2-8.
15. Jaracz K., Wołowicka L., Kalfos M. Analiza walidacyjna polskiej wersji WHOQOL-100. W: *Jakość życia w naukach medycznych*. Red. Wołowicka L. Wydawnictwo Uczelniane AM w Poznaniu. Poznań, 2001: 291-302.
16. Skevington S.M., Lotfy M., O'Connell K.A. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A report from WHOQOL GROUP. *Qual Life Res.* 2004; 13: 299-310.

17. Jaracz K., Kalfoss M., Górna K., Bączyk G. Quality of life Polish respondents: psychometric properties of the Polish WHOQOL-BREF. *Scand J Caring Sci.* 2006; 20: 251-260.
18. D'Avila K.G., Monaiar R.L., Dantas L., Freitas A., Loureiro M. Decrease in Health-Related Quality of Life and Post-COVID-19 Syndrome in Health Care Workers After SARS-CoV-2 Infection. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2023; 65, 1: 1-3.
19. Goërtz Y. M. J., Spruit M., Van Herck M. et al. Symptoms and quality of life before, during, and after a SARS-CoV-2 PCR positive or negative test: data from Lifelines. *Scientific Reports* 2023; 13: 1-7.
20. Sandmanna F., Tessier E., Lacy J., et al. Long-term health-related quality of life in non-hospitalized COVID-19 cases with confirmed SARS-CoV-2 infection in England: Longitudinal analysis and cross-sectional comparison with controls. *Clinical Infectious Diseases* 2022; 75, 1: e962-e973.
21. O'Keefe J. B., Minton H. C., Morrow M. et al. Post acute Sequelae of SARS-CoV-2 Infection and Impact on Quality of Life 1-6 Months After Illness and Association with Initial Symptom Severity. *Open Forum Infectious Diseases* 2021; 8, 8: 1-9.
22. Peluso M. J., Kelly J. D., Lu S. et al. Persistence, Magnitude, and Patterns of Post acute Symptoms and Quality of Life Following Onset of SARS-CoV-2 Infection: Cohort Description and Approaches for Measurement. *Open Forum Infectious Diseases* 2022; 9, 2: 1-11.

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

CELINA PAJĄK, ANNA MICHALIK, PAULINA WÓJCIK

Wstęp. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) nadciśnienie tętnicze, to globalny problemem zdrowotny dotyczący coraz większą liczbę osób w coraz młodszym wieku [1, 2]. Na podstawie danych przedstawianych z ostatnich 20 lat, w Polsce nastąpił wzrost zachorowalności na nadciśnienie tętnicze. Według badania NATPOL 2011 [3, 4] polegającego na wykonaniu pomiarów ciśnienia tętniczego krwi podczas dwóch oddzielnych wizyt, u pacjentów w wieku 18-79 lat. Wyniki badań pokazały, iż w ciągu 10 lat wartości ciśnienia tętniczego krwi wzrosły z 30% do 32%, co dotyczy już 9,5 już milionów osób [3]. W 2017 r. uznano nadciśnienie tętnicze za przyczynę 10,4 miliona zgonów na świecie [4-10]. Choroba cywilizacyjna, jaką jest nadciśnienie tętnicze, jest jedną z najważniejszych modyfikowalnych czynników ryzyka chorób układu krążenia oraz jest największą przyczyną przedwczesnych zgonów na świecie. Ponadto wysokość ciśnienia tętniczego krwi jest powiązana z zapadalnością na inne choroby układu krążenia, takie jak: zawał mięśnia sercowego, udar mózgu; niedokrwienność i krwotoczny, choroba tętnic obwodowych, niewydolność serca, przewlekła choroba nerek, migotanie przedsionków, demencja [3-20]. Diagnozowanie nadciśnienia tętniczego oraz jego leczenie w grupie pacjentów w starszym wieku wiąże się z wieloma wyzwaniami, a także negatywnymi konsekwencjami, takimi jak upadki czy hipotonia ortostatyczna. Dlatego, tak ważne jest odpowiednie i wczesne diagnozowanie podwyższonych wartości ciśnienia tętniczego krwi i uświadamianie społeczeństwa, iż NT prowadzi do kolejnych poważnych chorób prowadzących do zgonu lub znacznego kalectwa [21-35]. W prewencji nadciśnienia tętniczego istotną rolę odgrywa podejście oparte na środkach niemedycznych, koncentrujące się na modyfikacji stylu życia oraz zdrowych nawyków. Proces zmiany trybu życia pacjentów często stanowi wyzwanie, wymagające współpracy personelu medycznego, w tym pielęgniarek i lekarzy POZ, niekiedy także z ich rodzinami. Kluczowym elementem w profilaktyce nadciśnienia tętniczego krwi jest promocja zdrowego trybu życia, a także uświadamianie pacjentów o istotności podejmowania właściwych działań interwencyjnych we właściwym czasie [36-48]. Podstawowa Opieka Zdrowotna powinna dążyć do podejmowania działań mających na celu poprawę jakości życia pacjentów oraz motywowania ich do zmiany nawyków na korzyść zdrowia, informując jednocześnie, że zmodyfikowanie stylu życia pozwoli im utrzymać sprawność jak najdłużej,

unikając chorób [19, 20, 21-49]. Ze względu na niewielką wykrywalność nadciśnienia tętniczego (NT) w Polsce, zaleca się regularne badania przesiewowe ciśnienia tętniczego krwi przynajmniej raz w roku dla wszystkich dorosłych. Pomiar ten można przeprowadzić klinicznie u lekarza, samodzielnie w domu za pomocą domowego ciśnieniomierza lub podczas regularnych badań okresowych, na przykład w miejscu pracy. Osoby z wysokim prawidłowym ciśnieniem tętniczym krwi są bardziej narażone na ryzyko rozwinienia nadciśnienia [50-72].

Cel pracy. Głównym celem pracy była analiza zachowań zdrowotnych Pacjentów w wieku 45-80 lat chorujących na nadciśnienie tętnicze, leczących się w POZ w Wiejskim Ośrodku Zdrowia w Juszczynie.

Materiał i metody. Badania zostały przeprowadzone w okresie od sierpnia 2023 roku do października 2023 roku, wśród pacjentów chorujących na nadciśnienie tętnicze oraz leczących się w Wiejskim Ośrodku Zdrowia w Juszczynie. W badaniu wzięło udział 102 pacjentów, będących w przedziale wiekowym 45-80 lat. Większość z nich stanowiły kobiety (67%). W badanej grupie ankietowani zamieszkują wieś (85%) oraz miasto (15%), biorąc pod uwagę stan cywilny są pannami lub kawalerami (13%), pozostają w związku małżeńskim (57%), są wdowami/wdowcami (21%) oraz są po rozwodzie (9%). W badanej grupie ankietowani zamieszkują z mężem lub żoną (26%), z rodziną (59%) oraz samotnie (15%). Ankietowani mają wykształcenie podstawowe (19%), zawodowe (43%), średnie (19%) oraz wyższe (19%). W badanej grupie ankietowani są pracownikami fizycznymi (23%), umysłowymi (15%) oraz są na emeryturze lub rencie (62%). Przeciętna masa ciała wśród ankietowanych wynosiła 81,8 kg wraz z odchyleniem standardowym 15,0 kg. Najmniejsza zaobserwowana masa ciała wynosiła 60 kg, natomiast największa 145 kg. Przeciętna wartość wskaźnika BMI wynosiła 29,4 przy odchyleniu 5,5. Najmniejsza zaobserwowana wartość wskaźnika BMI wynosiła 17,8, natomiast największa 51,5. Szczegółowe dane przedstawiono w Tabeli 1.

Tabela 1. Rozkład masy ciała i BMI respondentów.

Zmienna	Średnia	Minimum	Maksimum	SD
Masa ciała	81,8	60,0	145,0	15,0
BMI	29,4	17,8	51,5	5,5

Objaśnienia: SD- odchylenie standardowe, BMI- Wskaźnik Masy Ciała.

Materiał badawczy został zebrany metodą sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnego autorstwa. Ankieta składała się z 35 pytań, wśród których były pytania zamknięte jednokrotnego wyboru, pytania wielokrotnego wyboru, a także pytania otwarte. Ankieta składała się z części wstępnej, która zawierała metryczkę, a następnie pytania dotyczące zachowań zdrowotnych i stylu życia. Statystyki opisowe wykonano

z wykorzystaniem programu Ms Excel. Badanie zależności statystycznych wykonano w programie Statistica 13PL. Przy weryfikacji hipotez posłużono się testem niezależności chi - kwadrat. We wszystkich przeprowadzonych testach przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki. W badanej grupie ankietowani chorują na nadciśnienie tętnicze krócej niż rok (11%), 1 – 5 lat (22%) oraz ponad 5 lat (67%). Dodatkowo chorują na cukrzycę (55%), miażdżycę (19%), niewydolność serca (35%), niewydolność nerek (13%), rozwarstwienie aorty (4%). W badanej grupie 71% ankietowanych posiada w rodzinie osoby chorujące na nadciśnienie tętnicze, aż 67% ankietowanych odczuwa wsparcie bliskich osób w walce z chorobą. Tylko 48% ankietowanych regularnie monitoruje ciśnienie tętnicze krwi, 30% robi to okazjonalnie, 18% gdy gorzej się poczuje, natomiast 4% nie monitoruje. Ankietowani jako prawidłowe ciśnienie tętnicze krwi wskazali wartość 120-129/80-84 mmHg (57%), 130-139/85-89 mmHg (22%) oraz poniżej 120/80 mmHg (10%). Ankietowani prowadzą dzienniczek samokontroli ciśnienia tętniczego krwi regularnie (19%), nieregularnie (18%), natomiast 63% badanych nie prowadzi. Ankietowani przyjmują leki obniżające ciśnienie tętnicze krwi regularnie (90%) oraz czasami (6%). W badanej grupie ankietowani odbywają wizyty kontrolne u lekarza w celu monitorowania ciśnienia tętniczego krwi regularnie (59%), czasami (19%) oraz gdy gorzej się poczują (21%). Tylko 52% ankietowanych jest świadoma powikłań związanych z nadciśnieniem tętniczym, takich jak udar mózgu, zawał serca, miażdżyca, niewydolność serca, niewydolność nerek. Natomiast 48% badanych nie ma takiej świadomości. W badanej grupie 10% ankietowanych wykonuje ćwiczenia regularnie trzy razy w tygodniu, natomiast 42% badanych nie prowadzi aktywnego trybu życia i nie ćwiczy regularnie. Tylko 42% ankietowanych całkowicie zrezygnowało z alkoholu, 47% ograniczyło jego spożycie, natomiast 11% badanych nie ograniczyło. Tylko 12% ankietowanych pali papierosy, 8% czasami, a 80% badanych nie pali papierosów. W badanej grupie, aż 60% ankietowanych ograniczyło spożycie soli w diecie. Ankietowani w większości stosują zdrową dietę zawierającą owoce, warzywa i potas (56%), tylko 8% badanych nie stosuje zdrowej diety. Ankietowani stosują dietę bogatą w błonnik na stałe (32%), dietę bogatą w produkty mleczne stale (38%). Większość (69%) ankietowanych unika nadmiernego spożywania kofeiny, natomiast 84% unika spożywania napojów energetycznych i gazowanych, a także słodczy. W badanej grupie 61% ankietowanych ogranicza spożywanie tłuszczów, zwłaszcza nasyconych, takich jak tłuste mięsa, sery, masło, aż 56% ankietowanych przygotowuje posiłki techniką gotowania i duszenia bez dodatku tłuszczu. W badanej grupie 69% ankietowanych utrzymuje prawidłową masę ciała. Większość (90%) ankietowanych wyraża chęć zmiany stylu życia na bardziej sprzyjający zdrowiu, natomiast 10% badanych nie widzi takiej potrzeby. W badanej grupie ankietowani

czerpią wiedzę na temat profilaktyki nadciśnienia tętniczego od rodziny i znajomych (25%), od lekarza (72%), z książek, ulotek lub broszurek (22%) oraz z Internetu (28%). Zbadano zależność statystyczną między wiedzą o prawidłowej wartości ciśnienia tętniczego a wybranymi zmiennymi (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie respondentów). Zastosowano test niezależności chi – kwadrat. Na podstawie przeprowadzonego testu ($p = 0,1958$) nie stwierdzono istotnej zależności między wiedzą o prawidłowej wartości ciśnienia tętniczego krwi a płcią. Na podstawie przeprowadzonego testu ($p = 0,3024$) nie stwierdzono istotnej zależności między wiedzą o prawidłowej wartości ciśnienia tętniczego a wiekiem. Analizie poddano związek między wiedzą o prawidłowej wartości ciśnienia tętniczego krwi a miejscem zamieszkania. Na podstawie przeprowadzonego testu ($p = 0,5038$) nie stwierdzono istotnej zależności między wiedzą o prawidłowej wartości ciśnienia tętniczego oraz miejscem zamieszkania. Na podstawie przeprowadzonego testu ($p = 0,2433$) nie stwierdzono istotnej zależności między wiedzą o prawidłowej wartości ciśnienia tętniczego oraz wykształceniem. Badano zależność między monitorowaniem przez ankietowanych ciśnienia tętniczego krwi, a płcią (brak istotnej zależności). Na podstawie przeprowadzonego testu ($p = 0,0008$) stwierdzono istotną zależność między czasem chorowania na nadciśnienie tętnicze oraz wiekiem. Wraz ze wzrostem wieku rośnie staż choroby (Tabela 2).

Tabela 2. Szczegółowa zależność między czasem chorowania na nadciśnienie tętnicze, a wiekiem.

Czas chorowania na nadciśnienie tętnicze	45 - 55 lat	56 - 70 lat	71 - 80 lat	Suma
Mniej niż rok	7	3	1	11
Kolumna %	23%	7%	4%	
1 - 5 lat	11	11	1	23
Kolumna %	37%	24%	4%	
Ponad 5 lat	12	32	24	68
Kolumna %	40%	70%	92%	
Suma	30	46	26	102

Badano zależność między prowadzeniem dzienniczka samokontroli ciśnienia tętniczego oraz przyjmowaniem leków obniżających ciśnienie tętnicze krwi. Zastosowano test niezależności chi – kwadrat. Na podstawie przeprowadzonego testu ($p = 0,9187$) nie stwierdzono istotnej zależności między prowadzeniem dzienniczka samokontroli a przyjmowaniem leków obniżających ciśnienie tętnicze krwi. Badano zależność między świadomością powikłań związanych z nadciśnieniem tętniczym oraz miejscem zamieszkania. Zastosowano test niezależności chi – kwadrat. Na podstawie przeprowadzonego testu ($p = 0,2346$) nie stwierdzono istotnej zależności między świadomością powikłań związanych z nadciśnieniem tętniczym oraz miejscem zamieszkania. Badano zależność między wiedzą na temat profilaktyki

nadciśnienia tętniczego oraz wybranymi zmiennymi. Zastosowano test niezależności chi – kwadrat. Na podstawie przeprowadzonego testu ($p = 0,0375$) stwierdzono istotną zależność między wiedzą na temat profilaktyki nadciśnienia tętniczego oraz wiekiem. Osoby w wieku 71 – 80 lat istotnie częściej wskazują na lekarza, natomiast osoby w wieku 45 – 70 lat istotnie częściej wskazują Internet (Tabela 3).

Tabela 3. Zależność między wiedzą na temat profilaktyki nadciśnienia tętniczego, a wiekiem.

Wiedza na temat profilaktyki nadciśnienia tętniczego	45 - 55 lat	56 - 70 lat	71 - 80 lat	Suma
Od rodziny, znajomych	4	15	7	26
Kolumna %	10%	19%	24%	
Od lekarza	17	37	19	73
Kolumna %	41%	46%	66%	
Z książek, ulotek, broszurek	8	11	3	22
Kolumna %	20%	14%	10%	
Z Internetu	12	17	0	29
Kolumna %	29%	21%	0%	
Suma	41	80	29	150

Na podstawie przeprowadzonego testu ($p = 0,1301$) nie stwierdzono istotnej zależności między wiedzą na temat profilaktyki nadciśnienia tętniczego oraz stanem cywilnym. Na podstawie przeprowadzonego testu ($p = 0,3269$) nie stwierdzono istotnej zależności między wiedzą na temat profilaktyki nadciśnienia tętniczego oraz statusem zawodowym. Badano zależność między stażem choroby oraz wybranymi zmiennymi. Zastosowano test niezależności chi – kwadrat. Na podstawie przeprowadzonego testu ($p = 0,0997$) nie stwierdzono istotnej zależności między stażem choroby oraz paleniem papierosów. Na podstawie przeprowadzonego testu ($p = 0,1129$) nie stwierdzono istotnej zależności między stażem choroby oraz spożywaniem alkoholu. Badano zależność między chęcią zmiany stylu życia oraz wiekiem. Zastosowano test niezależności chi – kwadrat. Na podstawie przeprowadzonego testu ($p = 0,0411$) stwierdzono istotną zależność między chęcią zmiany stylu życia oraz wiekiem. Osoby w wieku 45 -55 lat istotnie częściej wykazują chęć zmiany stylu życia niż pozostałe osoby (Tabela 4).

Tabela 4. Szczegółowa zależność między chęcią zmiany stylu życia, a wiekiem.

Chęć zmiany stylu życia	45 - 55 lat	56 - 70 lat	71 - 80 lat	Suma
Tak	30	38	24	92
Kolumna %	100%	83%	92%	
Nie	0	8	2	10
Kolumna %	0%	17%	8%	
Suma	30	46	26	102

Dyskusja. Nadciśnienie tętnicze, to powszechna choroba cywilizacyjna, charakteryzująca się podwyższonym ciśnieniem tętniczym krwi w naczyniach. Nieleczona może prowadzić do poważnych powikłań, takich jak udar mózgu czy zawał serca. W związku z czym kluczowym elementem walki z chorobą są zachowania zdrowotne pacjentów. Zachowania zdrowotne w nadciśnieniu tętniczym obejmują wszelkie działania podejmowane w celu zarządzania tym schorzeniem i zmniejszeniem ryzyka powikłań. Do takich działań należą między innymi: odpowiednie nawyki żywieniowe, samokontrola ciśnienia tętniczego, regularna aktywność fizyczna, ograniczenie lub całkowita rezygnacja z alkoholu, a także unikanie palenia papierosów. Skuteczne zarządzanie nadciśnieniem tętniczym uwzględnia nie tylko leczenie farmakologiczne, lecz także pozytywne zachowania zdrowotne pacjentów, które przyczyniają się do redukcji ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych [3]. W niniejszej pracy przeanalizowano zachowania zdrowotne u pacjentów z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym. Analiza wyników własnych wykazała, że z chorobą od ponad 5 lat zmaga się ponad połowa ankietowanych (67%), natomiast 11 osób (11%) choruje krócej niż rok z kolei w przedziale 1 - 5 lat borykają się z chorobą 23 osoby (22%). Analiza statystyczna wyników własnych wykazała istotną zależność między czasem chorowania na nadciśnienie tętnicze oraz wiekiem. Istotnie najwyższą ocenę prezentowały osoby będące w wieku 71-80 lat chorujące ponad 5 lat. Nadciśnienie tętnicze i cukrzyca, zarówno typu 1 jak i 2 często współistnieją ze sobą i są poważnymi czynnikami zwiększającymi ryzyko zachorowania na choroby układu sercowo - naczyniowego. Cukrzyca i nadciśnienie tętnicze często występują jednocześnie, co pogarsza rokowanie pacjentów [73]. Na podstawie badań własnych uzyskano informacje, iż najczęstszą chorobą współistniejącą wśród badanych jest cukrzyca - odpowiedź tą zaznaczyło 56 osób (55%). Ankietowani dodatkowo chorują na miażdżycę (19%), niewydolność nerek (13%), rozwarstwienie aorty (4%). Na drugim miejscu występowała niewydolność serca, którą zaznaczyło 36 osób (35%). W tym 42 osoby (41%) wybrała wariant „inne”. Warto zaznaczyć, że nadciśnienie tętnicze jest głównym czynnikiem ryzyka prowadzącym do rozwoju niewydolności serca. Niewydolność serca aktualnie stanowi tak częste powikłanie nadciśnienia tętniczego, jak udar mózgu [47]. Pomimo dostępności wielu źródeł na temat korzyści zmiany stylu życia, pacjenci borykają się z różnymi wyzwaniami w tym z kontrolą masy ciała. Szacuje się, że 80% przypadków nadciśnienia tętniczego w Polsce ma związek ze wzrostem masy ciała [12]. Z przeprowadzonych badań, wynika, że nadwaga i otyłość jest bardzo poważnym problemem osób chorujących na nadciśnienie tętnicze. Z przeprowadzonych badań wynika, że przeciętna masa ciała w badanej grupie wynosi 81,8 kg. Najmniejsza zaobserwowana masa ciała wynosi 60 kg, natomiast największa 145 kg. Z kolei najmniejsza zaobserwowana wartość

wskaźnika BMI wynosi 17,8 wskazując na niedowagę. Natomiast największa wartość BMI wynosi 51,5 wskazując na otyłość III stopnia. W badanej grupie 69% ankietowanych dąży do utrzymania prawidłowej masy ciała, aczkolwiek na podstawie BMI (*Body Mass Index*), wyniki badań własnych wykazały, że przeciętna wartość wskaźnika BMI wynosi 29,4, co stanowi nadwagę. Do podobnych wniosków w swojej pracy doszła Szwiec M. i wsp. [65] przeprowadzając badania wśród 188 osób w Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wielkopolskim. Wyniki badań własnych pokazały, że 77,13% spośród badanych, to osoby ze zbyt wysokim indeksem należnej masy ciała. Zbliżone wyniki badań uzyskał zespół Sawickiej i wsp. [74], wysoki wskaźnik BMI wykazał u 79% ankietowanych. U Szwiec i wsp. [65] większość osób objętych badaniem miała nieprawidłowe wartości wskaźnika BMI, czyli nadwagę lub otyłość, stanowili oni 62% ankietowanych. Według lekarzy regularna aktywność fizyczna jest kluczowym czynnikiem poprawy ogólnego stanu zdrowia u osób cierpiących na nadciśnienie tętnicze. Zaleca się, aby chorzy wykonywali ćwiczenia przynajmniej trzy razy w tygodniu, każdorazowo przez co najmniej 30 minut. Mimo tych wytycznych, wielu pacjentów nie podejmuje żadnej formy aktywności fizycznej [75]. Wyniki badań własnych wykazały, że 48% jest aktywna, ale nie ćwiczy regularnie, natomiast 42% badanych nie prowadzi aktywnego trybu życia i nie ćwiczy regularnie. Natomiast tylko 10% ankietowanych ćwiczy regularnie przynajmniej trzy razy w tygodniu, stanowi to dużą rozbieżność w porównaniu z badaniami Wojciechowskiej i Izdebskiej [76], gdzie jedynie 34% ankietowanych deklarowało systematyczny wysiłek fizyczny, co i tak stanowi o ponad połowę większy procent osób niż w badaniach własnych. Wyniki badań własnych dramatyczniej przedstawiają się w porównaniu z Sawicką i wsp. [77], u których wykazało, że około 55% wykonuje regularny wysiłek fizyczny. Kluczowe dla zdrowia jest indywidualne podejście do każdego pacjenta, przede wszystkim w przypadku chorób przewlekłych, do których należy nadciśnienie tętnicze. Istotną rolę odgrywa także wsparcie społeczne. Pacjenci, którzy otrzymują wsparcie, zarówno emocjonalne, jak i praktyczne przekazanie wiedzy przez specjalistę oraz wsparcie ze strony rodziny mogą czuć się bardziej zmotywowani do dbania o swoje zdrowie. Analizując wyniki badań własnych budujące jest to, że 67% pacjentów doświadcza wsparcia ze strony rodziny w radzeniu sobie z chorobą. Prof. Józef Kocemba [78] wykazał, że —rozwój nadciśnienia pierwotnego warunkuje współwystępowanie u danej osoby obciążenia rodzinnego nadciśnieniem ze stresującymi warunkami życia, natomiast obciążenie tylko jednym czynnikiem znamienne rzadziej prowadzi do hipertonii. Wyniki badań własnych wykazały, że aż u 71% ankietowanych, występowało nadciśnienie tętnicze w rodzinie. Spożywanie alkoholu zwłaszcza w większych ilościach, a także palenie papierosów zwiększa

ryzyko udarów, choroby niedokrwiennej serca zwłaszcza u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym i jednocześnie zmniejsza skuteczność działania leków hipotensyjnych [3]. Analiza wyników własnych wykazała, że w ankiecie najczęściej brały udział osoby, które ograniczyły alkohol (47%). Zadowolające jest to, że blisko tego wyniku stanowili respondenci, którzy całkowicie zrezygnowali ze spożywania alkoholu (42%). Natomiast mniejszość respondentów 11% nie ograniczyła spożycia alkoholu. Podobne wyniki uzyskała Sawicka i wsp. [74], gdyż prawie 85% ankietowanych nie spożywa w ogóle alkoholu bądź okazjonalnie. Jeżeli chodzi o palenie papierosów, to statystyka jest także zadowolająca, gdyż prawie większość respondentów (80%) nie pali. Tylko 8% ankietowanych udzieliło odpowiedzi, że pali czasami, natomiast 12% boryka się z nałogiem. W badaniach u Sawickiej i wsp. [74], aż 48% ankietowanych nigdy nie paliło papierosów, natomiast 38% paliło w przeszłości, a 13,64% ankietowanych pali obecnie. Analiza wyników własnych wykazała, że ponad połowa ankietowanych (57%) posiada wiedzę na temat prawidłowej wartości ciśnienia tętniczego krwi i wskazała wartość 120-129/80-84 mmHg. Badania wykazały również, że 22% zawyżało tą wartość, 10% ankietowanych zaniżało. Z kolei 11% nie miało wiedzy na ten temat. W badaniach Węgrowskiego i wsp. [24] wyższy odsetek ankietowanych, bo około 74% zna prawidłowe wartości ciśnienia tętniczego. Odpowiedzi z zakresu świadomości powikłań związanych z nadciśnieniem tętniczym były podzielone prawie po równo. Aż 48% respondentów nie ma świadomości z powikłań mogących wystąpić podczas zachorowania na nadciśnienie tętnicze. Z kolei zadowolające jest to, że wśród ankietowanych ze świadomością powikłań (52%) najczęstszą odpowiedzią był udar mózgu, zawał serca, miażdżyca, niewydolność serca i niewydolność nerek. Podobnie ankietowani u Węgrowskiego i wsp. [24] wymienili: zawał serca, udar mózgu oraz miażdżycę tętnic. U pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, konieczne jest zaangażowanie się w proces leczenia, do którego należy monitorowanie RR, prowadzenie dzienniczka samokontroli, regularne przyjmowanie leków i regularne uczęszczanie na wizyty kontrolne. Z przeprowadzonych wśród pacjentów badania wynika, że 48% ankietowanych regularnie monitoruje RR, co wzbudza optymizm, w porównaniu z wynikami badań u Wojciechowskiej i Izdebskiej [76], u których aż 88% ankietowanych nie mierzy sobie regularnie ciśnienia tętniczego. Wyniki analizy badań własnych wykazały również, że 30% ankietowanych okazjonalnie mierzy ciśnienie tętnicze, a 18% tylko wtedy, gdy gorzej się poczuje. Nie pocieszający jest fakt, że ponad połowa respondentów 65 osób (63%) nie prowadzi dzienniczka samokontroli. Znaczna większość ankietowanych, około 86% u Sawickiej i wsp. [77] nie prowadzi dzienniczka pomiarów ciśnienia tętniczego. Z kolei odmienny wynik uzyskała Połetek i wsp. [79], gdyż większość

respondentów, około 75% przyznała się do prowadzenia dzienniczka samokontroli. Na podstawie analizy wyników własnych ogólny wskaźnik regularnego przyjmowania leków hipotensyjnych stwierdzono aż u 90% badanych. Zbliżony wynik w grupie badanej uzyskała Sawicka i wsp. [77], gdyż 83% ankietowanych przyjmuje regularnie leki. Natomiast u Piotrkowskiej i wsp. [80], aż 67% przyjmuje regularnie leki, co nadal stanowi większość ankietowanych. Regularne wizyty kontrolne u lekarza mogą stanowić skuteczne narzędzie w motywowaniu pacjenta do wprowadzania pozytywnych zmian w swoim życiu. Ponad połowa ankietowanych 60 osób (59%) uczęszcza na regularne wizyty kontrolne do lekarza. Natomiast 21% umawia się na wizyty tylko wtedy, gdy gorzej się poczuje. Badania Piotrowskiej i wsp. [80] wykazały, że 46% uczęszcza na wizyty kontrolne, mniej niż w badaniach własnych. Niebagatelny wpływ na podwyższone wartości RR ma stres, a także niedostateczna ilość snu. Zadowolające jest to, że 65% ankietowanych dba o regularny sen. Analiza wyników własnych wykazała, że 31% badanych często doświadcza stresu związanego z chorobą lub innymi sytuacjami w życiu, daje to zbliżony wynik do badań Piotrowskiej i wsp. [80], gdzie 29% ankietowanych podała, że sytuacje stresujące dotyczą ich często. Odmienne niż w badaniach własnych stanowią wyniki dotyczące odczuwania stresu czasami 52%, u Piotrowskiej i wsp. [80], aż 64%, w badaniach własnych 17% nie doświadcza takich emocji, a u Piotrowskiej i wsp. [80], tylko 7% badanych. Na uwagę zasługuje fakt, iż zaufaniem zdecydowana większość obdarzyła swojego lekarza, gdyż 72% pacjentów czerpie wiedzę na temat profilaktyki nadciśnienia tętniczego głównie od lekarza (72%), od rodziny i znajomych (25%), z książek, ulotek lub broszurek (22%) oraz z Internetu (28%). Zbliżone wyniki uzyskał Węgorowski i wsp. [24], ankietowani wiedzę zdobywają głównie od lekarza, około 83%, a około 17% czerpie ją z Internetu. Z kolei różnice stanowiły informacje zdobywane poprzez czytanie książek, ulotek i broszurek u Węgorowskiego i wsp. [24] ponad połowa ankietowanych, oraz około 43% od rodziny i znajomych. Analiza statystyczna wyników własnych wykazała istotną zależność między źródłem wiedzy na temat profilaktyki nadciśnienia tętniczego oraz wiekiem. Osoby w wieku 71 – 80 lat istotnie częściej wskazują na lekarza, natomiast osoby w wieku 45 – 70 lat istotnie częściej wskazują Internet. W trakcie badania przeprowadzono także ocenę stanu odżywienia pacjentów. Analiza zachowań zdrowotnych z badań własnych w temacie odżywiania jest zadowolająca. Przeprowadzone badania wykazały, że większość ankietowanych 60% ograniczyło spożywanie soli, odmiennie niż w badaniach własnych uzyskała wynik Łazarska i wsp. [81] bo, aż u 76% ankietowanych dzienna dawka spożywanej soli przewyższała normę. Ponad połowa ankietowanych 56% stosuje dietę bogatą w owoce i warzywa, 36% czasami, natomiast 8% w ogóle. Więcej niż w badaniach własnych uzyskała

Gajewska i wsp. [82], gdzie spośród 87 osób, aż 77 spożywało owoce codziennie lub 3-4 razy w tygodniu. Błonnik pokarmowy jest niestrawną częścią pożywienia, jest produktem niskoenergetycznym, który pęcznieje i wypełnia żołądek, powodując uczucie sytości i zapobiega spożywaniu produktów wysokoenergetycznych. Dieta bogatobłonnikowa zatem przyczynia się do utraty wagi ciała, obniżenia poziomu cholesterolu i regulacji ciśnienia krwi, co zmniejsza ryzyko chorób sercowo-naczyniowych [83]. Odgrywa on zatem istotną rolę w regulacji ciśnienia krwi. Jednakże wyniki badań własnych były podzielone, wykazały, że 32% respondentów stosuje dietę stale, 35% czasami, natomiast 33% wogóle, co może wskazywać na niedostateczną wiedzę w zakresie korzyści spożywania błonnika w nadciśnieniu tętniczym. Zgodnie z wytycznymi diety DASH, spożywane produkty mleczne powinny być źródłem wapnia, a nie tłuszczów zwierzęcych [75]. Wyniki badań własnych wykazały, że 38% ankietowanych stale stosuje w swojej diecie produkty mleczne, 41% czasami, natomiast wogóle 20%. Wyniki Gajewskiej i wsp. [82] pokazują, że jedynie 36% respondentów nie spożywało mlecznych pełnotłustych produktów. Godne uznania jest to, że aż 69% ankietowanych unika nadmiernego spożywania kofeiny oraz że większość badanych, bo aż 84% unika spożywania napojów energetycznych i wysokocukrowych napojów gazowanych, a także słodczy. Zadowalające jest również to, że 61% respondentów ogranicza spożywanie tłuszczów, zwłaszcza nasyconych. Zbliżony wynik badań uzyskała Sawicka i wsp. [74], gdyż 74% osób badanych częściej spożywa tłuszcze roślinne niż zwierzęce. Wykazano również, że najczęstszymi technikami przyrządzania posiłków przez ankietowanych są gotowanie oraz duszenie bez dodatku tłuszczu (56%), co jest najbardziej odpowiednią techniką w walce z nadciśnieniem w porównaniu z 44% ankietowanych, którzy preferują przygotowanie posiłków techniką smażenia i pieczenia. Odmienne niż w badaniach własnych uzyskała wyniki Wojciechowska i Izdebska [76] bo, aż 80% respondentów wskazało, że przygotowuje posiłki za pomocą smażenia. Analiza statystyczna wyników własnych wykazała istotną zależność między chęcią zmiany stylu życia oraz wiekiem. Osoby w wieku 45 -55 lat istotnie częściej wykazują chęć zmiany stylu życia niż pozostałe osoby. W skutecznym leczeniu nadciśnienia tętniczego kluczową rolę pełnią pozytywne zachowania zdrowotne pacjentów. Badania własne wykazały, że niemal wszyscy ankietowani 90% wykazują chęć zmiany stylu życia na bardziej sprzyjający zdrowiu. Łącząc ogólną wiedzę społeczną na temat nadciśnienia tętniczego oraz odpowiednią i dobrze prowadzoną edukację zdrowotną, można w znaczący sposób zmniejszyć zachorowanie na nadciśnienie tętnicze.

Wnioski.

1. Większość respondentów reprezentuje pozytywne zachowania zdrowotne, gdyż ograniczyło lub całkowicie zrezygnowało ze spożywania alkoholu, nie pali papierosów, ogranicza spożywanie soli w diecie, stosuje zdrową dietę bogatą w owoce i warzywa oraz dąży do utrzymania prawidłowej masy ciała.
2. Niemal wszyscy respondenci wykazują chęć zmiany stylu życia na bardziej sprzyjający zdrowiu. Osoby (młodsze) w wieku 45 -55 lat częściej wykazują chęć zmiany stylu życia. Głównym źródłem wiedzy na temat profilaktyki nadciśnienia tętniczego jest u osób starszych (71-80 lat) lekarz, a u osób młodszych (45-70 lat) Internet.
3. Ważne jest, aby personel medyczny prowadził edukację na temat zachowań zdrowotnych wśród pacjentów oraz dążył do poprawy jakości życia osób dotkniętych nadciśnieniem tętniczym.

Piśmiennictwo

1. Larionov P, Izdebski P, Wybrane cechy osobowości a dysfunkcjonalna regulacja emocji jako czynnik ryzyka nadciśnienia tętniczego. *Annales Universitatis Mariae Curie - Skłodowska. Sectio J, Paedagogia - Psychologia*. 2020; 33(2), 239 - 252.
2. Raport NFZ, Nadciśnienie tętnicze, 17.05.2022 [online]. Dostępny w Internecie: <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/raport-nfz-nadcisnienie-tetnicze,7352.html> [dostęp: 29 grudnia 2023].
3. Tykarski A, Filipiak K J., Januszewicz A, Litwin M, Narkiewicz K, Prejbisz A, *et. al.* Nadciśnienie Tętnicze w Praktyce. 2019, tom 5, nr 1, strony: 1-86.
4. GBD 2017 Risk Factor Collaborators, GBD 2016 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioral, environmental and occupational, and metabolic risk sorclusters of risks, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*. 2017; 390(10100): 1345-1422.
5. Baszczuk A, Kopczyński Z, Musialik K, Rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego na świecie i w Polsce, *Via Medica. Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2014;5(4):141-147.
6. Malinowska B, Nadciśnienie tętnicze, Narodowe Centrum Nauki [online]. Dostępny w Internecie: <https://projekty.ncn.gov.pl/opisy/314895-pl.pdf> [dostęp: 29 grudnia 2023].
7. Bijak M, Olszanecka A, Pałczyńska E, Czarnecka D, Rajzer M, Stolarz-Skrzypek K. Factors determining acceptance of illness in patients with arteria hypertension and comorbidities. *Kardiologia Pol.* 2021 Apr 23;79(4):426-433.
8. Kapłon - Woźakowska B, Salwa P, Siebert J, Nowe europejskie wytyczne dotyczące postępowania u chorego z nadciśnieniem tętniczym - czy istotnie zmieniają postępowanie lekarza praktyka? *Via Medica. Folia Cardiologica*. 2014, tom 9, nr 1, strony 33-53.
9. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti - Rosei E, Azizi M, Burnier M, *et.al.* Wytyczne ESC/ESH dotyczące postępowania w nadciśnieniu tętniczym (2018). *Kardiologia Polska*. 2019; 77, 2: 71-159.

10. Siedlinski M, Carnevale L, Xu X, Carnevale D, Evangelou E, Caulfield M J, *et.al.* Genetic analysis to identify brain structures related to cognitive impairment associated with elevated blood pressure, *European Heart Journal*, vol. 44, nr 23, 2023, s. 2114-2125.
11. Kropornicka B, Baczeńska B, Szalast E, Krzyżanowska E, Łuczyk R, Nowicka, *et. al.* Styl życia pacjentów z nadciśnieniem tętniczym = Lifestyle in the patients suffering from hypertension. *Journal of Education, Health and Sport*. 2016;6(12):338-352.
12. Kuźma Ł, Kobus G, Krajewski J, Kochański K, Bachórzewska - Gajewska H, Dobrzycki S, *et.al.* Ocena częstości występowania nadwagi i otyłości u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. *Via Medica*. 2013, tom 17, nr 1. 84.
13. Tykarski A, Mastalarz - Migas A, Wieczorowska - Tobis K, Bień B, Kokoszka - Paszkot J, Kusz - Rynkun A, *et.al.* Rekomendacje Diagnostyki i Leczenia Nadciśnienia Tętniczego u pacjentów 65+ dla lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej. *Via Medica*. 2018, tom 4, nr 2.
14. Salkic S, Batic-Mujanovic O, Ljuca F, Brkic S. Clinical presentation of hypertensive crises in emergency medical services. *Mater Sociomed*. 2014 Feb;26(1):12-6.
15. Varounis C, Katsi V, Nihoyannopoulos P, Lekakis J, Tousoulis D. Cardiovascular Hypertensive Crisis: Recent Evidence and Review of the Literature. *Front Cardiovasc Med*. 2017 Jan 10;3:51.
16. Kosmowski K, Szymański L, Gąsior Z, Acute cardiovascular syndromes caused by hypertensive crisis - clinical approach. *Annales Academiae Medicae Silesiensis*. 2019;73:107-13.
17. Pęksa J, Prawidłowe wykonywanie pomiarów ciśnienia tętniczego w gabinecie lekarskim. *Lekarz POZ*. 2022;8(2):130-136.
18. Pęksa J, Interpretacja wyników 24-godzinnego monitorowania ciśnienia krwi w POZ. *Gabinet Prywatny*. 2022, tom 29, nr 02, s. 29-34.
19. Mirczak A, Profilaktyka nadciśnienia tętniczego krwi u osób starszych. Instytut Pracy Socjalnej Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie. 2014, strony: 104-121.
20. Levine DM, Dixon RF, Linder JA, Association of structured virtual visits for Hypertension Follow - Up in Primary Care with Blood Pressure Control and Use of Clinical Services, *Journal of General Internal Medicine*. 2018 Nov;33(11):1862-1867.
21. Mastalarz - Migas A, Hryniewicz T, Januszewicz A, Wytyczne konsultantów krajowych w dziedzinie medycyny rodzinnej, hipertensjologii i kardiologii dotyczące opieki nad pacjentem z nadciśnieniem tętniczym w podstawowej opiece zdrowotnej, z uwzględnieniem opieki koordynowanej z dnia 08.02.2023r. [online]. Dostępny w Internecie: <https://koordynowana.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2023/02/Wytyczne-konsultantow-krajowych-nadcisnienie-tetnicze-08.02.23....pdf> [dostęp: 29 grudnia 2023].
22. Głuszek J. Problem nadciśnienia tętniczego w praktyce lekarza POZ. *Lekarz POZ*. 2016;2(2):117-122.
23. Kowalewska B, Bruliński K, Klimaszewska K, Jankowiak B, Rolka H, Ortman E, *et.al.* Ocena zachowań zdrowotnych i akceptacji choroby wśród osób leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego podstawy teoretyczne. Białystok: Uniwersytet Medyczny. 2013, s. 1239-1258.
24. Węgorowski P, Michalik J, Buchcic Z, Stanisławek A, Domżał-Drzewicka R, Ocena poziomu wiedzy pacjentów na temat nadciśnienia tętniczego, *Journal of Education, Health and Sport*. Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu. 2017, vol. 7, nr 7, s. 873- 887.

25. Surma S, Szyndler A, Narkiewicz K, Świadomość nadciśnienia tętniczego i innych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w populacji osób dorosłych. *Via Medica. Choroby Serca i Naczyń* 2018;15(1):14-22.
26. Manci G, Fagarda R, Redona J, Zanchettiego A, Böhma M, Christiaensa T, *et.al.* Wytyczne ESH/ESC 2013 dotyczące postępowania w nadciśnieniu tętniczym: Grupa Zadaniowa ds. leczenia Nadciśnienia Tętniczego Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (ESH) i Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC). *EuropeanHeartJournal*. 2013, strony 2159–2219, tom 34, wydanie 28.
27. Kasprzyk Z, Gąsowski J, Postępowanie niefarmakologiczne w nadciśnieniu tętniczym, czyli zdrowy tryb życia. *Medycyna Praktyczna* [online]. Dostępny w Internecie: https://www.mp.pl/pacjent/nadcisnienie/badania_leczenie/59343,postepowanie-niefarmakologiczne-w-nadcisnieniu-tetniczym-czyli-zdrowy-tryb-zycia [dostęp: 05 stycznia 2024].
28. Cichocka A, Dieta DASH w teorii i zastosowaniu, PZWL, Warszawa 2017.
29. Kundapur R, Modi B, Mary L, Manjula R, Santhosh P, Saxena D. A community-leveleducationalinterventiontrail to study the impact of life style modification in control of hypertension and diabetes - A non-randomizedtrial (Before and afterinterventionstudywithoutcontrol). *J Family MedPrimCare*. 2022 Nov;11(11):6759-6764.
30. Surma S, Szyndler A, Narkiewicz K, Świadomość wybranych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w populacji młodych osób. *Via Medica. Choroby Serca i Naczyń* 2017;14(4):186-193.
31. Rewiuk K, Zaburzenia snu i alkohol – przyczyny nadciśnienia. *Medycyna Praktyczna* [online]. Dostępny w Internecie: <https://www.mp.pl/pacjent/nadcisnienie/lista/66933,zaburzenia-snu-i-alkohol-przyczyny-nadcisnienia> [dostęp: 05 stycznia 2024].
32. Gąsowski J, Ksprzyk Z, Leczenie farmakologiczne nadciśnienia tętniczego. *Medycyna Praktyczna* [online]. Dostępny w Internecie: https://www.mp.pl/pacjent/nadcisnienie/badania_leczenie/59348,leczenie-farmakologiczne-nadcisnienia-tetniczego [dostęp: 05 stycznia 2024].
33. Cichocka A, Dieta DASH - najlepsza dieta w nadciśnieniu. 2018, T. 72, nr 11, strony 34-37.
34. Gibała M, Janowski G, Znaczenie diety w prewencji oraz wyrównaniu nadciśnienia tętniczego. *Via Medica. Choroby Serca i Naczyń* 2016;13(4):265-270.
35. Kazimierski M, Reguła J, Ocena skuteczności interwencji żywieniowej opartej na zaleceniach diety DASH u osób z zaburzeniami lipidowymi. *Via Medica. Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2017;8(3):97-102.
36. Surma S, Romańczyk M, Szyndler A, Narkiewicz K, Sól a nadciśnienie tętnicze — od epidemiologii przez patofizjologię do istotnego problemu cywilizacyjnego. *Via Medica. Nadciśnienie Tętnicze w Praktyce* 2021;7(1):19-27.
37. Kargulewicz A, Grzymisławski M, Swora-Cwynar E, Kanikowska A, Hot topics z najważniejszych zjazdów dietetycznych — najnowsze trendy i kontrowersje. *Via Medica. Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2014;5(3):115-122.
38. Durbas M, Dieta DASH - dobra dla serca. *Medycyna Praktyczna* [online]. Dostępny w Internecie: <https://www.mp.pl/nadwaga-i-otylosc/baza-wiedzy/dieta/260278,dieta-dash-dobra-dla-serca> [dostęp: 15 stycznia 2024].
39. Rozentryt P. Nowe wytyczne prewencji pierwotnej chorób sercowo-naczyniowych AHA/ACC. Porównanie z wytycznymi europejskimi. *Lekarz POZ*. 2019;5(5):367-375.

40. Macias M, Daskocz J, Wanot B, Nadciśnienie tętnicze-jeden z najczęstszych problemów zdrowotnych, 2020.
41. Barczak A, Rola kawy w zapobieganiu otyłości. 2019, 19(2), p. 97-102.
42. Śliż D, Zgliczyński W, Szeligowska J, Rostkowska O, Pinkas J, Modyfikacja zwyczajów żywieniowych w prewencji chorób cywilizacyjnych. *Postępy Nauk Medycznych*. 2016; XXIX(5): 344-349.
43. Singh RB, Nabavizadeh F, Fedacko J, Pella D, Vanova N, Jakabcin P, *et. al.* Dietary Approaches to Stop Hypertension via Indo-Mediterranean Foods, May Be Superior to DASH Diet Intervention. *Nutrients*. 2022 Dec 22;15(1):46.
44. Malczewska-Malec M, Wnęk D, Dieta DASH - jadłospis, zasady. *Medycyna Praktyczna* [online]. Dostępny w Internecie: <https://www.mp.pl/pacjent/nadciśnienie/informacje/dietaiwysilek/60147,dieta-dash> [dostęp: 15 stycznia 2024].
45. Belanger MJ, Kovell LC, Turkson-Ocran RA, Mukamal KJ, Liu X, Appel LJ, Miller ER, *et.al.* Effects of the Dietary Approaches to Stop Hypertension Diet on Change in Cardiac Biomarkers Over Time: Results From the DASH-Sodium Trial. *J Am Heart Assoc*. 2023 Jan 17;12(2).
46. Shu L, Huang YQ, Zhang XY, Zheng PF, Zhu Q, Zhou JY. Adherence to the Dietary Approaches to Stop Hypertension diet reduces the risk of breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *Front Nutr*. 2023 Jan 9;9:1032654.
47. Mancina G, Fagart R, *et.al.* Wytyczne ESH/ESC dotyczące postępowania w nadciśnieniu tętniczym w 2013 roku. *Kardiologia Polska*. 2013; 71 (supl. III).
48. Mirska, I., Kreft, P., Skalski, D. W., Rybak, O., Kowalski, D., & Dyachuk, V, Aktywność fizyczna jako istotny element profilaktyki i leczenia zespołu metabolicznego. *Rehabilitation and Recreation*. 2023, (14), 164–169.
49. Głównczyńska R, Rola aktywności fizycznej w prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego. *Via Medica. Choroby Serca i Naczyń*. 2017, Tom 14, nr 2.
50. Michalski P, Kosobucka A, Nowik M, Pietrzykowski Ł, Andruszkiewicz A, Kubica A, Edukacja zdrowotna pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego. *Via Medica. Folia Cardiologica* 2016;11(6):519-524.
51. Kubińska Z, Pańczuk A, Potrzeby zdrowotne realizowane przez aktywność fizyczną osób starszych. *Rozprawy Społeczne*. 2018, Tom 12, Nr 1.
52. Sawicka K, Wiecek A, Łuczyk R, Wawryniuk A, Praszał M, Ocena wybranych aspektów jakości życia w grupie pacjentów z nadciśnieniem tętniczym = Evaluation of selected aspects of the quality of life in patients with hypertension. *Journal of Education, Health and Sport*. 2017. Vol. 6, no. 11, pp. 161-178.
53. Jałbrzykowska K, Kowalczyk K, Ocena wpływu aktywności ruchowej na ciśnienie tętnicze, w zależności od rodzaju treningu fizycznego u osób z nadciśnieniem tętniczym. *Geriatrics*. 2013; 7: 226-230.
54. Drygas W, Gajewska M, Zdrojewski T, Niedostateczny poziom aktywności fizycznej w Polsce jako zagrożenie i wyzwanie dla zdrowia publicznego. Raport Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk. 2021.
55. Romańczuk P, Pacjent z nadciśnieniem i cukrzycą. *Via Medica. Nadciśnienie Tętnicze w Praktyce* 2015, tom 1, nr 2.
56. Wojtanowski W, Physical activity, pro-health training and diet in selected disease entities. *Health Promotion & Physical Activity*, 2018, 3 (4), 28-35.

57. Nowak M, Grzywa M, Metaboliczna otyłość z prawidłową masą ciała i otyłość z prawidłowymi wskaźnikami metabolicznymi a ryzyko metaboliczno-naczyniowe, *MedicalReview*, 2015; 3: 270-278.
58. Adamczak M, Gojowy D, Więcek A, Nadciśnienie tętnicze związane z otyłością. *Via Medica*. 2014, tom 18, nr 4.
59. Kucharska A, Burakowska I, Wronka L, Sińska B, Milewska M, Zegan M, *et.al.* Skład ciała a profil lipidowy chorych na nadciśnienie tętnicze. *Pielęgniarstwo Polskie* nr 1. (59). 2016: 61-6.
60. Kłoda K, Mierzecki A, Im mniej tkanki tłuszczowej, tym lepiej?. *Lekarz POZ*. 2021; 7 (5): 352-357.
61. Baszczuk A, Kopczyński Z, Musialik K, Rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego na świecie i w Polsce. *Via Medica. Forum Zaburzeń Metabolicznych*. 2014;5(4):141-147.
62. Pastusiak K, Pupek-Musialik D, Bogdański P, Otyłość metaboliczna z prawidłową masą ciała — kontrowersje w diagnostyce. *Via Medica. Forum Zaburzeń Metabolicznych*. 2018;9(1):9-15.
63. Nalepa D, Weber D, Rogala R, Charzyńska-Gula M, Wpływ masy ciała na ciśnienie tętnicze krwi = Effect of weight in bloodpressurepatients. *Journal of Education, Health and Sport*. 2015;5(11):85-98.
64. Wnęk D, Dieta w nadciśnieniu tętniczym. *Medycyna Praktyczna* [online]. Dostępny w Internecie: <https://www.mp.pl/pacjent/nadcisnienie/informacje/dietaiwysilek/73394,dieta-wnadcisnieniu-tetniczym> [dostęp: 18 stycznia 2024].
65. Szewiec M, Bryłka B, Wieder-Huszlą S, Kędzierska A, Włodarska J, Jurczak A, Zachowania zdrowotne pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. *Polska Platforma Medyczna. Pielęgniarstwo Polskie*. 2019, vol. 74, nr 4, s. 354-361.
66. Surma S, Narkiewicz K, Palenie papierosów a ryzyko nadciśnienia tętniczego i innych chorób układu krążenia. Przegląd literatury i badań klinicznych. *Via Medica. Choroby Serca i Naczyń* 2022;19(3):93-107.
67. Porębiak M, Uzależnienie od nikotyny. *Medycyna Praktyczna* [online]. Dostępny w Internecie: <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/uzaleznienia/70084,uzaleznienie-od-nikotyny> [dostęp: 19 stycznia 2024].
68. Nowak D, Wojciechowska M, Kopański Z, Brukwicka I, Uracz W, Rowiński J, *et.al.* Skutki zdrowotne palenia tytoniu. *Journal of Clinical Healthcare* 4. 2014, s. 14-18.
69. Rewiuk K, Zaburzenia snu i alkohol – przyczyny nadciśnienia. *Medycyna Praktyczna* [online]. Dostępny w Internecie: <https://www.mp.pl/pacjent/nadcisnienie/lista/66933,zaburzenia-snu-i-alkohol-przyczyny-nadcisnienia> [dostęp: 19 stycznia 2024].
70. Gruszczyńska M, Bąk-Sosnowska M, Plinta R, Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. Stosunek Polaków do własnego zdrowia. *Hygeia Public Health*. 2015, 50(4): 558-565.
71. Niedźwiecki P, Wpływ spożycia alkoholu na ciśnienie tętnicze. *Via Medica. Nadciśnienie Tętnicze w Praktyce* 2022, tom 8, nr 4, strony: 182–185.
72. Ryszkowski A, Wojciechowska A, Kopański Z, Brukwicka I, Lishchynskyy Y, Mazurek M, Objawy i skutki nadużywania alkoholu. *Journal of Clinical Healthcare* 1. 2015, s. 2-5.
73. Mazur-Mucha M, Chrostowska M, Rozpoznanie i leczenie nadciśnienia tętniczego u pacjentów ze współistniejącą cukrzycą w świetle zmieniających się wytycznych. *Via Medica. Choroby Serca i Naczyń* 2019;16(4):229–239.

74. Sawicka K, Szczepańska J, Łuczyk R, Wawryniuk A, Prasał M, Ocena poziomu wiedzy pacjentów z chorobą nadciśnieniową w zakresie profilaktyki powikłań nadciśnienia tętniczego. *Journal of Education, Health and Sport*. 2016; 6(12): 296-321. 89.
75. Matschay A, Turostowska R, Ocena jakości współpracy lekarza i pacjenta w leczeniu nadciśnienia tętniczego wśród populacji kobiet i mężczyzn. *Nowiny Lekarskie* 2013, 82, 4, 294-302.
76. Wojciechowska M, Izdebska E, Profilaktyka nadciśnienia tętniczego. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2014, 4, 370–373.
77. Sawicka K, Prasał M, Krzyżanowska E, Łuczyk R, Trąbka M, Daniluk J, Przygotowanie pacjentów z nadciśnieniem tętniczym do samokontroli. *Journal of Education, Health and Sport*. 2017;7(8):135-149.
78. Gryglewska B, Profesor Józef Kocemba (1930-2008), Twórca polskiej hipertensjologii wieku podeszłego. *Via Medica. Nadciśnienie Tętnicze w Praktyce* 2022;8(4):200-202.
79. Połetek K, Pałasz I, Siwiec A, Olszanecka A, Wiedza oraz umiejętności praktyczne pacjentów z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym dotyczące przeprowadzania domowych pomiarów ciśnienia tętniczego. *Przegląd Lekarski* 2018, 75, 09.
80. Piotrowska A, Piernikowska A, Miziewicz A, Zachowania zdrowotne i umiejętności w zakresie profilaktyki możliwych powikłań u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. 2019:1-15.
81. Łazarczyk M, Grabańska-Martyńska K, Cymerys M, Analiza spożycia soli kuchennej u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. *Via Medica. Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2016;7(2):84–92.
82. Gajewska D, Ździeborska M, Harton A, Myszkowska-Ryciak J, Ocena znajomości i przestrzegania zaleceń dietetycznych przez pacjentów z nadciśnieniem tętniczym pierwotnym. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2013;94:258-261.
83. Dzwonkowska D, Kinałska I, Rola błonnika w diecie a nadciśnienie tętnicze. *Łomża* 2013: s. 31-37.

STANOWISKO POLSKICH MATEK W ZAKRESIE SZCZEPIEŃ PROFILAKTYCZNYCH POTOMSTWA PRZECIWKO ZAKAŻENIOM WIRUSAMI BRODAWCZAKA LUDZKIEGO

**ROMANA WRÓBEL, WIKTORIA DUROŁEK, ANNA KREMSKA,
ELŻBIETA KRAŚNIANIN, KATARZYNA WARDAK**

Wstęp. Wirus brodawczaka ludzkiego HPV (ang. Human Papillion Virus) jest jednym z najpowszechniejszych wirusów przenoszonych drogą płciową na całym świecie. Ma potencjał wywoływania poważnych schorzeń m.in. nowotworów szyjki macicy i innych narządów płciowych [1-3]. Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, ang. World Health Organization), około 29% Polek jest zakażonych wirusem HPV. Niestety, Polska obecnie zajmuje pierwsze miejsce w Unii Europejskiej pod względem liczby nowych przypadków zachorowań na raka szyjki macicy, co wynosi rocznie 18,1 przypadków na 100 000 kobiet. Co więcej, umieralność z powodu tej choroby w Polsce jest aż o 70% wyższa niż średnia w innych krajach europejskich [4].

Większość osób zakażonych wirusem HPV nie doświadcza żadnych objawów. Często zakażenie zostaje wykryte przez badania przesiewowe lub testy diagnostyczne. Najczęstszą i najskuteczniejszą metodą diagnostyczną jest test PCR (ang. polymerase chain reaction), który pozwala na bezpośrednie wykrycie i identyfikację ryzyka onkogennego w pobranych próbkach. Testy te mogą być stosowane zarówno dla kobiet (próbki z szyjki macicy) jak i mężczyzn (próbki z cewki moczowej lub wycinki skóry) [5,6]. Leczenie zakażenia HPV skupia się głównie na zwalczaniu objawów i komplikacji związanych z infekcją. Należy jednak zaznaczyć, że nie istnieje bezpośrednie leczenie, które skutecznie eliminuje samego wirusa z organizmu [7]. Wśród strategii zapobiegawczych, ważny element profilaktyki pierwotnej stanowią szczepienia [8]. Zgodnie z polskimi i światowymi wytycznymi dotyczącymi profilaktyki pierwotnej, najlepszym okresem do szczepień dziewcząt p/HPV jest wiek między 11. a 14. rokiem życia. Szczepienia w późniejszych latach są uzasadnione, jeśli nie zostały przeprowadzone w odpowiednim czasie lub jeśli konieczne jest zakończenie cyklu szczepień. Eksperci wskazują, że w Polsce najlepszym momentem dla refundowanych szczepień przeciwko HPV jest 14. rok życia dziewcząt, ponieważ w tym okresie otrzymują one obowiązkowe szczepienie przeciwko błonicy i tężcowi [9,10].

Stanowisko polskich matek w zakresie szczepień przeciwko HPV u ich dzieci ma kluczowe znaczenie dla skuteczności programów szczepień i ograniczenia rozprzestrzeniania się wirusa. Temat ten wymaga dokładnej analizy, ponieważ z jednej strony szczepienia stanowią efektywną formę ochrony przed chorobami zakaźnymi,

z drugiej zaś, ich skuteczność i bezpieczeństwo budzą kontrowersje i wątpliwości wśród niektórych rodziców [11].

Cel pracy. Celem pracy było przedstawienie stanowiska polskich matek w zakresie szczepień profilaktycznych potomstwa przeciwko zakażeniom wirusa brodawczaka ludzkiego.

Materiał i metody. Projekt został zainicjowany w maju 2023 roku. Badane przeprowadzono na przełomie 2023/2024. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety zawierający pytania umożliwiające przedstawienie stanowiska polskich matek odnośnie szczepienia potomstwa przeciwko HPV. Ankieta składała się z 26 pytań, w tym 4 pytań metryczkowych, które obejmowały dane socjodemograficzne. Pozostałe punkty stanowiły pytania właściwe i odnosiły się do podjętego tematu. Zebranie ankiet odbyło się w Przedszkolu Miejskim nr. 7 w Dębicy po wcześniejszym uzyskaniu zgody pisemnej dyrekcji oraz w formie online poprzez umieszczenie linku do ankiety w Google Forms na wybranych portalach społecznościowych. Ankietowaniu poddano polskie kobiety, które posiadają potomstwo. Respondentki zostały powiadomione o celu, dobrowolności i anonimowości sondażu. Wypełnienie ankiety było równoznaczne z uzyskaniem zgody na prowadzone badania. Uwzględniając kryteria włączenia, materiał do pracy ostatecznie stanowiło 270 prawidłowo wypełnionych kwestionariuszy.

Analizę statystyczną zebranego materiału przeprowadzono w pakiecie Statistica 13.3. Za poziom istotności statystycznej przyjęto wartość $p < 0,05$.

Wyniki. Badana grupa była zróżnicowana pod względem socjodemograficznym. Średni wiek badanych kobiet wynosił 38 lat ($Me=36,5$ lat). Najliczniejszą grupę stanowiły ankietowane mieszkające w mieście z liczbą mieszkańców <100 tys. (47,04%). Najczęściej podawano wykształcenie średnie (41,85%) oraz wyższe niemedyczne (32,96%). Biorąc pod uwagę liczbę posiadanych dzieci zauważono, że najliczniejsze grupy badanych matek, posiadały jedno (39,63%) lub dwoje dzieci (41,48%), będące w przedziale wiekowym 0-10 lat (51,9%) (tab. 1).

Tabela 1. Charakterystyka grupy badanych (N=270)

Wiek	$\bar{x} = 38,3$; $Me=36,5$; $Min.=20$; $Max.=68$	N	%
Miejsce zamieszkania	Wieś	70	25,93%
	Miasto <100 tys. mieszkańców	127	47,04%
	Miasto >100 tys. mieszkańców	73	27,04%
Wykształcenie	Podstawowe	4	1,48%
	Zawodowe	47	17,41%
	Średnie	113	41,85%
	Wyższe medyczne	17	6,30%
	Wyższe niemedyczne	89	32,96%
Liczba posiadanych dzieci	Jedno	107	39,63%
	Dwoje	112	41,48%
	Troje lub więcej	51	18,89%

Wiek dzieci	0-10 lat	140	51,9%
	11-15 lat	83	30,7%
	16-20 lat	76	28,1%
	Powyżej 20 lat	55	20,4%

W opinii badanych kobiet, szczepienie przeciwko HPV znacząco obniża ryzyko wystąpienia rozwoju raka szyjki macicy oraz innych chorób związanych z HPV (38,9%, N=105), jest potrzebne, ponieważ zbyt dużo Polek umiera na raka szyjki macicy (27,1%, N=64). Jednocześnie 24,1% (N=65) kobiet nie wierzyła w skuteczność szczepień (tab. 2).

Tabela 2. Opinia badanych nt. szczepienia dzieci przeciwko HPV

Zdanie nt. szczepienia dzieci przeciwko HPV	N	%
Szczepionka służy wyłącznie firmom farmaceutycznym, które chcą się wzbogacić	24	8,9%
Szczepionka bardziej szkodzi niż pomaga	22	8,1%
Warto się zaszczepić, ale nie jest to konieczne	64	23,7%
Nie wierzę w skuteczność szczepień	65	24,1%
Szczepienie przeciwko HPV znacząco obniżają ryzyko wystąpienia rozwoju raka szyjki macicy oraz innych chorób związanych z HPV	105	38,9%
Szczepienie jest potrzebne, ponieważ zbyt dużo Polek umiera na raka szyjki macicy	64	23,7%
Inne	3	1,1%

Analiza danych wykazała, że u 12,59% (N=34) rodzin badanych kobiet wystąpiły przypadki zachorowań na HPV, raka szyjki macicy, pochwy, sromu lub występowanie kłykcin kończystych. Ponad połowa badanych (60,74%, N=164) przyznała, że ich potomstwo nie jest zaszczepione przeciwko HPV, ale blisko co piąta osoba zadeklarowała chęć wykonania takiego szczepienia u swojego dziecka (18,89%, N=51). Zauważono, że brak występowania przypadków zachorowań na HPV, raka szyjki macicy, pochwy, sromu i kłykcin kończystych w rodzinie, istotnie częściej korelował z decyzją o rezygnacji ze szczepienia dziecka p/HPV ($p<0,001$) (tab. 3).

Tabela 3. Przypadki zachorowań na HPV, raka szyjki macicy, pochwy, sromu i kłykcin kończystych w rodzinie vs. zaszczepienie dzieci

Zaszczepienie dziecka	Przypadki zachorowań na HPV w rodzinie							
	Tak		Nie		Nie wiem		Razem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tak	13	38,2%	20	12,9%	5	6,2%	38	14,1%
Nie, ale chce zaszczepić	12	35,3%	34	21,9%	5	6,2%	51	18,9%
Nie	9	26,5%	94	60,6%	61	75,3%	164	60,7%
Nie chce odpowiadać	0	0,0%	7	4,5%	10	12,3%	17	6,3%
Ogół	34	100,0%	155	100,0%	81	100,0%	270	100,0%
$\chi^2=47,42$; $p<0,001$								

Ponad połowa badanych była zdania, że szczepienie p/HPV jest bezpieczne (55,93%, N=151), prawie co 5 badana nie zgadzała się z tym stwierdzeniem (18,89%, N=51), a 25,19% (N=68) badanych nie miała zdania w tej kwestii (tab. 4).

Tabela 4. Opinia na temat bezpieczeństwa szczepienia p/HPV

Bezpieczeństwo szczepienia	N	%
Zdecydowanie tak	43	15,93
Raczej tak	108	40,00
Zdecydowanie nie	19	7,04
Raczej nie	32	11,85
Trudno powiedzieć	68	25,19

Ponad połowa badanych kobiet potwierdziła, że wprowadzenie refundowanych szczepień p/HPV dla dzieci w wieku 12-13 lat jest dobrym krokiem w kierunku ochrony zdrowia młodzieży (54,1%, N=146). Co siódma ankietowana uważała, że istnieją inne, ważniejsze kwestie w opiece zdrowotnej (14,8%, N=40), a co piąta kobieta nie miała zdania w tej kwestii (20,0%, N=54) (tab. 5).

Tabela 5. Opinia nt. refundowanych szczepień p/HPV dla dzieci w wieku 12-13 lat

Wprowadzenie refundowanych szczepień przeciwko HPV	N	%
Wprowadzenie refundowanych szczepień przeciwko HPV w wieku 12-13 lat jest dobrym krokiem w kierunku ochrony zdrowia młodzieży	146	54,1%
Wprowadzenie refundowanych szczepień przeciwko HPV jest ważne	64	23,7%
Istnieją inne, ważniejsze kwestie w opiece zdrowotnej	40	14,8%
Nie popieram wprowadzenia refundowanych szczepień	6	2,2%
Nie mam zdania	54	20,0%

Tylko 16,7% (N=45) respondentek uważało, że szczepienie powinno być obowiązkowe w każdym przypadku, a ponad połowa (50,37%, N=137) była zdania, że decyzja w tym temacie powinna być dobrowolna (tab. 6).

Tabela 6. Opinia badanych nt. obowiązkowego szczepienia dzieci przeciwko HPV w Polsce

Obowiązek szczepienia przeciwko HPV	N	%
Tak, uważam, że szczepienia dzieci przeciwko HPV w Polsce powinny być w każdym przypadku obowiązkowe	45	16,67%
Tak, ale tylko w przypadku grup wysokiego ryzyka	24	8,89%
Nie, uważam, że decyzja o szczepieniach dzieci powinna być dobrowolna	136	50,37%
Nie mam zdania	65	24,07%

Jedynie co trzecia badana poparła stwierdzenie dotyczące rozpowszechniania informacji na temat szczepień p/HPV w szkołach. Uważały one, że wyższy poziom edukacji na w tej kwestii może pomóc w zrozumieniu znaczenia tych szczepień dla swojego zdrowia (32,2%, N=87). Zwracano jednak uwagę, że przekazywane informacje powinny być dostosowane do wieku i poziomu rozwoju uczniów (35,9%, N=97) (tab. 7).

Tabela 7. Opinia nt. rozpowszechniania informacji w szkołach odnośnie szczepień p/HPV

Rozpowszechnienie informacji w szkołach nt. szczepień p/HPV	N	%
Tak, wyższy poziom edukacji na temat szczepień p/HPV może pomóc w zrozumieniu znaczenia tych szczepień dla swojego zdrowia	87	32,2%
Tak, ale musi być dostosowana do wieku i poziomu rozwoju uczniów	97	35,9%
Nie, istnieją ważniejsze tematy do nauczania w szkołach	53	19,6%
Nie, uważam, że rodzice to powinni być głównym źródłem edukacji	51	18,9%

Starsze uczestniczki badania były zdania, że szczepienie dzieci p/HPV służy wyłącznie wzbogaceniu się koncernów farmaceutycznych ($p=0,034$) oraz że szczepionki bardziej szkodzą niż pomagają ($p<0,001$) jak również nie wierzą w skuteczność tej szczepionki ($p<0,001$). Młodsze kobiety uważały zaś, że warto się zaszczepić ($p=0,033$), szczepienie obniża ryzyko wystąpienia HPV ($p=0,001$), a ta forma profilaktyki jest potrzebna, ponieważ zbyt dużo Polek umiera na raka szyjki macicy ($p=0,015$) (tab. 8).

Tabela 8. Opinia badanych nt. szczepienia dzieci vs. wiek

Zmienne			Wiek [lata]					
			$\bar{X}$	Me	Q1	Q3	SD	<i>p</i>
Szczepienie dzieci p/ HPV	Firmy farmaceutyczne	Tak	43,3	47,0	33,5	52,0	12,79	U=2176,50 0,034
		Nie	37,8	35,5	29,0	46,0	10,98	
	Szczepionka szkodzi	Tak	46,6	50,0	40,0	55,0	10,66	U=1492,50 <0,001
		Nie	37,6	35,0	28,0	46,0	11,00	
	Warto się zaszczepić	Tak	35,6	34,0	26,0	44,0	9,94	U=5430,50 0,033
		Nie	39,2	38,0	29,0	48,0	11,50	
	Nie wierzę w skuteczność	Tak	43,4	45,0	35,0	52,0	11,66	U=4447,00 <0,001
		Nie	36,7	35,0	28,0	45,0	10,63	
	Obniża ryzyko	Tak	35,1	34,0	29,0	42,0	8,63	U=6563,50 0,001
		Nie	40,3	40,0	28,0	50,0	12,21	
	Szczepienie jest potrzebne	Tak	35,2	33,0	27,0	40,5	10,07	U=5257,00 0,015
		Nie	39,3	39,0	29,0	48,0	11,42	
	Inne	Tak	44,3	52,0	28,0	53,0	14,15	U=273,00 0,345
		Nie	38,2	36,0	29,0	47,0	11,21	

Kobiety zamieszkujące w mieście poniżej 100 tys. mieszkańców, istotnie częściej wskazywały odpowiedź przeczącą co do chęci wzbogacenia się firm farmaceutycznych ($p=0,024$) czy braku wiary w skuteczność szczepionki przeciwko HPV u dzieci ($p<0,001$) (tab.9).

Tabela 9. Opinia badanych nt. szczepienia dzieci vs. miejsce zamieszkania

Zmienne			Miejsce zamieszkania						p
			Wieś		Miasto <100 tys.		Miasto >100 tys.		
N	%	N	%	N	%				
Szczepienie dzieci p/HPV	Firmy farmaceut.	Tak	11	15,7%	11	8,7%	2	2,7%	$\chi^2=7,44$ 0,024
		Nie	59	84,3%	116	91,3%	71	97,3%	
	Szczepionka szkodzi	Tak	7	10,0%	12	9,4%	3	4,1%	$\chi^2=2,20$ 0,333
		Nie	63	90,0%	115	90,6%	70	95,9%	
	Warto się zaszczepić	Tak	20	28,6%	34	26,8%	10	13,7%	$\chi^2=5,62$ 0,060
		Nie	50	71,4%	93	73,2%	63	86,3%	
	Nie wierzę w skuteczność	Tak	33	47,1%	26	20,5%	6	8,2%	$\chi^2=31,32$ <0,001
		Nie	37	52,9%	101	79,5%	67	91,8%	
	Obniża ryzyko	Tak	6	8,6%	50	39,4%	49	67,1%	$\chi^2=51,57$ <0,001
		Nie	64	91,4%	77	60,6%	24	32,9%	
	Szczepienie jest potrzebne	Tak	4	5,7%	29	22,8%	31	42,5%	$\chi^2=26,79$ <0,001
		Nie	66	94,3%	98	77,2%	42	57,5%	
	Inne	Tak	1	1,4%	1	0,8%	1	1,4%	$\chi^2=0,23$ 0,892
		Nie	69	98,6%	126	99,2%	72	98,6%	

Duży odsetek osób o wykształceniu średnim (85,0%, N=96) istotnie częściej podawał negatywną odpowiedź co do stwierdzenia, że to szczepienie jest potrzebne ($p<0,001$) oraz tezy obniżalności ryzyko wystąpienia chorób (70,8%, N=80, $p<0,001$) (tab. 10).

Tabela 10. Opinia badanych nt. szczepienia dzieci vs. wykształcenie

Zmienne			Wykształcenie					p
			Podst.	Zawod.	Średnie	Wyższe med.	Wyższe niemed.	
Szczep. dzieci p/HPV	Firmy farmaceut.	Tak	2 50,0%	7 14,9%	8 7,1%	0 0,0%	7 7,9%	$\chi^2=12,67$ 0,013
		Nie	2 50,0%	40 85,1%	105 92,9%	17 100,0%	82 92,1%	
	Szczepionka szkodzi	Tak	0 0,0%	8 17,0%	8 7,1%	0 0,0%	6 6,7%	$\chi^2=7,22$ 0,125
		Nie	4 100,0%	39 83,0%	105 92,9%	17 100,0%	83 93,3%	
	Warto się zaszczepić	Tak	2 50,0%	8 17,0%	31 27,4%	6 35,3%	17 19,1%	$\chi^2=5,86$ 0,210
		Nie	2 50,0%	39 83,0%	82 72,6%	11 64,7%	72 80,9%	
	Nie wierzę w skuteczność	Tak	0 0,0%	21 44,7%	33 29,2%	0 0,0%	11 12,4%	$\chi^2=25,89$ <0,001
		Nie	4 100,0%	26 55,3%	80 70,8%	17 100,0%	78 87,6%	
	Obniża ryzyko	Tak	0 0,0%	6 12,8%	33 29,2%	10 58,8%	56 62,9%	$\chi^2=44,97$ <0,001
		Nie	4 100,0%	41 87,2%	80 70,8%	7 41,2%	33 37,1%	

	Szczepienie jest potrzebne	Tak	0 0,0%	3 6,4%	17 15,0%	11 64,7%	33 37,1%	$\chi^2=38,33$ $<0,001$
		Nie	4 100,0%	44 93,6%	96 85,0%	6 35,3%	56 62,9%	
	Inne	Tak	0 0,0%	1 2,1%	1 0,9%	0 0,0%	1 1,1%	$\chi^2=0,73$ 0,948
		Nie	4 100,0%	46 97,9%	112 99,1%	17 100,0%	88 98,9%	

Kobiety, które przyznały, że nie czerpały wiedzy o szczepieniu z fachowego źródła tj. od lekarza, położnej lub z książek/artykułów naukowych, istotnie częściej wskazywały odpowiedź negatywną dotyczącą stwierdzenia o wartościowości szczepienia dzieci ($p=0,044$), wiary w skuteczność szczepienia ($p<0,001$, $p<0,001$, $p=0,002$), obniżania ryzyka zachorowań na raka szyjki macicy po wykonaniu szczepienia u dzieci ($p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$) oraz o potrzebie szczepień ($p<0,001$, $p<0,001$, $p=0,015$). Osoby, które nie słyszały o takiej szczepionce, podzielały powyższe zdanie ($p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$). Badane, które czerpały wiedzę o szczepieniu z Internetu istotnie częściej wskazywały odpowiedź przeczącą, że warto się szczepić ($p=0,006$), jednocześnie wątpiąc w skuteczność szczepionki ($p<0,001$) (tab. 11).

Tabela 11. Opinia badanych nt. szczepienia dzieci vs. źródła wiedzy

Szczepienie dzieci przeciwko HPV		Źródła wiedzy													
		Internet/ TV		Lekarz		Położna		Książki/ Artykuły		Znajomi/ Rodzina		Inne		Nie słyszałam o takiej szczep.	
		Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie
Firmy farmaceut.	Tak	$\chi^2=0,53$ 0,466		$\chi^2=0,07$ 0,789*		$\chi^2=3,13$ 0,077*		$\chi^2=0,00$ 0,947*		$\chi^2=0,10$ 0,753*		$\chi^2=0,03$ 0,869*		$\chi^2=0,00$ 0,986*	
	Nie														
Szczep. szkodzi	Tak	$\chi^2=0,22$ 0,638*		$\chi^2=0,28$ 0,594*		$\chi^2=0,15$ 0,703*		$\chi^2=0,17$ 0,678*		$\chi^2=0,34$ 0,561*		$\chi^2=0,01$ 0,922*		$\chi^2=0,04$ 0,845*	
	Nie														
Warto się zaszczepić	Tak	$\chi^2=7,54$ 0,006 Nie-Tak N=108		$\chi^2=4,07$ 0,044 Nie-Nie N=148		$\chi^2=0,39$ 0,535*		$\chi^2=2,88$ 0,090		$\chi^2=0,05$ 0,830		$\chi^2=1,09$ 0,297*		$\chi^2=3,46$ 0,063	
	Nie														
Nie wierzę w skuteczzn.	Tak	$\chi^2=36,72$ <0,001 Nie-Tak N=138		$\chi^2=19,22$ <0,001 Nie-Nie N=140		$\chi^2=12,53$ <0,001* Nie-Nie N=167		$\chi^2=9,46$ 0,002 Nie-Nie N=157		$\chi^2=0,14$ 0,713		$\chi^2=0,03$ 0,868*		$\chi^2=36,98$ <0,001 Nie-Nie N=183	
	Nie														
Obniża ryzyko	Tak	$\chi^2=23,23$ <0,001 Nie-Nie N=90		$\chi^2=45,89$ <0,001 Nie-Nie N=147		$\chi^2=26,07$ <0,001 Nie-Nie N=156		$\chi^2=13,90$ <0,001 Nie-Nie N=145		$\chi^2=0,04$ 0,847		$\chi^2=1,95$ 0,163*		$\chi^2=16,75$ <0,001 Nie-Nie N=121	
	Nie														
Szczep. jest potrzebne	Tak	$\chi^2=20,07$ <0,001 Nie-Nie N=104		$\chi^2=27,41$ <0,001 Nie-Nie N=170		$\chi^2=22,37$ <0,001* Nie-Nie N=189		$\chi^2=5,87$ 0,015 Nie-Nie N=173		$\chi^2=0,30$ 0,584		$\chi^2=1,09$ 0,297*		$\chi^2=13,61$ <0,001 Nie-Nie N=157	
	Nie														
Inne	Tak	$\chi^2=0,06$ 0,804*		$\chi^2=0,12$ 0,733*		$\chi^2=0,02$ 0,900*		$\chi^2=0,01$ 0,909*		$\chi^2=0,10$ 0,753*		$\chi^2=2,38$ 0,123*		$\chi^2=1,92$ 0,166*	
	Nie														

Dyskusja. Szczepienia przeciwko HPV budzą szeroką dyskusję w społeczeństwie, kręgu medyków, naukowców czy polityków zdrowia publicznego, a w szczególności wśród rodziców, którzy są odpowiedzialni za decyzję o szczepieniu swojego potomstwa.

Polska ma jeden z najwyższych w Europie wskaźników zachorowalności i umieralności z powodu raka szyjki macicy. W 2020 roku odnotowano 3862 nowych przypadków i 2137 zgonów. Najwyższe ryzyko zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego istnieje wśród dziewcząt rozpoczynających współżycie seksualne. Konsekwencją nabycia wirusa w okresie młodzieńczym, jest przejście w przetrwałą infekcję będącą przyczyną raka szyjki macicy w wieku późniejszym. Najbardziej efektywnym sposobem zmniejszenia liczby przypadków nowotworów, w tym raka szyjki macicy, jest profilaktyka, szczególnie ta pierwotna. W kontekście tego rodzaju nowotworu, profilaktyka pierwotna obejmuje edukację seksualną oraz szczepienia ochronne. Dlatego tak istotną kwestią w naszym społeczeństwie jest niedopuszczenie do zarażenia się wirusem poprzez szczepienie profilaktyczne p/HPV. W Polsce nie są one jednak obowiązkowe, decyzję o szczepieniu dziecka podejmują tylko i wyłącznie rodzice [1,12]. W aktualnej literaturze jest sporo prac podejmujących tematykę szczepień ochronnych p/HPV oraz stanowiska respondentów w tej sprawie. W dostępnych badaniach porównano aspekty pokrywające się z wybranymi obszarami badania własnego.

W badaniach autorskich prawie połowa matek była świadoma, że rak szyjki macicy jest związany z infekcją wirusami HPV. Zrozumienie tego związku może potencjalnie zwiększyć akceptację szczepień jako skutecznej metody zapobiegania nowotworowi w przyszłości. Wyniki ogólne w poruszanej kwestii wydają się być zadawalające i znajdują odzwierciedlenie w publikacjach innych autorów. Natomiast szczegółowa analiza tematyki, pokazuje inny obraz postrzegania zachorowań na HPV. Potwierdzeniem są badania Nowickiego i wsp., które wykazały, że to osoby z wykształceniem medycznym częściej identyfikują HPV jako główną przyczynę raka szyjki macicy, podczas gdy tylko 13% osób niezwiązanych ze służbą zdrowia wskazuje na taką zależność [13]. To sugeruje, że edukacja medyczna ma znaczący wpływ na świadomość zagrożeń związanych z HPV.

W badaniu własnym pomimo deklarowanej wiedzy odnośnie związku pomiędzy wirusem HPV a rakiem szyjki macicy, tylko 14,07% matek przyznało, że zaszczepiło swoje dzieci przeciwko HPV. Ten niski wskaźnik wszczepialności można tłumaczyć w różny sposób. Być może w podjęciu decyzji o zaszczepieniu potomstwa do tej pory dużą przeszkodę stanowiły koszty finansowe. Wprowadzenie refundowanych szczepień p/HPV w Polsce jest stosunkowo świeżą sprawą i nie wiele osób zdążyło z tego skorzystać w okresie prowadzonego sondażu. Natomiast bardziej niepokojąca jest teza, że rodzice pomimo posiadania wiedzy na temat związku raka

szyjki macicy z wirusem HPV, przez brak informacji odnośnie skuteczności i bezpieczeństwa szczepień, mają obawy w związku z zaszczepieniem swojego potomstwa. Przypuszczenia te, niestety potwierdziły się w badaniu autorskim. W znacznym stopniu dotyczyły szczególnie osób starszych, zamieszkujących tereny mniej zurbanizowane oraz korzystających z mniej fachowych źródeł informacji w poruszanej tematyce tj. TV i Internet. Podobne wyniki otrzymała Pasalska-Niwęłowska i wsp. Autorka także wskazała, że głównym źródłem wiedzy respondentek na temat raka szyjki macicy i możliwości zaszczepienia się p/HPV były media. Tylko w 1% był to lekarz lub pielęgniarka/ położna [14]. Według wyników jakie uzyskała Popkowska i wsp. dla 12% kobiet najczęściej wykorzystywanym źródłem zdobywania informacji o chorobie jaką jest rak szyjki macicy oraz profilaktyce jaką są szczepienia ochronne była prasa, dla 33% media. Lekarz ginekolog był źródłem wiedzy dla 20% pacjentek, a 4% badanej populacji nigdy nie poszukiwało informacjami o raku szyjki macicy [15].

Skuteczność szczepionek została potwierdzona w licznych badaniach klinicznych i badaniach obserwacyjnych, a korzyści wynikające ze stosowania szczepionki znacznie przewyższają ryzyko pojawienia się działań niepożądanych [16-19]. Bezpieczeństwo stosowanych szczepionek jest kontrolowane na bieżąco poprzez systemy monitorowania działań niepożądanych [8,20]. W prawidłowo przeprowadzonym procesie szczepienia, konieczna jest właściwa kwalifikacja pacjenta. Proces ten obejmuje zbieranie wywiadu medycznego, przeprowadzenie badania fizycznego oraz w niektórych rzadkich przypadkach, wykonanie dodatkowych badań. Kwalifikując dzieci do szczepienia niezbędne jest badanie przeprowadzone przez lekarzy pediatrów, natomiast nastolatki i osoby dorosłe konsultowani są przez lekarzy ginekologów lub położników. Wszystko to, ma na celu zapewnienie odpowiedniego i bezpiecznego podania szczepionki [21].

W dzisiejszych czasach, media odgrywają kluczową rolę w informowaniu społeczeństwa odnośnie nowości wprowadzanych w standardach medycznych, w tym także tych dotyczących profilaktyki HPV. Należy jednak mieć również na uwadze, że wiadomości te często mogą być przekazywane w sposób niekompletny lub przybierać charakter bardziej reklamy niż rzetelnej informacji. Konieczne jest zapewnienie, aby przekazywane informacje były wiarygodne i oparte na dowodach naukowych. Istnieje wyraźna potrzeba zwiększenia zaangażowania personelu medycznego w edukowanie pacjentów na temat szczepień przeciwko HPV. Ważne jest również, aby informacje były dostępne w różnych formach i kanałach komunikacji. Niezbędne jest zapewnienie łatwego dostępu do informacji na temat szczepień i profilaktyki raka szyjki macicy, aby zainteresowane osoby mogły zdobyć rzetelną wiedzę i podjąć świadome decyzje dotyczące zdrowia swojego i własnego potomstwa.

W podsumowaniu stwierdzono, że badania prowadzone w kierunku poznania opinii i stanowiska polskich matek w zakresie szczepień p/HPV są potrzebne. Pozwalają zrozumieć jakie są motywacje i najczęstsze obawy wśród rodziców warunkujące ich decyzje. Ponadto, analiza tego tematu jest bardzo pomocna w identyfikacji czynników, które mogą wpływać na poprawę informacji, edukacji i świadomości społecznej w zakresie korzyści i bezpieczeństwa szczepień przeciwko HPV. Rozważając stanowisko polskich matek w tej kwestii, można lepiej zrozumieć, jakie czynniki wpływają na decyzje dotyczące szczepień i jakie działania należy podejmować, aby zwiększyć świadomość i zaufanie wśród rodziców w zakresie szczepień przeciwko wirusom brodawczaka ludzkiego.

Wnioski.

1. Większość badanej grupy kobiet postrzegała szczepienia przeciwko HPV jako pozytywne. Wprowadzenie w Polsce szczepionek refundowanych dla dziewczynek w wieku 12-13 lat matki traktują jako dobry krok w kierunku ochrony zdrowia młodzieży, ale mimo wszystko uważają, że decyzja o szczepieniach dzieci powinna pozostać dobrowolna.
2. Matki w większości uznały szczepionki p/HPV jako bezpieczne, ale co czwarta badana poddawała wątpliwość ich skuteczność. Brak przypadków zachorowań na HPV czy raka szyjki macicy w rodzinie, istotnie częściej korelował z decyzją o rezygnacji szczepienia dziecka p/HPV.
3. Do czynników mających wpływ na opinię badanych odnośnie szczepienia dzieci przeciwko HPV należały: wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie i fachowość źródeł informacji.
4. Respondentki czerpały wiedzę odnośnie szczepień dzieci p/HPV głównie z źródeł niemedycznych. Badane popierają pomysł rozpowszechniania informacji o szczepieniach w placówkach oświatowych.

Piśmiennictwo

1. Magdziarz Ibrahim-El-Nur J, Ledwoch J, Łosiowska A, Biesiada A, Mastalerz-Migas A, Nitsch-Osuch A. Polska strategia szczepień przeciwko HPV na tle innych krajów. Med Og Nauk Zdr. doi: 10.26444/monz/199757
2. Morshed K, Polz- Gruszka D, Szymański M i wsp. Wirus brodawczaka ludzkiego (HPV) – struktura, epidemiologia i patogenez, Otolaryngol. Pol. 2014;68:213–219
3. Benson E, Ryan Li, Eisele D et al. The clinical impact of HPV tumor status upon head and neck squamous cell carcinoma. Oral. Oncol. 2014;50: 565–574
4. Olejniczak T, Rabeiga- Gmyrek D, Niepsuj- Binaś J, i wsp. Ocena genotypów wirusów brodawczaka ludzkiego u kobiet z nieprawidłową cytologią, Ginekolog. Pol. 2015;86:541-546.

5. Lipkowska I, Kopczak W. Specyfika zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego z obecną utajoną postacią toksoplazmozy i zakażeniem wirusem Epsteina-Barra u kobiet, które poroniły. *PrzypadkiMedyczne.pl* 2015; 72: 333–336
6. Dubel J, Dubel R, Ruszel K, i wsp. Szczepienie przeciwko HPV (Human 53 Papillomavirus) dla kobiet – dlaczego w Polsce wciąż zalecane a nie obowiązkowe? *Journal of Education, Health and Sport* 2023;13(1):112- 116
7. Salomon J, Szepietowski J. Kłykciny kończyste – nowości w leczeniu, *Przegl. Dermatol.* 2014;101: 211–216
8. Bort A, Cichecka A, Tymińska J. Rola szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego w zapobieganiu rakowi szyjki macicy. *Review of Medical Practice*, 2024; Vol. XXX, No. 3: 36-43
9. Niewada M, Jakubczyk M, Macioch T. Kliniczne i ekonomiczne aspekty stosowania szczepień przeciwko HPV. *Curr. Gynecol. Oncol* 2013;11(2): 137–150
10. Skinner S, Apter D, Carvalho N. Human papillomavirus (HPV)-16/18 AS04- adjuvanted vaccine for the prevention of cervical cancer and HPV related diseases. *Expert. Rev. Vaccines* 2016;15(3):367-87
11. Mastalerz-Migas A. Wiedza i postawy matek wobec szczepienia przeciwko HPV u córek w wieku 12-14 lat w Polsce. *Ginekol. Pol.* 2021;92(1): 27-33
12. <https://szczepienia.pzh.gov.pl/europejski-tydzien-profilaktyki-raka-szyjki-macicy-2023/> (6.12.2024)
13. Nowicki A, Borowa I, Maruszak M. Zachowania zdrowotne kobiet w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania stanów przedrakowych i raka szyjki macicy. *Ginekol. Pol.* 2008; 79(12): 840-849
14. Pasalska – Niwęłowska K. Szczepienia ochronne przeciw HPV a wiedza pacjentek. *Fam. Med. Prim. Care Rev.* 2009; 11(3): 456-457
15. Popkowska Z, Ubran M. Profilaktyka szyjki macicy a szczepienia HPV. *Wydawnictwo Wyższej Szkoły Agrobiznesu w Łomży* 2013; 77-91
16. Nowakowski A, Jackowska T, Oszukowski P, i wsp. Profilaktyka raka szyjki macicy- problem interdyscyplinarny. Czy i jak możemy poprawić sytuację w Polsce? *Pediatrics Polska*, Warszawa 2013:340-346.
17. Bąk B, Sikorski M, Wrześniewska M. Umiejscowienie kontroli zdrowia kobiet szczepionych przeciwko zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego(HPV). *Studia Medyczne* 2012;27(3):7–14.
18. Einstein MH, Baron M, Levin MJ et al. Comparison of the immunogenicity and safety of Cervarix and Gardasil Human Papillomavirus (HPV) cervical cancer vaccines in healthy women aged 18–45 years. *Hum. Vaccin* 2015;5: 705–719
19. Majewski S, Sikorski M. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Profilaktyki Zakażeń HPV (PTPZ-HPV) dotyczące stosowania profilaktycznych szczepionek przeciw HPV. *Przew Lek* 2008; 1: 222-227
20. Sikorski M. Ekonomiczne aspekty populacyjnych szczepień profilaktycznych przeciw HPV. *Prz Ginekol Położ* 2008; 8(3–4): 73–79
21. Kahn A, MD, MPH, Feemster K. Szczepienia przeciwko HPV. Czy informacja dociera do twoich pacjentek? *Ginekol. Dopl.* 2011; 13, 3(73): 12-18

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

ŻANETA ADA PRZYBYLSKA, DOROTA MILECKA, ELŻBIETA GARWACKA-CZACHOR

Wstęp. Zgodnie z definicją Grupy Roboczej Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego niewydolność serca to „Zespół typowych objawów podmiotowych, którym mogą towarzyszyć odchylenia w badaniu przedmiotowym, spowodowane zaburzeniami w budowie i/lub czynności serca, które powodują zmniejszony rzut serca i/lub zwiększone ciśnienie wewnątrzsercowe w spoczynku lub w trakcie wysiłku” [1]. Typowe objawy podmiotowe w niewydolności serca (HF, ang. *heart failure*) to duszność, zmniejszona tolerancja wysiłku, męczliwość, znużenie, wydłużony czas odpoczynku oraz obrzęki kończyn dolnych. Objawami przedmiotowymi są obrzęki obwodowe, zwiększone ciśnienie w żyłach szyjnych, tachykardia, niemierny rytm serca, trzeszczenia nad płucami [2]. Do scharakteryzowania stopnia nasilenia objawów i ich wpływu na życie pacjenta używana jest klasyfikacja czynnościowa Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (NYHA, ang. *New York Heart Association*) [2]. W 2001 r. lekarze z Amerykańskiego Kolegium Kardiologii (ACC, ang. *American College of Cardiology*) zaproponowali taksonomię o stadiach choroby: stadium A- charakteryzujące się występowaniem czynników ryzyka; stadium B – występujące zaburzenia pracy serca są bezobjawowe; stadium C – występują objawy niewydolności serca; stadium D - występuje końcowa niewydolność serca wymagająca specjalistycznych interwencji [3]. Niewydolność serca spowodowana jest zaburzoną czynnością hemodynamiczną oraz nieprawidłowościami czynnościowymi lub strukturalnymi serca. Najczęściej obserwuje się nieprawidłowości związane z lewą komorą serca [5, 6]. Diagnostyka w niewydolności serca opiera się przede wszystkim na zebraniu wywiadu od pacjenta, badaniu przedmiotowym i podmiotowym, a następnie na wykonaniu elektrokardiografii oraz echokardiografii. Często wykonywane są również badania obrazowe [7]. Ponadto ważne jest wykonanie podstawowych badań laboratoryjnych takich jak: morfologia krwi obwodowej, stężenie mocznika i elektrolitów w surowicy oraz badania czynności wątroby i tarczycy. Jednym z najbardziej znaczących badań diagnostycznych jest badanie stężenia peptydów natriuretycznych (NP, ang. *natriuretic peptide*) [1]. Według najnowszych wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego podstawą diagnozy jest: wystąpienie objawów podmiotowych lub przedmiotowych; stwierdzenie obniżonej frakcji wyrzutowej lewej komory (LVEF ang. *left ventricle ejection fraction*); wykrycie podczas badań podwyższonego stężenia peptydów natriuretycznych oraz

nieprawidłowości czynnościowych lub strukturalnych, np.: przerost lewej komory; powiększenie lewego przedsionka; cechy nieprawidłowego napełniania lewej komory [4].

Prawidłowe stężenie peptydów natriuretycznych uważa się za wystarczającą przesłankę do wykluczenia niewydolności serca. Mediana stężenia BNP (peptydu natriuretycznego typu B, ang. *brain natriuretic peptide*) u osób zdrowych poniżej 45 lat wynosi 17 pg/ml oraz 31 pg/ml dla osób w wieku powyżej 75 roku życia [8].

Ogólnymi zaleceniami w leczeniu niewydolności serca jest eliminowanie i kontrola czynników ryzyka, farmakoterapia, edukacja chorego, a także modyfikacja stylu życia. Pacjent powinien zaprzestać palenia papierosów, wprowadzić regularną aktywność fizyczną oraz stosować dietę opartą na spożywaniu produktów niskotłuszczowych, ryb, warzyw i produktów zbożowych. Ważna jest codzienna kontrola wagi, tak aby nie było zbyt dużych spadków lub wzrostu masy ciała. Dzięki temu może dojść do złagodzenia objawów oraz poprawy jakości życia, a co za tym idzie mniejszej liczby hospitalizacji [9].

Leczenie niewydolności serca opiera się głównie na farmakoterapii. Stosowane są: leki moczopędne (diuretyki), inhibitory konwertazy angiotensyny (ACEI, inhibitory ACE) - rozszerzając tętnice zmniejszają wysiłek serca, a w konsekwencji skutecznie zwalczają niewydolność serca, digoksyna - zwiększa siłę z jaką serce pompuje krew [4][10]. Do czasu ustabilizowania się stanu klinicznego pacjenta należy systematycznie monitorować skurczowe ciśnienie krwi, częstość i rytm serca, nasycenie krwi włósniczkowej tlenem za pomocą pulsoksymetru oraz ilość wydalanego moczu [11].

W 2016 r. szacowano, że od 600 tys. do 700 tys. Polaków cierpiało na niewydolność serca, co oznacza, że statystycznie u 1 osoby na 5 w pewnym momencie życia wystąpi ta choroba. Najczęstszą przyczyną hospitalizacji osób po 65 roku życia jest dekompensacja, czyli zaostrzenie stanu niewydolności serca. Według danych NFZ, 3% chorych na niewydolność serca wymagało więcej niż jednej hospitalizacji, przy czym 25% pacjentów wymagało ponownej hospitalizacji przed upływem 30 dni od wypisu ze szpitala. 11% chorych umiera w pierwszym roku po hospitalizacji [13]. Prognozy Ministerstwa Zdrowia z roku 2015 wskazują, że liczba zachorowań na niewydolność serca będzie rosła, a jej dynamika wzrostu będzie największa spośród wszystkich chorób kardiologicznych. Szacuje się, że w 2025 r. na niewydolność serca zachoruje 258,1 tys. Polaków. Niewydolność serca oraz choroba niedokrwienna serca zanotują także największy przyrost ilości chorych w liczbach bezwzględnych [12].

W opiece nad pacjentami z niewydolnością serca ważną rolę powinny odgrywać także działania edukacyjne prowadzone w szpitalach i poradniach. Włączenie w szkolenia edukacyjne

pielęgniarek pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej może mieć ogromne znaczenie, prowadząc do poprawy jakości życia i zmniejszenia liczby hospitalizacji pacjentów z HF [15]. Kluczem do sukcesu w opiece nad pacjentami z HF jest koordynacja opieki, która powinna uwzględniać zaangażowanie wielu specjalistów, odpowiednią farmakoterapię, edukację pacjentów, zaplanowaną obserwację odległą i wsparcie psychospołeczne. Koordynacja opieki oznacza bliską współpracę szczególnie między lekarzami POZ, kardiologami, pielęgniarkami i innymi ekspertami [11, 16]. Na niewydolność serca duży wpływ mają liczne choroby współistniejące, dlatego najlepsze efekty uzyskuje się w ramach programów opieki wielospecjalistycznej [11]. Szczególna rola przypada pielęgniarce, stąd, aby zwiększyć kwalifikacje pielęgniarek kardiologicznych w odniesieniu do opieki nad pacjentem z HF, uruchomiony został specjalny program edukacyjny. Cele tego programu obejmują m.in.: umiejętność rozpoznawania objawów oraz czynników powodujących zaostrzenie stanu klinicznego pacjentów z HF; wiedzę oraz umiejętność przekazywania informacji na temat HF i samoopieki oraz ewaluacja działań pacjenta oraz osób bliskich; umiejętność zaangażowania pacjenta oraz osób mu bliskich w zalecane zachowania i praktyki, a także zainicjowanie koniecznych zmian w trybie życia oraz umiejętność wsparcia pacjenta w utrzymaniu nowych zachowań; umiejętność planowania i koordynowania opieki po zakończeniu hospitalizacji pacjenta [17]. Wzrost wieku pacjentów z HF oraz większa przeżywalność powodują, że wagę zyskuje kwestia opieki nad pacjentami ze schyłkową postacią HF. Opieka i terapia paliatywna w zakresie niewydolności serca jest dopiero rozwijana i wiele strategii zapożyczanych jest od terapii i opieki paliatywnej związanej z chorobami onkologicznymi. Konieczność sprawowania opieki terminalnej wobec pacjentów z HF stawia przed pielęgniarkami zupełnie nowe wyzwania [18].

Edukacja pacjenta jest jedną z ważniejszych czynności w pracy całego zespołu terapeutycznego. Ważne jest, aby pacjent poznał czynniki ryzyka i eliminował je ze swojego stylu życia, a także potrafił rozpoznać objawy świadczące o zaostrzeniu choroby oraz podjąć odpowiednie działania [19]. Celem programów opieki zawierających elementy edukacji jest zwiększenie zaangażowania pacjenta w proces leczenia poprzez lepsze zrozumienie natury choroby, rozwijanie umiejętności samoopieki i samokontroli oraz promowanie zachowań związanych z aktywnością fizyczną i zasadami żywienia [20]. Pacjent w szczególności powinien przestrzegać zalecenia dotyczące: systematycznego zażywania leków; ograniczenia spożycia soli kuchennej (do 6g dziennie); ograniczenia podaży płynów (do ok. 1,5-2 litrów / dobę); ograniczenia czy wyeliminowania spożywania alkoholu oraz wyrobów nikotynowych; unikania niektórych leków (m.in. dostępnych bez recepty leków przeciwbólowych z grupy

niesterydowych leków przeciwzapalnych np. ibuprofen); utrzymywania aktywności fizycznej w zależności od indywidualnych zaleceń lekarza, bądź fizjoterapeuty [21, 26]. Chory powinien nauczyć się samodzielnego pomiaru ciśnienia tętniczego krwi i tętna, a także kontroli masy ciała oraz obrzęków (wielkość i lokalizacja). Uzyskane parametry powinien dokumentować codziennie w dzienniczku samokontroli. Powinien także zwrócić uwagę na szczególnie niebezpieczne objawy takie jak: duszność, osłabienie, obniżenie wytrzymałości, szybką utratę sił w przypadku nieznacznego nawet wysiłku, przyspieszenie i zaburzenia rytmu pracy serca oraz niewytłumaczalne zmiany masy ciała: niepokojąca jest zarówno szybka utrata masy ciała i wyniszczenie organizmu, jak i nagły wzrost masy ciała i wzrost obwodu brzucha [20]. Następnym krokiem jest zaangażowanie członków rodziny w celu przygotowania ich do opieki nad chorym w domu [21]. Należy jednak podkreślić rolę samoopieki pacjenta w dążeniu do utrzymania zdrowia, rozumianej jako samodzielne działania pacjenta bądź decyzje, które związane są z jego zdrowiem i życiem. Jest to bardzo ważny aspekt w dążeniu do zdrowia, ponieważ pacjent samodzielnie może dążyć do poprawy jakości życia, biorąc osobistą odpowiedzialność za własne zdrowie i dobre samopoczucie [22]. Na stopień przejawianej samoopieki mają wpływ cechy socjodemograficzne, kompetencje, wiedza, umiejętności nabyte, przekonania, wierzenia i wyznawane wartości. Szczególne znaczenie mają tu takie czynniki jak nawyki, poziom motywacji i inicjatywy pacjenta. Bardzo ważnymi czynnikami są także świadomość zdolności do kontrolowania własnego zachowania i życia oraz poczucie sprawczości [23]. Pielęgniarka podejmująca się swojej roli edukacyjnej, a także monitorująca poziom samoopieki pacjenta musi pamiętać o tym, jak wiele czynników jest związanych z tym zestawem kompetencji i zachowań pacjentów. Świadomość taka pozwala lepiej planować działania edukacyjne, uczynić je skuteczniejszymi, a także lepiej rozumieć przeszkody na drodze pacjenta do rozwinięcia efektywnej samoopieki [18]. Rola samoopieki u pacjenta z niewydolnością serca jest kluczowa, gdyż kompetencja ta może zadecydować o zapobieganiu występowania zaostrzeń choroby [24]. Jednakże należy pamiętać, że istnieje wiele barier utrudniających skuteczną opiekę. Należą do nich: silny stres, brak więzi społecznych, niewystarczające informacje na temat własnej choroby oraz właściwych zachowań prozdrowotnych, ograniczenie sprawności psychoruchowej, wiek, współwystępowanie wielu chorób jednocześnie [18].

Dla całościowego i kompleksowego zrozumienia koncepcji samoopieki konieczne jest także dostrzeganie samoopieki jako stałego procesu. Pacjent, który zaczyna radzić sobie ze swoją chorobą, który dzięki wiedzy, zewnętrznemu wsparciu, ale przede wszystkim swojej pracowitości i konsekwencji, pokonuje przeszkody, zyskuje siły i wolę do dalszego rozwijania

kompetencji. W ten sposób każdy krok na drodze do opanowania sztuki samoopieki, może być kolejnym bodźcem do większego wysiłku, większej uwagi i wytrwałości. Jest to ważny mechanizm, który należy szczególnie promować.

W związku z powyższym należy podkreślić rolę pielęgniarki w przygotowaniu pacjenta z niewydolnością serca do samodzielności/samoopieki. O ile zalecenia przekazywane przez lekarza są wystarczające na poziomie merytorycznym, to należy pamiętać, że sam przekaz informacyjny to dla większości ludzi zbyt mało, aby zalecenia przyswoić, zrozumieć i wcielić w życie. Skuteczna edukacja wymaga szczególnych relacji zaufania i bliskości oraz zastosowania różnych form komunikacji i wsparcia, które zapewnia pielęgniarka [24]. Równie ważne, jak przekazanie wiedzy jest zwrócenie uwagi na kompetencje i umiejętności. Sam fakt zapamiętania zaleceń nie świadczy o zdolności pacjenta do ich przestrzegania. Z tego powodu pielęgniarka musi potrafić nie tylko przekazać wiedzę, ale także nauczyć pacjenta wykonywać różne czynności, np. w zakresie monitorowania objawów lub kontrolowania parametrów takich jak temperatura ciała czy ciśnienie krwi [25]. Praca edukacyjna pielęgniarki zazwyczaj nie ogranicza się do pracy z pacjentem. Odpowiednie informacje, wiedzę i kompetencję trzeba przekazać także bliskim pacjenta, osobom pozostającym z nim w bliskim kontakcie, często dbającym o niego w domu [25].

Bardzo ważnym zadaniem pielęgniarki jest przygotowanie pacjenta do samoopieki, a także badanie jej poziomu. Wśród narzędzi badawczych można wymienić m.in. EHFS-9 (Europejską skalę samoopieki pacjentów z niewydolnością serca) [27] oraz SCHFI (ang. *Self-Care of Heart Failure Index*) [28, 29].

Cel pracy. Głównym celem pracy jest poznanie poziomu samoopieki pacjentów z niewydolnością serca oraz czynników ją warunkujących. Poszukiwane są zależności między poziomem samoopieki pacjentów z niewydolnością serca a czynnikami socjodemograficznymi, klinicznymi, wiedzą pacjentów oraz źródłami wiedzy o chorobie.

Problem badawczy: Schorzenia kardiologiczne są najczęstszą przyczyną zgonów, a wśród niewydolność serca. Szczególnie ważnym aspektem w przypadku niewydolności serca jest zdolność pacjentów do właściwej samoopieki, która wpływa głównie na poprawę jakości życia. W związku z powyższym należy poszukiwać czynników wpływających na poziom samoopieki pacjentów zarówno modyfikowalnych jak i niemodyfikowalnych.

Materiał i metoda. W badaniu wzięło udział 105 pacjentów z niewydolnością serca, z czego zwrotnie uzyskano ankiety od 100 pacjentów co stanowi 95,23% ogółu rozdanych ankiet. Badanie przeprowadzone zostało w Wielospecjalistycznym Szpitalu SP ZOZ w Nowej Soli od 01.06 do 31.12.2023 r. Kryteria włączenia do badania obejmowały: chorzy z niewydolnością

serca, którzy wyrazili zgodę na udział w badaniu ankietowym. Jako kryterium wyłączenia z badania, przyjęto: pacjenci z innymi schorzeniami; brak zgody na udział w badaniu ankietowym; spodziewany brak współpracy ze strony uczestnika ankiety. Na przeprowadzenie badania uzyskano pozytywną opinię Komisji Bioetycznej PANS w Głogowie nr 14/2023.

Badanie przeprowadzone zostało metodą sondażu diagnostycznego oraz techniką ankietową z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety, standaryzowanego kwestionariusza ankiety - Europejskiej Skali samoopieki pacjentów z niewydolnością serca oraz wskaźnika BMI [33]. Autorski kwestionariusz ankiety składa się z 4 części i zawiera 17 pytań. Część pierwsza kwestionariusza odnosi się do danych socjodemograficznych pacjenta i składa się z 5 pytań (wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie i stan cywilny); część druga dotyczy danych klinicznych dotyczących stanu zdrowia pacjenta (długość trwania choroby, występowanie powikłań przewlekłych, aktualny wzrost i masę ciała pacjenta, aktualna wartość ciśnienia krwi, liczba hospitalizacji w roku oraz liczba wizyt w poradni kardiologicznej w roku); część trzecia, składa się z 4 pytań, dotyczących poziomu wiedzy pacjenta i źródeł jej pozyskania (pierwsze pytanie obejmuje 12 zaleceń, które powinien przestrzegać pacjent. W pytaniu przyjęto następującą skalę ocen: bardzo dobry (5,0) powyżej 90%; dobry plus (4,5) 81 - 90%; dobry (4,0) 71 - 80%; dostateczny plus (3,5) 66 - 70%; dostateczny (3,0) 60 - 65%; niedostateczny (1,0) poniżej 60% poprawnych odpowiedzi. Drugie pytanie dotyczy uczestnictwa pacjenta w stowarzyszeniach, trzecie źródeł wiedzy, a czwarte uczestnictwa pacjenta w profesjonalnej edukacji). Część czwarta ankiety zawiera określenie czynników negatywnie wpływających na efektywną samoopiekę oraz oczekiwania pacjenta wobec opieki zdrowotnej.

Drugim narzędziem badawczym wykorzystanym w badaniu jest Europejska skala samoopieki pacjentów z niewydolnością serca (EHFScB scale, The European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale), której autorem jest Jaarsma, Stromberg, Martensson, Dracup. Ankieta początkowo zawierała 12 stwierdzeń, obecnie 9. Polska wersja ankiety została zaadoptowana przez Uchmanowicz i Wleklík [30, 31]. Przy każdym stwierdzeniu znajduje się zamknięte kafeteria z wartościami od 1 do 5. Respondent podaje, w jakim stopniu zgadza się z każdym ze stwierdzeń w skali od „całkowicie się zgadzam” (1) do „zupełnie się nie zgadzam” (5). Jeśli u chorego wystąpi jakakolwiek wątpliwość odnośnie odpowiedzi powinien zakreślić liczbę, która najbardziej pasuje do aktualnego stanu. Klasyczny- łączny wynik kwestionariusza jest liczbą z zakresu 9-45 i wysokie wyniki oznaczają niski poziom samoopieki. Dla EHFSc-9 nie ma norm mówiących, od ilu punktów można mówić o wyniku wysokim, a od ilu o średnim itp. Jednakże konstrukcja kwestionariusza oparta jest o skalę Likerta, która posiada tzw. punkt

średniowy. W przypadku pytań zawartych w omawianej ankiecie punktem średniowym jest odpowiedź „3”, która oznacza połowę drogi między „całkowicie się zgadzam”, a „całkowicie się nie zgadzam”. W związku z powyższym punkt średniowy można użyć do interpretacji wyniku skali. Klasyczny wynik jest jednak nieintuicyjny (intuicyjnie bowiem, wysoki wynik powinien oznaczać wysoki poziom samooceny). Vellone i wsp. zaproponowali więc proste przekształcenie zmieniające skalę wyniku z 9-45 na 0-100 i odwracającą ją. Taki wynik nazwali „odwróconym i standaryzowanym”. W tej wersji punktem średniowym jest 50, a wysokie wyniki oznaczają wysoki poziom samooceny [32]. Ostatecznie wyniki odpowiedzi zawartych w kwestionariuszu przedstawione zostały w formie: odwróconej i standaryzowanej.

Opis zastosowanych metod analizy statystycznej. Analizę zmiennych ilościowych (tj. wyrażonych liczbą) wykonano wyliczając statystyki opisowe takiej jak średnia, odchylenia standardowe, mediana, kwartyle oraz minimum i maksimum. Analizę zmiennych jakościowych (tj. nie wyrażonych liczbą) przeprowadzono wyliczając częstości bezwzględne i procentowe wystąpienia wszystkich wartości, jakie zmienne te mogły przyjmować. Porównanie wyników kwestionariusza EHFSc-9 w dwóch grupach wykonano za pomocą testu Manna-Whitney’a. Porównanie wyników kwestionariusza EHFSc-9 w trzech lub więcej grupach wykonano za pomocą testu Kruskala-Wallisa i, w razie wykrycia istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami, testu post-hoc Dunna. Korelacje wyników kwestionariusza EHFSc-9 ze zmiennymi ilościowymi analizowano za pomocą współczynnika korelacji Spearmana. W analizie przyjęto poziom istotności 0,05. A więc wszystkie wartości p poniżej 0,05 interpretowano jako świadczące o istotnych zależnościach. Analizę wykonano w programie R, wersja 4.3.2. [34].

Wyniki badań. W badaniu większość respondentów (48%) była w wieku od 51 do 60 lat; zaledwie 5% ankietowanych było młodszych niż 51 lat. Spośród badanych 65% stanowili mężczyźni. Respondenci niemal po równo mieszkali w mieście i na wsi. W zakresie wykształcenia najliczniejsza grupa respondentów (54%) posiadała wykształcenie zasadnicze; 24% ankietowanych miało wykształcenie podstawowe, a zaledwie 13% wyższe. W odniesieniu do stanu cywilnego aż 74% ankietowanych było w związku formalnym, a zaledwie 2% było stanu wolnego. Uzyskane wyniki szczegółowo przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna badanych pacjentów

Zmienna	n	%	Zmienna	n	%
Wiek			Wykształcenie		
41-50 lat	5	5%	Podstawowe	24	24%
51-60 lat	48	48%	Gimnazjalne	1	1%
61 lat i więcej	47	47%	Zasadnicze	54	54%
Płeć			Średnie	8	8%
Kobieta	35	35%	Wyższe	13	13%
Mężczyzna	65	65%	Stan cywilny		

Miejsce zamieszkania			Wolny	2	2%
Miasto	52	52%	Związek formalny	74	74%
Wieś	48	48%	Związek nieformalny	8	8%
			Samotny	16	16%

W badanej grupie średni czas trwania choroby wyniósł 8,63 lat, przy czym zdecydowana większość ankietowanych (85%) chorowała od 5 do 10 lat. U zaledwie 3% badanych nie rozwinęły się (lub nie zostały zdiagnozowane) powikłania przewlekłe, podczas gdy zdecydowanie najliczniejszą grupę respondentów stanowili pacjenci z 2 powikłaniami (58%). Przeważająca większość, bo aż 95% pacjentów z grupy badawczej miała masę ciała w normie, a jedynie 5% uznano za osoby z nadwagą oceniając za pomocą BMI. Ponadto ankietowanych charakteryzowało raczej niskie ciśnienie rozkurczowe (najliczniejsze były dwa przedziały o najniższych wartościach skrajnych: 100-110 mmHg – 26%, 111-120 mmHg – 25%), podczas gdy zaledwie 4% ankietowanych miało ciśnienie rozkurczowe powyżej 150 mmHg. Inaczej było w przypadku ciśnienia rozkurczowego – zdecydowanie najliczniejsza grupa badanych mieściła się w środkowym przedziale wartości 66-70 mmHg (31%), podczas gdy drugą co do liczebności grupą pacjentów były osoby o ciśnieniu rozkurczowym w przedziale 76-80 mmHg (17%). Średnie ciśnienie skurczowe wyniosło 124,11 mmHg (SD=15,65), a ciśnienie rozkurczowe 68,22 mmHg (SD=8,19). Odnośnie liczby rocznych hospitalizacji najliczniejszą grupę stanowiły osoby z dwoma wizytami w szpitalu rocznie, podczas gdy jedynie 5% badanych hospitalizowanych było więcej niż 4 razy rocznie. W przypadku liczby wizyt w poradni kardiologicznej zdecydowanie najliczniejszą grupę stanowili pacjenci, którzy poradnię odwiedzają jedynie raz w roku (75%). Uzyskane wyniki szczegółowo przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Charakterystyka kliniczna badanej grupy pacjentów

Zmienna	n	%	Zmienna	n	%
Czas trwania choroby			Liczba wizyt w poradni kardiologicznej w roku		
5-10 lat	85	85%	Brak wizyt	17	17%
11-20 lat	15	15%	1 wizyta	75	75%
Powikłania przewlekłe			2 wizyty	7	7%
Brak powikłań przewlekłych	3	3%	3-4 wizyty	1	1%
1 powikłanie	16	16%	Liczba hospitalizacji w roku		
2 powikłania	58	58%	1	37	37%
3 powikłania	15	15%	2	40	40%
4 powikłania	8	8%	3-4	18	18%
			Więcej niż 4	5	5%
SBP [mmHg] ciśnienie skurczowe rozpiętość wartości wyniosła od 100 do 175 mmHg.			DBP [mmHg] ciśnienie rozkurczowe rozpiętość wartości wyniosła od 45 do 87 mmHg		
100 - 110	26	26%	45 - 50	4	4%
111 - 120	25	25%	51 - 55	4	4%

121 - 130	13	13%	56 - 60	14	14%
131 - 140	21	21%	61 - 65	15	15%
141 - 150	11	11%	66 - 70	31	31%
151 - 160	2	2%	71 - 75	12	12%
161 - 170	1	1%	76 - 80	17	17%
171 - 180	1	1%	81 - 85	2	2%
			86 - 90	1	1%
BMI				n	%
18,5 - 25	Waga w normie			95	95%
25 - 30	Nadwaga			5	5%

Badani reprezentowali różne zdanie na temat zadań pacjentów z HF w zakresie samoopieki tzn. zaleceń, które powinien przestrzegać każdy pacjent z niewydolnością serca. 53% ankietowanych wskazało duży zakres zadań/zaleceń, które świadczą o wiedzy ankietowanych na temat samoopieki na poziomie bardzo dobrym, ale aż 35% ankietowanych wskazało mały zakres zadań/zaleceń, które powinien przestrzegać każdy pacjent z HF w ramach samoopieki, uzyskując ocenę niedostateczną. Zalecenia w ramach samoopieki obejmowały: stosowanie diety z ograniczeniem podaży płynów i sodu; zdrowe odżywianie; regularny wysiłek fizyczny; regularne przyjmowanie leków; regularne pomiary parametrów - RR, tętna; codzienną kontrolę masy ciała; codzienną kontrolę ilości przyjmowanych płynów; dostosowanie dawki diuretyków; zaprzestanie palenia tytoniu; zaprzestanie spożywania alkoholu; szczepienia przeciwko grypie; szczepienia przeciwko meningokokom. Niezależnie od powyższego zbadano także, które z zaleceń było wskazywane najczęściej jako zadanie dla każdego pacjenta z HF, a które najrzadziej. Wśród zaleceń wskazywanych najczęściej były: regularne przyjmowanie leków (96% respondentów), regularne pomiary parametrów (92%), codzienna kontrola masy ciała (87%), zaprzestanie spożywania alkoholu (80%). Natomiast najrzadziej wskazanymi zadaniami były: regularny wysiłek fizyczny (59%), szczepienia przeciwko meningokokom (60%) oraz zdrowe odżywianie (62% respondentów). Następnie zapytano respondentów o ich udział w stowarzyszeniu chorych z niewydolnością serca lub innym stowarzyszeniu pacjentów. Aż 73% nie jest członkiem żadnego stowarzyszenia pacjenckiego motywując to brakiem takiej potrzeby; 5% pacjentów deklaroowało, że było uczestnikiem stowarzyszenia, ale już nie jest, 21% respondentów deklaroowało, że chciałoby być członkiem stowarzyszenia, ale w danym momencie nie należy do żadnego stowarzyszenia. Ankietowanych zapytano także o główne źródło, z którego pochodzi ich wiedza na temat niewydolności serca. Zdecydowanie głównym źródłem wiedzy na temat choroby jest lekarz podczas hospitalizacji (61%). Dopiero na 3 miejscu jako źródło wiedzy znalazł się lekarz w poradni kardiologicznej (12%), zaraz za pielęgniarką, z którą pacjent rozmawiał podczas hospitalizacji (14%). Najmniej badanych czerpie wiedzę od innych chorych i z Internetu (oba źródła po 2%). Oprócz poznania źródeł

wiedzy, ważne jest także poznanie czy ankietowani uczestniczyli w profesjonalnej edukacji w zakresie samoopieki. 38% badanych deklaroowało, że kilka razy uczestniczyło w profesjonalnej edukacji w zakresie samoopieki, a 34%, że jedynie tylko raz. Uzyskane wyniki szczegółowo przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Zadania pacjentów z niewydolnością serca wchodzące w zakres samoopieki, uczestnictwo w Stowarzyszeniu osób z niewydolnością serca bądź innej organizacji pacjenckiej, źródła wiedzy na temat choroby oraz uczestnictwo w profesjonalnej edukacji w zakresie samoopieki.

Zmienna	n	%	Zmienna	n	%
Zdanie ankietowanych na temat zadań pacjentów z HF w ramach samoopieki			Źródła wiedzy na temat choroby		
Wiedza niedostateczna	35	35%	Poradnia kardiologiczna - od lekarza	12	12%
Wiedza dostateczna	0	0%	Poradnia kardiologiczna - od pielęgniarki	9	9%
Wiedza dostateczna plus	3	3%	Od lekarza w czasie pobytu w szpitalu	61	61%
Wiedza dobra	2	2%	Od pielęgniarki w czasie pobytu w szpitalu	14	14%
Wiedza dobra plus	7	7%	Od innych chorych z niewydolnością serca	2	2%
Wiedza bardzo dobra	53	53%	Internet	2	2%
Co, Pani/Pana zdaniem, należy do zadań każdego pacjenta z niewydolnością serca? *			Uczestnictwo w Stowarzyszeniu osób z niewydolnością serca bądź innej organizacji pacjenckiej		
Dieta z ograniczeniem podaży płynów i sodu	77	77%	Tak, i ciągle uczestniczę	1	1%
Zdrowe odżywianie	62	62%	Tak, ale już nie uczestniczę	5	5%
Regularny wysiłek fizyczny	59	59%	Nie, chociaż chciałabym/chciałbym	21	21%
Regularne przyjmowanie leków	96	96%	Nie, ponieważ nie mam takiej potrzeby	73	73%
Regularne pomiary parametrów - RR, tętno	92	92%	Uczestnictwo w profesjonalnej edukacji w zakresie samoopieki		
Codzienna kontrola masy ciała	87	87%	Tylko jeden raz - jak zachorowałam/em	34	34%
Codzienna kontrola ilości przyjmowanych płynów	78	78%	Dwa razy	24	24%
Dostosowanie dawki diuretyków	69	69%	Kilka razy	38	38%
Zaprzestanie palenia tytoniu	75	75%	Wiele razy	4	4%
Zaprzestanie spożywania alkoholu	80	80%			
Szczepienia przeciwko grypie	69	69%			
Szczepienia przeciwko meningokokom	60	60%			
* Odsetki nie sumują się do 100, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru					

Do najczęściej wymienianych czynników negatywnie wpływających na efektywną samoopiekę badani zaliczyli: lęk przed utratą samodzielności i niezależności (71%), lęk przed śmiercią (61%) oraz ograniczenie sprawności ruchowej (49%). Do najrzadziej: niewystarczające

informacje o chorobie (1%), niewystarczające informacje na temat zachowań prozdrowotnych (1%), depresję (3%) oraz problemy z widzeniem (23%).

Respondentów zapytano o ich oczekiwania wobec opieki zdrowotnej w kontekście ich schorzenia, przy czym zaprezentowano im kafeterię 10 odpowiedzi i poproszono o wybór jednej z nich. Najliczniejsza grupa (25% ankietowanych) oczekuje lepszego dostępu do diagnostyki; 18% ankietowanych lepszego dostępu do dietetyka, a 16% do grup wsparcia; 12% respondentów wskazała na większą możliwość korzystania z zabiegów z fizjoterapeutą. Zaledwie 2% badanych wskazało na lepszy dostęp do psychologa, 3% na potrzebę korzystania z aktywności fizycznej pod okiem profesjonalisty, a 4% badanych na lepszy dostęp do edukacji zdrowotnej prowadzonej przez pielęgniarkę. Uzyskane wyniki szczegółowo przedstawia tabela 4.

Tabela 4. Czynniki wpływające negatywnie na efektywność samoopieki oraz oczekiwania pacjentów wobec opieki zdrowotnej.

Zmienna	n	% *	Zmienna	n	% *
Czynniki wpływające negatywnie na efektywną samoopiekę *			Największe oczekiwania wobec opieki zdrowotnej		
Brak więzi rodzinnych	9	9%	Lepszy/większy dostęp do edukacji zdrowotnej prowadzonej przez pielęgniarkę	4	4%
Brak wsparcia społecznego	19	19%	Lepszy dostęp do edukacji zdrowotnej prowadzonej przez lekarza	8	8%
Stres	9	9%	Lepszy dostęp do dietetyka	18	18%
Niewystarczające informacje o własnej chorobie	1	1%	Lepszy dostęp do diagnostyki	25	25%
Niewystarczające informacje na temat zachowań prozdrowotnych	1	1%	Lepszy dostęp do psychologa	2	2%
Ograniczenie sprawności ruchowej	49	49%	Lepszy dostęp do grup wsparcia	16	16%
Strach przed wysiłkiem fizycznym	12	12%	Większa możliwość korzystania z pomocy pracownika socjalnego	6	6%
Ogólne osłabienie, niechęć do wysiłku fizycznego	18	18%	Większa możliwość korzystania z zabiegów fizjoterapeuty	12	12%
Problemy z widzeniem	23	23%	Większa możliwość korzystania z aktywności fizycznej pod okiem profesjonalisty	3	3%
Problemy ze słyszeniem	16	16%	Lepsza komunikacja z personelem medycznym	6	6%
Problemy z pamięcią	8	8%			
Depresja	3	3%			
Lęk przed utratą samodzielności i niezależności	71	71%			
Lęk przed śmiercią	61	61%			
* Odsetki nie sumują się do 100, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru					

Wyniki z kwestionariusza- Europejska Skala samoopieki pacjentów z niewydolnością serca (EHFSc-9) wynosił średnio 68,69 punktów na 100 możliwych (SD = 18,96) i wahał się od 22,22

do 97,22 punktów. Można więc powiedzieć, że ankietowani raczej byli przekonani do swoich zdolności samoopieki.

Tabela 5. Statystyczna interpretacja wyników odpowiedzi w kwestionariuszu EHFS-9 według Vellone

EHFS-9 [punkty]								
N	Braki danych	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3
100	0	68,69	18,96	72,22	22,22	97,22	61,11	83,33
SD - odchylenie standardowe, Q1 - kwartył dolny, Q3 - kwartył górny								

Na poziom samoopieki pacjentów z niewydolnością serca nie wpływają: czynnikami socjodemograficzne oraz kliniczne badanej grupy pacjentów; wiedza pacjentów na temat zaleceń w ramach samoopieki oraz źródła jej pochodzenia; a także uczestnictwo w stowarzyszeniu pacjenckim czy też uczestnictwo w profesjonalnej edukacji w zakresie samoopieki. Uzyskane wyniki szczegółowo przedstawia tabela 6.

Tabela 6. Wpływ cech socjodemograficznych, klinicznych, poziomu wiedzy na temat zaleceń w ramach samoopieki, źródeł wiedzy, uczestnictwa w stowarzyszeniach pacjenckich oraz profesjonalnej edukacji na poziom samoopieki pacjentów z niewydolnością serca

Wiek	N	EHFSc-9 [punkty]							p
		Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	
Wiek a poziom samoopieki									
41-50 lat	5	46,67	25,72	41,67	25,00	88,89	27,78	50,00	p=0,139
51-60 lat	48	69,56	19,68	69,44	25,00	97,22	60,42	86,11	
61 lat i więcej	47	70,15	16,27	72,22	22,22	97,22	63,89	77,78	
Płeć a poziom samoopieki									
Kobieta	35	65,48	22,76	69,44	22,22	97,22	51,39	83,33	p=0,456
Mężczyzna	65	70,43	16,50	72,22	25,00	97,22	63,89	83,33	
Miejsce zamieszkania a poziom samoopieki									
Miasto	52	68,54	19,34	72,22	25,00	94,44	63,19	83,33	p=0,885
Wieś	48	68,87	18,74	70,83	22,22	97,22	60,42	80,56	
Wykształcenie a poziom samoopieki									
Podstawowe, gimnazjalne	25	70,44	18,32	75,00	22,22	97,22	63,89	80,56	p=0,231
Zasadnicze	54	71,45	16,82	73,61	25,00	97,22	63,89	86,11	
Średnie	8	62,85	17,75	65,28	36,11	86,11	55,56	72,22	
Wyższe	13	57,48	25,74	61,11	25,00	97,22	33,33	83,33	
Stan cywilny a poziom samoopieki									
Wolny, samotny	18	75,46	17,05	73,61	41,67	97,22	64,58	92,36	p=0,324
Związek formalny	74	66,85	19,58	69,44	22,22	94,44	59,03	80,56	
Związek nieformalny	8	70,49	14,99	73,61	38,89	86,11	65,97	79,17	
Czas trwania choroby a poziom samoopieki									
5-10 lat	85	67,68	19,30	69,44	22,22	97,22	61,11	83,33	p=0,252
11-20 lat	15	74,44	16,34	75,00	33,33	97,22	69,44	81,94	
Powikłania przewlekłe a poziom samoopieki									
Brak lub 1 powikłanie	19	69,59	15,89	69,44	27,78	91,67	65,28	81,94	p=0,738
2 powikłania	58	67,29	19,25	70,83	25,00	97,22	58,33	80,56	

3 powikłania	15	71,85	21,33	77,78	22,22	97,22	63,89	86,11	
4 powikłania	8	70,83	21,52	75,00	38,89	97,22	60,42	81,94	
BMI a poziom samoopieki									
Waga w normie	95	68,04	19,07	69,44	22,22	97,22	59,72	83,33	p=0,13
Nadwaga	5	81,11	12,33	77,78	63,89	94,44	77,78	91,67	
Liczba hospitalizacji w roku na poziom samoopieki									
1 hospitalizacja	37	70,72	17,89	72,22	25,00	97,22	63,89	86,11	p=0,461
2 hospitalizacje	40	66,32	19,61	68,06	22,22	97,22	58,33	81,25	
3-4 hospitalizacje	18	66,82	20,47	75,00	25,00	97,22	54,17	79,86	
Więcej niż 4 hospitalizacje	5	79,44	15,29	75,00	58,33	94,44	75,00	94,44	
Liczba wizyt w poradni kardiologicznej w roku a poziom samoopieki									
Brak wizyt	17	70,42	15,40	75,00	36,11	94,44	66,67	77,78	p=0,526
1 wizyta	75	69,07	18,98	72,22	22,22	97,22	62,50	83,33	
2-4 wizyty	8	61,46	25,78	59,72	27,78	97,22	45,83	74,31	
Zdanie ankietowanych na temat zaleceń które powinien przestrzegać każdy pacjent z HF świadcząca o poziomie wiedzy na temat zaleceń mających wpływ na poziom samoopieki									
Wiedza niedostateczna	35	72,54	18,48	75,00	25,00	97,22	65,28	86,11	p=0,163
Wiedza dostateczna plus lub dobra	5	63,89	25,61	77,78	33,33	86,11	38,89	83,33	
Wiedza dobra plus	7	48,81	28,05	33,33	22,22	88,89	26,39	72,22	
Wiedza bardzo dobra	53	69,23	15,95	72,22	25,00	94,44	63,89	80,56	
Uczestnictwo w Stowarzyszeniu osób z niewydolnością serca bądź innej organizacji pacjenckiej a poziom samoopieki									
Tak	6	59,26	27,87	61,11	27,78	88,89	35,42	82,64	p=0,823
Nie, chociaż chciałabym/chciałbym	21	70,77	16,96	75,00	25,00	97,22	63,89	80,56	
Nie, ponieważ nie mam takiej potrzeby	73	68,87	18,76	72,22	22,22	97,22	61,11	83,33	
Źródła wiedzy na temat choroby a poziom samoopieki									
Poradnia kardiologiczna - od lekarza	12	76,39	10,49	77,78	58,33	97,22	68,75	81,25	p=0,155
Poradnia kardiologiczna - od pielęgniarki	9	63,27	24,48	66,67	25,00	91,67	50,00	77,78	
Od lekarza w czasie pobytu w szpitalu	61	70,40	18,12	72,22	25,00	97,22	63,89	83,33	
Od pielęgniarki w czasie pobytu w szpitalu	14	63,69	19,60	66,67	22,22	97,22	61,11	73,61	
Od innych pacjentów lub z internetu	4	49,31	25,19	45,83	25,00	80,56	31,25	63,89	
Uczestnictwo w profesjonalnej edukacji w zakresie samoopieki a poziom samoopieki									

Tylko jeden raz - jak zachorowałam/ em	34	64,05	21,96	69,44	25,00	97,22	45,83	81,94	p=0,109
Dwa razy	24	75,46	14,11	79,17	38,89	91,67	68,75	86,81	
Kilka/wiele razy	42	68,58	18,00	69,44	22,22	97,22	59,03	79,86	
p - test Kruskala-Wallisa, SD - odchylenie standardowe, Q1 - kwartył dolny, Q3 - kwartył górny									
Ciśnienie skurczowe (SBP) oraz ciśnienie rozkurczowe (DBP) a poziom samoopieki									
Badane cechy		Współczynnik korelacji Spearmana					p		
SBP i EHFS-9		0,019					p=0,852		
Badane cechy		Współczynnik korelacji Spearmana					p		
DBP i EHFS-9		-0,065					p=0,519		

Dyskusja. Głównym celem przeprowadzonych badań jest ocena zależności poziomu samodzielności w radzeniu sobie z chorobą przez pacjentów z niewydolnością serca od wybranych czynników klinicznych i socjodemograficznych. W związku z powyższym w badaniu własnym poddane zostały ocenie najważniejsze cechy dotyczące charakterystyki socjodemograficznej badanej grupy pacjentów, obejmujące: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie oraz stan cywilny. Jeśli chodzi o wiek to większość (48%) respondentów w badaniu własnym była w przedziale od 51 do 60 lat. Zaledwie 5% ankietowanych było młodszych niż 51 lat. Średnia wieku w badaniu własnym wyniosła 66,85 lat. Uzyskany wynik w badaniu własnym potwierdzają wyniki innych badań. Przykładowo podobny wynik uzyskała Kowalczyk i wsp. - średni wiek pacjentów z niewydolnością serca wynosi 68,5 lat [35]; 68,1 lat [36] oraz Czekierda i wsp.: średnia wieku pacjentów wynosi-64,8 lat [22]. Odmienny wynik od badania własnego uzyskała Karasek i wsp. - średni wiek Polaka cierpiącego na niewydolność serca to 74 lata. W przeprowadzonym badaniu wykazano dodatkowo, że największa liczba chorych mieści się w przedziale 70 – 74 lata [37]. Kolejny odmienny wynik niż w badaniu własnym - tym razem z niższą średnią wieku - uzyskała w badaniu Czykieta – 63,44 lata [38]. Grupę scharakteryzowano także pod kątem płci - spośród badanych 65% w badaniu własnym stanowili mężczyźni, a 35% kobiety. Dane te są zgodne z wynikami badania Kowalczyk i wsp. [35,36], Karasek i wsp. [37] oraz Czekierdy i wsp. [22]. Uzyskany wynik w badaniu własnym nie potwierdza wyniki Czykiety, u której większość pacjentów stanowiły kobiety -52,67% [38]. W badaniu własnym najliczniejszą grupę stanowili pacjenci z wykształceniem zasadniczym (54%); 24% ankietowanych miało wykształcenie podstawowe, a zaledwie 13% wyższe. Uzyskany wynik w badaniu własnym nie potwierdza wyniki Czykiety (najliczniejsza grupa pacjentów była z wykształceniem średnim - 47,33%) [38] oraz Wiśnickiej (najliczniejsza grupa pacjentów była z wykształceniem wyższym - 45%) [39]. W badaniu własnym najliczniejszą grupę badanych stanowiły osoby w związku formalnym – 74%. Zbliżone wyniki do badań własnych uzyskała Kowalczyk i wsp. W związku formalnym

było 69,5% badanych [36] oraz Wiśnicka, która wykazała, że 65% badanych było w związku formalnym [39].

W celu oceny zależności poziomu samodzielności w radzeniu sobie z chorobą przez pacjentów z niewydolnością serca od wybranych czynników klinicznych w badaniu własnym poddane zostały ocenie najważniejsze dane dotyczące charakterystyki klinicznej badanej grupy pacjentów, obejmujące: długość trwania choroby, występowanie powikłań przewlekłych, aktualny wzrost i masę ciała pacjenta, aktualną wartość ciśnienia krwi, liczbę hospitalizacji w roku oraz liczbę wizyt w poradni kardiologicznej w roku. W badanej grupie pacjentów średni czas trwania choroby wyniósł 8,63 lat, przy czym zdecydowana większość ankietowanych (85%) chorowała od 5 do 10 lat. Uzyskany wynik w badaniu własnym potwierdza wynik uzyskany przez Czykietę, która podaje, że pacjenci średnio chorowali przez 9,05 lat [38]. Natomiast odmienny wynik niż w badaniu własnym uzyskała Wiśnicka - średni czas trwania choroby badanych pacjentów wynosił zaledwie 3,5 roku [39]. W badaniu własnym większość, bo 58% badanych cierpiała na 2 powikłania; 15% pacjentów miało 3, a 8% badanych 4 powikłania. Uzyskany wynik w badaniu własnym potwierdzają wyniki innych badań. Przykładowo w badaniu Kowalczyk i wsp. w latach 2003-2007 aż 73% pacjentów chorych na HF cierpiało jednocześnie na nadciśnienie tętnicze [35]; w innym badaniu Kowalczyk i wsp. deklaroowało tę chorobę 67,6% pacjentów. Dodatkowo badacze wymieniają jeszcze szereg innych chorób współistniejących takich jak: hipercholesterolemia (41 – 45%), cukrzyca (25-38%), otyłość (33-47%), choroby nerek (35-46%) [36]. Przeważająca większość, bo aż 95% pacjentów z grupy pacjentów w badaniu własnym miała masę ciała w normie, a jedynie 5% uznano za osoby z nadwagą (na podstawie BMI). Badanych charakteryzowało raczej niskie ciśnienie rozkurczowe (najliczniejsze były dwa przedziały o najniższych wartościach skrajnych: 100-110 mmHg – 26% badanych, 111-120 mmHg – 25% badanych), podczas gdy zaledwie 4% ankietowanych miało ciśnienie rozkurczowe powyżej 150 mmHg. Inaczej było w przypadku ciśnienia rozkurczowego – zdecydowanie najliczniejsza grupa badanych mieściła się w środkowych przedziale wartości 66-70 mmHg (31%), podczas gdy drugą co do liczebności grupą pacjentów były osoby o ciśnieniu rozkurczowym w przedziale 76-80 mmHg (17%). Średnie ciśnienie skurczowe w badanej grupie pacjentów wyniosło 124,11 mmHg (SD=15,65), a ciśnienie rozkurczowe 68,22 mmHg (SD=8,19). Uzyskany wynik w badaniu własnym nie potwierdzają wyniki innych badań. W badaniu Wiśnickiej średnie ciśnienie skurczowe wyniosło 134,57 mmHg (SD=8,46), a średnie ciśnienie rozkurczowe 80,44 mmHg (SD=11,07) [39]. W badaniu własnym większość badanych pacjentów (40%), było hospitalizowanych 2 razy w roku, a 37% tylko raz w roku. Uzyskany wynik w badaniu własnym

nie potwierdzają wyniki innych badań. Czykieta podaje, że 65,33% badanych nie było hospitalizowanych ani razu, podczas gdy 14,67% hospitalizowanych było raz. Porównywalne natomiast były odsetki osób hospitalizowanych więcej niż 4 razy: w badaniu Czykiety - 2% badanych pacjentów, a w badaniu własnym 5% [38]. Czykieta w swoim badaniu poruszyła zagadnienie hospitalizacji z powodu HF w okresie ostatnich 6 miesięcy i tym można tłumaczyć diametralnie inne wyniki niż wyniki w badaniu własnym. Podobnie nieco inne podejście zastosowali w swoim badaniu Czekierda i wsp. – tu respondentów zapytano o całkowitą liczbę hospitalizacji z powodu HF. Najliczniejszą grupę w tym badaniu stanowiły osoby, które hospitalizowane były tylko raz (38,1%), jednakże drugą co do liczebności grupą byli pacjenci hospitalizowani 4 i więcej razy (28,6%) [22]. W przypadku liczby wizyt w poradni kardiologicznej w ciągu roku zdecydowanie najliczniejszą grupę w badaniu własnym stanowili pacjenci, którzy poradnię odwiedzają raz w roku (75% badanych). Pacjenci, którzy nie odwiedzili poradni nawet jeden raz w roku, było aż 17 % spośród badanych. Niestety nie znaleziono innych badań na ten temat.

W badaniu własnym sprawdzono także poziom wiedzy pacjentów na temat niewydolności serca oraz poziom samoopieki. Ponad połowa badanych (53%) dysponowała wiedzą na poziomie bardzo dobrym, podczas gdy 35% wiedzą na poziomie niedostatecznym. Uzyskanego w badaniu własnym wyniku nie potwierdzają wyniki badania Czekierdy i wsp. Badacze wykazali, że jedynie 5,7% badanych reprezentuje wysoki poziom wiedzy na temat choroby, podczas gdy aż 45,7% pacjentów ma wiedzę małą, a 48,6% wystarczającą [22]. Należy jednak zauważyć, że w badaniu Czekierdy i wsp. badani deklarowali poziom swojej wiedzy w ramach samooceny; nie była ona obiektywnie mierzona.

Respondentów w badaniu własnym zapytano o zadania osoby chorej na niewydolność serca. Najliczniejsza grupa wymieniała wśród nich: regularne przyjmowanie leków (96%), regularne pomiary parametrów (92%), codzienną kontrolę masy ciała (87%), zaprzestanie spożywania alkoholu (80%). Najrzadziej wymienianymi zadaniami były: regularny wysiłek fizyczny (59%), szczepienia przeciwko meningokokom (60%) oraz zdrowe odżywianie (62%). Uzyskany wynik w badaniu własnym potwierdzają wyniki innych badań. Kowalczyk i wsp. zauważają, że po udziale w profesjonalnej edukacji w zakresie samoopieki wzrósł odsetek pacjentów regularnie zażywających leki z 64% do 88%. Jednocześnie spadł odsetek pacjentów palących papierosy: z 77% do 25%. Ponadto wykazano wzrost odsetka chorych, którzy monitorowali swoją wagę (z 64% do 95%) i spadek odsetka pacjentów nadużywających alkoholu (z 38% do 18%) [35]. W badaniu własnym jednym z najrzadziej wymienianych zadań pacjenta niewydolnością serca był regularny wysiłek fizyczny (59% badanych). Podobny wynik

uzyskała Czekierda i wsp. którzy wykazali, że pacjenci często deklarowali długie pozostawanie w pozycji siedzącej (22,4%) oraz brak aktywności zawodowej (19,4%), podczas gdy tylko 2,4% deklarowało wykonywanie ćwiczeń usprawniających [22]. W badaniu własnym aż 80% pacjentów zadeklarowało, że wie, że pacjenci z HF powinni zaprzestać spożywania alkoholu. Odmienny wynik uzyskali Czekierda i wsp. W ich badaniu 31,5% kobiet i aż 70,2% mężczyzn przyznawało, że wciąż piją alkohol, przynajmniej raz w miesiącu [22]. Należy zwrócić uwagę, że badaniu własnym pytano o zadania osoby chorej na HF, a nie o to, czy pacjent ich przestrzega. Respondentów w badaniu własnym zapytano także o źródła wiedzy na temat choroby, z dodatkowymi pytaniami na temat uczestnictwa w stowarzyszeniach pacjenckich oraz uczestnictwa w profesjonalnej edukacji. Aż 73% badanych deklarowało brak uczestnictwa w jakimkolwiek stowarzyszeniu pacjenckim motywując to brakiem takiej potrzeby. 5% pacjentów deklarowało, że nie uczestniczy, choć chciałoby uczestniczyć, a zaledwie 1% badanych uczestniczyło w jakimś stowarzyszeniu. Zdecydowanie głównym źródłem wiedzy na temat choroby jest lekarz podczas hospitalizacji (61%). Dopiero na 3 miejscu jako źródło wiedzy znalazł się lekarz w poradni kardiologicznej (12%), zaraz za pielęgniarką, z którą pacjent rozmawiał podczas hospitalizacji (14%). Najmniej badanych czerpie wiedzę od innych chorych i z Internetu (oba 2%). 38% badanych deklarowało, że kilkakrotnie brali udział w profesjonalnej edukacji w zakresie samoopieki, a 34%, że brali udział w takiej edukacji tylko raz. Niestety nie znaleziono innych badań na ten temat.

W badaniu własnym zapytano ankietowanych o czynniki negatywnie wpływające na ich poziom samoopieki. Do najczęściej wymienianych przez pacjentów należą: lęk przed utratą samodzielności i niezależności (71%), lęk przed śmiercią (61%) ograniczenie sprawności ruchowej (49%) oraz problemy w widzeniu (23%). Najmniej badanych za czynniki negatywnie wpływające na ich zdolność do samoopieki uznało: niewystarczające informacje o chorobie (1%), niewystarczające informacje na temat zachowań prozdrowotnych (1%) i depresję (3%). Odniesieniem do wyników badań własnych, mogą być wyniki uzyskane przez Wiśnicką, która za pomocą kwestionariusza HADS wykazała, że zaburzenia lękowe wystąpiły u 53,75% badanych, a wyraźne zaburzenia depresyjne u 47,50% badanych, podczas gdy odpowiednio 28,75% i 47,55% pacjentów osiągnęło wyniki stanu granicznego [39]. Podobne wyniki otrzymała także Czykieta, która wykazała, że 36,6% badanych pacjentów miało objawy głębokiej depresji, a 28,67% objawy depresji w stopniu umiarkowanym [38].

W badaniu własnym zapytano respondentów również o ich oczekiwania wobec służby zdrowia. W przypadku samoopieki ważne jest, aby pacjent odczuwał, że otrzymuje najlepszą możliwą opiekę oraz że może w łatwy sposób otrzymać wsparcie, którego potrzebuje. Ma to znaczenie

nie tylko bezpośrednio znaczenie terapeutyczne, ale ma także wpływ na psychikę pacjenta. W badaniu własnym najliczniejsza grupa badanych (25%) wskazała na potrzebę lepszego dostępu do diagnostyki. Lepszy dostęp do dietetyka wskazało 18% ankietowanych; 16% respondentów w badaniu własnym wskazało na potrzebę dostępu do grup wsparcia, podczas gdy 12% respondentów wyraziło potrzebę większej możliwości korzystania z zabiegów z fizjoterapeutą. Zaledwie 2% badanych wskazało na lepszy dostęp do psychologa, 3% na potrzebę korzystania z aktywności fizycznej pod okiem profesjonalisty, a 4% na lepszy dostęp do edukacji zdrowotnej prowadzonej przez pielęgniarkę. Niestety nie znaleziono innych badań o podobnej tematyce.

Bardzo ważnym celem badania własnego było poznanie poziomu samoopieki pacjentów z niewydolnością serca za pomocą - Europejskiej Skali samoopieki pacjentów z niewydolnością serca. Wyniki z kwestionariusza zostały znormalizowane i ustandaryzowane według metodyki Vellone i wsp. [32]. Przedział wyników wyniósł od 22,22 do 97,22. Średni wynik wyniósł 68,69 (SD=18,96), podczas gdy mediana 72,22, co wykazuje skupienie wyników po prawej stronie skali. Wyniki uzyskane w badaniu własnym były stosunkowo wysokie. Można więc powiedzieć, że ankietowani raczej byli przekonani co do swoich zdolności samoopieki. Zbliżony wynik do badań własnych uzyskała Wiśnicka: średni wynik w jej badaniu wyniósł 50,31 (SD=26,52) a rozpiętość wyników była od 8,33 do 97,22 [39] oraz Czykieta- pacjenci dość dobrze radzili sobie z wypracowaniem pożądanych nawyków (wynik 61,77), kontrolowaniem stanu zdrowia (wynik 56,56) oraz przestrzeganiem zaleceń (wynik 56,28). Najniższy wynik – 39 punktów – badani uzyskali w zakresie utrzymania diety [38].

W badaniu własnym nie została wykazana zależność pomiędzy czynnikami socjodemograficznymi: płcią, wiekiem, wykształceniem, miejscem zamieszkania, stanem cywilnym a poziomem samoopieki pacjentów. W odniesieniu do wieku podobny wynik uzyskała Czykieta: w większości kategorii samoopieki poziom samoopieki nie był statystycznie zależny od wieku badanych. Statystycznie istotną zależność wykazano jedynie w 2 na 8 kategorii (kontrola stanu zdrowia i monitorowanie) [38]. Odmienny wynik, niż w badaniu własnym uzyskała Uchmanowicz i wsp., którzy wykazali, że poziom samoopieki pacjenta jest odwrotnie proporcjonalny do jego wieku, tzn. starsi chorzy przejawiają statystycznie istotnie niższy poziom samoopieki [40]. Ciekawe wyniki uzyskali Świątoniowska-Lonc i wsp. podczas badania polskiej wersji testu SCHFI. W odniesieniu do większości czynników socjodemograficznych badacze nie wykryli zależności pomiędzy nimi a stopniem samoopieki w każdym z trzech zagadnień poruszanych w SCHFI [41]. Co zgodne jest z wynikami uzyskanymi w badaniu własnym. W zakresie płci, odmienny wynik uzyskała Czykieta, która

wykazała, że to kobiety ogólnie reprezentowały wyższy poziom samoopieki. Ponadto Czykieta w analizie wieloczynnikowej wykazała, że istnieje zależność pomiędzy wiekiem, poziomem dostosowania do zaleceń terapeutycznych (ARMS) a poziomem samoopieki w zakresie monitorowania (wyższy wiek ($r = -0,329$) i wyższy wynik ARMS ($r = -1,495$) – gorsza samoopieka w zakresie monitorowania) [38]. Odmienne wyniki od wyników w badaniu własnym uzyskał także Pobrotyn i wsp., którzy w badaniu poziomu samoopieki 403 pacjentów z niewydolnością serca wykazali statystycznie istotną zależność pomiędzy płcią a poziomem samoopieki ($b = -5,146$ w dla mężczyzn w modelu regresji liniowej w badaniu jednoczynnikowym i $b = -5,575$ w badaniu wieloczynnikowym). Ponadto stały związek z drugą osobą oraz możliwość polegania na jej wsparciu oceniono w badaniu jako czynnik istotnie poprawiający poziom samoopieki ($b = 6,515$ w modelu regresji liniowej w badaniu jednoczynnikowym i $b = 5,933$ w badaniu wieloczynnikowym) [42]. W odniesieniu do kwestii pomocy uzyskiwanej od osób bliskich, w pewnym stopniu związanej z pozostawianiem pacjenta w stałym związku, ciekawe konkluzje przynoszą badania Buck i wsp. W publikacji autorzy przeanalizowali szereg prac naukowych dotyczących wpływu opiekunów na poziom samoopieki pacjentów z HF. Badacze nie tylko stwierdzili znaczące powiązanie poziomu samoopieki chorego ze stopniem otrzymywanej przez niego pomocy, lecz także zwrócili uwagę na rozmaite rodzaje korzyści, dzieląc je na bezpośrednie (np. pomoc w przeprowadzaniu pomiarów, podawanie leków) i pośrednie (np. umawianie wizyt u lekarza, załatwianie spraw związanych z chorobą, wsparcie emocjonalne, zachęta do właściwych zachowań). Autorzy postulują dalsze systematyczne badania zagadnienia, co w przypadku badań własnych oznaczałoby skonkretyzowanie badań nad związkiem poziomu samoopieki ze stopniem i rodzajem otrzymywanego wsparcia [43].

Wyniki otrzymane w badaniu własnym nie wykazały zależności pomiędzy czynnikami klinicznymi (długością trwania choroby, występowania powikłań przewlekłych, wskaźnika BMI, aktualnej wartości ciśnienia krwi, liczby hospitalizacji w roku oraz liczby wizyt w poradni kardiologicznej w roku) a poziomem samoopieki pacjentów. W zakresie długości trwania choroby, uzyskany wynik w badaniu własnym potwierdza wyniki badania Świątoniowskiej-Lonc i wsp. [41] oraz Czykiety, które wykazały brak zależności statystycznej pomiędzy czasem trwania choroby i poziomem samoopieki [38]. W zakresie liczby hospitalizacji, podobny wynik uzyskała Czykieta, która wykazała brak zależności pomiędzy poziomem samoopieki a liczbą hospitalizacji w okresie ostatnich 6 miesięcy (p od 0,054 do 0,555 dla poszczególnych kategorii samoopieki). Analiza wieloczynnikowa w badaniu Czykiety ujawnia zależność: gdy kardiomiopatia jest pierwotną przyczyną HF, wtedy liczba hospitalizacji przekłada się na

wyższy poziom rozwiązywania problemów (kategoria samoopieki) [38]. Także w badaniu Świątoniowskiej-Lonc i wsp. nie została wykazana zależność pomiędzy poziomem samoopieki a liczbą hospitalizacji. Badanie to było przeprowadzane za pomocą kwestionariusza SCHFI (dla poszczególnych kategorii samoopieki: $p=0,79$, $p=0,31$ i $p=0,73$) [41]. Natomiast odmienny wynik (w zakresie liczby hospitalizacji) przedstawia Pobrotyn i wsp. Wykazali, że liczba hospitalizacji w ostatnim roku jest negatywnie skorelowana z poziomem samoopieki ($b = -5,488$ w modelu regresji liniowej w analizie jednoczynnikowej). Innym czynnikiem klinicznym istotnie statystycznie powiązonym z poziomem samoopieki okazała się długość trwania choroby większa niż 10 lat: $b = 8,529$ w modelu regresji liniowej w badaniu jednoczynnikowym i $b = 8,918$ w badaniu wieloczynnikowym [42]. Podobnie w badaniu Uchmanowicz i wsp. stwierdzono negatywną korelację poziomu samoopieki z liczbą hospitalizacji w ostatnim roku [40]. W zakresie wpływu powikłań na poziom samoopieki, odmienny wynik uzyskał Lee i wsp., którzy wykazali zależność pomiędzy liczbą chorób współistniejących (jedynie chorób nie związanych z układem krwionośnym) a poziomem samoopieki ($p=0,014$). Zależność taką wykryli jedynie w przypadku analizy jednoczynnikowej za pomocą modelu regresji liniowej [44].

Jednym z celów badania było poznanie wpływ poziomu wiedzy ankietowanych na temat zaleceń, które powinien przestrzegać każdy pacjent z HF oraz źródeł jej pozyskania na poziom samoopieki pacjentów z niewydolnością serca. Według przeprowadzonego badania poziom samoopieki nie jest zależny od żadnego z czynników związanych z wiedzą pacjentów. Poziom samoopieki nie zależy od poziomu wiedzy na temat zaleceń ($p=0,163$), od uczestnictwa w stowarzyszeniach pacjenckich ($p=0,823$), od źródeł wiedzy ($p=0,155$) ani od uczestnictwa w profesjonalnej edukacji ($p=0,109$). Podobny wynik otrzymali Czekierda i wsp. W ich badaniu także nie wykazano zależności pomiędzy wiedzą pacjentów a poziomem samoopieki [22]. Odmiennie wyniki natomiast otrzymywali badacze, którzy rozpatrywali samoopiekę w rozbiciu na kilka kategorii. Przykładowo Czykiet: wykazała zależność pomiędzy poziomem zachowań prozdrowotnych, utrzymania diety, korzystnych nawyków, kontroli stanu zdrowia oraz monitorowania a wiedzą chorych na HF (p od 0,002 do 0,014 w poszczególnych kategoriach samoopieki) [38]. Także Kolasa i wsp. wykazali odmienny wynik: udział w programie edukacyjnym podnosi poziom samoopieki pacjentów. Ponadto w badaniu Kolasy i wsp. wykazano korelację działań edukacyjnych z mniejszym ryzykiem ponownej hospitalizacji [45]. Son i wsp. w swoim badaniu analizowali skutki edukacji w zakresie samoopieki dla pacjentów z HF prowadzonej przez pielęgniarki w szpitalu. O ile badacze stwierdzili istotne obniżenie liczby ponownych hospitalizacji i niższą śmiertelność wśród pacjentów, których brali udział

w programie edukacyjnym, o tyle nie stwierdzili poprawy jakości ich życia. Badacze konkludują, że potrzebne są dalsze badania nad związkiem pomiędzy edukacją pacjentów z HF a jej efektami [46]. W odniesieniu do źródła wiedzy o chorobie i samoopiece interesujące są badania Mizukawy i wsp., którzy podzielili pacjentów na 3 grupy: pacjentów poddanych typowej opiece, pacjentów poddanych edukacji w zakresie samoopieki oraz pacjentów objętych rozszerzoną opieką z wykorzystaniem systemów telekomunikacji i monitoringu. Pacjenci z grupy kontrolnej wzięli udział w pojedynczej sesji edukacyjnej, podczas gdy chorzy z dwóch kolejnych grup wzięli udział w programie edukacyjnym trwającym 12 miesięcy. Ostatecznie badacze nie stwierdzili znaczących różnic w poziomie samoopieki pomiędzy grupami, choć w grupie chorych poddanych zdalnemu monitoringowi poprawa poziomu samoopieki była znacząco wyższa [47]. Szczególną wiedzę w zakresie edukacji pacjentów z HF przynoszą badania Li i wsp., którzy wykazali, że wielu pacjentów posiada odpowiednią wiedzę, ale nie stosuje jej lub też stosuje ją niekonsekwentnie. Chorzy opowiedzieli o stresie i negatywnych emocjach związanych z chorobą i wyjaśnili, że czasowe porzucenie dyscypliny koniecznej w HF, przynosi im psychiczny komfort. Badacze zwrócili uwagę na konieczność holistycznego potraktowania edukacji pacjentów, tak, aby uwzględniać ich wymagania w zakresie ograniczenia stresu. Jedną z technik może być wcześniejsze uprzedzanie pacjentów o potencjalnej pokusie porzucenia reżimu oraz wyposażenie pacjentów w alternatywne sposoby radzenia sobie ze złym samopoczuciem [48]. Aspekty związane z refleksją pacjentów nad własnym poziomem samoopieki oraz ich przekonaniem, że potrafią dbać o swoje zdrowie zostały zbadane przez Hashimoto i wsp. W konkluzji badacze podkreślili znaczenie komunikacji: specjalista – pacjent w procesie budowania w chorym pewności siebie i kompetencji w zakresie samoopieki [49]. Wyniki obu tych badań wskazują na znaczenie edukacji chorych.

Podsumowując, uzyskane wyniki badań własnych motywują do poszukiwania innych czynników wpływające na poziom samoopieki pacjentów z niewydolnością serca niż socjodemograficzne i kliniczne. Ważne jest także umiejętne zarządzanie HF jako chorobą przewlekłą, często związaną ze starzeniem się i wielochorobowością [50].

Implementacja do praktyki pielęgniarstwa. Konieczne są dalsze pogłębione badania nad czynnikami wpływającymi na poziom samoopieki, bowiem nie można mówić o skutecznym planowaniu działań wobec pacjentów z HF bez zrozumienia tak ważnego mechanizmu jakim jest samoopieka. Należy spodziewać się, że w przyszłości liczba pacjentów z HF będzie rosła, nie tylko z powodu intensyfikacji czynników powodujących schorzenie, lecz także z powodu starzenia się populacji oraz rozwoju medycyny, która będzie ograniczać śmiertelność choroby.

W świetle powyższego rozwijane powinny być inicjatywy badań nad samoopieką, które obejmowałyby wiele różnych czynników. Niniejsze badanie obejmowało tylko na mały wycinek rzeczywistości, podczas gdy wielu badaczy takich jak Riegel czy Vellone wskazują na złożoność procesu jakim jest samoopieka i na konieczność ujęcia go w sposób holistyczny. Działaniom tym powinna przyświecać świadomość, że lepsze zrozumienie procesu samoopieki oznacza wymierne korzyści w opiece nad pacjentem oraz systemie ochrony zdrowia z uwagi na rosnące koszty hospitalizacji oraz opieki. Drugim wnioskiem do implementacji do praktyki jest promowanie edukacji pacjentów i wspieranie ich w zakresie rozwijania kompetencji samoopieki. Pracując z pacjentami należy planować działania mając w centrum uwagi pacjenta, a nie chorobę. Sposobem na efektywne wspieranie pacjentów w rozwoju samoopieki jest dogłębne zrozumienie ich sytuacji i rozmaitych czynników, które mają wpływ na zdolność osoby chorej do radzenia sobie z chorobą.

Wnioski

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

9. Na poziom samoopieki pacjentów z niewydolnością serca nie wpływają: czynnikami socjodemograficzne oraz kliniczne badanej grupy pacjentów; wiedza pacjentów na temat zaleceń w ramach samoopieki oraz źródła jej pochodzenia; a także uczestnictwo w stowarzyszeniu pacjenckim czy też uczestnictwo w profesjonalnej edukacji w zakresie samoopieki.

Bibliografia:

1. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, i wsp. Wytyczne ESC 2021 dotyczące diagnostyki i leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca. Towarzystwo Kardiologiczne w Polsce. https://ptkardio.pl/wytyczne/44-wytyczne_esc_2021_dotyczace_diagnostyki_i_leczenia_ostrej_i_przewleklej_niewydolnosci_serca [dostęp 3.02.2025]
2. Nowak A, Straburzyńska-Migaj E. Przewlekła niewydolność serca u dorosłych - diagnostyka i leczenie. Medycyna po Dyplomie. 2019;6.
3. Hunt SA, Baker DW, Chin MH, Cinquegrani MP, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG, Goldstein S, Gregoratos G, Jessup ML, et al; American College of Cardiology/American Heart Association. ACC/AHA guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult: executive summary. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to revise the 1995 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). J Am Coll Cardiol. 2001;38:2101–2113. doi: 10.1016/s0735-1097(01)01683-7
4. Rywik T. Heart failure diagnosis and treatment – clinical aspects. Lekarz POZ. 2018;4(2):73-82.
5. Kowalczyk B, Czyż R, Kaźmierska B. Niewydolność serca-definicja, klasyfikacja, epidemiologia, objawy i leczenie. Journal of Education, Health and Sport. 2017; 6 (11): 352-367 doi:10.5281/zenodo.168089. <https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/4008> [dostęp 3.02.2025]
6. Roszczyk N, Wierzbowska-Drabik K, Kasprzak J. Ocena wielkości i funkcji lewego przedsionka. Kardiologia Polska. 2012; 70 (10): 1046–1052.
7. Kowalik E, Hoffman P. Diagnostyka i leczenie prawokomorowej niewydolności serca. Medycyna po Dyplomie 2019;2. <https://podyplomie.pl/medycyna/32107,diagnostyka-i-leczenie-prawokomorowej-niewydolnosci-serca> [dostęp 03.02.2025]
8. Nessler J, Straburzyńska-Migaj E, Windak A, i wsp. Stanowisko Grupy Ekspertów dotyczące oceny przydatności oznaczeń peptydów natriuretycznych w niewydolności serca. Kardiologia Polska. 2018; 76 (1): 215–224.
9. Gębalska J, Omelańczuk-Więch E. Niewydolność serca u osób starszych. Diagnostyka i leczenie. Postępy Nauk Medycznych. 2015; t. XXVIII, nr 11B: 20-25.
10. Forfar JC. Choroby serca. Wydawnictwo Via Medica; 2016.
11. Ponikowski P, Voors A, Anker S, i wsp. Wytyczne ESC dotyczące diagnostyki i leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca w 2016 roku. Kardiologia Polska. 2016; 74(10): 1037–1147.
12. ICD-10. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Tom I. 2008. <https://stat.gov.pl/Klasyfikacje/doc/icd10/pdf/ICD10TomI.pdf> [dostęp 04.12.2023]

13. Straburzyńska-Migaj E, Nessler J, Gackowski A. Niewydolność serca w Polsce – raport 2016. Materiały Informacyjne Sekcji Niewydolności serca PTK. <https://www.niewydolnosc-serca.pl/barometr.pdf> [dostęp 3.02.2025]
14. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla Polski. 2015. https://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2019/06/MPZ_kardiologia_Polska.pdf [dostęp 04.12.2023]
15. Wierzychowiecki M, Poprawski K. Jaki model opieki ambulatoryjnej nad chorym z niewydolnością serca? Miejsce lekarza rodzinnego. *Forum Med Rodz.* 2008; 2(1): 1–14.
16. Nessler J, Kozierkiewicz A, Gackowski A, i wsp. Kompleksowa opieka nad chorymi z niewydolnością serca w Polsce: propozycje rozwiązań organizacyjnych. *Kardiologia Polska.* 2018; 76 (2): 479–487. doi:10.5603/KP.2018.0050 [dostęp 3.02.2025]
17. Uchmanowicz I, Lisiak M, Lelonek M. i wsp. Curriculum dla pielęgniarki niewydolności serca. Opinia ekspertów Sekcji Pielęgniarstwa i Techniki Medycznej oraz Sekcji Niewydolności Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. *Zeszyty Edukacyjne Kardiologia Polska.* 4/2020: 78-83.
18. Sobański P, Stec S, Opolski G. Niewydolność serca jako cel dla medycyny paliatywnej. *Medycyna Paliatywna w Praktyce.* 2010; 4 (4): 168–172.
19. Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care. OECD Health Policy Studies. 2015. doi:10.1787/9789264233010-en [dostęp 10.10.2023]
20. Kolasa J, Maciejewski C, Zych A, i wsp. Rola edukacji zdrowotnej u chorych z niewydolnością serca. *Folia Cardiologica.* 2019;14(3):252-257.
21. Kłosińska M, Kasprzak JD. Życie z niewydolnością serca - Poradnik dla pacjentów. Warszawa: Katedra i Klinika Kardiologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. 2013.
22. Czekerda B, Chojnacka-Kowalewska G. Ocena jakości życia chorych z niewydolnością serca. Wydawnictwo Państwowej Akademii Nauk Stosowanych we Włocławku; 2020. doi:10.21784/IwP.2020.007 [dostęp 3.02.2025]
23. Riegel B, Dickson VV, Vellone E. The Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-care: An Update on the Problem, Person, and Environmental Factors Influencing Heart Failure Self-care. *J Cardiovasc Nurs.* 2022; 37(6): 515-529. doi:10.1097/JCN.0000000000000919 [dostęp 3.02.2025]
24. Krówczyńska D, Jankowska-Polańska B. Polish Nurses' Knowledge of Heart Failure Self-Management Principles. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2022; 19(3), 1327. doi:10.3390/ijerph19031327 [dostęp 3.02.2025]
25. Młynarska A, Uchmanowicz I, Baczevska B, i wsp. Podręcznik szkoleniowy dla uczestników/uczestniczek kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego. Warszawa. 2022. <https://www.izbapiel.katowice.pl/attachments/article/5739/Piel.%20kardiologiczne.pdf> [dostęp 25.01.2024]
26. Uchmanowicz I, Jankowska-Polańska B, Rosińczuk J, i wsp. Wpływ edukacji kardiologicznej na jakość życia chorych z niewydolnością serca. *Problemy pielęgniarstwa.* 2015; 23(1): 75-80.
27. Gotlib J; Cieślak I. Przegląd walidowanych, polskojęzycznych kwestionariuszy przeznaczonych do badań naukowych z obszaru nauk o zdrowiu. *Kompedium dla studentów uczelni medycznych.* Warszawa: Warszawski Uniwersytet Medyczny; 2022.

28. Vellone E, De Maria M, Iovino P, i wsp. The Self-Care of Heart Failure Index version 7.2: Further psychometric testing. https://www.researchgate.net/publication/346170977_The_Self-Care_of_Heart_Failure_Index_version_72_Further_psychometric_testing [dostęp 03.02.2025]
29. Świątoniowska-Lonc N, Polański J, Pilarczyk-Wróblewska I, i wsp. The Revised Self-Care of Heart Failure Index — a new tool for assessing the self-care of Polish patients with heart failure. *Kardiologia Polska*. 2021; 79 (7–8): 841–847.
30. Uchmanowicz I, Wleklik M. Polish adaptation and reliability testing of the nine-item European Heart Failure Self-care Behaviour Scale (9-EHFScBS). *Kardiologia Polska*. 2016; 74 (7): 691–696. doi:10.5603/KP.a2015.0239 [dostęp 3.02.2025]
31. Jaarsma T, Arestedt KF, Mårtensson J, i wsp. The European Heart Failure Self-care Behaviour scale revised into a nine-item scale (EHFScB-9): a reliable and valid international instrument. *Eur J Heart Fail*. 2009; Jan; 11(1): 99–105. doi:10.1093/eurjhf/hfn007 [dostęp 3.02.2025]
32. Vellone E, Jaarsma T, Strömberg A, i wsp. The European Heart Failure Self-care Behaviour Scale: New insights into factorial structure, reliability, precision and scoring procedure. *Patient Education and Counseling*. 2014; 94: 97–102. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24148605/> [dostęp 3.02.2025]
33. A healthy lifestyle - WHO recommendations. World Health Organization. <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/a-healthy-lifestyle---who-recommendations> [dostęp 03.12.2023]
34. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna. 2023 <https://www.R-project.org/> [dostęp 03.02.2025]
35. Kowalczyk B, Czyż R, Kaźmierska B. Niewydolność serca - definicja, klasyfikacja, epidemiologia, objawy i leczenie. *Heart failure - definition, classification, epidemiology, symptoms and treatment. Journal of Education, Health and Sport*. 2016; 6 (11): 352–367. doi:10.5281/zenodo.168089 [dostęp 3.02.2025]
36. Kowalczyk B, Czyż R, Kaźmierska B, i wsp. Jakość życia chorych z niewydolnością serca. *Quality of life in patients with heart failure. Journal of Education, Health and Sport*. 2016; 6 (10): 197–214. doi:10.5281/zenodo.160831 [dostęp 03.02.2025]
37. Karasek D, Kubica A, Sinkiewicz W, i wsp. Epidemia niewydolności serca — problem zdrowotny i społeczny starzejących się społeczeństw Polski i Europy. *Folia Cardiologica Excerpta*. 2008; 3(5): 242–248.
38. Czykieta I. Samoopieka jako wyznacznik funkcjonowania pacjentów z przewlekłą niewydolnością serca. Rozprawa doktorska. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. Polska Platforma Medyczna; 2023. <https://ppm.umw.edu.pl/info/phd/UMWd9ed9b667c2c4a4db2f33b0ddf736d11/> [dostęp 3.02.2025]
39. Wiśnicka A. Ocena wpływu czynników socjodemograficznych i klinicznych na zaburzenia funkcji seksualnych u pacjentów z niewydolnością serca oraz ich jakość życia. Rozprawa doktorska. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. Polska Platforma Medyczna; 2022. <https://ppm.umw.edu.pl/info/phd/UMWcb27559c3fa74b368d64d12816a82db7/> [dostęp 12.12.2023]
40. Uchmanowicz I, Jankowska-Polańska B, Mazur G, et al. Cognitive deficits and self-care behaviors in elderly adults with heart failure. *Clinical Interventions in Aging*. 2017; 12: 1565–1572. doi:10.2147/CIA.S140309 [dostęp 3.02.2025]

41. Świątoniowska-Lonc N, Polański J, Pilarczyk-Wróblewska I, i wsp. The Revised Self-Care of Heart Failure Index — a new tool for assessing the self-care of Polish patients with heart failure. *Kardiologia Polska*. 2021; 79 (7–8): 841–847. doi:10.33963/KP.a2021.0009 [dostęp 03.02.2025]
42. Pobrotyn P, Mazur G, Kałużna-Oleksy M, i wsp. The Level of Self-Care among Patients with Chronic Heart Failure. *Healthcare*. 2021; 9(9): 1179. doi:10.3390/healthcare9091179 [dostęp 14.03.2024]
43. Buck HG, Harkness K, Wion R, i wsp. Caregivers' contributions to heart failure self-care: a systematic review. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2015; Feb; 14(1): 79-89. doi:10.1177/1474515113518434 [dostęp 14.05.2024]
44. Lee KS, Moser DK, Dracup K. The association between comorbidities and self-care of heart failure: a cross-sectional study. *BMC Cardiovasc Disord*. 2023; 23: 157. [Dostęp 3.02. 2025] Dostępny w DOI: 10.1186/s12872-023-03166-2
45. Kolasa J, Frączek-Jucha M, Grabowski M, i wsp. A quasi-experimental study examining a nurse-led educational program to improve disease knowledge and self-care for patients with acute decompensated heart failure with reduced ejection fraction. *Adv Clin Exp Med*. 2022; 31(3):267-275. doi:10.17219/acem/143989 [dostęp 3.02.2025]
46. Son YJ, Choi J, Lee HJ. Effectiveness of Nurse-Led Heart Failure Self-Care Education on Health Outcomes of Heart Failure Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(18): 6559. doi:10.3390/ijerph17186559 [dostęp 3.02.2025]
47. Mizukawa M, Moriyama M, Yamamoto H, i wsp. Nurse-Led Collaborative Management Using Telemonitoring Improves Quality of Life and Prevention of Rehospitalization in Patients with Heart Failure. *Int Heart J*. 2019; 60(6): 1293-1302. doi:10.1536/ihj.19-313 [dostęp 3.02.2025]
48. Li CC, Chang SR, Shun SC. The self-care coping process in patients with chronic heart failure: A qualitative study. *J Clin Nurs*. 2019; 28(3-4): 509-519. doi:10.1111/jocn.1464030091501 [dostęp 15.03.2024]
49. Hashimoto S, Kitakata H, Kohsaka S, i wsp. Confidence in self-care after heart failure hospitalization. *J Cardiol*. 2023; 81(1): 42-48. doi:10.1016/j.jjcc.2022.10.001 [dostęp 3.02.2025]
50. Roger VL. Epidemiology of Heart Failure: A Contemporary Perspective. *Circ Res*. 2021; 128(10): 1421–1434. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.121.318172. Epub 2021 May 13. PMID: 33983838 [dostęp 3.02.2025]

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

CELINA PAJĄK, KAROLINA MADEJ

Wstęp. Udar niedokrwienny mózgu według WHO jest drugą przyczyną wszystkich zgonów na świecie. Jeżeli nie kończy się śmiercią, to w wielu przypadkach prowadzi do trwałej niepełnosprawności. Udar niedokrwienny mózgu staje się ogromnym problemem dotyczącym ludzi w różnym wieku. Szacuje się, że co czwarta osoba, u której wystąpił udar mózgu umiera w ciągu czterech pierwszych tygodni, natomiast jedna trzecia osób, która przeżyła okres krytyczny zostaje dotknięta niepełnosprawnością [1]. W przeciągu kilkunastu ostatnich lat leczenie ostrego udaru mózgu uległo zmianom. Rozwój medycyny pozwolił stworzyć metody, które wykazują dużą skuteczność, szczególnie w przypadku udarów niedokrwiennych, które stanowią ponad 80% wszystkich typów udarów [2-10]. Po udarze niedokrwiennym mózgu u pacjentów pojawiają się liczne problemy psychofizyczne, a ich sprawność ruchowa, społeczna oraz zdolność do spełniania swoich ról społecznych nagle zostaje ograniczona w znacznym stopniu. Każdy człowiek w różny sposób radzi sobie z zaburzeniami, które u niego występują. Powrót pacjenta do sprawności po udarze jest skomplikowanym procesem, który obejmuje wielokierunkowe działania zespołu terapeutycznego. Proces rehabilitacji powinien rozpocząć się jak najszybciej, aby móc odbudować utracone wzorce ruchu. Zespół terapeutyczny powinien skoncentrować się na pionizacji pacjentów, nauce chodu oraz zwiększeniu ich zdolności do czynności samoobsługowych. Istotnym elementem wpływającym na jakość życia pacjentów po przebytych udarach niedokrwiennym mózgu jest określenie ich problemów psychofizycznych oraz stosowanie celowych działań, które pozytywnie wpłyną na jakość życia pacjentów, a także będą minimalizować skutki udaru [1, 11-20]. Zadaniem wczesnej rehabilitacji neurologicznej jest przede wszystkim przygotowanie chorego do funkcjonowania na jak najwyższym dla niego poziomie i w optymalnym czasie. Skuteczność przeprowadzanej rehabilitacji u pacjentów po udarze mózgu może być bardzo duża, porównując problemy psychofizyczne jakie u nich występują, zarówno przed, jak i po rehabilitacji [1, 3, 21-32].

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

Materiał i metody badawcze. Badania zostały przeprowadzone w okresie od listopada 2021

roku do marca 2022 roku, wśród pacjentów będących w przedziale wiekowym 40-80 lat, u których wystąpił udar niedokrwienny mózgu. Pacjenci hospitalizowani byli w Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym, Szpitala Powiatowego na terenie Suchej Beskidzkiej. W badaniu łącznie wzięło udział 80 respondentów, z których większą grupę stanowili mężczyźni (54%). Najwięcej osób znajdowało się w przedziale wiekowym 61-70 lat (35%), a najmniej w przedziale 40-50 lat (15%). Najwięcej spośród ankietowanych mieszkało na wsi (73%) i najwięcej z nich posiadało wykształcenie zawodowe (35%). W badanej grupie ankietowani byli kawalerami lub pannami (5%), pozostawali w małżeństwie (60%), byli po rozwodzie (5%). W badanej grupie ankietowani byli pracownikami fizycznymi (20%), umysłowymi (27%), na emeryturze lub rencie (50%). Zebrano materiał badawczy za pomocą sondażu diagnostycznego, przy użyciu narzędzia badawczego, który stanowił kwestionariusz ankiety własnej. Uzyskane dane zostały zebrane w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel 2019, następnie dane zostały poddane analizie w programie statystycznym STATISTICA. Do analizy zebranego materiału wybrano test niezależności chi-kwadrat. Porównywano wybrane zmienne przed i po rehabilitacji u pacjentów po wystąpieniu udaru niedokrwiennego mózgu. We wszystkich przeprowadzonych testach przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki. Analiza problemów fizycznych występujących u pacjentów po udarze niedokrwiennym mózgu oraz wpływu rehabilitacji na stan fizyczny pacjentów. Na początku zapytano ankietowanych, czy udar mózgu wystąpił u nich po raz pierwszy w życiu. Jak wynika z przeprowadzonej analizy w badanej grupie, aż 83% ankietowanych doznało udaru mózgu po raz pierwszy w życiu, natomiast dla 17% badanych był to drugi udar mózgu. W dalszej kolejności zapytano ankietowanych, jak oceniają swoją sprawność fizyczną po wystąpieniu udaru niedokrwiennego mózgu w porównaniu ze stanem przed wystąpieniem udaru. W badanej grupie aż 61% ankietowanych oceniło, że ich aktywność fizyczna jest znacznie ograniczona po udarze mózgu, 19% było przeciwnego zdania, natomiast 20% badanych nie było w stanie dokonać takiego porównania. Zapytano ankietowanych, jak szybko po wystąpieniu udaru mózgu rozpoczęło u nich rehabilitację neurologiczną. Pacjenci rozpoczęli rehabilitację jeden dzień po wystąpieniu udaru (35%), dwa dni po wystąpieniu udaru (30%), natomiast 35% badanych nie było w stanie ocenić kiedy rozpoczęło u nich rehabilitację. W związku z podjętą rehabilitacją zapytano pacjentów, czy podczas rehabilitacji odczuwali ból. Tylko 9% ankietowanych stale odczuwało ból podczas rehabilitacji, 30% badanych odczuwało ból czasami, a szczególnie podczas wzmożonego wysiłku, natomiast 61% nie odczuwało bólu. W badanej grupie przed rozpoczęciem rehabilitacji ankietowani odczuwali lęk, strach przed niepełnosprawnością (39%), poczucie bezradności (41%), brak wpływu na własny stan

fizyczny (30%), niewiedzę na temat podstawowych ćwiczeń usprawniających (15%), strach przed odrzuceniem przez najbliższych (5%), obojętność wobec własnej sprawności fizycznej (6%), brak poczucia sensu życia (26%), obojętność (6%) oraz inne emocje (3%), wśród których ankietowani wyrażali głównie niepewność. Dla porównania zapytano respondentów, jakie emocje towarzyszyły im po zakończeniu rehabilitacji, w związku z ich niepełnosprawnością. W badanej grupie po zakończeniu rehabilitacji ankietowani odczuwali nadzieję na poprawienie sprawności fizycznej (45%), zmęczenie (9%), bezradność wobec braku natychmiastowych skutków rehabilitacji (29%), poczucie, że sprawność powróci (24%). W badanej grupie ankietowani przed rozpoczęciem rehabilitacji odczuwali największą trudność podczas zjedzenia posiłku (13%), zaspokojenia potrzeby wydalania (28%), zaspokojenia potrzeb higienicznych (59%). Dla porównania zapytano respondentów, jakie mają największe problemy w okresie po rehabilitacji. Jak wynika z przeprowadzonej analizy, w badanej grupie ankietowani mieli problem z czytaniem i pisanem (19%), mówieniem (35%), równowagą i koordynacją (61%), ze wzrokiem (11%), problem z drętwieniem niektórych części ciała (25%) oraz problemy z przelknięciem (14%). W badanej grupie, aż 70% ankietowanych miało problemy z mówieniem, jedzeniem i piciem przed rehabilitacją, natomiast 30% badanych nie miało takich problemów. Dla porównania zapytano respondentów, czy występowały u nich problemy związane z mówieniem, jedzeniem i piciem po rehabilitacji. W badanej grupie tylko 24% ankietowanych miało problemy z mówieniem, jedzeniem lub piciem po rehabilitacji, natomiast 76% badanych nie miało takich problemów. Jak wynika z przeprowadzonych badań, aż 53% ankietowanych miało odczucie, iż może samodzielnie zrobić zakupy i przygotować posiłek, dzięki rehabilitacji.

Analiza problemów psychicznych występujących u pacjentów po udarze niedokrwiennym mózgu oraz wpływu rehabilitacji na stan psychiczny pacjentów. Na początku zapytano respondentów, czy ich zdaniem szybkie podjęcie rehabilitacji po udarze może mieć pozytywny wpływ na ich stan zdrowia, samopoczucie psychiczne. W badanej grupie, aż 46% ankietowanych uważało, że szybkie podjęcie rehabilitacji może mieć pozytywny wpływ na ich stan zdrowia, tylko 1% było przeciwnego zdania, 39% badanych nie miało wiedzy na ten temat. Tylko 29% ankietowanych korzystało z pomocy psychologa przed rehabilitacją, natomiast 71% badanych nie korzystało. Następnie zapytano respondentów, czy zauważyli u siebie niepokojące objawy przed rehabilitacją, takie jak zmienność nastrojów, apatyczność, zmiany osobowościowe, depresja. W badanej grupie 35% ankietowanych zauważyło u siebie niepokojące objawy przed rehabilitacją, natomiast 65% badanych nie odczuło takich objawów. Zapytano respondentów, czy w okresie przed rehabilitacją odczuwali strach, lęk, obawę przed

utrataj pozycji społecznej. Większość, bo 59% ankietowanych odczuwało obawę przed utratą pozycji społecznej przed rehabilitacją, natomiast 41% badanych nie odczuwało takiej obawy. Aż 46% ankietowanych przed rehabilitacją odczuwało lęk o własne życie, tylko 16% nie odczuwało lęku, natomiast 38% badanych od zawsze odczuwało lęk o własne życie. W badanej grupie, aż 49% ankietowanych odczuwało obawę przed odrzuceniem przez bliskich przed rehabilitacją, natomiast większość z nich, bo aż 51% badanych nie odczuwało takiej obawy. Zapytano respondentów, czy występowały u nich problemy z koncentracją uwagi lub zaburzenia pamięci przed rehabilitacją. Aż 60% ankietowanych miało problemy z koncentracją uwagi lub zaburzenia pamięci przed rehabilitacją, natomiast 40% badanych nie miało takich problemów. W badanej grupie 69% ankietowanych stwierdziło, iż rozpoczęcie rehabilitacji podniosło ich samoocenę, natomiast u 31% badanych rozpoczęcie rehabilitacji nie miało takiego skutku. Po rehabilitacji nastawienie ankietowanych do choroby było pozytywne (39%), negatywne (3%) oraz bez zmian (58%). W dalszej kolejności zapytano respondentów, czy po rehabilitacji korzystali z pomocy psychologa. Tylko 34% ankietowanych korzystało z pomocy psychologa po rehabilitacji, natomiast, aż 66% nie korzystało. Zapytano respondentów, czy występowały u nich problemy z koncentracją uwagi lub zaburzenia pamięci po rehabilitacji. W badanej grupie tylko 21% ankietowanych miało problemy z koncentracją uwagi lub zaburzeniami pamięci po rehabilitacji, natomiast 79% badanych nie miało takich problemów.

Analiza wpływu udaru niedokrwinnego mózgu oraz przeprowadzonej rehabilitacji na jakość życia pacjentów. W tej części badań zapytano respondentów, czy w obecnej chwili widzą poprawę swojego stanu zdrowia w porównaniu z okresem przed rozpoczęciem rehabilitacji. W badanej grupie, aż 65% ankietowanych wskazało na poprawę swojego stanu zdrowia po rehabilitacji, tylko 5% była przeciwnego zdania, natomiast 30% badanych nie było w stanie ocenić, czy nastąpiła poprawa. W badanej grupie zdecydowana większość, bo aż 81% ankietowanych jest świadomych swojego stanu zdrowia, 4% jest przeciwnego zdania, natomiast 15% badanych nie jest w stanie ocenić swojego stanu zdrowia. W badanej grupie ankietowani w związku z ograniczeniami fizycznymi czują się gorsi od innych (49%), tylko 26% badanych jest przeciwnego zdania, a 24% osób nie ma zdania na ten temat. Zapytano respondentów, czy dzięki rehabilitacji byliby zdolni wrócić do aktywności zawodowej. W badanej grupie, aż 78% ankietowanych, gdyby miało możliwość, to powróciło by do aktywności zawodowej dzięki przebytej rehabilitacji, natomiast 22% badanych nie powróciło by do aktywności zawodowej (emerytura/renta). Na koniec zapytano respondentów, czy są zadowoleni z efektów przeprowadzonej terapii dotyczących poprawy stanu zdrowia i kondycji

psychofizycznej. Aż 70% ankietowanych jest zadowolonych z efektów przeprowadzonej terapii, natomiast 30% badanych nie jest zadowolonych z efektów przeprowadzonej terapii.

Analiza wybranych zależności statystycznych, porównanie zmiennych przed i po rehabilitacji.

We wszystkich przeprowadzonych testach przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Porównywano wybrane zmienne przed i po rehabilitacji. Zastosowano test niezależności chi – kwadrat.

- a) Korzystanie z pomocy psychologa. Na podstawie przeprowadzonego testu ($p = 0,4951$) nie stwierdzono istotnej różnicy w częstości korzystania z pomocy psychologa przed i po rehabilitacji (Tabela 1).

Tabela 1. Porównanie częstości korzystania z pomocy psychologa przez pacjentów przed i po rehabilitacji.

Korzystanie z pomocy psychologa	Przed rehabilitacją	Po rehabilitacji	Suma
Tak	23	27	50
Kolumna %	29%	34%	
Nie	57	53	110
Kolumna %	71%	66%	
Suma	80	80	160

- b) Problemy z mówieniem, jedzeniem lub piciem. Na podstawie przeprowadzonego testu ($p < 0,0001$) stwierdzono istotną różnicę w częstości występowania problemów z mówieniem, jedzeniem lub piciem przed i po rehabilitacji. Po rehabilitacji istotnie mniej osób ma problemy z mówieniem, jedzeniem lub piciem, niż przed rehabilitacją (Tabela 2).

Tabela 2. Porównanie częstości występowania u pacjentów problemów z mówieniem, jedzeniem lub piciem przed i po rehabilitacji.

Problemy z jedzeniem, mówieniem lub piciem	Przed rehabilitacją	Po rehabilitacji	Suma
Tak	56	19	75
Kolumna %	70%	24%	
Nie	24	61	85
Kolumna %	30%	76%	
Suma	80	80	160

- c) Problemy z koncentracją uwagi lub zaburzeniami pamięci. Na podstawie przeprowadzonego testu ($p < 0,0001$) stwierdzono istotną różnicę w częstości występowania problemów z koncentracją uwagi lub zaburzeniami pamięci przed i po rehabilitacji. Po rehabilitacji istotnie mniej osób ma problemy z koncentracją uwagi lub zaburzeniami pamięci, niż przed rehabilitacją (Tabela 3).

Tabela 3. Porównanie częstości występowania problemów z koncentracją uwagi lub zaburzeniami pamięci występującymi u pacjentów przed i po rehabilitacji.

Problemy z koncentracją uwagi lub zaburzeniami pamięci	Przed rehabilitacją	Po rehabilitacji	Suma
Tak	48	17	65
Kolumna %	60%	21%	
Nie	32	63	95
Kolumna %	40%	79%	
Suma	80	80	160

Badano zależność między szybkością rozpoczęcia rehabilitacji oraz poprawą stanu zdrowia. Zastosowano test niezależności chi – kwadrat. Na podstawie przeprowadzonego testu ($p < 0,0446$) stwierdzono istotną zależność między szybkością rozpoczęcia rehabilitacji oraz poprawą stanu zdrowia. Osoby, które rozpoczęły rehabilitację dzień po udarze istotnie częściej wskazują na poprawę stanu zdrowia niż osoby, które rozpoczęły rehabilitację dwa dni po udarze (Tabela 4).

Tabela 4. Szybkość rozpoczęcia rehabilitacji a poprawa stanu zdrowia pacjentów.

Szybkość rozpoczęcia rehabilitacji a poprawa stanu zdrowia	Tak	Nie	Nie wiem	Suma
Dzień	23	1	4	28
Kolumna %	44%	25%	17%	
Dwa dni	16	2	6	24
Kolumna %	31%	50%	25%	
Nie wiem	13	1	14	28
Kolumna %	25%	25%	58%	
Suma	52	4	24	80

Badano zależność między szybkością rozpoczęcia rehabilitacji oraz powrotem do dotychczasowej aktywności zawodowej. Zastosowano test niezależności chi – kwadrat. Na podstawie przeprowadzonego testu ($p = 0,0810$) nie stwierdzono istotnej zależności między szybkością rozpoczęcia rehabilitacji oraz powrotem do dotychczasowej aktywności zawodowej (Tabela 5).

Tabela 5. Szybkość rozpoczęcia rehabilitacji u pacjentów a powrót do dotychczasowej aktywności zawodowej.

Szybkość rozpoczęcia rehabilitacji a powrót do aktywności zawodowej	Tak	Nie	Suma
Dzień	22	4	26
Kolumna %	36%	24%	
Dwa dni	21	3	24
Kolumna %	34%	18%	
Nie wiem	18	10	28
Kolumna %	30%	59%	
Suma	61	17	78

Dyskusja. Przedstawione wyniki badań pokazują, iż u osób po wystąpieniu udaru niedokrwiennego mózgu w znacznym stopniu zostaje ograniczona aktywność fizyczna, pojawiają się problemy psychiczne oraz zmienia się ich dotychczasowe życie. Problemem tym są dotknięte zarówno osoby w starszym, jak i w młodszym wieku. Istotne znaczenie w procesie powrotu do zdrowia tych osób ma proces rehabilitacji, który poprawia ich funkcjonalność oraz prowadzi do stopniowej poprawy sprawności [33]. Diagnostyka oraz leczenie chorób niedokrwiennych mózgu uległy znacznej poprawie w przeciągu ostatnich kilkunastu lat. Pomimo tego udary mózgu są jedną z najczęstszych przyczyn zgonów i niepełnosprawności, zarówno w populacji miejskiej, jak i wiejskiej [34]. Z przeprowadzonych badań wynika, iż osoby po udarze mózgu, które były rehabilitowane przez interdyscyplinarny zespół terapeutyczny uzyskały znaczą poprawę swojego stanu funkcjonalnego. Podobne wyniki uzyskali Jankowska i wsp. [34], którzy do oceny stanu funkcjonalnego zastosowali skalę Barthel, dzięki której porównali stan pacjentów przed i po rehabilitacji. Z kolei Starosta i wsp. [2] w celu porównania wyników kompleksowej rehabilitacji zastosowali skalę ADL oraz skalę Rankina. U tych pacjentów nastąpiła poprawa ich stanu w porównaniu z okresem przed rehabilitacją [34]. W badaniach własnych analizowano jakie problemy fizyczne wystąpiły u pacjentów po udarze niedokrwiennym mózgu oraz jak rehabilitacja wpłynęła na stan fizyczny pacjentów. Wykazano, że znaczna część ankietowanych ma problemy z wykonaniem podstawowych czynności pielęgnacyjnych oraz zaspokojeniem potrzeb higienicznych (59%). Jednak aż 79% ankietowanych stwierdziło poprawę zdolności do wykonywaniach tych czynności po zakończeniu procesu rehabilitacji. Do podobnych wniosków doszli Pasternak i wsp. [35], którzy w swoich badaniach wykazali, że rehabilitacja po udarze niedokrwiennym mózgu znacznie poprawiła sprawność funkcjonalną pacjentów. Aż 61% ankietowanych pomimo prowadzenia u nich rehabilitacji ruchowej wskazywało na utrzymujące się zaburzenia równowagi oraz problem z koordynacją. Druzbicki i wsp. [36] uważają, iż równowaga jest jednym z najbardziej istotnych elementów podczas pionizacji i ponownej nauki chodzenia. W opisywanym przez nich przypadku pacjenta reedukacja przebiegła na średnim poziomie ze względu na zaburzone reakcje równoważne. Przeprowadzona analiza wykazała, że istnieje zależność między szybkością rozpoczęcia rehabilitacji oraz poprawą stanu zdrowia. Osoby, które rozpoczęły rehabilitację dzień po udarze istotnie częściej wskazują na poprawę stanu zdrowia niż osoby, które rozpoczęły rehabilitację w późniejszym czasie. Bardzo podobne wnioski ze swoich badań wyciągnęli Rynkiewicz i wsp. [37]. Badania własne wykazały, że 70% ankietowanych ma problemy związane z mówieniem, jedzeniem lub piciem. Podobne wyniki uzyskała Pawluk A. [38], która stwierdziła, iż 60% pacjentów hospitalizowanych na

oddziale udarowym ma dysfagię. Uzyskane wyniki znacznie przewyższają dane, które przedstawiają Falsetti i wsp. [39]. Według nich zaburzeń połykania doświadcza 41% osób, u których wystąpił udar mózgu. Według Kozłowskiej i wsp. [40] ból po udarze mózgu jest jedną z głównych przyczyn dyskomfortu u pacjentów i obserwuje się go u 77% badanych. Według Janas [41] ból jest nieodłącznym odczuciem występującym u badanych (występuje aż u 90%), pomimo tego nie doprowadza to do upośledzenia ich zdolności do wykonywania czynności dnia codziennego. Poziom bólu nie osiąga wartości krytycznych i nie przeszkadza w kontynuacji rehabilitacji. Z kolei z badań własnych wynika, iż ból podczas rehabilitacji był odczuwany zaledwie przez 9% badanych, a u 24% pojawiał się sporadycznie. Według badań przeprowadzonych przez Lachowicz-Tabaczek i wsp. [42] poziom samooceny oraz stan zdrowia psychicznego ma istotne znaczenie, szczególnie w odniesieniu do pacjentów hospitalizowanych, ponieważ odzwierciedla ich zdolność do działania oraz motywację. Badania własne wykazały wysoki poziom samooceny wśród respondentów. Pomimo tego, iż 81% deklaruje świadomość swojego stanu zdrowia, tylko 49% czuje się gorsza od innych, a 24% badanych nie ma zdania. Wyniki badań autorstwa Tasiemskiego i wsp. [43] prezentują, że osoby ankietowane były najbardziej zadowolone ze swojego życia rodzinnego. Ocenili je jako „raczej satysfakcjonujące” oraz „satysfakcjonujące”. Z kolei najmniej byli zadowoleni ze swojego życia zawodowego. Badania własne wykazały, że 49% badanych zanim rozpoczęło rehabilitację obawiało się odrzucenia przez bliskich. Aż u 69% rozpoczęcie rehabilitacji spowodowało podniesienie ich samooceny. Badania przeprowadzone przez Stelmach i wsp. [44] pokazują, iż 90% badanych uważa, że zdolność powrotu do aktywności zawodowej jest niezbędnym warunkiem do poczucia spełnienia w życiu. Z badań własnych wynika, że 78% deklaruje powrót do dotychczasowej aktywności zawodowej. W badaniach przeprowadzonych przez Janas [41] stwierdza się, że lęk w minimalnym stopniu zmniejsza zdolność do kontaktów społecznych z innymi ludźmi oraz zmniejsza efektywność leczenia. Lęk o różnym nasileniu występował u 80% badanych, 42% określiło jego poziom jako minimalny. Wyniki badań własnych są bardzo zbliżone do wyników przedstawionych przez Janas [41], 46% badanych potwierdza, że odczuwało lęk o własne życie przed rehabilitacją, z kolei 38% odczuwa lęk przez cały czas. Przed rehabilitacją tylko 29% badanych korzystało z pomocy psychologa, ale aż 35% zauważyło u siebie przed rehabilitacją niepokojące objawy, takie jak zmienność nastrojów, apatyczność, zmiany osobowościowe, bądź depresja. Depresja poudarowa występuje u 3 na 10 chorych po udarze mózgu, głównym czynnikiem jest reakcja na pojawienie się nagłej, istotnej niepełnosprawności [20]. W badaniach własnych wykazano, że 34% ankietowanych pomimo zastosowanej rehabilitacji i poprawy swojego stanu funkcjonalnego

musiało nadal korzystać z pomocy psychologa. Bolach i wsp. [45] oceniali jakość życia po udarze niedokrwiennym mózgu, badaniami objęli 34 pacjentów w wieku 51-78 lat, do oceny wykorzystali 30-punktową skalę przystosowaną do udarów mózgu (skala SIP). Wynik 0% dostarczał informacji o braku obniżenia jakości życia, natomiast wynik 100% odpowiadał maksymalnemu obniżeniu jakości życia. Średni stopień obniżenia jakości życia w obrębie koncentracji uwagi wynosił 66%. Badania własne wykazały istotną różnicę w częstotliwości występowania problemów z koncentracją uwagi lub zaburzeniami pamięci przed i po rehabilitacji ($p < 0,0001$). Po rehabilitacji istotnie mniej osób ma problemy z koncentracją uwagi lub zaburzeniami pamięci niż przed rehabilitacją. Zadbanie o prawidłowy stan psychiczny pacjentów oraz wprowadzenie działań zapobiegających powstawaniu depresji wg Al-Hussaina i wsp. [46] jest istotne dla zapewnienia profesjonalnej opieki. Ułatwi to proces przywracania określonych funkcji poznawczych. W swoich badaniach pokazuje, że rehabilitacja po udarze jest szczególnie trudna ze względu na pojawiające się liczne negatywne objawy. Wichowicz i wsp. [47] w swoich badaniach przedstawili zależność sprzeczną z licznymi innymi badaniami. Za pomocą skali Rankina dokonano oceny sprawności funkcjonalnej u osób z depresją oraz bez depresji. Osoby z depresją poudarową wykazały zaledwie o 5% mniejszy stopień sprawności niż osoby bez depresji. W badaniach własnych przedstawiono, że przed rehabilitacją 35% badanych obserwowało u siebie objawy depresji oraz zmiany osobowościowe, 41% czuło się bezradnym, a 26% ankietowanych nie miało poczucia sensu życia. Pomimo tych negatywnych emocji proces rehabilitacji pozytywnie wpłynął na ich życie i 70% badanych było zadowolonych z przeprowadzonej rehabilitacji, a u 30% ankietowanych nastawienie do choroby zmieniło się na bardziej pozytywne. W badaniach przeprowadzonych przez Kamusińską [48] określano zakres samodzielności osób starszych z niepełnosprawnością spowodowaną udarem mózgu. Aż 57% stwierdziła całkowite ograniczenie samodzielności, z kolei 31,3% określiła swoją sprawność jako znacznie ograniczoną. Tylko 10,5% stwierdziła, że ich sprawność jest nieznacznie ograniczona. Natomiast tylko 1 pacjent był w pełni samodzielny. Badania własne wykazały, iż 53% ankietowanych deklaruje, że jest w stanie samodzielnie zrobić zakupy oraz przygotować posiłek, co świadczy o wysokim poziomie zdolności do wykonywania czynności samoobsługowych. Odmienne wyniki uzyskała Pacian i wsp. [49], aż 60% osób wskazała, że ma duży problem z podnoszeniem i dźwiganiem zakupów, natomiast 84% badanych potwierdziło, że wymaga częściowej pomocy osób drugih. W sytuacji kiedy dojdzie do zaburzenia krążenia w obszarze tętnic podstawno-kręgowych na skutek pojawienia się ogniska niedokrwiennego mózgu w tym obszarze, może dojść do utraty wzroku. W celu wdrożenia działań zapobiegających utracie wzroku istotne staje się szybkie

zauważenie takich objawów, jak podwójne widzenie bądź chromanie żuchwy [50]. Pacian i wsp. [49] swoich badaniach ocenili jakość życia pacjentów po udarze mózgu poprzez zastosowanie kwestionariusza ankiety SJŻUM, jednym z ocenianych elementów przez respondentów były zaburzenia wzroku. Stwierdzono, że najwyższą jakość życia pacjenci określili w zakresie wzroku. W badaniach własnych wykazano, że 11% respondentów po wystąpieniu udaru niedokrwiennego mózgu miało problemy ze wzrokiem. Okupnik [51] w swoim artykule skoncentrowała się na istocie problemów związanych z zaburzeniami mowy, problemami z czytaniem lub pisanem. Wskazała na istotę tych zaburzeń oraz przedstawiła jakie emocje towarzyszą pacjentom w obliczu pojawienia się tych zaburzeń, które są ważne dla każdego człowieka. Pokazała również jak wpływają na jakość życia osób, u których słowo pisane i mówione było narzędziem pracy. Osoby te odczuwały ogromną stratę intelektualną oraz bały się, że już nigdy nie będą sobą [51]. W badaniach własnych problem z czytaniem lub pisanem zadeklarowało 19% badanych. Inni badacze wykazali, iż po udarze niedokrwiennym mózgu drastycznie spada jakość życia chorego w porównaniu do okresu przed chorobą. Jednakże, wczesna i kompleksowa rehabilitacja znacznie poprawia motorykę chorego i pozytywnie wpływa na jego zdrowie psychiczne i fizyczne. Wg Starosty i wsp. [52] pierwszy miesiąc po wystąpieniu udaru niedokrwiennego mózgu spełnia najważniejszą rolę dla procesów naprawczych, które w tym czasie są najistotniejsze i odgrywają ważną rolę w kształtowaniu zmian w OUN. W swoich badaniach wykazali poprawę funkcjonalną w okresie przed i po rehabilitacji o 32%. Natomiast w badaniach własnych wykazano, że 46% uważa, że szybkie podjęcie rehabilitacji może pozytywnie wpłynąć na stan zdrowia. Tylko 35% ankietowanych wskazało, że rozpoczęli rehabilitację po 1 dniu od wystąpienia udaru, 30% - 2 dni po udarze. Z kolei 35% nie było w stanie określić czasu rozpoczęcia terapii. Aż 70% ankietowanych było zadowolonych z efektów prowadzonej rehabilitacji. Daje to nadzieję na przyszłość, że pomimo znacznie ograniczonej sprawności fizycznej i psychicznej w momencie przyjęcia na oddział udarowy, pacjenci dzięki zastosowaniu kompleksowej rehabilitacji będą w stanie powrócić do aktywności na zadowalającym poziomie.

Wnioski.

1. U chorych po udarze niedokrwiennym mózgu występują poważne problemy fizyczne, które w znacznym stopniu ograniczają zdolność do wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego, zaburzają ich dotychczasowe życie i stawiają ich w trudnej sytuacji życiowej.
2. U chorych po wystąpieniu udaru niedokrwiennego mózgu występują zaburzenia o charakterze depresyjnym, lękowym, co spowodowane jest znalezieniem się w trudnej sytuacji, jaką jest nagłe pojawienie się choroby i niepełnosprawności. Nastawienie

pacjentów do choroby istotnie wpływa na proces rehabilitacji, dlatego ważne jest holistyczne podejście do pacjentów oraz współpraca całego zespołu terapeutycznego.

3. Jakość życia pacjentów na skutek udaru niedokrwinnego mózgu ulega znacznemu obniżeniu, prawie połowa ankietowanych czuła się gorsza od innych. Dzięki zastosowanemu leczeniu jakość życia pacjentów poprawiła się, pacjenci byli zdolni do wykonywania wielu czynności, z którymi przed zastosowaniem leczenia mieli duży problem.
4. Wprowadzenie wczesnej rehabilitacji neurologicznej na oddziałach udarowych pozytywnie wpływa na fizyczny i psychiczny stan zdrowia pacjentów. Po przeprowadzonej rehabilitacji mniej osób ma problemy z mówieniem, jedzeniem lub piciem, niż przed rehabilitacją oraz mniej osób ma problemy z koncentracją uwagi lub zaburzeniami pamięci. Im szybciej rozpoczyna się rehabilitację chorych po udarze mózgu, tym częściej zauważa się u nich znaczną poprawę stanu zdrowia.

Piśmiennictwo:

1. Piekarska A., Gańczyk M., Kułak W., Komorowski A., Klejment A., Tuczępska I., Proces usprawniania ruchowego pacjentki po przebytym udarze mózgu w przebiegu urazu czaszkowo- mózgowego- opis przypadku, *Acta Baloneol*, TOM LXII, Nr 3 (161); 2020: 186-190;
2. Kobayashi A., Niewada M., Członkowska A., Ryglewicz D., Trojanowski T., Fiszer U., Trombektomia w udarze niedokrwinnym mózgu – stanowisko Komitetu Nauk Neurologicznych Polskiej Akademii Nauk, *Nauka* 3/2016, 161-168;
3. Starosta M., Redlicka J., Brzeziński M., Niwald M., Miller E., Udar mózgu – ryzyko niepełnosprawności oraz możliwości poprawy funkcji motorycznych i poznawczych, *Pol Med J*, 2016; XLI (241);
4. Kaźmierski R., Diagnostyka i leczenie chorych w ostrej fazie udaru niedokrwinnego mózgu, *Anestezjologia i Ratownictwo* 2014; 8: 62-75;
5. Szczuchniak W., Sobolewski P., Kozera G., Opóźnienia przed- i wewnątrzszpitalne w udarze mózgu: przyczyny, skutki, zapobieganie, *Forum Medycyny Rodzinnej* 2016, tom 10, nr 3, 119–128;
6. D. Lewera, *Zrozumieć Udar Mózgu*, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2018;
7. Cichońska M., Borek M., Krawczyk W., Wybrane czynniki ryzyka, choroby i zespoły objawowe prowadzące do występowania udarów mózgu, *Acta Scientifica Academiae Ostroviensis*, 2012, 27-37;
8. Kustra J., Kalisz M., Szczepańska-Szerej A., Palenie tytoniu jako czynnik ryzyka udaru mózgu, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2014, Tom 20, Nr 1, 17–20;
9. Antecki J., Brelak E., Sobolewski P., Kozera G., Profilaktyka pierwotna i wtórna udaru niedokrwinnego mózgu w świetle obecnych zaleceń i rekomendacji, *Forum Medycyny Rodzinnej* 2018, tom 12, nr 3, 89–98;
10. Piskorz J., Wójcik G., Iłzecka J., Kozak-Putowska D., Wczesna rehabilitacja po udarze niedokrwinnym mózgu, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2014, Tom 20, Nr 4, 351–355;
11. Cywińska-Wasilewska G., Czernicki J., Krukowska J., Łukasiak A., Kwolek A., et.al. *Fizjoterapia w neurologii i neurochirurgii*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012;

12. Hoffman J., Zbonik M., Hoffman A., Sochanek M., Rola rehabilitacji w procesie leczenia po przebyłym udarze mózgu, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania, Gdańsk 2017;
13. Wójcik G., Piskorz J., Bulikowski W., Klimometryczne metody oceny chorych po udarach mózgu w planowaniu rehabilitacji w populacji osób dorosłych, Hygeia Public Health 2015, 50(1): 54-58;
14. <https://www.mp.pl/geriatria/skale/131458.skala-barthel>
15. Bajor K., Andrzejczyk P., Opieka pielęgniarska nad pacjentem po przebyłym udarze niedokrwiennym mózgu – studium przypadku, Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia, Vol. 8, Nr 2 | 2019;
16. Tylka J., Piotrowicz R., Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 – wersja polska, Kardiologia Polska 2009, 67:1166-1169;
17. Witkowska K., Ocena jakości życia pacjentów po przebyłym udarze mózgu, Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu, 3(6)/2021;
18. Lewicka T., Krzysztanek E., Dysfagia po udarach mózgu – wskazówki diagnostyczne i terapeutyczne, AKTUALN NEUROL 2017, 17 (4), p. 208–212;
19. Rubinowicz-Zasada M., Czepczor D., Orczyk M., Wierzbicki K., Orczyk A., Suszyński K., Kwiek S., Zaburzenia czucia dyskryminacyjnego u pacjentów po przebyłym udarze niedokrwiennym i krwotocznym mózgu, na przykładzie obszaru unerwienia nerwu pośrodkowego i promieniowego, ANN.ACAD.MED SILES. 2014, 68,5: 350-360;
20. Poleszak A., Pogorzała A.M., Poleszak P., Wybrane zaburzenia funkcji poznawczych u osób po udarze niedokrwiennym mózgu, Wyższa Szkoła Edukacji i Terapii im. Prof. Kazimierzy Milanowskiej, Horyzonty współczesnej fizjoterapii, 2016;
21. Lipowski M., Kucharska-Lipowska M., Broła W., Powikłania urologiczne po udarze mózgu, AKTUALN NEUROL 2019, 19 (3), p. 125–131;
22. Wysokiński A., Depresja poudarowa, Psychiatria Psychologia Kliniczna 2016, 16(3), 171-175;
23. Malewska M., Jaracz J., Rybakowski J., Depresja poudarowa – rozpowszechnienie i czynniki ryzyka, Neuropsychiatria i Neuropsychologia 2016; 11, 1: 6–11;
24. Mazurek J., Blaszkowska A., Rymaszewska J., Rehabilitacja po udarze mózgu – aktualne wytyczne, Nowiny Lekarskie 2013, 82, 1, 83-88;
25. Skorupińska A., Kotorz K., Bojarska-Hurnik S., Zastosowanie metody Bobath w rehabilitacji osób dorosłych po udarze niedokrwiennym mózgu, Geriatria 2017; 11: 130-134;
26. <https://www.mp.pl/pacjent/rehabilitacja/fizjoterapia/metody-specjalne/121650.metoda-pnf>
27. Chlebuś E., Lisiński P. Comparison of the effects of Early neurological rehabilitation in patients after haemorrhagic or ischemic stroke. Issue Rehabil. Orthop. Neurophysiol. Sport Promot. 2017; 21: 21–33;
28. Lorencowicz R., Krasa A., Jasik J., Turowski K., The Effect of Early Intensive Neurological Treatment on the Prognosis of Patients' Return to Full Functional Capacity after Stroke, The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing 2015;4(1):13–18
29. Kowalczyk B., Zawadzka B., Poziom sprawności ruchowej a jakość życia po udarze mózgu osób w wieku produkcyjnym, Probl Hig Epidemiol 2019, 100(1): 42-49;
30. Kuliński W., Szałas K., Analysis of Physical Therapy in Stroke, Acta Balneol, TOM LXI, Nr 3(157);2019:157-162;

31. Mikołajewska E., Kierunki wsparcia opiekunów pacjentów po przebytych udarach mózgu w opiece domowej, *Udar Mózgu, Via Medica* 2011 tom 13, nr 1-2, 12-17;
32. Cwieliąg J., Woldańska-Okońska M., Skuteczność wczesnej fizjoterapii u pacjentów po udarze niedokrwiennym ze współistniejącą depresją i/ lub zespołem zaniedbywania, *Wiadomości Lekarskie* 2017, tom LXX, nr 5;
33. Jankowska A., Hadław-Klimaszewska O., Krukowska S., Klimkiewicz P., Klimkiewicz R., Kubsik-Gidlewska A., Janczewska K., Widlak P., Laskowska J., Szlaska N., Nowakowski T., Koszela K., Woldańska-Okońska M., Ocena skuteczności Kompleksowej neurorehabilitacji u chorych po udarze niedokrwiennym mózgu, *Wiadomości Lekarskie* 2018, tom LXXI, nr 9;
34. Jarosławska B., Błaszczuk B., Jakość życia chorych po przebytych udarach niedokrwiennym mózgu leczonych w rejonie szpitala powiatowego, *Studia Medyczne* 2012; 26(2): 19–29;
35. Pasternak K., Gasztych J., Gworys K., Białkowska I., Gworys P., Kujawa J.: Ocena skuteczności metody PNF (Proprioceptywne Nerwowo-Mięśniowe Torowanie) 52 w rehabilitacji pacjentów po udarze niedokrwiennym mózgu – doniesienia wstępne. *Kwart Ortop*, 2012, 1:83-90;
36. Drużbicki M, Kwolek A, Przysada G, Pop T, Depa A. Ocena funkcji chodu chorych z niedowładem połowicznym po udarze mózgu w okresie przewlekłym. Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego. 2010;2:145-151;
37. Rynkiewicz M, Rogulska U, Czernicki J: Ocena zmian sprawności funkcjonalnej osób we wczesnym okresie po udarze mózgu. *Prz Med. Uniw Rzesz NarodInst Lek*, 2011, 2:325-339;
38. Pawlúk A., Analysis of senior independence after ischemic stroke, *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia*, Vol. 9, Nr 1–4 | 2020;
39. Falsetti P, Acciai C, Palilla R, et al. Oropharyngeal dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and clinical predictors in patients admitted to a neurorehabilitation unit. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2009; 18(5): 329–335;
40. Kozłowska K., Wlazło A., Krzyżanowski D., Wybrane aspekty jakości życia pacjentów w opiece długoterminowej. W: Krzyżanowski D, Fal MA, Steciwko A, Sochocka L, red. *Życie godnie do końca. Etyczne, psychologiczne i duchowe aspekty kresu życia*. T. I. Opole: Wydawnictwo WCM; 2010: 85–114;
41. Janas T., Dolegliwości bólowe, przygnębienie i lęk u pacjentów po udarze mózgu, *Medical Science Pulse* 1:17-20.
42. Lachowicz-Tabaczek K., Śniecińska J.: Intrapsychiczne źródła samooceny: znaczenie emocji, temperamentu i poczucia zdolności do działania. *Czasopismo Psychologiczne*, 2008; 14 (2): 233-235
43. Tasiemski T., Knopczyńska A., Wilski M., Jakość życia osób po udarze mózgu – badania pilotażowe, *Gerontologia Polska*, tom 18, nr 3, 1-75;
44. Stelmach A., Lorencowicz R., Jasik J., Turowski K., Factors Determining the Assessment of Quality of Life Made by Patients Who Have Had a Stroke, *The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing* 2016;5(4):136–143;
45. Bolach, E., Bolach, B., Ptak, J., Ocena jakości życia pacjentów po udarze niedokrwiennym mózgu. *Rozprawy Naukowe AWF we Wrocławiu*, 2018, 63, 92–104
46. Al-Hussain F, Yoo WK. Neural plasticity and hemispatial neglect in stroke. *J Pak Med Assoc.* 2013; 63(10): 1299–1301;

47. Wichowicz H., Gąsecki D., Lass P., Landowski J., Świerkocka M., Wiśniewski G., Nyka W., Wilkowska A., Wartość kliniczna wybranych parametrów w przewidywaniu depresji po udarze mózgu w czasie rocznej obserwacji, *Psychiatr. Pol.* 2015; 49(4): 683–696;
48. Kamusińska E., Teraźniejszość i przyszłość w życiu starszych osób z niepełnosprawnością z powodu przebytego udaru mózgu, *Gerontologia Polska* 2014, 3, 135-142;
49. Pacian A., Bednarz J., Kaczoruk M., Skórzyńska H., Kawiak-Jawor E., Jakość życia pacjentów po przebytych udarach mózgu leczonych na oddziale neurologii w Powiatowym Szpitalu Specjalistycznym w Stalowej Woli, *Zagrożenia i problemy cywilizacyjne XXI w. – przegląd i badania*, Lublin 2017;
50. Szmyrka-Kaczmarek M., Budrewicz S., Zapalenia naczyń w etiopatogenezie udaru mózgu, *Polski Przegląd Neurologiczny* 2011, tom 7, nr 2;
51. Okupnik M., Utrata języka. Próba empatycznej lektury patografii osób po udarach mózgu, *Poznańskie Studia Polonistyczne*, vol. 26 (46), nr 2, 2019;
52. Starosta M., Niwald M., Miller E., Skuteczność kompleksowej rehabilitacji po pierwszym w życiu udarze niedokrwiennym mózgu, *Pol Med J*, 2015; XXXVIII (227); 51-54;

WIEDZA A ZACHOWANIA ZDROWOTNE PACJENTÓW POWIATU WSCHOWSKIEGO CHORUJĄCYCH NA CUKRZYCĘ TYPU 2

EDYTA MADEJ, ELŻBIETA GARWACKA-CZACHOR, DOROTA MILECKA

Wstęp. Cukrzyca to grupa chorób metabolicznych charakteryzujących się przewlekłą hiperglikemią wynikającą z defektu wydzielania lub działania insuliny. Hiperglikemia prowadzi do uszkodzeń różnych narządów, takich jak oczy, nerki, serce czy naczynia krwionośne [1]. Cukrzyca typu 2 wynika z insulinooporności oraz niewystarczającej sekrecji insuliny, a uszkodzenia tkanek często rozpoczynają się już w okresie bezobjawowym, wykrywanym za pomocą pomiaru glikemii na czczo i doustnego testu tolerancji glukozy (OGTT) [1,2]. Epidemiologia cukrzycy wskazuje na rosnący problem zdrowotny w Polsce i na świecie. W 2018 r. cukrzyca dotyczyła ok. 9% polskiej populacji, a koszty leczenia wzrosły o 23% w porównaniu do 2013 r. [3]. W 2021 r. w Polsce zarejestrowano 2,67 mln osób chorych na cukrzycę oraz ponad 3,19 mln z nieprawidłową tolerancją glukozy lub glikemią na czczo [4,5]. Mimo że cukrzyca jest istotnym problemem zdrowotnym, w 2019 r. nie była jednym z pięciu głównych problemów zdrowotnych w UE, podczas gdy w Polsce była w czołówce, razem z chorobą niedokrwienną serca czy nowotworami [6]. Polska notuje niższą częstość cukrzycy niż średnia krajów Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) - 6,8% vs. 7% - jednak większość krajów OECD ma niższe wskaźniki niż Polska [7].

Rozpoznanie cukrzycy typu 2 opiera się na OGTT i oznaczeniu HbA1c (5,7–6,4% wskazuje na stan przedcukrzycowy). Monitorowanie masy ciała oraz farmakoterapia (agonisty receptorów GLP-1, SGLT2, metformina) są kluczowe w zapobieganiu rozwojowi cukrzycy u osób z BMI ≥ 27 kg/m² i stanem przedcukrzycowym [1]. Leczenie cukrzycy typu 2 powinno uwzględniać indywidualne cechy pacjenta, a u chorych z ciężką hiperglikemią (HbA1c $\geq 8,5\%$) zaleca się terapię skojarzoną. Insulinę rozpoczyna się w przypadku glikemii ≥ 300 mg/dl lub gdy inne metody leczenia okazują się niewystarczające [1].

Edukacja diabetologiczna jest fundamentem terapii i profilaktyki cukrzycy typu 2. Współczesne programy edukacyjne wykorzystują technologie teleinformatyczne i telemedycynę, przygotowując pacjentów do samokontroli i samoopieki [8,9,10,11]. Edukatorzy ds. diabetologii oceniają potrzeby edukacyjne i dbają o jakość procesu, którego celem jest wykształcenie u pacjenta wiedzy, umiejętności i postawy pozwalającej zarządzać chorobą i osiągnąć cele terapeutyczne, takie jak kontrola glikemii, ciśnienia, lipidów oraz masy ciała (HbA1c $\leq 7,0\%$) [1,11]. Zaleca się objęcie edukacją także osoby z ryzykiem rozwoju cukrzycy i ich opiekunów, szczególnie w czterech kluczowych momentach: diagnozie, co roku

przy ocenie efektów leczenia, pojawieniu się powikłań i zmian w życiu pacjenta [1]. Poziom wiedzy pacjentów z cukrzycą ma istotny wpływ na ich zachowania zdrowotne oraz jakość życia. Liczne badania wskazują na związek między edukacją a poprawą samoopieki, kontroli glikemii i akceptacją choroby [12–16]. Rekomendacje Agencji Oceny Technologii Medycznych podkreślają konieczność edukacji oraz modyfikacji stylu życia w prewencji cukrzycy [17]. Zachowania zdrowotne definiuje się jako działania związane ze zdrowiem, które mogą być prozdrowotne lub antyzdrowotne, zależne od czynników indywidualnych i środowiskowych [18,19]. W cukrzycy typu 2 istotne jest przestrzeganie zaleceń dotyczących diety, aktywności fizycznej oraz kontroli masy ciała, co pozwala zmniejszyć ryzyko powikłań [1,20]. Zalecenia dietetyczne uwzględniają indywidualny deficyt kaloryczny oraz kontrolę porcji, unikając długotrwałych restrykcji węglowodanów [1,21–23]. W 2018 r. Ministerstwo Zdrowia uznało cukrzycę za priorytet zdrowotny w Polsce [24]. Raport Najwyższej Izby Kontroli wskazał jednak na niedostatki w systemie ochrony zdrowia w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania i leczenia cukrzycy, m.in. brak strategii ogólnopolskiej oraz niedobory personelu diabetologicznego [25]. Raport INFARMA z 2025 r. podkreśla, że inwestycje w diagnostykę i leczenie przekładają się na lepsze wyniki zdrowotne i efektywność kosztową w Polsce [26]. Pielęgniarstwo diabetologiczne odgrywa kluczową rolę w opiece nad pacjentami z cukrzycą, dostarczając edukację oraz wspierając terapię [27–29]. Do oceny zachowań zdrowotnych wykorzystuje się narzędzia takie jak Health Behavior Inventory (HBI) i Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ), które pomagają programować działania profilaktyczne i monitorować zmiany [30,31].

Badania wskazują, że pacjenci z cukrzycą mają zróżnicowany poziom zachowań zdrowotnych i akceptacji choroby, zależny m.in. od wykształcenia, czasu trwania choroby i dostępu do edukacji. Szczególną uwagę należy zwrócić na kobiety oraz osoby z dłuższym stażem choroby, które mogą potrzebować wsparcia psychologicznego [32]. Ponadto badania dotyczące prewencji zespołu stopy cukrzycowej wskazują na niewystarczającą wiedzę i nawyki pielęgnacyjne wśród pacjentów, co podkreśla potrzebę intensyfikacji edukacji w tym zakresie [33].

Podsumowując, skuteczne leczenie cukrzycy typu 2 wymaga kompleksowego podejścia interdyscyplinarnego, obejmującego leczenie farmakologiczne, edukację diabetologiczną oraz wsparcie psychologiczne, aby pacjent mógł skutecznie zarządzać swoją chorobą i poprawić jakość życia [1,27,28].

Celem głównym pracy było zbadanie wpływu poziomu wiedzy na temat cukrzycy typu 2 na zachowania zdrowotne pacjentów chorujących na tę jednostkę chorobową, zamieszkujących powiat wschowski.

Materiał i metody badawcze. Badanie przeprowadzono w okresie od 1 lipca 2023 roku do 30 stycznia 2024 roku wśród pacjentów chorujących na cukrzycę typu 2, hospitalizowanych na oddziale wewnętrznym oraz korzystających z poradni przyszpitalnych Nowego Szpitala we Wschowie. Do udziału zakwalifikowano 110 osób – kobiet i mężczyzn będących mieszkańcami powiatu wschowskiego. Badanie miało charakter anonimowy i dobrowolny. Wypełnienie ankiety uznawano za równoznaczne z wyrażeniem świadomej zgody na udział w badaniu. Na realizację badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Głogowie (nr 26/2023 z dnia 20 czerwca 2023 roku). Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki ankiety. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety składający się z 35 pytań, podzielonych na sześć tematycznych części:

1. Dane socjodemograficzne – obejmujące informacje na temat wieku, płci, wykształcenia, miejsca zamieszkania, sytuacji zawodowej oraz statusu rodzinnego.
2. Dane kliniczne – zawierające pytania dotyczące czasu trwania cukrzycy, przebiegu choroby oraz występowania powikłań.
3. Wiedza na temat cukrzycy typu 2 – oceniana za pomocą 12 pytań. Uzyskane odpowiedzi klasyfikowano według sześciostopniowej skali: bardzo dobry ($\geq 91\%$ poprawnych odpowiedzi), dobry plus (81–90%), dobry (71–80%), dostateczny plus (66–70%), dostateczny (60–65%), niedostateczny ($< 60\%$).
4. Samoocena wiedzy – jedno pytanie odnoszące się do subiektywnej oceny poziomu wiedzy respondentów na temat choroby.
5. Zachowania zdrowotne – 12 pytań dotyczących praktyk związanych z leczeniem cukrzycy, stosowaniem diety, aktywnością fizyczną i monitorowaniem glikemii. Oceniano je według tej samej skali jak w części trzeciej.
6. Źródła wiedzy na temat cukrzycy typu 2 – jedno pytanie dotyczące źródeł informacji wykorzystywanych przez badanych (np. personel medyczny, media, literatura, Internet, osoby bliskie).

Kwestionariusz umożliwił jednoczesną ocenę poziomu wiedzy pacjentów oraz identyfikację zachowań zdrowotnych, co pozwoliło na analizę związku między tymi zmiennymi.

Analiza statystyczna. Analizę zmiennych ilościowych przeprowadzono, obliczając statystyki opisowe: średnią arytmetyczną, odchylenie standardowe, medianę, kwartyle, wartości

minimalne oraz maksymalne. Zmienne jakościowe opisano przy użyciu częstości bezwzględnych i procentowych, uwzględniając wszystkie możliwe kategorie. Porównań wartości zmiennych jakościowych pomiędzy grupami dokonano przy użyciu testu chi-kwadrat (z korektą Yatesa dla tabel 2 x 2) lub dokładnego testu Fishera w przypadku niespełnienia założeń dotyczących liczebności oczekiwanych. Porównań wartości zmiennych ilościowych pomiędzy dwiema grupami dokonano przy pomocy testu Manna-Whitneya. W przypadku porównań trzech lub więcej grup zastosowano test Kruskala-Wallisa, a w razie wykrycia istotnych statystycznie różnic – test post hoc Dunna. Zależności pomiędzy zmiennymi ilościowymi oceniano przy użyciu współczynnika korelacji rang Spearmana. W analizie statystycznej przyjęto poziom istotności $\alpha = 0,05$. Wartości p mniejsze niż 0,05 uznawano za statystycznie istotne. Analizy wykonano z wykorzystaniem programu R, wersja 4.3.3 [34].

Wyniki badań. Analiza socjodemograficzna badanych. Badaniem objęto 112 osób chorujących na cukrzycę typu 2, w tym 53 kobiety (47,3%) i 59 mężczyzn (52,7%). Respondenci reprezentowali różne grupy wiekowe: poniżej 20 lat – 5,4%, 20–29 lat – 7,1%, 30–39 lat – 13,4%, 40–49 lat – 21,4%, 50–59 lat – 24,1%, oraz 60 lat i więcej – 28,6%. Nieco ponad połowa badanych mieszkała na wsi (50,9%), a 49,1% w mieście. Pod względem wykształcenia dominowało wykształcenie zawodowe (41,1%), następnie średnie (25,0%), podstawowe i wyższe – po 17%. W grupie badanych 58,0% pozostawało w związku małżeńskim lub formalnym, a 42,0% było wolnych. Status zawodowy przedstawiał się następująco: 41,1% czynnie pracowało, 30,4% to emeryci lub renciści, 25,0% pozostawało bez zatrudnienia, a 3,6% kontynuowało naukę.

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna badanych

Zmienna	n	%	Zmienna	n	%
Płeć			Stan cywilny		
Kobieta	53	47,32%	W związku	65	58,04%
Mężczyzna	59	52,68%	Wolny/a	47	41,96%
Wiek			Miejsce zamieszkania		
Poniżej 20 lat	6	5,36%	Miasto	55	49,11%
20-29 lat	8	7,14%	Wieś	57	50,89%
30-39 lat	15	13,39%	Status zawodowy		
40-49 lat	24	21,43%	Uczący/a się	4	3,57%
50-59 lat	27	24,11%	Pracujący/a	46	41,07%
60 lat lub więcej	32	28,57%	Pozostający/a bez zatrudnienia	28	25,00%
Wykształcenie			Rencista/tka, emeryt/ka	34	30,36%

Podstawowe	19	16,96%
Zawodowe	46	41,07%
Średnie	28	25,00%
Wyższe	19	16,96%

Analiza kliniczna badanych. Największa grupa ankietowanych chorowała na cukrzycę typu 2 od 2 do 5 lat – 32 osoby (28,57%), następnie od 6 do 10 lat – 31 osób (27,68%). Chorujących do roku było 9 (8,04%), między 11 a 20 lat – 26 respondentów (23,21%), a powyżej 20 lat – 14 pacjentów (12,50%). Do najczęstszych powikłań należały problemy z widzeniem, które zgłosiło 91 osób (81,25%). Bóle kończyn dolnych i trudności w poruszaniu się dotyczyły 54 pacjentów (48,21%), schorzenia nerek – 37 (33,04%), zawał serca – 21 (18,75%), neuropatia – 65 (58,04%), udar – 24 (21,43%), a rany cukrzycowe – 27 osób (24,11%). W badanej grupie 40 osób (35,71%) miało otyłość ze wskaźnikiem BMI od 30 do 35, a największą grupę stanowiły osoby z nadwagą – 51 pacjentów (45,54%). Otyłość II stopnia zdiagnozowano u 12 osób (10,71%). Jedynie 9 respondentów (8,04%) deklarowało masę ciała w normie (BMI 18,5–25).

Tabela 2. Analiza kliniczna badanych

Czas trwania choroby	n	%	Powikłania	n	% *	BMI		n	%
Do roku	9	8,04%	Udar	24	21,43%	18,5 - 25	Waga w normie	9	8,04%
2-5 lat	32	28,57%	Problemy z widzeniem	91	81,25%	25 - 30	Nadwaga	51	45,54%
6-10 lat	31	27,68%	Bóle kończyn, problemy z poruszaniem się	54	48,21%	30 - 35	Otyłość	40	35,71%
11-20 lat	26	23,21%	Schorzenia nerek	37	33,04%	35 - 40	Otyłość II stopnia	12	10,71%
Ponad 20 lat	14	12,50%	Zawał serca	21	18,75%				
* Odsetki nie sumują się do 100, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru			Neuropatia	65	58,04%				
			Rany cukrzycowe	27	24,11%				

Wiedza badanych na temat cukrzycy typu 2. Większość badanych (57,14%) wykazała wiedzę na temat cukrzycy typu 2 na poziomie niedostatecznym. Tylko 10,71% osiągnęło wynik bardzo dobry. Samoocena wiedzy często była zawyżona – 36,61% respondentów określiło ją jako „raczej dobrą”, mimo że wyniki testu wskazywały na niski poziom wiedzy. Większość pacjentów wykazywała podstawową wiedzę na temat cukrzycy typu 2 – rozpoznawali

prawidłowe wartości glikemii, liczbę posiłków oraz formy aktywności fizycznej. Mniej osób znało szczegóły dotyczące insulinooporności, hipoglikemii czy poziomu cholesterolu.

Tabela 3. Poziom wiedzy badanych na temat cukrzycy typu 2 oraz samoocena wiedzy

Poziom wiedzy badanych na podstawie ankiety	n	%	Samoocena wiedzy na temat cukrzycy typu 2	n	%
Wiedza niedostateczna	64	57,14%	Bardzo dobra	0	0,00%
Wiedza dostateczna	0	0,00%	Dobra	19	16,96%
Wiedza dostateczna plus	8	7,14%	Raczej dobra	41	36,61%
Wiedza dobra	16	14,29%	Zła	41	36,61%
Wiedza dobra plus	12	10,71%	Bardzo zła	9	8,04%
Wiedza bardzo dobra	12	10,71%	Brak odpowiedzi	2	1,79%

Tabela 4. Poziom wiedzy pacjentów na temat cukrzycy typu 2 – odpowiedzi na pytania ankietowe

Zmienna	n	%	Zmienna	n	%
W przebiegu cukrzycy typu 2 obserwuje się			Które sytuacje mogą prowadzić do hipoglikemii?		
Wysoki poziom glukozy we krwi	8	7,14%	Niedożywienie lub głodzenie się	25	22,32%
Oporność na insulinę	0	0,00%	Znaczny wysiłek fizyczny	16	14,29%
Niedobór insuliny	44	39,29%	Zbyt duża podaż kalorii w diecie	1	0,89%
Wszystkie wymienione	60	53,57%	Pominięcie lub zbyt niska dawka insuliny lub leków p/cukrzycowych	22	19,64%
Jakie są docelowe wartości glikemii na czczo?			Niedożywienie lub głodzenie się i znaczny wysiłek fizyczny	46	41,07%
50-70 mg/dL	0	0,00%	Znaczny wysiłek fizyczny i pominięcie lub zbyt niska dawka leku	1	0,89%
80-110 mg/dL	82	73,21%	Brak odpowiedzi	1	0,89%
120-140 mg/dL	30	26,79%	Co to jest insulinooporność?		
150-160 mg/dL	0	0,00%	Nadmiar insuliny we krwi	0	0,00%
Jaki jest prawidłowy poziom cholesterolu LDL?			Niedobór insuliny we krwi	13	11,61%
Poniżej 70 mg/dL	0	0,00%	Przejściowy stan organizmu	37	33,04%
Poniżej 100 mg/dL	30	26,79%	Obniżona wrażliwość tkanek na insulinę	62	55,36%
Poniżej 130 mg/dL	75	66,96%	Jakie są poziomy insuliny i glukozy charakterystyczne dla cukrzycy typu 2?		
Poniżej 150 mg/dL	7	6,25%	Insulina niska, glukoza wysoka	9	8,04%
Jaka jest zalecana osobom chorującym na cukrzycę typu 2 liczba posiłków w ciągu dnia?			Insulina wysoka, glukoza niska	22	19,64%
1-3 posiłki	12	10,71%	Insulina niska, glukoza niska	42	37,50%
4-5 posiłków	76	67,86%	Insulina wysoka, glukoza wysoka	37	33,04%
6-7 posiłków	24	21,43%	Brak odpowiedzi	2	1,79%
Powyżej 8 posiłków	0	0,00%	Wczesne powikłania dla cukrzycy typu 2 to:		
Jak spożycie alkoholu wpływa na poziom glikemii?			Hipoglikemia i hiperglikemia	72	64,29%

Alkohol nie wpływa na poziom glukozy we krwi	23	20,54%	Neuropatia cukrzycowa	23	20,54%
Alkohol obniża poziom glukozy we krwi	62	55,36%	Nefropatia cukrzycowa	10	8,93%
Alkohol podnosi poziom glukozy we krwi	11	9,82%	Retinopatia cukrzycowa	7	6,25%
Alkohol początkowo obniża, po czym podnosi poziom glukozy we krwi	16	14,29%	Późne powikłania dla cukrzycy typu 2 to:		
Jakie są zalecane osobom chorującym na cukrzycę typu 2 rodzaje ćwiczeń fizycznych?			Hipoglikemia	0	0,00%
Spacer	34	30,36%	Hiperglikemia	8	7,14%
Bieganie	0	0,00%	Retinopatia cukrzycowa	75	66,96%
Pływanie	0	0,00%	Kwasica metaboliczna	29	25,89%
Ćwiczenia siłowe	0	0,00%	Które produkty spożywcze są najbardziej zalecane osobom chorującym na cukrzycę typu 2?		
Rower	0	0,00%	Surowe owoce i warzywa	33	29,46%
Spacer, pływanie i rower	60	53,57%	Produkty o wysokim indeksie glikemicznym	0	0,00%
Spacer i rower	17	15,18%	Produkty zawierające cukier	0	0,00%
Spacer i pływanie	1	0,89%			

Zachowania zdrowotne badanych. Zdecydowana większość pacjentów (88,39%) wykazywała niedostateczny poziom zachowań zdrowotnych. Jako główne źródła wiedzy o chorobie wskazywano lekarza (99,11%) i pielęgniarkę (64,29%). Popularnym źródłem informacji był także Internet (51,79%) oraz literatura (37,5%). Udział w szkoleniach i grupach wsparcia deklarowano rzadko. Większość pacjentów podejmowała wybiórcze działania prozdrowotne – tylko 1,79% zawsze stosowało się do zaleceń żywieniowych, a codzienną kontrolę glikemii deklarowało 56,25%. Palenie tytoniu zgłosiło 49,11% badanych, a regularne badania (HbA1c, dno oka, stopy) wykonywała tylko część z nich.

Tabela 5. Poziom zachowań zdrowotnych pacjentów oraz źródła wiedzy o cukrzycy typu 2

Poziom zachowań zdrowotnych	n	%	Źródła wiedzy o chorobie	n	% *
Niedostateczne zach. zdr.	99	88,39%	Szkolenia, warsztaty	6	5,36%
Dostateczne zach. zdr.	0	0,00%	Książki i publikacje naukowe	42	37,50%
Dostateczne plus zach. zdr.	9	8,04%	Internet	58	51,79%
Dobre zach. zdr.	4	3,57%	Lekarz	111	99,11%
Dobre plus zach. zdr.	0	0,00%	Pielęgniarka	72	64,29%
Bardzo dobre zach. zdr.	0	0,00%	Inni pacjenci	34	30,36%
* Odsetki nie sumują się do 100, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru			Grupy wsparcia dla osób z cukrzycą	3	2,68%

Tabela 6. Zachowania zdrowotne pacjentów z cukrzycą typu 2 – przestrzeganie zaleceń, kontrola parametrów i styl życia

Zmienna	n	%	Zmienna	n	%
Przestrzeganie zaleceń żywieniowych przekazanych przez lekarza			Uzupełnianie dzienniczka samokontroli		
Nigdy	9	8,04%	Codziennie	42	37,50%
Zazwyczaj	50	44,64%	Raz w tygodniu	36	32,14%

Tylko wybrane zalecenia	49	43,75%	Raz w miesiącu	2	1,79%
Zawsze	2	1,79%	Wcale	30	26,79%
Brak odpowiedzi	2	1,79%	Brak odpowiedzi	2	1,79%
Kontrola poziomu cukru we krwi			Palenie papierosów		
Codziennie	63	56,25%	Tak	55	49,11%
Kilka razy w tygodniu	41	36,61%	Nie	57	50,89%
Raz w tygodniu	5	4,46%	Sposób przygotowywania posiłków wymagających obróbki cieplnej*		
Rzadziej niż raz w tygodniu	1	0,89%	Duszenie bez dodatku tłuszczu	72	64,29%
Brak odpowiedzi	2	1,79%	Smażenie lub opiekanie na rożnie	15	13,39%
Podejmowanie aktywności fizycznej			Gotowanie w wodzie lub na parze	69	61,61%
Raz w tygodniu lub częściej	39	34,82%	Przygotowywanie na grillu	27	24,11%
Co dwa tygodnie	3	2,68%	Liczenie spożywanych węglowodanów		
Kilka razy w miesiącu	57	50,89%	Raz dziennie	19	16,96%
Wcale	11	9,82%	Raz w tygodniu	5	4,46%
Brak odpowiedzi	2	1,79%	Przed każdym posiłkiem	4	3,57%
Spożywanie alkoholu			Wcale	84	75,00%
Wyłącznie podczas specjalnych okazji	44	39,29%	Kontrola wagi ciała		
Kilka razy w miesiącu	39	34,82%	Raz w miesiącu	61	54,46%
Kilka razy w tygodniu	0	0,00%	Raz w roku	6	5,36%
Codziennie	0	0,00%	Kilka razy w roku	43	38,39%
Wcale	20	17,86%	Wcale	2	1,79%
Wyłącznie podczas specjalnych okazji lub wcale	7	6,25%	Badania dna oka		
Brak odpowiedzi	2	1,79%	Raz w roku	67	59,82%
Kontrola poziomu HbA1c			Raz na trzy lata	41	36,61%
Co miesiąc	3	2,68%	Co miesiąc	0	0,00%
Raz na kwartał	11	9,82%	Wcale	4	3,57%
Co najmniej raz w roku	47	41,96%	Kontrola stanu stóp		
Wcale	49	43,75%	Codziennie	38	33,93%
Brak odpowiedzi	2	1,79%	Raz w tygodniu	9	8,04%
* Odsetki nie sumują się do 100, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru			Od czasu do czasu	61	54,46%
			Wcale	4	3,57%

Analizy jednoczynnikowe.

Wpływ cech socjodemograficznych na poziom wiedzy badanych o cukrzycy typu 2 - różnica istotna statystycznie ($p < 0,05$). Wyższy poziom wiedzy odnotowano u kobiet, osób z wykształceniem wyższym (w porównaniu do średniego, zawodowego i podstawowego), osób pozostających w związku, mieszkańców miast oraz osób pracujących lub uczących się. Najniższy poziom wiedzy występował wśród mężczyzn, osób z wykształceniem podstawowym, osób samotnych, mieszkańców wsi oraz emerytów, rencistów i bezrobotnych.

Tabela 7. Zależność między cechami socjodemograficznymi a poziomem wiedzy o cukrzycy typu 2

Zmienna	Poziom wiedzy								
	n	Średnia	SD	Median a	Min	Max	Q1	Q3	p
Płeć									
Kobieta	53	7,58	2,37	8	1	11	6	9	p=0,006 *

Mężczyzna	59	5,75	3,65	6	0	12	2	9	
Wykształcenie									
Podstawowe - A	19	3,42	2,24	4	0	7	1,0	5,00	p<0,001 *
Zawodowe - B	46	6,17	2,88	6	1	12	4,0	8,75	D>C,B>A
Średnie - C	28	7,18	2,82	8	1	11	6,0	9,00	
Wyższe - D	19	10,05	1,58	10	6	12	9,5	11,00	
Stan cywilny									
W związku	65	7,31	3,07	8	1	12	5	10	p=0,008 *
Wolny/a	47	5,66	3,23	6	0	12	3	8	
Miejsce zamieszkania									
Miasto	55	7,58	2,93	8	1	12	6	10	p=0,002 *
Wieś	57	5,68	3,26	6	0	12	3	8	
Status zawodowy									
Uczący/a się, pracujący/a - A	50	7,88	3,27	9	0	12	6,25	10	p<0,001 *
Pozostający/a bez zatrudnienia - B	28	5,07	2,57	5	1	10	3,75	7	A>C,B
Rencista/ka, emeryt/ka - C	34	6,03	3,01	6	1	11	4,25	8	

Wykształcenie, status zawodowy - p - test Kruskala-Wallisa + analiza post-hoc (test Dunna), SD - odchylenie standardowe, Q1 - kwartył dolny, Q3 - kwartył górny. Płeć, stan cywilny, miejsce zamieszkania - p - test Manna-Whitney'a, SD - odchylenie standardowe, Q1 - kwartył dolny, Q3 - kwartył górny; * zależność istotna statystycznie (p<0,05)

Wpływ cech socjodemograficznych na zachowania zdrowotne badanych. Płeć a zachowania zdrowotne - różnica istotna statystycznie (p<0,05). Poziom zachowań zdrowotnych był istotnie wyższy wśród kobiet, osób z wykształceniem wyższym, mieszkańców miast oraz osób pracujących lub uczących się (p < 0,05). Najniższe wyniki odnotowano u mężczyzn, osób z wykształceniem podstawowym, mieszkańców wsi oraz osób bezrobotnych.

Tabela 8. Zależność między cechami socjodemograficznymi a poziomem zachowań zdrowotnych pacjentów z cukrzycą typu 2

Zmienna	Zachowania zdrowotne								
	N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p
Płeć									
Kobieta	53	5,47	2,30	6	1	9	4	7	p<0,001 *
Mężczyzna	59	2,83	2,42	2	0	8	1	4	
Wykształcenie									
Podstawowe - A	19	1,89	1,91	1	0	6	0	3,5	p<0,001 *
Zawodowe - B	46	3,43	2,48	3	0	9	1	5,0	D>C>B>A
Średnie - C	28	4,79	2,53	5	1	9	2	7,0	
Wyższe - D	19	6,79	1,32	7	3	9	6	7,5	
Miejsce zamieszkania									
Miasto	55	4,84	2,75	5	0	9	2	7	p=0,005 *
Wieś	57	3,35	2,47	3	0	9	1	5	
Status zawodowy									
Uczący/a się, pracujący/a - A	50	4,78	2,74	5,5	0	9	2,00	7,00	p=0,021 *
Pozostający/a bez zatrudnienia - B	28	3,04	2,60	2,0	0	8	1,00	5,00	A>B
Rencista/ka, emeryt/ka - C	34	3,91	2,49	3,5	0	9	2,25	5,75	

Wykształcenie, status zawodowy - p - test Kruskala-Wallisa + analiza post-hoc (test Dunna), SD - odchylenie standardowe, Q1 - kwartył dolny, Q3 - kwartył górny. Płeć, miejsce zamieszkania - p - test Manna-Whitney'a, SD - odchylenie standardowe, Q1 - kwartył dolny, Q3 - kwartył górny * zależność istotna statystycznie (p<0,05)

Wpływ cech socjodemograficznych na samoocenę wiedzy badanych o chorobie - różnica istotna statystycznie (p<0,05). Wyższą samoocenę odnotowano wśród kobiet, osób

z wykształceniem wyższym, mieszkańców miast oraz osób uczących się lub pracujących. Najniższą samoocenę prezentowali mężczyźni, osoby z wykształceniem podstawowym, mieszkańcy wsi oraz osoby bezrobotne.

Tabela 9. Zależność między cechami socjodemograficznymi a samooceną wiedzy o cukrzycy typu 2

Samoocena wiedzy na temat cukrzycy typu 2		Płeć		Mężczyzna (N=59)		p
		Kobieta (N=53)				
Bardzo dobra		0 (0,00%)		0 (0,00%)		p=0,002
Dobra		12 (22,64%)		7 (11,86%)		
Raczej dobra		25 (47,17%)		16 (27,12%)		
Zła		16 (30,19%)		25 (42,37%)		
Bardzo zła		0 (0,00%)		9 (15,25%)		
Brak odpowiedzi		0 (0,00%)		2 (3,39%)		
Samoocena wiedzy na temat cukrzycy typu 2		Wykształcenie				p
		Podstawowe (N=19)	Zawodowe (N=46)	Średnie (N=28)	Wyższe (N=19)	
Bardzo dobra		0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p<0,001
Dobra		0 (0,00%)	2 (4,35%)	4 (14,29%)	13 (68,42%)	
Raczej dobra		4 (21,05%)	18 (39,13%)	13 (46,43%)	6 (31,58%)	
Zła		10 (52,63%)	23 (50,00%)	8 (28,57%)	0 (0,00%)	
Bardzo zła		5 (26,32%)	3 (6,52%)	1 (3,57%)	0 (0,00%)	
Brak odpowiedzi		0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (7,14%)	0 (0,00%)	
Samoocena wiedzy na temat cukrzycy typu 2		Miejsce zamieszkania				p
		Miasto (N=55)		Wieś (N=57)		
Bardzo dobra		0 (0,00%)		0 (0,00%)		p=0,019
Dobra		13 (23,64%)		6 (10,53%)		
Raczej dobra		23 (41,82%)		18 (31,58%)		
Zła		17 (30,91%)		24 (42,11%)		
Bardzo zła		1 (1,82%)		8 (14,04%)		
Brak odpowiedzi		1 (1,82%)		1 (1,75%)		
Samoocena wiedzy na temat cukrzycy typu 2		Status zawodowy			p	
		Uczący/a się, pracujący/a (N=50)	Pozostający/a bez zatrudnienia (N=28)	Rencista/tka, emeryt/ka (N=34)		
Bardzo dobra		0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=0,027	
Dobra		14 (28,00%)	0 (0,00%)	5 (14,71%)		
Raczej dobra		19 (38,00%)	11 (39,29%)	11 (32,35%)		
Zła		13 (26,00%)	13 (46,43%)	15 (44,12%)		
Bardzo zła		3 (6,00%)	3 (10,71%)	3 (8,82%)		
Brak odpowiedzi		1 (2,00%)	1 (3,57%)	0 (0,00%)		

p - dokładny test Fishera

Wpływ cech klinicznych na poziom wiedzy o cukrzycy typu 2 – różnica istotna statystycznie ($p < 0,05$). Pacjenci bez udaru oraz bez problemów z poruszaniem się mieli wyższy poziom wiedzy niż pacjenci z tymi schorzeniami. Ponadto wyższy poziom wiedzy wykazywały osoby z nadwagą w porównaniu do osób z otyłością I i II stopnia oraz z wagą w normie, a także osoby z otyłością I stopnia w porównaniu do osób z wagą w normie.

Tabela 10. Wpływ cech klinicznych na poziom wiedzy o cukrzycy typu 2

Zmienna	N	Poziom wiedzy							
		Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p
Udar									
Tak	24	5,21	3,30	5,5	0	11	2	7,25	p=0,022 *
Nie	88	7,00	3,12	7,0	1	12	5	9,00	
Bóle kończyn, problemy z poruszaniem się									
Tak	54	5,98	3,17	6,0	0	12	4	8	p=0,031 *
Nie	58	7,21	3,21	8,5	1	12	5	10	
BMI									
Waga w normie - A	9	3,00	1,73	4,0	1	5	1,00	4,00	p<0,001 * B>C,D,A C>A
Nadwaga - B	51	7,94	2,98	9,0	0	12	6,00	10,00	
Otyłość - C	40	6,22	2,95	6,5	1	11	4,75	9,00	
Otyłość II stopnia - D	12	5,00	3,10	5,0	1	10	2,00	7,25	

Udar; Bóle kończyn, problemy z poruszaniem się p - test Manna-Whitney'a, SD - odchylenie standardowe, Q1 - kwartył dolny, Q3 - kwartył górny. BMI p - test Kruskala-Wallis + analiza post-hoc (test Dunna), SD - odchylenie standardowe, Q1 - kwartył dolny, Q3 - kwartył górny; * zależność istotna statystycznie (p<0,05)

Wpływ cech klinicznych na samoocenę wiedzy o cukrzycy typu 2 – różnica istotna statystycznie (p < 0,05). Wyższą samoocenę wykazywali pacjenci bez problemów z poruszaniem się w porównaniu z osobami z tymi trudnościami. Najwyższą samoocenę mieli pacjenci z nadwagą, a najniższą osoby z otyłością II stopnia.

Tabela 11. Zależność między problemami z poruszaniem się oraz BMI a samooceną wiedzy na temat cukrzycy typu 2

Samoocena wiedzy na temat cukrzycy typu 2		Bóle kończyn, problemy z poruszaniem się		p	
		Tak (N=54)	Nie (N=58)		
Bardzo dobra		0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=0,04	
Dobra		6 (11,11%)	13 (22,41%)		
Raczej dobra		15 (27,78%)	26 (44,83%)		
Zła		26 (48,15%)	15 (25,86%)		
Bardzo zła		5 (9,26%)	4 (6,90%)		
Brak odpowiedzi		2 (3,70%)	0 (0,00%)		
Samoocena wiedzy na temat cukrzycy typu 2	BMI				p
	Waga w normie (N=9)	Nadwaga (N=51)	Otyłość (N=40)	Otyłość II stopnia (N=12)	
Bardzo dobra	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	p=0,022
Dobra	0 (0,00%)	15 (29,41%)	4 (10,00%)	0 (0,00%)	
Raczej dobra	2 (22,22%)	21 (41,18%)	15 (37,50%)	3 (25,00%)	
Zła	6 (66,67%)	12 (23,53%)	16 (40,00%)	7 (58,33%)	
Bardzo zła	0 (0,00%)	3 (5,88%)	4 (10,00%)	2 (16,67%)	
Brak odpowiedzi	1 (11,11%)	0 (0,00%)	1 (2,50%)	0 (0,00%)	

p - dokładny test Fishera

Wpływ poziomu wiedzy na zachowania zdrowotne badanych był istotny statystycznie ($p < 0,05$). Stwierdzono dodatnią korelację – im wyższy poziom wiedzy, tym lepsze zachowania zdrowotne.

Tabela 12. Zależność między poziomem wiedzy a zachowaniami zdrowotnymi badanych pacjentów

Badane cechy	Współczynnik korelacji Spearmana	p
Poziom wiedzy i Poziom zachowań zdrowotnych	0,751	$p < 0,001$

Dyskusja. Celem niniejszej pracy była analiza poziomu wiedzy oraz zachowań zdrowotnych pacjentów z cukrzycą typu 2 z powiatu wschowskiego. Uzyskane wyniki zostały odniesione do danych z literatury przedmiotu, co pozwala na szersze spojrzenie na skalę problemu i wnioski dla praktyki pielęgniarskiej.

Cukrzyca typu 2 jest chorobą przewlekłą o złożonej etiologii i dynamicznym przebiegu, której skuteczne leczenie wymaga nie tylko terapii farmakologicznej, ale również świadomego zaangażowania pacjenta w proces samopielęgnacji. Wyniki badań własnych przeprowadzonych wśród mieszkańców powiatu wschowskiego ujawniają istotne braki zarówno w zakresie wiedzy o chorobie, jak i w obszarze zachowań zdrowotnych, które są kluczowe dla zapobiegania powikłaniom i poprawy jakości życia chorych. Zaledwie 10,71% badanych wykazało bardzo dobrą wiedzę na temat cukrzycy typu 2, natomiast aż 57,14% uzyskało wynik niedostateczny. Jest to rezultat zbliżony do wyników badania Trzebińskiej i Mileckiej, w którym 56% pacjentów również uzyskało ocenę niedostateczną, a żaden uczestnik nie osiągnął poziomu bardzo dobrego [35]. Odmienne w badaniu Pastwy większość pacjentów (65%) znała przyczyny choroby, a ogólny poziom wiedzy oceniano jako dość dobry [36]. Niski poziom samooceny wiedzy (średnia: 3,00 w skali 1–6) wskazuje również, że chorzy nie czują się wystarczająco kompetentni w zakresie zarządzania własną chorobą. Podobny trend zaobserwowano u Trzebińskiej i Mileckiej – największe deficyty dotyczyły wiedzy na temat zapobiegania powikłaniom oraz roli aktywności fizycznej [35]. W badaniu Juzwiszyna niemal połowa badanych określała swoją wiedzę jako dobrą, jednak nie zawsze przekładało się to na konkretne działania [37]. Analiza socjodemograficzna badań własnych pozwoliła na zidentyfikowanie grup najbardziej narażonych na deficyty wiedzy. Kobiety, osoby z wyższym wykształceniem, pracujące zawodowo oraz mieszkańcy miast osiągnęli istotnie lepsze wyniki. Podobne zależności potwierdzono w badaniu Żebrowskiej i wsp., w którym wyższe wykształcenie oraz zamieszkanie w mieście korelowały z lepszą znajomością zasad postępowania w cukrzycy typu 2 [38]. Niska świadomość zdrowotna wśród osób z wykształceniem podstawowym i bezrobotnych może być konsekwencją ograniczonego dostępu do informacji, rzadkich kontaktów z personelem medycznym oraz braku motywacji do

edukacji zdrowotnej. W badaniach własnych szczególnie niepokojące są wyniki dotyczące zachowań zdrowotnych – aż 88,39% respondentów uzyskało ocenę niedostateczną. Jedynie 53,57% deklaroowało wykonywanie regularnych pomiarów glukozy, co jest alarmujące, ponieważ samokontrola stanowi podstawę profilaktyki powikłań cukrzycowych. Podobnie w badaniu Trzebińskiej i Mileckiej 77% pacjentów nie przestrzegało zaleceń terapeutycznych [35]. W badaniu Juzwiszyna pacjenci nie prowadzili dzienniczków samokontroli, nie przestrzegali diety i zaleceń lekarskich [37], a Tokarska również opisywała niski poziom edukacji i zaangażowania wśród pacjentów z terenów wiejskich [13]. Analiza wykazała, że lepsze zachowania zdrowotne były powiązane z wyższym wykształceniem, miejscem zamieszkania w mieście oraz aktywnością zawodową, co zostało potwierdzone również w badaniu Mieczkowskiego i wsp., dotyczącym profilaktyki zespołu stopy cukrzycowej [33]. Starczewska i wsp. zwracają uwagę, że zachowania zdrowotne i akceptacja choroby korelują z poziomem wykształcenia, czasem trwania cukrzycy i odbyciem edukacji zdrowotnej. Autorzy wskazują również, że kobiety i osoby chorujące od wielu lat potrzebują dodatkowego wsparcia psychologicznego [32]. Szczególnie istotnym i pozytywnym wynikiem badań własnych jest silna dodatnia korelacja pomiędzy poziomem wiedzy a zachowaniami zdrowotnymi ($r = 0,751$; $p < 0,001$). Potwierdza to obserwację, że dobrze poinformowani pacjenci są bardziej skłonni do przestrzegania zaleceń, prowadzenia samokontroli i podejmowania działań profilaktycznych. Chowta i wsp. wykazali, że wiedza pacjenta przekłada się bezpośrednio na poziom glikemii i ryzyko powikłań [40], a Nabrdalik i wsp. [41] oraz Sękowski i wsp. [42] wskazali, że wyższa edukacja zdrowotna wpływa korzystnie na styl życia i świadomość zdrowotną. Analiza wyników zwraca również uwagę na szczególne zagrożenie wśród pacjentów z otyłością II stopnia oraz powikłaniami (np. udar, neuropatie, trudności z poruszaniem się). To właśnie te osoby uzyskiwały najniższe wyniki zarówno w zakresie wiedzy, jak i zachowań zdrowotnych, choć jednocześnie to one najbardziej potrzebują systemowego wsparcia edukacyjnego. Trzebińska i Milecka podkreślają, że pacjenci z wieloma czynnikami ryzyka odnoszą największe korzyści z indywidualnych programów edukacyjnych, co może przekładać się na wyższą akceptację choroby i lepsze radzenie sobie z jej skutkami [35].

Z perspektywy praktyki pielęgniarskiej wyniki badań własnych stanowią istotny sygnał alarmowy: konieczna jest intensyfikacja działań edukacyjnych prowadzonych przez pielęgniarki, szczególnie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej oraz poradni diabetologicznych. Pielęgniarki, jako pierwszy punkt kontaktu pacjenta z systemem ochrony zdrowia, mają wyjątkową możliwość prowadzenia skutecznej edukacji prozdrowotnej i kształtowania właściwych postaw zdrowotnych [8,9,27].

Wnioski

1. Poziom wiedzy badanych był bardzo niski – ponad połowa miała wiedzę niedostateczną, choć 2/3 pacjentów samooceniło ją jako dobrą lub raczej dobrą.
2. Zachowania zdrowotne oceniono na poziomie niedostatecznym – 90% nie stosowało zaleceń dotyczących stylu życia w cukrzycy.
3. Wiedza istotnie wpływała na zachowania zdrowotne – im większa wiedza, tym lepsze zachowania.
4. Cechy socjodemograficzne wpływały na wiedzę i zachowania zdrowotne:
 - a) wyższy poziom u kobiet, mieszkańców miast i osób będących w związku;
 - b) lepsza wiedza u osób z wykształceniem wyższym, a najniższa u z wykształceniem podstawowym.
5. Na wyższą samoocenę wiedzy wpływały: płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania i status zawodowy:
 - a) kobiety i osoby z wyższym wykształceniem miały lepszą samoocenę;
 - b) osoby z miast miały wyższy poziom zachowań zdrowotnych;
 - c) najwyższą samoocenę mieli uczący się lub pracujący, najniższą bezrobotni.
6. Cechy kliniczne wpływały na poziom wiedzy i samoocenę:
 - a) wyższa wiedza u pacjentów bez udaru i bez problemów z poruszaniem się;
 - b) lepsza wiedza u osób z nadwagą i otyłością I stopnia niż u osób z otyłością II stopnia lub w normie;
 - b) samoocena wiedzy była wyższa u pacjentów bez problemów z poruszaniem się oraz u osób z nadwagą, najniższa u osób z otyłością II stopnia.

Bibliografia

1. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u osób z cukrzycą – 2025. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Current Topics in Diabetes. 2025; 5(1): 1-165. <https://ptdiab.pl/zalecenia-ptd/zalecenia-kliniczne-dotyczace-postepowania-u-osob-z-cukrzyca-2025> [dostęp: 27.06.2025]
2. Raport Komisji Ekspertów na temat rozpoznawania i klasyfikacji cukrzycy. Przedruk za zgodą Diabetes Care 2002; 25, supl. A: S5-S20. Diabetologia Praktyczna. tom.3. supl. A. 2002; 7-26. <file:///C:/Users/Dorota/Downloads/8781-12312-1-PB.pdf> [dostęp: 27.06.2025]
3. NFZ o zdrowiu. Cukrzyca. Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia. Departament Analiz i Strategii. Data publikacji 13.11.2019 rok. Zakres lat 2013-2018. <https://ezdrowie.gov.pl/porta1/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-cukrzyca> [dostęp: 27.06.2025]
4. International Diabetes Federation (2021). IDF Diabetes Atlas. 10th edition.
5. Świadczenia związane z cukrzycą. Informacje o epidemiologii rejestrowanej oraz leczeniu cukrzycy. Zdrowe Dane. NFZ 2024-05-27. <https://ezdrowie.gov.pl/porta1/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/zestawienia/cukrzyca-2018-2023> [dostęp: 27.06.2025]

6. Ministerstwo Zdrowia (2021). Mapy potrzeb zdrowotnych 2022-2026. https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf [dostęp: 27.06.2025]
7. OECD (2023), Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en> [dostęp: 27.06.2025]
8. Szewczyk A, Tobiasz-Kalkun N, Stefanowicz-Bielska A, et al. Practice Guidelines of Nursing and Midwifery Diabetes Care – 2023. A position statement of Polish Federation for Education in Diabetology. *Pielęgniarstwo XXI wieku/Nursing in the 21st Century*. 2022; 4(81): 267-312. Wytyczne w zakresie wykorzystania technologii teleinformacyjnych w pielęgniarstwie diabetologicznym. [w]. *Praktyczne zalecenia w pielęgniarstwie i położniczej opiece diabetologicznej - 2023*. Stanowisko Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii.
9. Nowakowska H. Edukacja zdrowotna. Jak efektywnie uczyć pacjentów z cukrzycą zasad samoopieki. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie; 2023.
10. Alicja Szewczyk. (red.). Edukacja pacjentów w pielęgniarstwie diabetologicznym. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie; 2017.
11. Tobiasz-Kalkun N, Szewczyk A. Standardy i procedury praktyki pielęgniarstwiej praktyki klinicznej na stanowisku edukatora do spraw diabetologii. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie; 2018.
12. Pastwa K. Ocena poziomu wiedzy pacjentów chorujących na cukrzycę. Assessment of the level of knowledge in patients with diabetes. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej / Long-Term Care Nursing*. 2017;2(4): 45-55.
13. Tokarska M. Poziom wiedzy i oczekiwania edukacyjne chorego na cukrzycę typu 2 w środowisku wiejskim. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej / Long-Term Care Nursing*. 2018;4(1): 4-14.
14. Fabich E. Wpływa stylu zachowania na jakość życia chorych z cukrzycą, poziom samoopieki oraz parametry kliniczne. *Współczesne pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia*. 2019; 8(1): 10-14.
15. Antczak-Kometerska A, Gołębiewska M. Nawyki żywieniowe u pacjentów z cukrzycą typu 2. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*. 2020; 3(5): 7-23.
16. Krzemińska S, Czapor E. Ocena poziomu samoopieki u pacjentów z cukrzycą typu 2 z zastosowaniem kwestionariusza Self-Care of Diabetes inventory (SCODI). *Współczesne pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia*. 2019; 8 (4): 109-114.
17. Rekomendacja nr 7/2024 z dnia 11 grudnia 2024 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki cukrzycy typu 2. https://bip.aotm.gov.pl/assets/files/ppz/2024/REK/11-12-2024%20Rekomendacja_48aa_cukrzyca_BIP.pdf [dostęp: 27.06.2025]
18. Puchalski K. Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot badań socjologicznych. Uwagi wokół pojęcia. [w:] *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*. Gniazdowski A (red). IMP, Łódź: 1990: 23-57.
19. Gruszczyńska M, Bąk-Sosnowska M, Plinta R. Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. *Stosunek Polaków do własnego zdrowia*. *Hygeia Public Health* 2015, 50(4): 558-565.
20. Cichocka A. Stan przedcukrzycowy i cukrzyca typu 2. Dieta i styl życia. Warszawa: Medyk; 2022.

21. Ziemińska A. Opieka merytoryczna Anna Jeznach-Steinhagen. Dieta w cukrzycy. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie; 2024.
22. Duda-Sobczak A, Gawrecki A, Jurć A. Cukrzyca typu 2. Przewodnik dla chorych. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie; 2016.
23. Sosnowska M, Krajniak O, Czupryniak L. Życie z cukrzycą w pytaniach i odpowiedziach. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie; 2025.
24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych. Dz.U. 2018 poz. 469. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20180000469> [dostęp: 27.06.2025]
25. Profilaktyka i leczenie cukrzycy typu 2. Raport NIK. 2018. <https://www.nik.gov.pl/plik/id,21668,vp,24318.pdf> [dostęp: 27.06.2025]
26. Diabetologia w Polsce na tle Unii Europejskiej. Bilans z okazji polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej. Forum Ekspertów ds. Cukrzycy. Raport powstał dzięki wsparciu Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA. Warszawa, marzec 2025. https://www.infarma.pl/assets/files/raporty/25_04_04_Diabetologia_w_PL_na_tle_UE_raport.pdf [dostęp: 27.06.2025]
27. Szewczyk A. Pielęgniarstwo diabetologiczne - rozwiązania systemowe i opieka na pacjentem z cukrzycą. Analiza przypadków w pielęgniarstwie i położnictwie. 2021; 4: 35-41.
28. Kilańska D. Pielęgniarstwo diabetologiczne. Analiza przypadków w pielęgniarstwie i położnictwie. 2020; 3-4: 6-8.
29. Cele, wyzwania i rozwój pielęgniarstwa diabetologicznego. Rozmowa z Alicją Szewczyk. Analiza przypadków w pielęgniarstwie i położnictwie. 2021;4: 9-17.
30. Levant R. F, Wimer D. J, Williams C. M. (2011) Health Behavior Inventory-20 (HBI-20) APA PsycTests. <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Ft29918-000>[dostęp: 27.06.2025]
31. Juczyński Z. Pracownia Testów Psychologicznych. <https://www.practest.com.pl/sklep/test/IZZ> [dostęp: 27.06.2025]
32. Starczewska M, Kujawska R, Stanisławska M i wsp. The analysis of health behaviors and illness acceptance in patients with diabetes. Family Medicine & Primary Care Review 2018; 20(4): 352–355.
33. Mieczkowski M, Siwko T.J, Parafiniuk J i wsp. Zachowania zdrowotne pacjentów z cukrzycą w zakresie prewencji zespołu stopy cukrzycowej. Leczenie ran. 2015;12(4):191–195.
34. R Core Team (2023). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>
35. Trzebińska M, Milecka D. Wpływ wiedzy na temat cukrzycy na poziom akceptacji choroby przez pacjentów z cukrzycą typu 2. [w] Interdyscyplinarność dla zdrowia i bezpieczeństwa człowieka. Milecka D, Garwacka-Czachor E, Kędra E (red). Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Głogowie, Głogów: 2023: 111–133
36. Pastwa K. Ocena poziomu wiedzy pacjentów chorujących na cukrzycę. Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej. 2017;2(4): 45-55.
37. Juzwiszyn J.M, i wsp. Zachowania zdrowotne chorych na cukrzycę typu 2. Public Health Forum. 2016;4(4):229–235.
38. Żebrowska M, Medak E, Pachuta M, Brodowicz-Król M. Ocena poziomu wiedzy pacjentów POZ na temat rozpoznawania i leczenia cukrzycy typu 2. Journal of Education, Health and Sport. 2017;7(7):338-356.

39. Świrska J, Fedurek D, Zwolak A i wsp. The knowledge of dietary rules among patients with diabetes. *J Educ Health Sport*. 2017; 7(5):419-35. <https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/4485> [dostęp:29.06.2025]
40. Chowta M.N, Adhikari P, Chowta N.K. Evaluation of knowledge and self-care practices in diabetic patients and their correlation with glycemic control. *Diabetologia Praktyczna*. 2019;20(2):78–85.
41. Nabrdalik K, Kania M, Drożdż M, Gumprecht J. Świadomość cukrzycy typu 2 i jej czynników ryzyka w populacji ogólnopolskiej – badanie przekrojowe. *Clinical Diabetology*. 2018;7(6):298–304.
42. Sękowski M, Jankowski-Sękowska M, Niewada M. Świadomość profilaktyki cukrzycy typu 2 w populacji dorosłych Polaków – wyniki badania WOBASZ II. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*. 2022;28(1):23–30.

TELEFON KOMÓRKOWY I GRY MOBILNE WŚRÓD UCZNIÓW W WIEKU 7-18 LAT – DONIESIENIA WSTĘPNE

**WIOLETTA POLLOK-WAKSMAŃSKA, KATARZYNA KROCZEK,
BOGUSŁAWA KUPCZAK-WIŚNIEWSKA**

Wstęp. Szybki rozwój technologii przyczynił się do upowszechnienia dostępu do przenośnych urządzeń multimedialnych, które stały się podstawowymi przedmiotami, używanymi przez wszystkich, bez względu na wiek [1]. Jednocześnie rewolucja w dostępie do Internetu wpłynęła na zmianę relacji społecznych i sposób spędzania wolnego czasu [2, 3].

Dla prawidłowego rozwoju młodego człowieka, ważne jest wyrażanie własnych potrzeb i emocji. Szczególnie istotne jest to w okresie od 12 roku życia, kiedy to następuje intensywny rozwój (okres dojrzewania), dochodzi do kształtowania własnej tożsamości, ale również do usamodzielniania się [4]. Bardzo ważne dla harmonijnego rozwoju, jest nawiązywanie i budowanie relacji interpersonalnych, które pozwalają na przeżywanie różnych emocji, ale również dających poczucie satysfakcji i zadowolenia [3]. Niestety wykreowany świat wirtualny nie sprzyja takiemu rozwojowi, co więcej daje młodemu człowiekowi poczucie braku ograniczeń i konsekwencji oraz możliwość „wycofania się” w dowolnym momencie [4].

Młodzież nie potrafi funkcjonować bez codziennego korzystania z telefonu komórkowego, który stał się podstawowym aspektem istnienia obecnego pokolenia [5, 6]. Obecnie telefon, to mobilne urządzenie łączące funkcje telefonu i przenośnego komputera, pozwalającego na przeglądanie stron internetowych, grania w gry mobilne, robienia zdjęć, notatek, czy korzystania z mediów społecznościowych [1, 7]. Wiadomo również, że w świecie wirtualnym bardzo trudno ustalić, czy zamieszczone posty są autentyczne, czy tylko formą pokazania się jako osoby o ciekawym i bogatym życiu osobistym.

Badania przeprowadzone w krajach Unii Europejskiej na temat korzystania przez dzieci z technologii cyfrowych wykazały, że coraz młodsze dzieci korzystają ze smartfonów i internetu. Według dostępnych badań ponad 90% dzieci powyżej 2 roku życia gra w gry komputerowe, a dzieci w wieku od 8 do 17 lat spędzają w ten sposób średnio od 1,5 do 2 godzin dziennie [8].

Według badaczy, granie w brutalne gry mobilne zwiększa częstość występowania agresywnych myśli, pojawiają się wrogie uczucia, a nawet agresywne zachowania. Dodatkowo niekorzystnie na młodego człowieka wpływa światło emitowane przez urządzenia cyfrowe, powodując zaburzenie wydzielania melatoniny, prowadząc do wystąpienia problemów z zasypianiem [8, 9]. Faktem jest, że nałogowo ze smartfonów korzysta aż 39,6% nastolatków. W Polsce ponad

30% rodziców pozwala swoim dzieciom na granie w gry komputerowe, a 20% pozwala na granie w gry on-line. 69% rodziców udostępnia dziecku swój telefon, aby zająć czymś dziecko i zapewnić sobie chwilę „spokoju”. Czasem telefon jest nagrodą za „właściwe” zachowanie [4, 10]. Jednocześnie coraz młodsze dzieci posiadają swój własny telefon komórkowy. Powoduje to, że sprawdzają go nawet w nocy, częściej korzystają z niego w ciągu dnia i jednocześnie wydłuża się czas z jego korzystania [11]. Młodzież częściej korzystająca z telefonu komórkowego i internetu krócej śpi, a przez to przejawia większe zmęczenie w ciągu dnia [12]. **Cel pracy.** Przeprowadzone badania miały na celu ustalenie ile czasu uczniowie w wieku 7-18 lat w ciągu doby poświęcają na korzystanie z telefonu i komputera oraz w jakie gry mobilne grają.

Celem szczegółowym było sprawdzenie, czy występuje istotna zależność pomiędzy wiekiem a grami, w jakie dzieci grają i czasem grania w gry mobilne.

Material i metody. Badania przeprowadzono wśród uczniów szkół znajdujących się na terenie miasta Bielsko-Biała. Badania dotyczące czasu korzystania z telefonu i/lub komputera oraz rodzaju mobilnych gier, w które grają uczniowie, zostały przeprowadzone przy użyciu autorskiego kwestionariusza ankiety, skierowanego do uczniów i ich opiekunów.

Badaniami objęto 618 uczniów w wieku 7-18 lat. Dla celów statystycznych badanych podzielono na 3 grupy wiekowe: uczniowie do 9 roku życia, uczniowie w wieku 9-11 lat oraz uczniowie powyżej 11 roku życia. W badanej grupie najwięcej było uczniów powyżej 11 roku życia 40% (247 osób). Uczniów w wieku 9-11 lat było 31,2% (193 osoby), a najmniej było uczniów do 9 roku życia 28,8% (178 osób). Łącznie było 328 dziewczynek i 290 chłopców.

Wykorzystane testy statystyczne. W celu zbadania występowania związku pomiędzy zmiennymi posłużono się współczynnikiem korelacji rang Spearmana, w której przyjmuje się hipotezy:

H_0 : nie występuje istotny związek pomiędzy zmiennymi

H_1 (alternatywna): występuje istotny związek pomiędzy zmiennymi.

Wyboru testów dokonywano na podstawie rozkładu zmiennych który to weryfikowano testem Shapiro-Wilka. Weryfikację występowania związku pomiędzy zmiennymi przeprowadzono przy wykorzystaniu analizy regresji liniowej lub logistycznej, dla której przyjmuje się hipotezy:

H_0 : zmienna niezależna nie wywiera istotnego wpływu na zmienną zależną

H_1 (alternatywna): zmienna niezależna istotnie wpływa na zmienną zależną.

Analizę statystyczną wykonano w programie PSPP oraz MS Office 2019. Przyjęto poziom istotności $p = 0,05$ co oznacza, iż wyniki $p < 0,05$ wskazują na występowanie istotnych zależności między zmiennymi.

Zgoda Komisji Etycznej. Na badanie uzyskano pisemną zgodę Komisji Etycznej nr 2023/3/18/E/21, co jest zgodne z deklaracją Helsińską.

Wyniki. W badanej grupie 62,6% uczniów używała telefonu komórkowego przed zaśnięciem, a 88% odkładała go wieczorem na szafce lub biurku koło łóżka. 3,4% uczniów do 9 lat (21 osób) nie posiada swojego telefonu komórkowego. Wszyscy badani przeglądali strony internetowe, a najczęściej robili to na telefonie (74,29%) lub w komputerze (42,24%) (Tabela 1).

Tabela 1. Przedstawienie częstości korzystania z telefonu i sposobu przeglądania stron internetowych w badanej grupie uczniów.

Używanie telefonu przed snem	Częstość (n)	Procent (%)
tak	387	62,60%
nie	231	37,40%
Miejsce odkładania telefonu na noc		
Przy sobie (koło łóżka)	544	88%
U rodziców w pokoju	53	8,60%
Nie posiadam telefonu (uczniowie do 9 lat)	21 (12 chłopców 9 dziewczynek)	3,40%
Przeglądanie stron internetowych		
Na telefonie	445	74,29%
W komputerze	253	42,24%
Na tablecie	32	5,34%

Uczniowie bardzo często oglądali strony YouTube (48,72%), Google (43,93%), Instagram (9,74%) i Tik-tok (9,40%). Najczęstszymi grami w które grali badani był Roblox (38,51%) oraz Minecraft (37,74%), które są ogólnodostępnymi, bezpłatnymi grami. Ponad 28% uczniów grała w inne gry mobilne, jednak ze względu na fakt, że były to gry płatne nie wymieniono ich nazwy. Są to jednak gry oparte na strzelaniu, przechytrzaniu wroga i walce o przetrwanie w klimatach horroru (Tabela 2).

Tabela 2. Przedstawienie rodzaju przeglądanych stron internetowych i gier mobilnych w które grali badani uczniowie.

Najczęściej przeglądane strony	Częstość (n)	Procent (%)
YouTube	285	48,72%
Google	257	43,93%
Instagram	57	9,74%
Tik-tok	55	9,40%
Wikipedia	29	4,96%
Mobi-dziennik	26	4,44%
Facebook	18	3,08%
Netflix	17	2,91%
Inne	37	6,32%
Rodzaj gry		

Roblox	201	38,51%
Minecraft	197	37,74%
FIFA	50	9,58%
Stumble Guys	43	8,24%
Fortnite	34	6,51%
Sims	32	6,13%
Toca Boca	25	4,79%
Pozostałe	147	28,16%

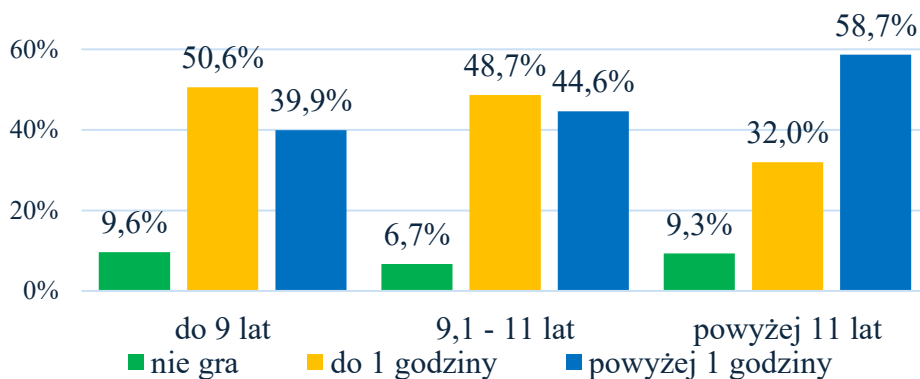
Chociaż maksymalny czas korzystania z telefonu wynosił 10 godzin, a czas grania w gry 7 godzin na dobę, to uczniowie średnio 2 godziny dziennie korzystali z telefonu komórkowego i komputera oraz około 1 godziny i 40 minut grali w gry mobilne. Uczniowie kładli się spać między godziną 19 a 24 i przespiali średnio 8 godzin i 55 minut. Przed zaśnięciem średni czas korzystania z telefonu wynosił 32 minuty (Tabela 3).

Tabela 3. Przedstawienie czasu korzystania z urządzeń mobilnych oraz godzin snu w badanej grupie uczniów.

Zmienna	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Maks</i>	<i>Me</i>
Czas używania komputera (godziny/dobę)	2,12	1,10	0,00	6,00	2,00
Czas używania telefonu (godziny/dobę)	2,05	1,88	0,00	10,00	1,00
Czas grania w gry mobilne (godziny/dobę)	1,62	1,17	0,00	7,00	1,00
Godzina pójścia spać	21,39	0,83	19,00	24,00	21,00
Czas snu (godziny/dobę)	8,55	1,23	6,00	11,00	8,00
Czas używania telefonu przed snem (w minutach)	32,85	34,22	0,00	120,00	30,00

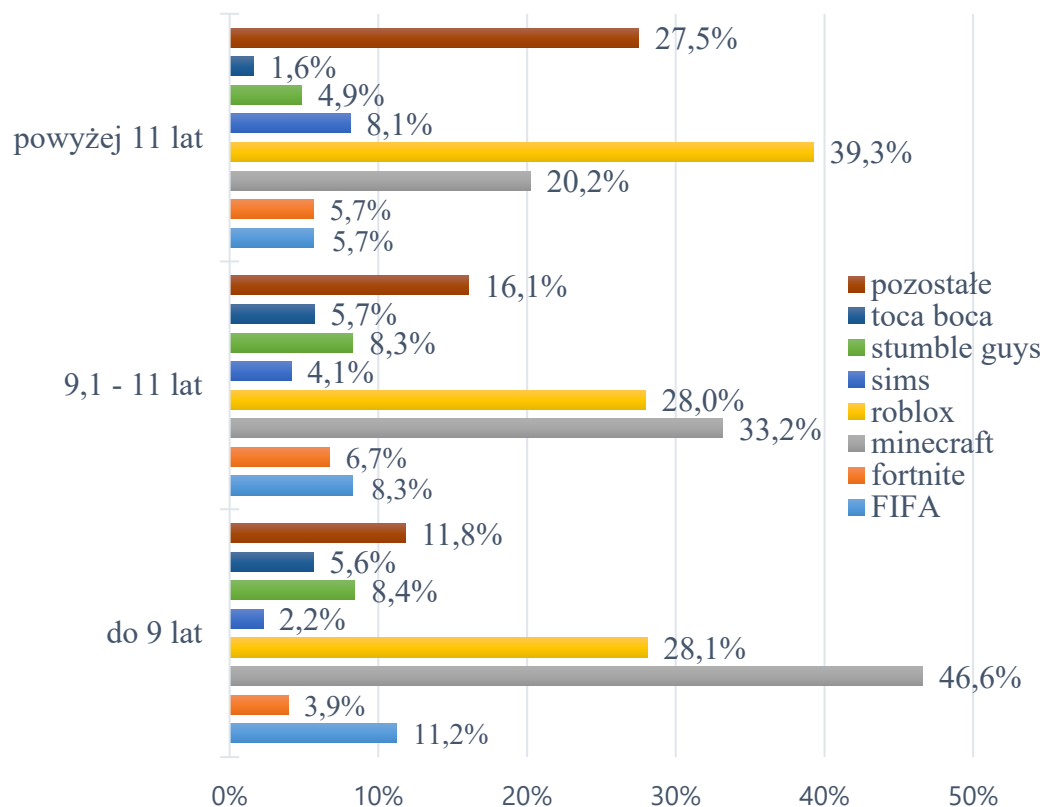
M - średnia; *SD* - odchylenie standardowe; *Min* - minimum; *Maks* - maksimum; *Me* - mediana

Dzieci w wieku do 9 lat (50,6%) oraz 9,1-11 lat (48,7%) najczęściej grały w gry do 1 godziny dziennie, zaś dzieci w wieku powyżej 11 lat najczęściej grały powyżej 1 godziny (58,7%). Badanie pozwoliło wykazać, że dzieci w wieku powyżej 11 lat grały w gry istotnie statystycznie częściej niż dzieci młodsze (Wykres 1).



Wykres 1. Przedstawienie czasu grania w gry mobilne z uwzględnieniem wieku uczniów.

Uczniowie do 9 roku życia najczęściej grali w Minecraft (46,6%) oraz Roblox (28,1%). Ich nieco starsi koledzy w wieku 9-11 lat również grali w Minecraft (33,2%) i Roblox (28%). Jednak w tej grupie wiekowej ponad 16% grało w gry płatne. Młodzież powyżej 11 roku życia najczęściej grała w Roblox (39,3%), ale 27,5% grała w gry płatne oparte na przemocy (Wykres 2).



Wykres 2. Przedstawienie rodzaju gier mobilnych, w które grali uczniowie z uwzględnieniem ich wieku.

Szczegółową analizę dotyczącą grania w gry mobilne przeprowadzono z podziałem na trzy grupy wiekowe, a weryfikacji istnienia zależności dokonano przy zastosowaniu testu chi-kwadrat. Przeprowadzona analiza statystyczna pozwoliła wykazać, że uczniowie w wieku powyżej 11 lat grali w gry mobilne istotnie statystycznie częściej niż ich młodsi koledzy ($p < 0,05$). Dzieci w wieku do 9 lat istotnie statystycznie częściej od pozostałych grały w Minecraft, a dzieci w wieku powyżej 11 lat istotnie częściej grały w Roblox i gry sklasyfikowane jako pozostałe, a istotnie rzadziej w Minecraft. Oznacza to, występowanie dużych różnic w rozkładzie czasu grania i rodzaju gier, w które grali uczniowie, w podziale uwzględniającym wiek uczniów. Wyniki testu χ^2 prezentuje tabela 4.

Tabela 4. Przedstawienie czasu grania w gry mobilne i rodzaju gier w badanej grupie uczniów z podziałem uwzględniającym ich wiek.

Analizowana zmienna			Wiek			Wynik testu
			do 9 lat	9,1 - 11 lat	powyżej 11 lat	
Czas grania w ciągu doby	Nie gra	n	17	13	23	$\chi^2 = 20,559$ $df = 4$ $p = 0,001$
		%	9,6%	6,7%	9,3%	
	Do 1 godziny	n	90	94	79	
		%	50,6%	48,7%	32,0%	
	Powyżej 1 godziny	n	71	86	145	
		%	39,9%	44,6%	58,7%	
Rodzaj gry mobilnej	FIFA	n	20	16	14	$\chi^2 = 84,680$ $df = 16$ $p = 0,001$
		%	11,2%	8,3%	5,7%	
	Fortnite	n	7	13	14	
		%	3,9%	6,7%	5,7%	
	Minecraft	n	83	64	50	
		%	46,6%	33,2%	20,2%	
	Roblox	n	50	54	97	
		%	28,1%	28,0%	39,3%	
	Sims	n	4	8	20	
		%	2,2%	4,1%	8,1%	
	Stumble Guys	n	15	16	12	
		%	8,4%	8,3%	4,9%	
	Toca Boca	n	10	11	4	
		%	5,6%	5,7%	1,6%	
	Pozostałe	n	21	31	68	
		%	11,8%	16,1%	27,5%	
χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody; n – liczebność; p – istotność statystyczna						

Założoną hipotezę zakładającą, że istnieje istotna statystycznie zależność pomiędzy wiekiem a graniem w gry mobilne zweryfikowano pozytywnie i przyjęto w całości – zaobserwowano istotną zależność ($p < 0,05$) między wiekiem a czasem grania w gry i rodzajem gier.

Ograniczenia w badaniu. Pewnym ograniczeniem przeprowadzonych badań mogło być samodzielnie przez badanych określanie czasu poświęcanego na korzystanie z telefonu i granie w gry mobilne.

Dyskusja. Dostęp do gier mobilnych i telefonu komórkowego wśród dzieci, a przez to do różnego rodzaju stron internetowych, uzależniony jest od postępowania rodziców. Prawdopodobieństwo to wzrasta, gdy dzieci uczą się przez naśladowanie, a do pierwszego użycia urządzenia (komputera, telefonu) dochodzi w domu, na sprzęcie powszechnie wykorzystywanym przez domowników [4, 13].

Współczesny styl życia dzieci i młodzieży różni się od stylu życia sprzed kilkunastu lat. Postawa społeczna, powszechnego nastawienia na konsumpcjonizm sprawia, że miarą bycia i osiągnięcia szczęścia staje się posiadanie, które bardzo często utożsamiane jest z sukcesem życiowym [14]. Badania Stasiuk i współautorów przeprowadzone w 2019 roku wśród 12-15 latków wykazały, że 95,5% posiadało swój własny telefon, a 34% z nich zadeklarowała, że miała go przed 7 rokiem życia [7]. Badania Kipera z 2022 roku, przeprowadzone wśród

uczniów w wieku 15-19 lat wykazały, że wszyscy badani posiadali telefon komórkowy, co więcej, ponad 20% z nich miała dwa telefony [15].

Badania własne wykazały, że jedynie 3,4% badanych uczniów poniżej 9 roku życia, nie posiadało własnego telefonu komórkowego. Jednocześnie brak telefonu nie oznaczał, że dziecko nie korzystało ze stron internetowych i nie grało w gry mobilne.

Posiadanie telefonu komórkowego może dawać poczucie niezależności i wolności [15]. Bardzo często decyzja rodziców o zakupie telefonu komórkowego dla dziecka wynika z troski, zapewnienia mu poczucia bezpieczeństwa, a także sprawowania kontroli czy monitorowania miejsca przebywania dziecka [1].

Bardzo niepokojące jest obniżanie się wieku, w którym dzieci za przyzwoleniem rodziców uzyskują dostęp do świata wirtualnego [13]. Badania opublikowane w 2015 roku wykazały, że ze smartfonu korzystało 43% dzieci rocznych i dwuletnich, 62% dzieci trzy- i czteroletnich, 84% dzieci pięcio- i sześcioletnich. Wśród przedszkolaków z internetu korzystało 70-78% dzieci. W Norwegii aż 32% dzieci korzystających z internetu było poniżej 3 roku życia, natomiast w Szwecji 50% 3-4 latków używało tabletów, a 70% tej grupy wiekowej korzystało z internetu [10].

Pomimo istnienia badań, w których wykazano poprawę motoryki małej (przewijanie dotykowego ekranu) wśród dzieci rozpoczynających kontakt ze smartfonem pomiędzy 6 a 36 miesiącem życia, to ryzyko wystąpienia poważnych konsekwencji zdrowotnych w późniejszym okresie życia jest duże [16]. Negatywnym aspektem zwiększonego korzystania z telefonu komórkowego jest ekspozycja na promieniowanie elektromagnetyczne i miganie ekranu, co prowadzi do wystąpienia kłopotów ze wzrokiem, łzawienie oczu czy zaburzeń widzenia [9, 17, 18, 19].

Zgodnie z zaleceniami Amerykańskiej Akademii Pediatrii dzieci do 18 miesiąca życia nie powinny mieć kontaktu z mediami ekranowymi [20]. U starszych dzieci, ciągle sprawdzanie wiadomości w telefonie, nawet w nocy, skutkuje wystąpieniem zespołu przewlekłego zmęczenia, bezsenności, problemów z koncentracją [1, 4, 9, 11, 17].

Badania Kipera z 2022 roku wykazały, że prawie 64% badanych używała telefonu komórkowego powyżej 5 godzin dziennie, jedna czwarta od 4 do 5 godzin, a 11,25% do trzech godzin dziennie. Co więcej 65% młodzieży odbierała telefon komórkowy w czasie trwania lekcji, a 100% robiła to w czasie przerw między lekcjami [15]. Gdy telefon staje się najważniejszym elementem codziennego życia, także w kontaktach z innymi osobami, gdy bardzo dużą uwagę poświęca się na posiadanie go przez cały czas koło siebie, można mówić o uzależnieniu od telefonu czyli fonoholizmie [1, 3, 5].

Przeprowadzone badania własne wykazały, że uczniowie średnio używali telefonu komórkowego 2 godziny na dobę. Jednak maksymalny czas dobowego używania telefonu wynosił aż 10 godzin. Ponad połowa uczniów korzystała z telefonu komórkowego przed snem, a 88% badanych pozostawiała go na noc koło swojego łóżka.

Analizując miejsce odkładania telefonu komórkowego przez badanych uczniów oraz fakt, że część z nich używała telefonu nawet przez 10 godzin dziennie, można przypuszczać, że ryzyko wystąpienia fonoholizmu w tej grupie jest bardzo duże.

Dotychczasowe badania wykazały, że 86 procent młodzieży śpi z telefonem komórkowym w pobliżu, często kładzie go pod poduszką, a nawet trzyma w dłoniach. Przychodzące z portali społecznościowych powiadomienia w nocy mogą więc zakłócać prawidłowy sen [6].

Amerykańska Akademia Pediatrii rekomenduje, aby dzieci i młodzież w zależności od wieku przesypiali od 8 do 12 godzin na dobę [20].

Badania własne wykazały, że uczniowie przesypiali średnio 8 i pół godziny na dobę, a kładli się spać pomiędzy godziną 19 a 24. Czas snu był więc bliżej dolnej granicy rekomendowanego czasu snu.

Faktem jest, że całkowity czas snu wśród dzieci używających telefonu komórkowego powyżej jednej godziny dziennie, jest krótszy o około 28 minut w porównaniu z dziećmi, które nie korzystają z telefonu komórkowego [21].

Nadużywanie technologii cyfrowych zwiększa ryzyko wystąpienia zagrożeń zdrowotnych, a korzystanie z telefonu oraz komputera można zaliczyć do uzależnienia behawioralnego. W 2018 roku Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11 została uzupełniona o „gaming disorder” (digital gaming – gry cyfrowe, video-gaming – gry wideo) czyli zaburzenie związane z grami [22]. Młodzi ludzie stymulowani dźwiękiem i obrazem z telefonu komórkowego nie są w stanie prawidłowo przetwarzać informacji [23]. Uzależnienie od smartfonu wiąże się z gorszym nastrojem, większym zmęczeniem i poczuciem samotności, a nawet wystąpieniem stanów lękowych, depresji poczucia zagrożenia i niechcianych myśli. Mogą pojawić tiki nerwowe [1, 9, 11, 17].

Nadmierne korzystanie z telefonu prowadzi również do zaburzeń zdrowia fizycznego, takich jak bóle i zawroty głowy, bóle klatki piersiowej, ramion czy nadgarstków, wynikających z przyjęcia нефизjologicznej pozycji ciała. Może to prowadzić do wystąpienia zmian w kręgosłupie [1, 15].

Negatywnym skutkiem czasu spędzonego z telefonem czy grach mobilnych, ale również występujących zaburzeń zdrowotnych (złego samopoczucia), jest zaniedbywanie obowiązków szkolnych, zaburzenia relacji interpersonalnych, a nawet postawy egocentryczne [1, 11, 17].

Należy przy tym pamiętać, że dostęp do internetu zwiększa ryzyko kontaktu z cyberprzemocą [1].

Badania Warzechy przeprowadzone w latach 2013-2014 wykazały, że w dni powszednie uczniowie szkół gimnazjalnych w gry mobilne najczęściej grali 1,5-2 godzin dziennie, natomiast uczniowie szkół ponadgimnazjalnych do jednej godziny dziennie [24]. Według Dyczewskiego 42,5% uczniów z klas od V do VII gra w gry mobilne codziennie. Autor badania nie analizował jaką ilość czasu badani spędzali w ten sposób [3].

Analiza wyników badań własnych wykazała, że średni czas spędzony na graniu w gry mobilne wynosił ponad półtorej godziny dziennie. Jednak były osoby, które w ten sposób spędzały nawet 7 godzin. Dodatkowo, wraz z wiekiem młodzi ludzie częściej grali w gry płatne, z bezpośrednim dostępem do internetu, a jednocześnie o dużym nasileniu przemocy.

W gry komputerowe, zawierające drastyczne sceny przemocy młodzi ludzie grają od bardzo dawna – potwierdzają to badania Szpringer i współautorów, przeprowadzone wśród 12-13 latków w roku szkolnym 2006/2007 [25]. Gry mobilne zawierające sceny przemocy mogą powodować u graczy utratę wrażliwości na ból, a nawet zobojętnienie [24].

Każda gra mobilna posiada w swoim opisie informację dla jakiej grupy wiekowej użytkowników jest przeznaczona. Jednak duża ilość gier jest bezpłatna, więc dostęp do takiej gry ma każdy, kto zainstaluje ją w telefonie lub na komputerze.

W badaniach własnych wykazano, że uczniowie grają w gry, które nie są dedykowane dla ich wieku. Na przykład w gry przeznaczone dla osób powyżej 12 roku życia grało 14,5% uczniów poniżej 9 lat i 19,1% uczniów w wieku 9-11 lat. W grę, w którą mogą grać osoby pełnoletnie, po uzyskaniu zgody rodzica grało 28,1% uczniów w wieku poniżej 9 lat, 28% uczniów w wieku 9-11 lat i 39,3% uczniów powyżej 11 lat. W gry płatne, wymagające zgody rodzica na korzystanie, grało 11,8% uczniów poniżej 9 lat, 16,1% w wieku 9-11 lat i 27,5% powyżej 11 roku życia.

Badania Warzechy potwierdzają te wyniki - uczniowie szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych grali w gry przeznaczone dla innych grup wiekowych. W gry dla osób powyżej 18 roku życia, w zależności od rodzaju, grało od 15 do 22% badanych [24]. W rzeczywistości bezpłatne gry mobilne nawet z ograniczeniem wiekowym są dostępne dla wszystkich. Dostęp do innych poziomów, przeznaczonych dla starszych wiekowo graczy, jest możliwy po potwierdzeniu (w praktyce zaznaczenie kwadracika), że posiada się zgodę rodzica lub konkretny wiek.

Rozumiejąc, że rodzice udostępniając telefon komórkowy swojemu dziecku, kierują się jego bezpieczeństwem, należało by się zastanowić nad ograniczeniem korzystania z telefonu

w szkole, kiedy dziecko pozostaje pod opieką nauczyciela i jest bezpieczne. W celu poprawy jakości snu młodzi ludzie powinni zrezygnować również z korzystania z urządzeń multimedialnych przed snem. Należy więc rozważyć, czy naukę właściwego korzystania z telefonu komórkowego nie należałoby rozpocząć od rodziców. Dodatkowo profesjonaliści powinni wspierać rodziców w tworzeniu stref wolnych od technologii cyfrowej. Należy również wzmacniać standardy bezpieczeństwa w rozwoju mediów społecznościowych [17].

Wnioski

1. Uczniowie około 5 godzin lekcyjnych poświęcają na korzystanie z telefonu komórkowego i komputera.
2. Wraz ze wzrostem wieku uczniów zmienia się rodzaj gier w jakie grają i częściej są one oparte na agresji.
3. Istnieje istotna statystycznie zależność pomiędzy wiekiem i czasem grania a rodzajem wybieranych przez uczniów gier mobilnych.
4. Ze względu na fakt, że uczniowie grają w gry przeznaczone dla innych grup wiekowych, konieczne jest zwiększenie kontroli rodzicielskiej i podjęcie działań edukacyjnych.

Bibliografia:

1. Barabas M. Fonoholizm zagrożeniem dla rozwoju dzieci i młodzieży. *Edukacja – Technika – Informatyka* 2018; 2 (24): 92-97.
2. Sarnowski P, Stelmaszczyk A. Fonoholizm – uzależnienie naszych czasów. *Kultura i Wychowanie* 2022; 1 (21): 101-123.
3. Dyczewski B. Gry mobilne jako wyznacznik spędzania czasu wolnego. Analiza ilościowa zachowań młodzieży w Polsce z wykorzystaniem metody CATREG. *Kultura - Media - Teologia: kwartalnik naukowy Wydziału Teologicznego UKSW Warszawa*. 2024; 59: 57- 77.
4. Bykowska-Godlewska B, Dębski M, Strzałkowska A. Przeciwdziałanie zjawisku fonoholizmu wśród młodzieży jako wyzwanie społeczne w świetle badań empirycznych przeprowadzonych w ramach projektu „Młodzi cyfrowi”. *Miscellanea Anthropologica et Sociologica* 2020; 21 (2): 28-44.
5. Dziubak E. Telefon komórkowy – towarzysz życia dzieci i młodzieży. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze* 2019; 579 (4): 20–29.
6. Nakshine VS, Thute P, Khatib MN, Sarkar B. Increased Screen Time as a Cause of Declining Physical, Psychological Health, and Sleep Patterns: A Literary Review. *Cureus* 2022; 8, 14 (10): e30051.
7. Stasiuk J, Kułak W, Lankau A. Aktywność fizyczna młodzieży a częstość korzystania z telefonów. W: *Sytuacje trudne w ochronie zdrowia. T. 6*. Red. Lankau A, Krajewska-Kułak E. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku 2021: 473-501.
8. Alanko D. The Health Effects of Video Games in Children and Adolescents. *Pediatr Rev* 2023; 1,44 (1): 23-32.

9. Kosola S, Mörrö S, Holopainen E. *Smartphone use and well-being of adolescent girls: a population-based study*. Arch Dis Child 2024; 109: 576-581.
10. Bąk A. Jak małe dzieci korzystają z urządzeń mobilnych? Raport na podstawie danych zebranych od rodziców. Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka 2015; 14 (3): 55-81.
11. Bouazza, S, Abbouyi, S, El Kinany, S, El Rhazi, K, Zarrouq, B. Association between Problematic Use of Smartphones and Mental Health in the Middle East and North Africa (MENA) Region: A Systematic Review. Int. J. Environ. Res. Public Health 2023; 20: 2891-2909.
12. Lissak G. Adverse physiological and psychological effects of screen time on children and adolescents: Literature review and case study. Environ Res 2018; 164: 149-157.
13. Bielawska O, Weremko M, Rogala M, Giżewska K, Kuc M, Jabłońska K, Łoś T, Lorenc K. Uzależnienie od telefonu komórkowego wśród dzieci i młodzieży. Med Srodow 2023; 26 (3-4): 67–71.
14. Olszowy J, Krempa A. Analiza konsumpcjonizmu jako globalnej pandemii społecznej w XXI wieku oraz przegląd dostępnych metod jego ograniczania. W: Kognitywne i technologiczne przeobrażenia społeczeństwa: edukacja, konsumpcjonizm i rynek pracy w kontekście rozwoju sztucznej inteligencji i przemysłu 5.0. 2024: 47-66.
2. Kiper M. Fonoholizm – zagrożenie współczesnej młodzieży. Zarządzanie Publiczne 2022; 3-4 (58): 121-131.
3. Bedford R, de Urabain IRS, Cheung CHM, Karmiloff-Smith A, Smith TJ. Toddlers' fine motor milestone achievement is associated with early touchscreen scrolling. Frontiers in Psychology 2016; 7: 1-8.
4. Yu S, Sussman S. Does Smartphone Addiction Fall on a Continuum of Addictive Behaviors? Int. J. Environ. Res. Public Health 2020; 17: 422.
5. Hoffmann B. Phonoholizm – nowe uzależnienie behawioralne. Trakia J. Sci 2017; 15: 315-319.
6. Wong CW, Tsai A, Jonas JB, Ohno-Matsui K, Chen J, Ang M, Ting DSW. Digital screen time during the COVID-19 pandemic: risk for a further myopia boom? Am J Ophthalmol 2021; 223: 333-337.
7. <https://www.healthychildren.org/English/family-life/Media/Pages/Where-We-Stand-TV-Viewing-Time.aspx> [data wejścia 12.03.2025]
3. Kim SY, Han S, Park EJ, Yoo HJ, Park D, Suh S, Shin YM. The relationship between smartphone overuse and sleep in younger children: a prospective cohort study. J Clin Sleep Med 2020; 15, 116 (7): 1133-1139.
8. <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#1448597234> [data wejścia 12.03.2025]
9. Morbitzer J. O istocie medialności młodego pokolenia. Neodidagmata 2012; 33 (34): 131-153.
10. Warzecha K. Gry komputerowe formą rozrywki współczesnej młodzieży –aspekty społeczno-ekonomiczne. Zeszyty naukowe WSES w Ostrołęce 2017; (26) 3: 345-364
11. Szpringer M, Horecka-Lewitowicz A, Czerwiak G, Laurman-Jarząbek E. Gry komputerowe a zachowania problemowe młodzieży w wieku 12–13 lat. Studia Medyczne 2008; 12: 35–39.

WIEDZA KOBIET NA TEMAT PROFILAKTYKI RAKA PIERSI I RAKA SZYJKI MACICY

AGNIESZKA KRYGOWSKA, MARTA SZARA, MAGDALENA DZIURKA, PATRYCJA OZDOBA

Wstęp. Profilaktyka to działania mające na celu utrzymanie zdrowia, zmniejszenie ryzyka chorób oraz ich zapobieganie. Wyróżnia się trzy etapy profilaktyki: pierwotną, wtórną i trzeciorzędową. [1].

Rak piersi to najczęstszy nowotwór złośliwy u kobiet, którego przyczyny są wieloczynnikowe i wynikają z interakcji genetyki i środowiska. Mimo licznych badań, etiologia choroby nadal nie jest w pełni poznana. Nowotwór rozwija się miejscowo i często daje przerzuty do węzłów chłonnych oraz narządów wewnętrznych, takich jak wątroba, płuca, kości czy mózg [2,3]. Według WHO rak piersi stanowi około 12% wszystkich nowotworów na świecie w 2020 roku odnotowano 2,3 mln przypadków globalnie, a w Polsce w 2019 roku zdiagnozowano 19 602 przypadki. Choroba ta wyprzedziła raka płuc pod względem liczby zachorowań, ale pozostaje najczęstszą przyczyną zgonów onkologicznych wśród kobiet. Problem ten dotyczy zarówno krajów rozwijających się (np. Turcja, Egipt), jak i rozwiniętych (np. USA, Japonia). W Polsce zachorowalność nadal rośnie, a według Krajowych Profilów Nowotworów 2023 rak piersi stanowi niemal jedną trzecią nowotworów u kobiet w Polsce i UE. Najwięcej przypadków w Polsce w 2020 roku odnotowano w grupie wiekowej 65–69 lat. Dane z 2021 roku wskazują, że rak piersi nadal cechuje się najwyższym wskaźnikiem zachorowalności i śmiertelności wśród kobiet [2,3].

Profilaktyka raka piersi obejmuje działania mające na celu zmniejszenie ryzyka zachorowania oraz wczesne wykrycie choroby. Profilaktyka pierwotna, choć ograniczona, polega głównie na zdrowym stylu życia, utrzymywaniu prawidłowej masy ciała i regularnej aktywności fizycznej. Profilaktyka wtórna koncentruje się na wczesnym wykrywaniu zmian i obejmuje samobadanie piersi (raz w miesiącu) oraz badania przesiewowe, takie jak mammografia i USG. W Polsce działa program profilaktyki raka piersi finansowany przez NFZ, którego celem jest zmniejszenie zachorowalności i śmiertelności, zwiększenie świadomości kobiet oraz zachęcanie do regularnych badań [4-6].

Rak szyjki macicy to często występujący nowotwór złośliwy u kobiet, rozwijający się w strefie przejściowej szyjki macicy, gdzie spotykają się dwa rodzaje nabłonka [7]. Jego rozwój nie zależy od czynników genetycznych, lecz głównie od kancerogennych czynników środowiskowych, w szczególności zakażenia wirusem HPV (szczególnie typami 16 i 18). W Polsce w 2021 roku odnotowano 2160 przypadków, co uplasowało go na 9. miejscu pod

względem częstości występowania [8]. Najwięcej zachorowań i zgonów notuje się u kobiet w wieku 65–69 lat [2]. WHO wskazuje, że 90% zgonów z powodu tego nowotworu występuje w krajach o niskich i średnich dochodach. Choroba często nie daje objawów we wczesnym stadium, a symptomy pojawiają się dopiero przy zaawansowanej formie — należą do nich m.in. krwawienia (między miesiączkami, po stosunku), ból miednicy, pleców, czy trudności w oddawaniu moczu [9,10].

Do czynników ryzyka należą przewlekłe infekcje narządów płciowych, m.in. wirusem opryszczki, rzęsistkiem pochwowym czy chlamydiami. Profilaktyka pierwotna obejmuje edukację zdrowotną i szczepienia przeciw HPV, natomiast wtórna — wczesne wykrywanie choroby poprzez badania cytologiczne. W Polsce funkcjonuje program profilaktyki raka szyjki macicy, którego celem jest zmniejszenie śmiertelności, zwiększenie świadomości oraz ujednolicenie diagnostyki [11-13]. Wczesne ustalenie diagnozy jest kluczowe w podjęciu szybkiego leczenia, co z kolei zwiększa szanse na wyleczenie i lepsze rokowanie [14].

Cel pracy. Głównym celem pracy jest ocena poziomu wiedzy kobiet na temat profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy oraz analiza zależności między poziomem tej wiedzy a cechami socjodemograficznymi (takimi jak wiek czy wykształcenie) w odniesieniu do obu nowotworów.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono od 5 listopada 2023 r. do 30 marca 2024 r. wśród 108 kobiet za pomocą elektronicznego formularza ankiety udostępnionego w mediach społecznościowych. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki ankiety. Narzędziami badawczymi były dwa standaryzowane kwestionariusze: *Cervical Cancer Awareness Measure*, *Breast Cancer Awareness Measure* [15,16] oraz autorska metryczka. Kryteriami włączenia do badania były pełnoletniość oraz dobrowolna zgoda na udział. Uczestniczki poinformowano o anonimowości badania i wykorzystaniu wyników wyłącznie w celach statystycznych do opracowania pracy magisterskiej.

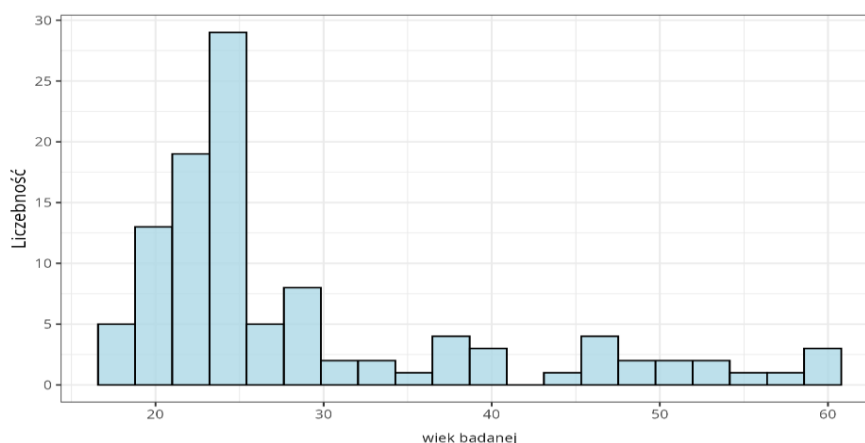
Kwestionariusz *Cervical Cancer Awareness Measure* (Cervical CAM) jest to standaryzowane narzędzie służące do oceny wiedzy na temat raka szyjki macicy. Zawiera on 8 rozbudowanych pytań, na które odpowiedzi udzielane są anonimowo. Pytania dotyczą wiedzy związanej z sygnałami ostrzegawczymi, poszukiwaniem pomocy medycznej, wiekiem zagrożonym nowotworem szyjki macicy, czynnikami ryzyka, pewnością w wykrywaniu objawów raka szyjki macicy, a także świadomości na temat istnienia programu związanego z badaniami przesiewowymi w kierunku raka szyjki macicy oraz programu dotyczącego szczepień przeciwko HPV. Wskaźnik Alfa Cronbacha dla narzędzia wynosi powyżej 0,7 [15].

Kwestionariusz *Breast Cancer Awareness Measure* (BCAM) jest również standaryzowanym narzędziem, którym ocenić można wiedzę na temat raka piersi. Kwestionariusz zawiera 8 rozbudowanych pytań, na które odpowiedzi udzielane przez kobiety są anonimowe. Pytania dotyczą wiedzy związanej z sygnałami ostrzegawczymi, umiejętnością samobadania piersi, zachowaniami opóźniającymi wizytę u lekarza, a także świadomości na temat istnienia programu badań przesiewowych w kierunku raka piersi. Dodatkowo pytania zawierają treści sprawdzające wiedzę na temat czynników ryzyka raka piersi. Rzetelność większości pozycji w narzędziu badawczym uzyskała wskaźnik pomiędzy 0,42-0,70 [16].

Oba kwestionariusze ankiety opracowane zostały *UCL Health Behaviour Research Centre*. Do celów naukowych udostępniane są bezpłatnie na stronach przez *Cancer Research UK* i nie wymagają zgody autorów.

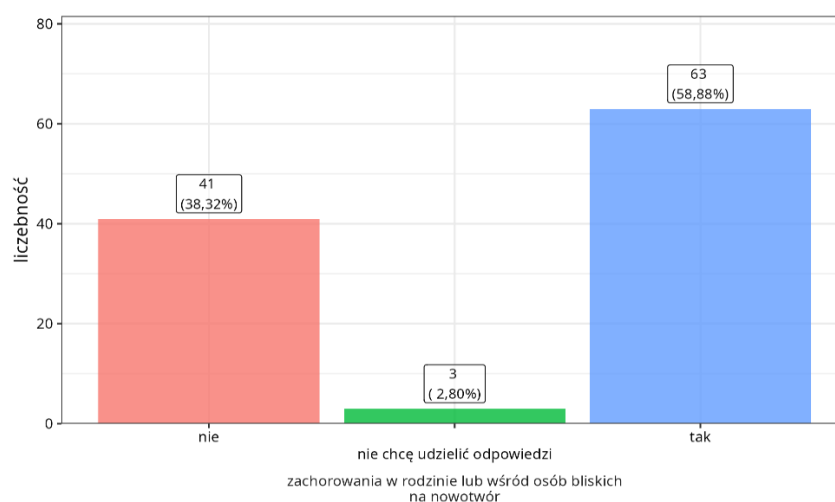
Do analizy statystycznej wykorzystano język R (wersja 4.2.2) oraz środowisko RStudio (wersja 2022.12.0). Za istotne statystycznie przyjęto wyniki z poziomem $\alpha < 0,05$. W analizie poziomu wiedzy na temat raka piersi i raka szyjki macicy zastosowano średnią, odchylenie standardowe, medianę, średnią rangę oraz współczynniki skośności i kurtozy. Dane socjodemograficzne i medyczne opisano za pomocą liczebności i rozkładów procentowych. Zależności między poziomem wiedzy a zmiennymi socjodemograficznymi oceniano za pomocą analizy wariancji (ANOVA), a także współczynników korelacji: r Pearsona, ρ Spearmana i Gamma.

Wyniki. W badaniu wzięło udział 108 kobiet. W badanej grupie średni wiek kobiet wynosił 29,16 lat ($SD = 10,83$), a mediana – 24 lata. Zakres wieku mieścił się między 18 a 60 rokiem życia. Wartości współczynników skośności ($SKEW = 1,473$) i kurtozy ($KURT = 1,036$) wskazują, że rozkład wieku był prawoskośny (dominacja młodszych uczestniczek) i leptokurtyczny, co oznacza, że większość wyników koncentrowała się wokół średniej. Wiek badanych przedstawiono na Wykresie 1.



Wykres 1. Wiek badanych kobiet. Źródło: opracowanie własne.

Ponad połowa respondentek mieszkała na wsi ($n = 63$; 58,88%) oraz posiadała wykształcenie wyższe ($n = 66$; 61,68%). Najliczniejszą grupą pod względem stanu cywilnego były panny ($n = 58$; 54,21%). W pytaniu o przypadki nowotworów wśród bliskich najwięcej kobiet zadeklarowało, że miały takie doświadczenia; około 40% zaprzeczyło, a najmniej osób nie udzieliło odpowiedzi. Dane te zilustrowano na wykresie 2, przedstawiającym zachorowania na nowotwór w rodzinie lub wśród osób bliskich.



Wykres 2. Zachorowania w rodzinie lub wśród osób bliskich na nowotwór. Źródło: opracowanie własne.

Jedynie niewielka liczba respondentek deklaruje wykonywanie badań profilaktycznych u ginekologa co trzy miesiące, natomiast co piąta kobieta wykonuje je raz na pół roku. Szczegółowe dane dotyczące częstości wizyt profilaktycznych u lekarza ginekologa przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Częstość wykonywania badań profilaktycznych u lekarza ginekologa

Zmienna	raz na 3 miesiące	raz na pół roku	raz na rok	raz na kilka lat	odwiedzam lekarza wyłącznie, jeśli mam dolegliwości ze strony układu	odwiedzam lekarza wyłącznie, jeśli jestem w ciąży	nie chcę udzielić odpowiedzi
częstość wykonywania badań profilaktycznych u lekarza ginekologa	4 (3,74%)	16 (14,95%)	51 (47,66%)	10 (9,35%)	16 (14,95%)	0 (0,00%)	10 (9,35%)

n – liczba obserwacji; % - procent; Me – mediana

źródło: opracowanie własne

Co dziesiąta respondentka podała, że cytologia była wykonywana w ciągu ostatnich 3 miesięcy, natomiast co piąta – że od 3 do 6 miesięcy temu. Szczegółowy rozkład czasowy od ostatniego pobrania cytologii przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Czas jaki minął od ostatnio pobranej cytologii badanych kobiet

Zmienna	do 3 miesięcy wstecz	od 3 do 6 miesięcy wstecz	od 6 miesięcy do 1 roku wstecz	od 1 roku do 3 lat wstecz	nie pamiętam	dotychczas nie miałam	nie chcę udzielić odpowiedzi
czas jaki minął od ostatnio pobranej cytologii badanych kobiet	12 (11,21%)	17 (15,89%)	24 (22,43%)	15 (14,02%)	7 (6,54%)	25 (23,36%)	7 (6,54%)

n – liczba obserwacji; % - procent; Me – mediana

źródło: opracowanie własne

Największą grupę respondentek zapytanych o to, czy lekarz ginekolog proponował im profilaktyczne badanie piersi, stanowiły kobiety, które odpowiedziały „nie”. Szczegółowe dane na ten temat przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Proponowanie przez lekarza ginekologa profilaktycznego badania piersi

proponowanie przez lekarza ginekologa profilaktycznego badania piersi	n	%
nie	53	49,53
nie chcę udzielić odpowiedzi	12	11,21
tak	42	39,25

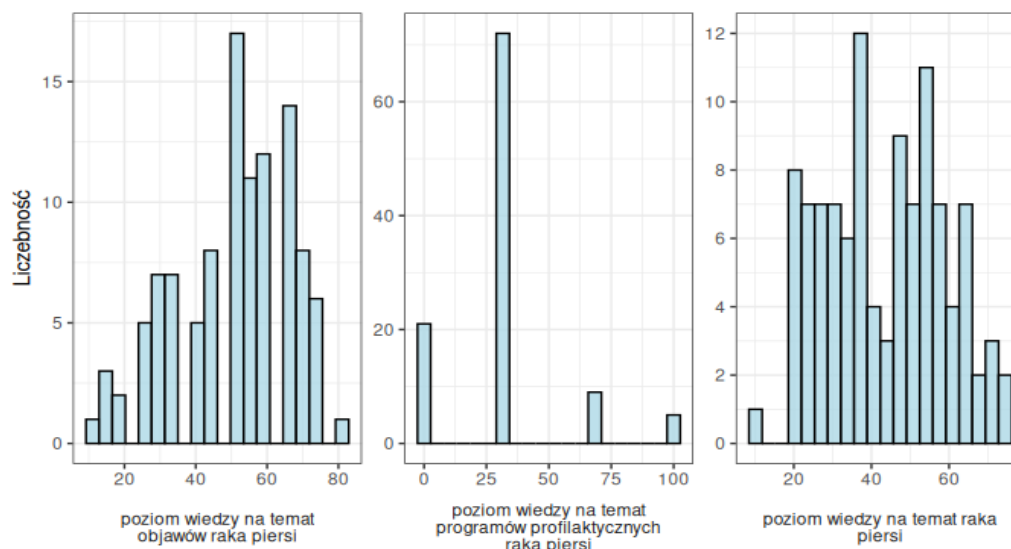
n – liczba obserwacji; % - procent

źródło: opracowanie własne

W badanej grupie kobiet średni poziom wiedzy na temat raka piersi wynosił 43,54 (SD = 15,36), przy medianie 42,86 i przedziale wyników od 11,43 do 75,71; rozkład był symetryczny i platokurtyczny (SKEW = 0,072; KURT = -1,020). Wiedza dotycząca objawów raka piersi osiągała średnio 50,56 (SD = 16,17), z medianą 50,00 i rozkładem wyników od 10,00 do 80,00; rozkład ten był symetryczny i nieznacznie platokurtyczny (SKEW = -0,468; KURT = -0,559). Z kolei przeciętny poziom wiedzy na temat programów profilaktycznych raka piersi wynosił 32,71 (SD = 22,88), przy medianie 33,33 i wynikach od 0,00 do 100,00; rozkład był nieznacznie prawoskośny i leptokurtyczny (SKEW = 0,890; KURT = 1,720).

Większość badanych kobiet (72,90%) uznała obciążenia genetyczne za czynnik ryzyka rozwoju raka piersi. Znacznie mniejsza liczba respondentek wskazała na inne czynniki, takie jak wiek (14,02%), palenie papierosów (15,89%), spożywanie alkoholu (11,21%), późne macierzyństwo

lub brak dzieci (2,80%), zbyt małą aktywność fizyczną (8,41%), nadwagę (9,35%), wczesne rozpoczęcie miesiączkowania (0,93%), terapię hormonalną (8,41%) oraz przebyty nowotwór piersi (4,67%). Na wykresie 3 zaprezentowano ogólny poziom wiedzy badanych kobiet na temat raka piersi, jego objawów oraz profilaktyki, wyrażony w skali od 0 do 100.



Wykres 3. Ogólny poziom wiedzy badanych kobiet na temat raka piersi oraz na temat jego objawów i profilaktyki. Źródło: opracowanie własne.

Znaczna większość badanych kobiet poprawnie stwierdziła, że w Polsce był prowadzony program profilaktyki raka piersi. Przedział ufności wskazywał, że w populacji odsetek prawidłowych odpowiedzi mógł wynosić od 72,85% do 87,90%. Tabela 4 zawiera szczegółowe odpowiedzi badanych na pytanie dotyczące prowadzenia programu profilaktyki raka piersi w Polsce.

Tabela 4. Odpowiedzi badanych na pytanie dotyczące prowadzenia w Polsce programu profilaktyki raka piersi

czy według posiadanej przez Pani wiedzy, w Polsce jest prowadzony program profilaktyki raka piersi?	n	%	95% przedział ufności	
			dolna granica	górna granica
nie	5	4,67	0,67	8,67
nie wiem	16	14,95	8,20	21,71
tak	86	80,37	72,85	87,90

n – liczba obserwacji; % – procent; χ^2 – wynik testu chi-kwadrat; *p* – prawdopodobieństwo testowe

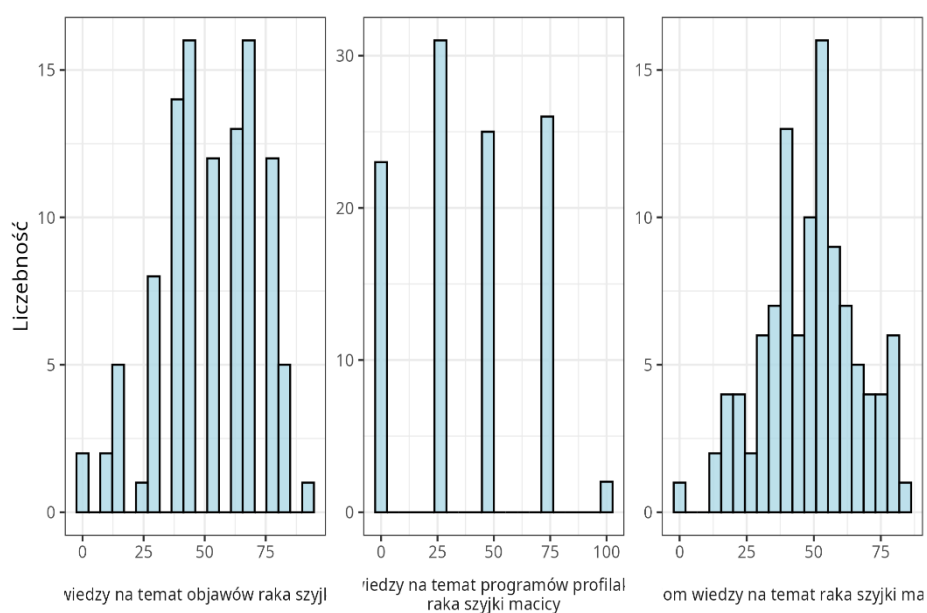
źródło: opracowanie własne

W badanej grupie kobiet przeciętny poziom wiedzy na temat raka szyjki macicy wynosił 48,92, z odchyleniem standardowym 17,60, a mediana wynosiła 50,72. Przedział ufności dla średniej wynosił od 45,55 do 52,30, a uzyskane wyniki mieściły się w przedziale od 1,45 do 85,51. Rozkład poziomu wiedzy na temat raka szyjki macicy był w przybliżeniu symetryczny,

z podobną koncentracją wyników przy średniej, co sugerują współczynniki skośności ($SKEW = -0,183$) i kurtozy ($KURT = -0,393$).

Natomiast przeciętny poziom wiedzy na temat objawów raka szyjki macicy wynosił 52,62, z odchyleniem standardowym 20,36, a mediana wynosiła 53,85. Uzyskane wyniki mieściły się w przedziale od 0,00 do 92,31, a przedział ufności dla średniej wynosił od 48,72 do 56,53. Przeciętny poziom wiedzy na temat programów profilaktycznych raka szyjki macicy wynosił 39,02, z odchyleniem standardowym 28,35, a mediana wynosiła 25,00. Przedział ufności dla średniej wynosił od 33,58 do 44,45.

Na wykresie 4 zaprezentowano ogólny poziom wiedzy badanych kobiet na temat raka szyjki macicy, jego objawów i profilaktyki, wyrażony w skali od 0 do 100.



Wykres 4. Ogólny poziom wiedzy badanych kobiet na temat raka szyjki macicy oraz na temat jego objawów i profilaktyki, Źródło: opracowanie własne.

Większość badanych poprawnie wskazała, że ból w podbrzuszu i/lub dolnej części pleców oraz obfite krwawienia miesięczne lub krwawienia między miesiączkami są objawami raka szyjki macicy, z odsetkiem prawidłowych odpowiedzi w przedziale 56,41%–74,43% oraz 40,99%–59,94%. Mniejszość wiedziała, że wydzielina o nieprzyjemnym zapachu jest objawem raka, z przedziałem ufności 0,14%–7,33%. Większość badanych poprawnie uznała krwawienie między miesiączkami za objaw raka szyjki macicy, z przedziałem ufności 76,09%–90,27%. Odpowiedzi te zaprezentowano w tabeli 5.

Tabela 5. Odpowiedzi badanych na pytanie otwarte dotyczące objawów raka szyjki macicy.

Zmienna	Grupa	n	%	95% przedział ufności	
				dolna granica	górną granica
ból podbrzusza i/lub w dolnej części pleców	nie	37	34,58	25,57	43,59
	tak	70	65,42	56,41	74,43
obfite krwawienia miesięczne lub pomiędzy miesiączkami	nie	53	49,53	40,06	59,01
	tak	54	50,47	40,99	59,94
wydzielina o nieprzyjemnym zapachu	nie	103	96,26	92,67	99,86
	tak	4	3,74	0,14	7,33
ból lub dyskomfort podczas stosunku	nie	94	87,85	81,66	94,04
	tak	13	12,15	5,96	18,34
krwawienie między miesiączkami	nie	8	7,48	2,49	12,46
	nie wiem	10	9,35	3,83	14,86
	tak	89	83,18	76,09	90,27

n – liczba obserwacji; % – procent; χ^2 – wynik testu chi-kwadrat; *p* – prawdopodobieństwo testowe

źródło: opracowanie własne

W badanej próbie zależność między obszarem zamieszkania a poziomem wiedzy na temat raka piersi była następująca: najwyższy poziom wiedzy występował w województwie lubelskim, następnie w innych regionach, a najniższy w województwie podkarpackim. Analiza wariancji wykazała statystycznie istotne różnice, szczególnie między województwem lubelskim a podkarpackim ($p = 0,012$). Zależność między stanem cywilnym a poziomem wiedzy na temat raka piersi układała się w kolejności: najwyższy poziom wiedzy charakteryzował osoby o innym stanie cywilnym, następnie osoby w związku partnerskim, panny, a najniższy poziom wiedzy miały mężatki. Jednak analiza wariancji nie wykazała istotnych statystycznie różnic w tym zakresie. W przypadku wieku, analiza wykazała umiarkowany związek z poziomem wiedzy na temat raka piersi ($r = -0,304$; $p = 0,001$), wskazując, że im starszy wiek, tym niższy poziom wiedzy. Nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności pomiędzy obszarem zamieszkania, stanem cywilnym a poziomem wiedzy na temat raka szyjki macicy. W przypadku wykształcenia stwierdzono słaby związek – im wyższe wykształcenie, tym wyższy poziom wiedzy na temat raka szyjki macicy.

Dyskusja. W badaniach własnych poddano analizie poziom wiedzy kobiet na temat objawów raka piersi. Respondentki odpowiadając na pytanie otwarte dotyczące objawów raka piersi wykazały się niskim poziomem wiedzy. Natomiast w pytaniu zamkniętym dotyczącym objawów raka piersi kobiety w większości odpowiadały prawidłowo. Podobne rezultaty uzyskano w badaniach Ślusarskiej i wsp. [17], gdzie respondentki miały stosunkowo dobrą

świadomość na temat symptomów raka piersi. Przeważająca część wskazała na wyczuwalny guzek w piersi, a także na wyciek z brodawki oraz zmianę kształtu piersi. Około połowa uczestniczek uznała także wciągnięcie brodawki za jeden z charakterystycznych objawów raka piersi.

Zgodnie z wynikami badania przeprowadzonego w ramach kampanii „Piękna bo zdrowa” przez agencję badawczą IQS na zlecenie Ogólnopolskiej Organizacji „Kwiat Kobiecości”, Polki mają wysoką świadomość dotyczącą konieczności profilaktyki raka szyjki macicy, ale nadal zbyt rzadko wykonują odpowiednie badania (co trzecia Polka wykonuje je rzadziej niż raz na dwa lata) [18]. Wyniki te zostały również potwierdzone przez badanie własne. Jest to niepokojący trend, zwłaszcza że, według danych opublikowanych podczas Europejskiego Tygodnia Profilaktyki Raka Szyjki Macicy 2024, codziennie 6 Polek dowiaduje się, że ma raka szyjki macicy, a 4 kobiety w Polsce umierają z powodu tej choroby. Mimo że rak szyjki macicy jest jednym z częstszych nowotworów u kobiet, wczesne wykrycie pozwala wyleczyć go w ponad 99% przypadków.

W badaniu własnym wykazano, że większość respondentek poprawnie wskazała, iż w Polsce realizowany jest program profilaktyki raka piersi. Natomiast jedynie mniejszość udzieliła poprawnej odpowiedzi na pytanie dotyczące wieku, w którym kobieta w Polsce może po raz pierwszy skorzystać z badania w ramach tego programu, wskazując wiek 50 lat. Badania Ślusarskiej i wsp. [17] również wykazały, że kobiety są świadome istnienia programu profilaktyki raka piersi, jednak większość z nich uważa, że jest on przeznaczony dla kobiet w wieku 40-59 lat.

Analiza badań własnych wykazała, że 60% respondentek było świadomych istnienia programu szczepień przeciwko wirusowi HPV w Polsce. Natomiast niemal 30% nie miało o nim wiedzy, a 9% uważało, że taki program w Polsce nie funkcjonuje. W badaniach Jankowskiej i wsp. [19] stwierdzono, że prawie 90% respondentek jest świadomych, które kobiety mogą skorzystać ze szczepionki przeciwko HPV. Tylko 13% badanych udzieliło niepoprawnej odpowiedzi. Wyniki te częściowo potwierdzają wyniki badań własnych.

Wykazano istotny statystycznie związek pomiędzy wiekiem, wykształceniem, obszarem zamieszkania a wiedzą na temat raka piersi. Z analiz wynika, że im starszy wiek badanych, tym niższy poziom wiedzy na temat raka piersi, natomiast wyższy poziom wykształcenia koreluje z wyższym poziomem wiedzy na ten temat. Kobiety z województwa lubelskiego miały najwyższy poziom wiedzy na temat profilaktyki raka piersi, natomiast najniższy poziom wiedzy miały kobiety z województwa podkarpackiego. Nie stwierdzono związku pomiędzy stanem cywilnym a miejscem zamieszkania a wiedzą na temat raka piersi.

Badania wykazały, że kobiety poniżej 50. roku życia miały bardziej pozytywne nastawienie do wykonywania samobadania piersi niż starsze grupy wiekowe. Wskazuje to na ich przekonanie, że wykonywanie samobadania piersi może wykryć raka piersi we wczesnym stadium [20]. Z kolei starsze kobiety częściej rezygnowały z samobadania z powodu braku pewności siebie oraz niewiedzy na temat raka piersi [21]. Wcześniejsze badania sugerują, że starsze kobiety czują się niekomfortowo dotykając swojego ciała i doświadczają uczucia zawstydzenia [22]. Może to wynikać z przekonania, że nie są narażone na ryzyko raka piersi [23]. Ponadto, stan cywilny okazał się mieć istotny wpływ na wdrażanie wykonywania samobadania piersi, przy czym większość respondentek stanowiły kobiety zamężne. Zgodnie z wcześniejszymi badaniami sugerowano, że zamężne kobiety były bardziej świadome swoich piersi i częściej wykonywały samobadanie piersi [24]. Może to wynikać z faktu, że zamężne kobiety często korzystają z wsparcia emocjonalnego, ekonomicznego i domowego od swojego partnera, co zwiększa ich pewność siebie w zakresie wczesnego leczenia [25].

W odniesieniu do raka szyjki macicy również wykazano istotny związek między wiekiem, wykształceniem a poziomem wiedzy. Starszy wiek badanych wiązał się z niższym poziomem wiedzy na temat raka szyjki macicy, a wyższe wykształcenie – z wyższym poziomem wiedzy. Badania Masood i wsp. potwierdziły, że kobiety poniżej 40. roku życia były bardziej świadome zagrożeń związanych z HPV niż kobiety powyżej 40. roku życia [26]. Wyniki te są zgodne z badaniami przeprowadzonymi w południowej Etiopii [27] oraz z badaniem przekrojowym w Bhopalu, Indiach [28]. Kobiety wiejskie miały mniejszą wiedzę na temat zakażenia HPV oraz szczepionki przeciwko HPV w porównaniu do kobiet mieszkających w miastach [26]. Tylko 50,6% kobiet wiejskich słyszało o szczepionce przeciwko HPV, 49,3% wiedziało, że HPV jest infekcją przenoszoną drogą płciową, 35,4% było świadomych, że przetrwałe zakażenie HPV wysokiego ryzyka może prowadzić do raka szyjki macicy, a tylko 30,4% uważało, że szczepionka może zapobiec chorobie. Ponadto, kobiety wiejskie były mniej chętne do zaszczepienia się przeciwko HPV [26].

Wnioski. Poziom wiedzy kobiet na temat profilaktyki, objawów oraz prowadzonych w Polsce programów profilaktycznych raka piersi i raka szyjki macicy jest umiarkowany, podczas gdy wiedza na temat czynników ryzyka tych nowotworów jest niska. Dlatego ważne jest, aby uświadomić społeczeństwo w Polsce, które czynniki wpływają na zwiększenie ryzyka zachorowania na oba te nowotwory. Świadomość czynników ryzyka jest kluczowa w podejmowaniu decyzji dotyczących zmiany stylu życia i wykonywania regularnych badań przesiewowych, szczególnie, że nowotwór piersi często rozwija się bez wyraźnych objawów we wczesnych stadiach. Wczesne wykrycie choroby jest możliwe, jeśli kobieta monitoruje

odpowiednie symptomy. W związku z tym zaleca się organizowanie częstszych spotkań edukacyjnych w miejscach pracy i na uczelniach.

Bibliografia:

2. Kluz M. Profilaktyka podstawą edukacji zdrowotnej człowieka XXI wieku.
3. Wojciechowska U, Barańska K, Miklewska M, Didkowska JA. Cancer incidence and mortality in Poland in 2020. *Nowotwory. Journal of Oncology* 2023;73(3):129-145.
4. Ośmiałowska E, Świątoniowska N, Homętowska H. Jakość życia pacjentek z rozpoznaniem nowotworu piersi. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2018;12(3):143-150
5. Bojakowska UJ, Kalinowski P, Kowalska M. Epidemiologia i profilaktyka raka piersi. *Journal of Education, Health and Sport*. 2016;6(8):701-710.
6. Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia. Profilaktyka raka piersi – program profilaktyczny. [Internet]. [cited 2025 Feb 18]. Dostępne: <https://pacjent.gov.pl/program-profilaktyczny/profilaktyka-raka-piersi>.
7. Kornovski Y, Slavchev S, Kostov S, Ivanova Y, Yordanov A. Etiologia, klasyfikacja, diagnostyka i profilaktyka stanów przedrakowych szyjki macicy. *Onkologia Kliniczna w Praktyce* 2021;17.
8. Gottwald L, Kubiak R. *Ginekologia onkologiczna*. PZWL, Warszawa 2019: 233-237.
9. Nowecki ZI, Jagiełło-Gruszfeld A, Pogoda K, Niwińska A, Olszewski WP, Winter P, Matkowski R, Wysocki WM. Leczenie przedoperacyjne chorych na raka piersi i jego wpływ na postępowanie operacyjne oraz radioterapeutyczne. *Polskie Towarzystwo Onkologiczne* 2021;6(1):17-25.
10. Szulc-Pluta Z. Rak szyjki macicy – objawy, leczenie, zapobieganie. *Katowickie Centrum Onkologii* 2019;2(6).
11. Wrześniewska M, Adamczyk-Gruszka O, Gruszka J, Bąk B. Możliwości diagnostyczne i diagnostyczno – terapeutyczne w profilaktyce raka szyjki macicy. *Studia Medyczne* 2013;29(1):109-116.
12. Kozakiewicz B, Chądzyńska M, Reczek M, Jodkiewicz Z, Goławska E. Palenie tytoniu i wirus HPV – cisi zabójcy. *Current Gynecologic Oncology* 2018;16(4):234-244.
13. Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia. Profilaktyka raka szyjki macicy – program profilaktyczny. <https://pacjent.gov.pl/program-profilaktyczny/profilaktyka-raka-szyjki-macicy> (dostęp elektroniczny dnia 18.02.2025).
14. Światowa Organizacja Zdrowia. Globalna Inicjatywa na rzecz Walki z Rakiem Piersi. <https://www.who.int/initiatives/global-breast-cancer-initiative> (dostęp elektroniczny dnia 19.02.2025).
15. Kornafel J. (red.) *Nowotwory szyjki macicy*. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2011.
16. Cervical Cancer Awareness Measure (Cervical CAM) Cervical Cancer Awareness Measure Toolkit, UCL Health Behaviour Research Centre 2009.
17. Breast Cancer Awareness Measure (Breast CAM) Toolkit (version 2). Cancer Research UK 2009.
18. Ślusarska B, Nowicki G, Łachowska E, Piasecka H, Marciniak A. Wiedza kobiet na temat profilaktyki raka piersi w wybranych uwarunkowaniach socjo-demograficznych. *Med Og Nauk Zdr*. 2016;22(1):59-65. <https://doi.org/10.5604/20834543.1198725>.

19. Świadomość profilaktyki raka szyjki macicy – dane z raportu badania na temat świadomości profilaktyki raka szyjki macicy, zrealizowanego w ramach kampanii „Piękna bo zdrowa”.
20. Jankowska P, Kikolska M, Kwiatkowska M, Kochman D, Głowacka M. Poziom wiedzy na temat raka szyjki macicy wśród kobiet. PANS 2017.
21. Dewi TK, Zein RA. Predicting intention perform breast self-examination: application of the theory of reasoned action. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2017;18:2945–2952. doi: 10.22034/APJCP.2017.18.11.2945.
22. Valderrama-Urreta AL, Jiménez-Báez MV, Rodríguez JCE, et al. Social and demographics factors associated with the breast self-examination (BSE) in women in primary care. *J Fam Med Dis Prev.* 2018;4:1–6.
23. Silva PA, Riul SS. Breast cancer: risk factors and early detection “(in Portuguese)”. *Rev Bras Enferm.* 2011;64:1016–1021. doi: 10.1590/s0034-71672011000600005.
24. Dündar PE, Özmen D, Öztürk B, et al. The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. *BMC Cancer.* 2006;6:1–9. doi: 10.1186/1471-2407-6-43.
25. Al-Dubai SAR, Ganasegeran K, Alabsi AM, et al. Exploration of barriers to breast-self examination among urban women in Shah Alam, Malaysia: a cross sectional study. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2012;13:1627–1632. doi: 10.7314/apjcp.2012.13.4.1627.
26. Ghazali SM, Othman Z, Cheong KC, et al. Non-practice of breast self examination and marital status are associated with delayed presentation with breast cancer. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2013;14:1141–1145. doi: 10.7314/apjcp.2013.14.2.1141.
27. Masood H, Kushwah AS, Yadav A, Singh P, Srivastava K, Banerjee M. A study on socio-demographic-based knowledge and awareness for cervical cancer among women from Uttar Pradesh, India. *Clin Epidemiol Glob Health.* 2024;30:101825. doi:10.1016/j.cegh.2024.101825.
28. Tekle T, Wolka E, Nega B, Kumma WP, Koyira MM. Knowledge, attitude and practice towards cervical cancer screening among women and associated factors in hospitals of Wolaita zone, southern Ethiopia. *Cancer Manag Res.* 2020;12:993-1005. doi:10.2147/CMAR.S240364.
29. Kokane A, Bansal A, Pakhare A, Kapoor N, Mehrotra R. Knowledge, attitude, and practices related to cervical cancer among adult women: a hospital-based cross-sectional study. *J Nat Sci Biol Med.* 2015;6(2):324. doi:10.4103/0976-9668.159993.

WPLYW POBYTU W DZIENNYM DOMU OPIEKI MEDYCZNEJ NA SPRAWNOŚĆ FUNKCJONALNĄ SENIORÓW

KINGA KRAUSE, ELŻBIETA GARWACKA-CZACHOR, DOROTA MILECKA

Wstęp. Dienne Domy Opieki Medycznej (DDOM) powstały jako jedna z form deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi. Pierwsze DDOM wyłonione zostały w 2016 r. na podstawie konkursu ogłoszonego przez Departament Funduszy Europejskich. W roku 2016 na terenie naszego kraju działały przez okres 2 lat 53 DDOM, w których maksymalnie przez 6 miesięcy osoby starsze i niesamodzielne mogły korzystać nieodpłatnie z rehabilitacji i pomocy medycznej [1]. W roku 2018 ogłoszone zostały kolejne konkursy, tym razem przez Wojewódzkie Urzędy Pracy. W województwie dolnośląskim wyłoniono osiem podmiotów leczniczych, które od roku 2019 do 2023 świadczyły usługi jako DDOM, w tym w Głogowie. Zapewnia się w nich opiekę medyczną w warunkach zbliżonych do domowych. Do DDOM kierowani są pacjenci przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub w przypadku pacjentów bezpośrednio po hospitalizacji lekarza udzielającego świadczeń w szpitalu. Pacjent przyjmowany jest na podstawie skierowania oraz karty oceny poziomu samodzielności za pomocą skali Barthel. Czas trwania pobytu ustalany jest indywidualnie, jednak nie może być krótszy, niż 30 dni roboczych i dłuższy, niż 120 dni roboczych. W pierwszym miesiącu standard zakładał pobyt 8-10 godzinny przez 5 dni w tygodniu, a w następnych w zależności od poprawy stanu zdrowia czas ten mógł być skrócony do 4 godzin dziennie, kilka razy w tygodniu [2]. Główną grupą pacjentów do których skierowane było wsparcie to osoby powyżej 65 roku życia, które wymagały, ze względu na stan zdrowia kontynuacji leczenia, udzielania świadczeń opiekuńczych, pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych. Pacjent DDOM to pacjent, którego stan zdrowia nie pozwalał na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), ale jednocześnie nie wymagający hospitalizacji, oceniony w skali Barthel od 40 do 65 punktów. Osoby z orzeczoną stopniem niepełnosprawności mogły mieć wyższą punktację w tej skali. Wszyscy pacjenci przez cały okres pobytu w DDOM musieli posiadać prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [3]. W DDOM według standardu mogło przebywać równocześnie 25 pacjentów. Wsparciem mogły zostać objęte również rodziny lub opiekunowie pacjentów, jeśli należały do osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, w tym osoby bezrobotne [2]. W DDOM Głogów przez cały czas trwania projektu przyjęto 167 osób, z tego 86% pacjentów powyżej 65 roku

życia. Najmłodsza osoba miała w chwili przyjęcia 23 lata, a najstarsza to mężczyzna w wieku 92 lat. Osoby przebywające w DDOM Głogów cierpiały w zdecydowanej większości na schorzenia narządu ruchu. Prawie każda osoba zmagająca się z jakimś bólem, a ich główną potrzebą była potrzeba rehabilitacji i usprawnienia ruchowego. Duża część pacjentów z powodu swoich ograniczeń w sprawności funkcjonalnej miała obniżony nastrój lub depresję o różnym nasileniu. Trafiały się osoby samotne, które bały się o swoją przyszłość i żyły w lęku. Bardzo dużym problemem okazała się samotność. Według badań poczucie samotności przyczynia się do pogorszenia ogólnego stanu zdrowia, zwiększa ryzyko rozwoju zaburzeń depresyjnych, chorób otępiennych, cukrzycy typu 2 oraz wpływa na problemy z zasypianiem i powoduje uczucie zmęczenia po przebudzeniu. Udowodniono, że utrzymywanie dobrych relacji społecznych obniża ryzyko przedwczesnej śmierci nawet o 50% [4]. W opiece nad pacjentami zakwalifikowanymi do DDOM wyznaczono następujące cele: poprawę stanu zdrowia i samodzielności życiowej, przygotowanie pacjenta i opiekunów do samoopieki w warunkach domowych, przygotowanie do życia z niepełnosprawnością oraz zapobieganie wczesnym powikłaniom poszpitalnym. Osiągnięcie wyżej wymienionych celów dostrzegano w rehabilitacji i/lub modyfikacji leczenia farmakologicznego. Nad przyjętym do DDOM pacjentem czuwał wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny (WZT) w składzie: lekarz geriatra lub internista, lekarz rehabilitacji leczniczej, fizjoterapeuta, pielęgniarka, psycholog lub psychoterapeuta, dietetyk, opiekun medyczny, terapeuta zajęciowy oraz w razie potrzeby logopeda. Najpóźniej w trzecim dniu po przyjęciu pacjenta WZT oceniał pacjenta pod kątem sprawności funkcjonalnej w zakresie podstawowych i złożonych czynności życiowych, wykonywał ocenę stanu zdrowia, sprawności procesów poznawczych, stanu emocjonalnego, odżywienia, ryzyka upadków, występowania niewydolności krążenia, stopnia niewydolności zwieraczy pęcherza i odbytu, oraz ocenę bólu. Dla każdej osoby na początku pobytu pielęgniarka określała zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską oraz plan procesu pielęgnowania. Na podstawie dokonanej oceny wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny przygotowywał indywidualny plan terapii, który zawierał liczbę i rodzaj świadczeń oraz czas trwania terapii. WZT zobowiązany był organizować cotygodniowe spotkania w celu omówienia zastosowanej terapii i ewentualnych modyfikacji zaleceń dla każdego pacjenta. Na koniec każdego miesiąca WZT dokonywał oceny rezultatów podjętych działań. Maksymalnie trzy dni przed wypisaniem pacjenta WZT dokonywał ponownej oceny stanu zdrowia pacjenta z zastosowaniem identycznych narzędzi i skal jak podczas jego przyjęcia. Po wypisaniu pacjenta w celu podtrzymania efektów pobytu WZT prowadził monitoring stanu pacjentów polegający na realizowaniu 1-2 wizyt fizjoterapeuty w domu pacjenta i wykonywaniu rozmów

telefonicznych w okresie 6 miesięcy od dnia zakończenia pobytu. Personel DDOM mógł również nawiązywać współpracę z pielęgniarką środowiskową w celu dalszego świadczenia usług na rzecz pacjenta [2].

Dzienne domy opieki medycznej zaprojektowano tak, aby w chwili przyjęcia pacjenta ocenić jego sprawność funkcjonalną i zastosować całościową ocenę geriatryczną (COG) używając wybranych narzędzi. COG jest to wielokierunkowy proces diagnostyczny, który ma na celu ustalenie zakresu zaburzenia sprawności funkcjonalnej i stworzenie pełnego planu terapii i opieki długoterminowej nad seniorem. Dzięki tej ocenie możliwa jest identyfikacja problemów zdrowotnych i opiekuńczych, ustalenie głównych potrzeb pacjenta i zoptymalizowanie procesu leczenia lub usprawniania. COG ma na celu zaplanowanie działań zmierzających do poprawy funkcjonowania oraz jakości życia seniora. W skład COG wchodzi: badanie fizykalne wraz z oceną neurologiczną, badanie hipotonii ortostatycznej, ocena słuchu, widzenia, chodu, równowagi i ryzyka upadku, ocena funkcji poznawczych i emocjonalnych, ocena stanu odżywienia oraz nastroju. W COG mają zastosowanie skale: Skala IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*) - do oceny złożonych czynności dnia codziennego, Skala VES-13 (*Vulnerable Elders – 13 Survey*) - identyfikuje potrzebę przeprowadzenia całościowej oceny geriatrycznej, Skala MMSE (*Mini Mental State Examination*) - jedna z metod pomiaru funkcji poznawczych, pomaga rozpoznać ich zaburzenia, Skala HAM-D (*Hamilton Depression Rating Scale*) - skala lęku i depresji stosowana, Skala GDS (*Geriatric depression scale*) - narzędzie przesiewowe do oceny obecności depresji w grupie osób w podeszłym wieku, Test Tinetti (*Gait and Balance Examination*) - używana do szacowania ryzyka upadku, Skala MNA (*Mini Nutritional Assessment*) - ocenia stopień odżywienia pacjenta, Skala NYHA (*New York Heart Association*) - ocenia stopień zaawansowania niewydolności krążenia oraz ryzyko powikłań, Skala oceny stopnia bólu NRS (*Numeric Rating Scale*) [5-10].

Pacjent geriatryczny to bardzo często pacjent z wieloma chorobami. Osoby starsze mają tendencje przyjmowania wielu leków i suplementów poza ordynacją lekarza, dlatego w COG lekarz wnikliwie bada, co przyjmuje senior, tym samym wpływając pozytywnie na zmniejszenie polipragmazji [11].

Celem głównym pracy jest ocena wpływu pobytu w Dziennym Domu Opieki Medycznej w Głogowie na sprawność funkcjonalną seniorów.

Materiał i metody badawcze. Materiał badany stanowiła dokumentacja medyczna 140 pacjentów, 90 kobiet i 50 mężczyzn, którzy byli uczestnikami projektu pod nazwą Dzienny Dom Opieki Medycznej w Głogowie (DDOM Głogów) w okresie od marca 2021r. do czerwca

2023 r. Dokumentację do badań pozyskano po ukończeniu projektu i otrzymaniu pisemnej zgody Dyrektora Przedsiębiorstwa Leczniczego „GeriaMed” z dnia 06.07.2023 r. Badanie prowadzono w okresie od 1.11.2023 do 29.02.2024 r. u pacjentów, którzy mieli ukończone 60 lat, długość ich pobytu wynosiła 30 dni oraz mieli wykonane pomiary w dniu przyjęcia i po 30 dniach pobytu z zastosowaniem narzędzi badawczych: Skala IADL, Skala MMSE, Skala GDS, Skala NRS oraz dokumentacji projektowej: deklaracja uczestnictwa w projekcie, formularz zgłoszeniowy do projektu DDOM Głogów. Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Głogowie nr 28/2023 z dnia 24.10.2023 roku. W badaniu zastosowano metodę analizy dokumentacji. Zastosowano technikę nowoczesną (ilościową) w badaniu indywidualnej dokumentacji medycznej oraz dokumentacji projektowej wytworzonych podczas pobytu pacjentów w DDOM Głogów. W przypadku indywidualnej dokumentacji medycznej wykorzystano narzędzia:

Opis zastosowanych metod analizy statystycznej. Analizę zmiennych ilościowych (tj. wyrażonych liczbą) wykonano wyliczając statystyki opisowe takie jak średnia, odchylenia standardowe, mediana, kwartyle oraz minimum i maksimum. Analizę zmiennych jakościowych (tj. nie wyrażonych liczbą) przeprowadzono wyliczając częstości bezwzględne i procentowe wystąpienia wszystkich wartości, jakie zmienne te mogły przyjmować. Porównanie wartości zmiennych ilościowych w dwóch grupach wykonano za pomocą testu Manna-Whitney’a. Porównanie wartości zmiennych ilościowych w trzech lub więcej grupach wykonano za pomocą testu Kruskala-Wallisa i w razie wykrycia istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami, testu post-hoc Dunna. Porównanie wartości zmiennych ilościowych w dwóch powtarzanych pomiarach wykonano za pomocą testu Wilcoxa dla par wiązanych. Korelacje pomiędzy zmiennymi ilościowymi analizowano za pomocą współczynnika korelacji Spearmana. W analizie przyjęto poziom istotności 0,05, wszystkie wartości p poniżej 0,05 interpretowano jako świadczące o istotnych zależnościach. Analizę wykonano w programie R, wersja 4.3.2. [12].

Wyniki badań. Charakterystyka socjodemograficzna badanej grupy. W badanej grupie 140 podopiecznych DDOM-u było 90 kobiet (64,29%) oraz 50 mężczyzn (35,71%). Ponad połowa pacjentów - 71 (50,71%) to osoby w wieku 60-74 lata. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem ponadgimnazjalnym i policealnym - 85 osób (60,71%). Wśród podopiecznych 127 osób (90,71%) zamieszkiwało tereny miejskie. Uzyskane wyniki szczegółowo przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna pacjentów

Parametr		Łącznie (N=140)
Płeć	Kobieta	90 (64,29%)
	Mężczyzna	50 (35,71%)
Wiek	60-74 lata	71 (50,71%)
	75-84 lata	48 (34,29%)
	85 lat lub więcej	21 (15,00%)
Wykształcenie	Gimnazjalne i niższe	52 (37,14%)
	Ponadgimnazjalne i policealne	85 (60,71%)
	Wyższe	3 (2,14%)
Miejsce zamieszkania	Miasto	127 (90,71%)
	Wieś	13 (9,29%)

Ocena sprawności funkcjonalnej badanych przed rozpoczęciem leczenia. Najliczniejszą grupą byli pacjenci: odczuwający ból o dużym nasileniu - 85 osób (60,71%), ponad 3/4 pacjentów - 109 osób (77,86%) nie wykazywało oznak depresji, nie stwierdzono zaburzeń poznawczych u 90 osób (64,29%). Mediana 20 w skali IADL wskazuje, że badani seniorzy w większości dobrze radzili sobie ze złożonymi czynnościami dnia codziennego. Uzyskane wyniki szczegółowo przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Ocena sprawności funkcjonalnej seniorów przed rozpoczęciem leczenia

Parametr		Łącznie (N=140)
NRS przed rozpoczęciem leczenia [punkty]	Średnia (SD)	4,96 (1,93)
	Mediana (kwartyle)	5 (4-6)
	Zakres	1-10
	n	140
NRS przed rozpoczęciem leczenia	Ból o lekkim nasileniu	30 (21,43%)
	Ból o dużym nasileniu	85 (60,71%)
	Bardzo silny ból	25 (17,86%)
GDS przed rozpoczęciem leczenia [punkty]	Średnia (SD)	3,94 (3)
	Mediana (kwartyle)	3 (2-5)
	Zakres	0-15
	n	140
GDS przed rozpoczęciem leczenia	Brak depresji	109 (77,86%)
	Depresja	31 (22,14%)
MMSE przed rozpoczęciem leczenia [punkty]	Średnia (SD)	26,14 (5,05)
	Mediana (kwartyle)	28 (25-29)
	Zakres	0-30
	n	140
MMSE przed rozpoczęciem leczenia	Otępienie głębokie	2 (1,43%)
	Otępienie średniego stopnia	10 (7,14%)
	Otępienie lekkiego stopnia	18 (12,86%)
	Zaburzenia poznawcze bez otępienia	20 (14,29%)
	Wynik prawidłowy	90 (64,29%)
IADL przed rozpoczęciem leczenia [punkty]	Średnia (SD)	18,87 (4,45)
	Mediana (kwartyle)	20 (16,75-22)
	Zakres	4-24
	n	140

Ocena sprawności funkcjonalnej badanych po zakończeniu leczenia. Najliczniejszą grupą byli pacjenci: odczuwający ból o lekkim nasileniu - 73 osoby (52,14%), oznak depresji nie wykazywały 123 osoby (87,86%), u 100 osób (71,43%) nie stwierdzono zaburzeń poznawczych.

Mediana 21 w skali IADL dowodzi, że pacjenci w większości dobrze radzili sobie ze złożonymi czynnościami dnia codziennego. Uzyskane wyniki szczegółowo przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Ocena sprawności funkcjonalnej seniorów po zakończeniu leczenia

Parametr	Łącznie (N=140)
NRS po zakończeniu leczenia [punkty]	Średnia (SD)
	3,66 (1,69)
	Mediana (kwartyle)
	3 (3-5)
NRS po zakończeniu leczenia	Zakres
	1-8
	n
	140
GDS po zakończeniu leczenia [punkty]	Ból o lekkim nasileniu
	73 (52,14%)
	Ból o dużym nasileniu
	58 (41,43%)
GDS po zakończeniu leczenia	Bardzo silny ból
	9 (6,43%)
	Średnia (SD)
	2,81 (2,62)
MMSE po zakończeniu leczenia [punkty]	Mediana (kwartyle)
	2 (1-3,25)
	Zakres
	0-14
MMSE po zakończeniu leczenia	n
	140
IADL po zakończeniu leczenia [punkty]	Brak depresji
	123 (87,86%)
	Depresja
	17 (12,14%)
MMSE po zakończeniu leczenia	Średnia (SD)
	26,69 (5,04)
	Mediana (kwartyle)
	29 (26-30)
MMSE po zakończeniu leczenia	Zakres
	0-30
	n
	140
MMSE po zakończeniu leczenia	Otępienie głębokie
	2 (1,43%)
	Otępienie średniego stopnia
	8 (5,71%)
MMSE po zakończeniu leczenia	Otępienie lekkiego stopnia
	16 (11,43%)
	Zaburzenia poznawcze bez otępienia
	14 (10,00%)
MMSE po zakończeniu leczenia	Wynik prawidłowy
	100 (71,43%)
	Średnia (SD)
	19,39 (4,02)
IADL po zakończeniu leczenia [punkty]	Mediana (kwartyle)
	21 (17-22)
	Zakres
	4-24
IADL po zakończeniu leczenia [punkty]	n
	140

Analizy jednoczynnikowe

Związek pomiędzy zastosowanymi skalami oceny sprawności funkcjonalnej a płcią przed rozpoczęciem leczenia - wartości $p < 0,05$ wskazują istotne statystycznie różnice. Wynik na skali IADL był istotnie wyższy wśród kobiet niż wśród mężczyzn – tabela 4.

Tabela 4. Płeć a NRS, GDS, MMSE, IADL

Parametr	Płeć	N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p
NRS przed rozpoczęciem leczenia [punkty]	Kobieta	90	4,93	2,01	5,0	1	10	4	6	p=0,993
	Mężczyzna	50	5,02	1,79	5,0	1	10	4	6	
GDS przed rozpoczęciem leczenia [punkty]	Kobieta	90	4,12	2,96	3,0	0	15	2	5	p=0,201
	Mężczyzna	50	3,62	3,08	3,0	0	14	1	5	
MMSE przed rozpoczęciem leczenia [punkty]	Kobieta	90	26,10	5,51	28,0	0	30	25	29	p=0,6
	Mężczyzna	50	26,22	4,13	28,0	14	30	25	29	
IADL przed rozpoczęciem leczenia [punkty]	Kobieta	90	19,40	4,42	20,5	4	24	17	23	p=0,019 *
	Mężczyzna	50	17,92	4,40	19,0	6	24	16	21	

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

Związek pomiędzy zastosowanymi skalami oceny sprawności funkcjonalnej a wiekiem przed rozpoczęciem leczenia - wartości $p < 0,05$ wskazują istotne statystycznie różnice. Wynik na

skali MMSE był istotnie wyższy wśród osób w wieku 60-74 lata niż wśród osób w wieku 75-84 lata i wśród osób w wieku 85 lat lub starszym. Wynik na skali IADL był istotnie wyższy wśród osób w wieku 60-74 lata niż wśród osób w wieku 85 lat lub starszym i wśród osób w wieku 75-84 lata – tabela 5.

Tabela 5. Wiek a NRS, GDS, MMSE, IADL

Parametr	Wiek	N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p
NRS przed rozpoczęciem leczenia [punkty]	60-74 lata	71	5,23	1,83	5	1	10	4,0	6	p=0,212
	75-84 lata	48	4,58	2,15	5	1	10	3,0	6	
	85 lat lub więcej	21	4,95	1,63	5	2	8	4,0	6	
GDS przed rozpoczęciem leczenia [punkty]	60-74 lata	71	4,20	3,26	3	0	14	2,0	6	p=0,397
	75-84 lata	48	3,79	2,39	4	0	11	2,0	5	
	85 lat lub więcej	21	3,43	3,37	2	0	15	2,0	4	
MMSE przed rozpoczęciem leczenia [punkty]	60-74 lata - A	71	27,25	4,72	29	0	30	27,0	30	p<0,001 *
	75-84 lata - B	48	25,04	5,49	27	1	30	23,0	28	
	85 lat lub więcej - C	21	24,90	4,37	26	14	29	23,0	28	
IADL przed rozpoczęciem leczenia [punkty]	60-74 lata - A	71	19,51	4,85	21	4	24	17,5	23	p=0,016 *
	75-84 lata - B	48	18,21	4,16	19	6	24	15,0	21	
	85 lat lub więcej - C	21	18,24	3,42	19	9	22	16,0	21	

p - test Kruskala-Wallisa + analiza post-hoc (test Dunna), SD - odchylenie standardowe, Q1 - kwartył dolny, Q3 - kwartył górny; * zależność istotna statystycznie (p<0,05)

Związek pomiędzy zastosowanymi skalami oceny sprawności funkcjonalnej a wykształceniem przed rozpoczęciem leczenia - wartości p<0,05 wskazują istotne statystycznie różnice. Wynik na skali MMSE był istotnie wyższy wśród osób z wykształceniem ponadgimnazjalnym, policealnym lub wyższym niż wśród osób z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym. Wynik na skali IADL był istotnie wyższy wśród osób z wykształceniem ponadgimnazjalnym, policealnym lub wyższym niż wśród osób z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym – tabela 6.

Tabela 6. Wykształcenie a NRS, GDS, MMSE, IADL

Parametr	Wykształcenie	N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p
NRS przed rozpoczęciem leczenia [punkty]	Gimnazjalne i niższe	52	5,06	1,86	5,0	1	10	4,00	6,00	p=0,424
	Ponadgimnazjalne, policealne i wyższe	88	4,91	1,97	5,0	1	10	4,00	6,00	
GDS przed rozpoczęciem leczenia [punkty]	Gimnazjalne i niższe	52	4,33	3,63	3,0	0	15	2,00	6,00	p=0,616
	Ponadgimnazjalne, policealne i wyższe	88	3,72	2,55	3,0	0	10	2,00	5,00	
MMSE przed rozpoczęciem leczenia [punkty]	Gimnazjalne i niższe	52	24,96	5,65	27,0	0	30	23,00	28,25	p=0,004 *
	Ponadgimnazjalne, policealne i wyższe	88	26,84	4,54	28,5	1	30	25,75	30,00	

Parametr	Wykształcenie	N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p
IADL przed rozpoczęciem leczenia [punkty]	Gimnazjalne i niższe	52	17,46	5,32	19,0	4	24	15,75	21,00	p=0,014 *
	Ponadgimnazjalne, policealne i wyższe	88	19,70	3,64	21,0	9	24	18,00	23,00	

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

Związek pomiędzy zastosowanymi skalami oceny sprawności funkcjonalnej a płcią po zakończeniu leczenia - wartości $p < 0,05$ wskazują istotne statystycznie różnice. Wynik na skali IADL był istotnie wyższy wśród kobiet niż wśród mężczyzn - tabela.

Tabela 7. Płeć a NRS, GDS, MMSE, IADL

Parametr	Płeć	N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p
NRS po zakończeniu leczenia [punkty]	Kobieta	90	3,61	1,65	3,5	1	8	3,00	5	p=0,84
	Mężczyzna	50	3,76	1,77	3,0	1	8	3,00	5	
GDS po zakończeniu leczenia [punkty]	Kobieta	90	2,81	2,40	2,0	0	13	1,00	3	p=0,324
	Mężczyzna	50	2,80	3,01	2,0	0	14	1,00	4	
MMSE po zakończeniu leczenia [punkty]	Kobieta	90	26,64	5,38	29,0	0	30	26,00	30	p=0,954
	Mężczyzna	50	26,76	4,41	29,0	14	30	25,25	30	
IADL po zakończeniu leczenia [punkty]	Kobieta	90	19,98	3,68	21,0	8	24	18,00	23	p=0,015 *
	Mężczyzna	50	18,32	4,41	19,5	4	24	16,25	21	

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

Związek pomiędzy zastosowanymi skalami oceny sprawności funkcjonalnej a wiekiem po zakończeniu leczenia - wartości $p < 0,05$ wskazują istotne statystycznie różnice. Wynik na skali MMSE był istotnie wyższy wśród osób w wieku 60-74 lata niż wśród osób w wieku 75-84 lata i wśród osób w wieku 85 lat lub starszym. Wynik na skali IADL był istotnie wyższy wśród osób w wieku 60-74 lata niż wśród osób w wieku 75-84 lata i wśród osób w wieku 85 lat lub starszym – tabela 8.

Tabela 8. Wiek a NRS, GDS, MMSE, IADL

Parametr	Wiek	N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p
NRS po zakończeniu leczenia [punkty]	60-74 lata	71	3,73	1,58	4	1	8	3	5,00	p=0,536
	75-84 lata	48	3,48	1,76	3	1	8	2	5,00	
	85 lat lub więcej	21	3,86	1,90	4	1	8	3	5,00	
GDS po zakończeniu leczenia [punkty]	60-74 lata	71	2,87	2,87	2	0	14	1	4,00	p=0,908
	75-84 lata	48	2,79	2,39	2	0	11	1	3,25	
	85 lat lub więcej	21	2,62	2,38	2	0	10	1	3,00	
MMSE po zakończeniu leczenia [punkty]	60-74 lata - A	71	27,59	4,60	29	0	30	27	30,00	p=0,003 *
	75-84 lata - B	48	25,77	5,63	28	1	30	24	29,25	
	85 lat lub więcej - C	21	25,71	4,66	28	14	30	25	29,00	
IADL po zakończeniu leczenia [punkty]	60-74 lata - A	71	20,15	4,04	21	8	24	19	23,00	p=0,009 *
	75-84 lata - B	48	18,65	3,97	19	4	24	17	22,00	
	85 lat lub więcej - C	21	18,48	3,72	19	9	22	17	22,00	

p - test Kruskala-Wallisa + analiza post-hoc (test Dunna), *SD* - odchylenie standardowe, *Q1* - kwartyl dolny, *Q3* - kwartyl górny; * zależność istotna statystycznie ($p < 0,05$)

Związek pomiędzy zastosowanymi skalami oceny sprawności funkcjonalnej a wykształceniem po zakończeniu leczenia - wartości $p < 0,05$ wskazują istotne statystycznie różnice. Wynik na skali MMSE był istotnie wyższy wśród osób z wykształceniem ponadgimnazjalnym, policealnym lub wyższym niż wśród osób z wykształceniem gimnazjalnym lub niższym – tabela 9.

Tabela 9. Wykształcenie a NRS, GDS, MMSE, IADL

Parametr	Wykształcenie	N	Średni a	SD	Media na	Min	Max	Q1	Q3	p
NRS po zakończeniu leczenia [punkty]	Gimnazjalne i niższe	52	3,44	1,36	3,0	1	8	3,00	4	$p=0,38$
	Ponadgimnazjalne, policealne i wyższe	88	3,80	1,85	3,5	1	8	2,00	5	
GDS po zakończeniu leczenia [punkty]	Gimnazjalne i niższe	52	3,21	3,11	2,0	0	14	1,00	4	$p=0,309$
	Ponadgimnazjalne, policealne i wyższe	88	2,57	2,27	2,0	0	11	1,00	3	
MMSE po zakończeniu leczenia [punkty]	Gimnazjalne i niższe	52	25,63	5,47	28,0	0	30	22,75	29	$p=0,004$ *
	Ponadgimnazjalne, policealne i wyższe	88	27,31	4,68	29,0	1	30	27,00	30	
IADL po zakończeniu leczenia [punkty]	Gimnazjalne i niższe	52	18,42	4,67	20,0	4	24	16,75	22	$p=0,058$
	Ponadgimnazjalne, policealne i wyższe	88	19,95	3,48	21,0	10	24	18,00	23	

p - test Manna-Whitney'a, *SD* - odchylenie standardowe, *Q1* - kwartyl dolny, *Q3* - kwartyl górny

* zależność istotna statystycznie ($p < 0,05$)

Związek pomiędzy zastosowanymi skalami oceny sprawności funkcjonalnej a miejscem zamieszkania przed i po rozpoczęciem leczenia - różnice nieistotne statystycznie (wszystkie $p > 0,05$).

Wpływ pobytu w Dziennym Domu Opieki Medycznej na sprawność funkcjonalną badanych - wartości $p < 0,05$ wskazują istotne statystycznie różnice. Wynik na skali NRS był istotnie wyższy przed rozpoczęciem leczenia niż po zakończeniu leczenia. Wynik na skali GDS był istotnie wyższy przed rozpoczęciem leczenia niż po zakończeniu leczenia. Wynik na skali MMSE był istotnie wyższy po zakończeniu leczenia niż przed rozpoczęciem leczenia. Wynik na skali IADL był istotnie wyższy po zakończeniu leczenia niż przed rozpoczęciem leczenia – tabela 10.

Tabela 10. Ocena wpływu pobytu w Dziennym Domu Opieki Medycznej na sprawność funkcjonalną seniorów

Parametr	Pomiar	N	Średni a	SD	Median a	Min	Max	Q1	Q3	p
NRS przed rozpoczęciem leczenia [punkty]	Przed rozpoczęciem leczenia	140	4,96	1,93	5	1	10	4,00	6,00	$p < 0,001$ *
	Po zakończeniu leczenia	140	3,66	1,69	3	1	8	3,00	5,00	

Parametr	Pomiar	N	Średni a	SD	Median a	Min	Max	Q1	Q3	p
GDS przed rozpoczęciem leczenia [punkty]	Przed rozpoczęciem leczenia	140	3,94	3,00	3	0	15	2,00	5,00	p<0,001*
	Po zakończeniu leczenia	140	2,81	2,62	2	0	14	1,00	3,25	
MMSE przed rozpoczęciem leczenia [punkty]	Przed rozpoczęciem leczenia	140	26,14	5,05	28	0	30	25,00	29,00	p=0,001*
	Po zakończeniu leczenia	140	26,69	5,04	29	0	30	26,00	30,00	
IADL przed rozpoczęciem leczenia [punkty]	Przed rozpoczęciem leczenia	140	18,87	4,45	20	4	24	16,75	22,00	p<0,001*
	Po zakończeniu leczenia	140	19,39	4,02	21	4	24	17,00	22,00	

p - test Wilcozona dla par wiązanych; * zależność istotna statystycznie ($p<0,05$)

Wpływ wyników skali NRS (ocena nasilenia bólu) na wyniki skali GDS (ocena depresji u seniorów) przed i po leczeniu.

Przed leczeniem - zależność nieistotna statystycznie (gdyż $p>0,05$).

Po leczeniu - zależność istotna statystycznie (gdyż $p<0,05$). Korelacja jest dodatnia, a więc im silniejszy ból, tym większe nasilenie depresji – tabela 11.

Tabela 11. Związek pomiędzy oceną nasilenia bólu (NRS) a oceną depresji (GDS) u seniorów po leczeniu

Badane cechy	Współczynnik korelacji Spearmana	p
NRS po zakończeniu leczenia i GDS po zakończeniu leczenia	0,222	p=0,008

Wpływ wyników testu MMSE (ocena funkcji poznawczych) na wyniki skali IADL (złożonych czynności życia codziennego) ocena przed i po leczeniu

Przed leczeniem - zależność istotna statystycznie (gdyż $p<0,05$). Korelacja jest dodatnia, a więc im mniejsze otępienie, tym lepszy stan ogólny – tabela 12.

Tabela 12. Związek pomiędzy oceną funkcji poznawczych (MMSE) a oceną złożonych czynności życia codziennego (IADL) przed leczeniem

Badane cechy	Współczynnik korelacji Spearmana	p
MMSE przed rozpoczęciem leczenia i IADL przed rozpoczęciem leczenia	0,391	p<0,001

Po leczeniu - zależność istotna statystycznie (gdyż $p<0,05$). Korelacja jest dodatnia, a więc im mniejsze otępienie, tym lepszy stan ogólny – tabela 13.

Tabela 13. Określenie związku pomiędzy oceną nasilenia bólu (NRS) a oceną depresji (GDS) u seniorów po leczeniu

Badane cechy	Współczynnik korelacji Spearmana	p
MMSE po zakończeniu leczenia i IADL po zakończeniu leczenia	0,37	p<0,001

Dyskusja. Starość jest naturalnym etapem życia każdego człowieka. Zmiany zachodzące w organizmie człowieka w wyniku starzenia się powodują szereg niekorzystnych zmian obniżających funkcje życiowe i skutkują wycofaniem z życia społecznego i pogłębieniem osamotnienia. Jest to wyzwanie dla współczesnego świata i konieczność zmiany organizacji opieki zdrowotnej m.in. nowych form opieki geriatrycznej, do których zaliczają się DDOM [13].

Badania własne dowodzą, że pobyt w Dziennym Domu Opieki Medycznej w Głogowie wpłynął pozytywnie na sprawność funkcjonalną przebywających w nim seniorów. Zaobserwowano istotne statystycznie różnice w sprawności funkcjonalnej pacjentów (badanych przed rozpoczęciem leczenia i po jego zakończeniu) ($p < 0,05$) - wyniki na skalach NRS (ocena poziomu bólu) i GDS (ocena obecności depresji) były istotnie wyższe przed rozpoczęciem leczenia niż po jego zakończeniu, a wyniki na skalach MMSE (ocena funkcji poznawczych) i IADL (ocena złożonych czynności dnia codziennego) były istotnie wyższe po zakończeniu leczenia niż przed jego rozpoczęciem. W literaturze brak podobnych badań, które oceniają wpływ pobytu w DDOM na sprawność funkcjonalną pacjentów, ale są badania podobne. W badaniu Kulińskiego na grupie 120 seniorów z zespołami bólowymi kręgosłupa i stawów w ciągu 3 tygodni ambulatoryjnego postępowania fizykalno-usprawniającego zaobserwowano korzystny wpływ tej terapii na stan podmiotowy i przedmiotowy chorych (zastosowano testy: Get Up & Go, ADL, IADL, skalę bólu Laitinena) [14]. Innym badaniem potwierdzającym pozytywny wpływ różnych form aktywności na utrzymanie i poprawę sprawności funkcjonalnej seniorów, jest badanie przeprowadzone przez Prusik i wsp. wśród 48 kobiet w wieku 60+, które przez 3 miesiące aktywnie uczestniczyły w programach aktywizujących [15]. Nie znaleziono badań, w których jakiegokolwiek próby usprawnienia funkcjonalnego seniorów miałyby negatywny wpływ na ich sprawność.

W badaniach własnych analizowano również wpływ testu MMSE na wyniki skali IADL zarówno na początku jak i na końcu leczenia i wykazano istotną statystycznie ($p < 0,05$) zależność – korelacja jest dodatnia, a więc im mniejsze otępienie tym lepszy stan ogólny pacjentów. Podobne wyniki uzyskała Dziechciaż i wsp. w badaniu dotyczącym częstości występowania upośledzenia funkcjonalnego wśród 504 osób powyżej 65 roku życia przebywających w środowisku domowym - wraz ze spadkiem umiejętności poznawczych u pacjentów, spadała ich zdolność do wykonywania złożonych czynności życia codziennego [16]. Również Kaczmarek oceniając funkcjonowanie poznawcze 386 osób wykazała, że wraz z wiekiem postępują zaburzenia poznawcze i obniża się wynik uzyskany w teście MMSE [17]. Znaczna ilość badań dotyczących sprawności funkcjonalnej osób starszych obejmuje ocenę

jedynie w konkretnych okolicznościach, na przykład w chwili przyjęcia na oddział. Wiąże się to z trudnościami w zakresie ich zastosowania do oceny poprawy sprawności po pobycie pacjenta w badanych placówkach. Pozwalają one jednak poznać ogólny stan funkcjonalny osób starszych. W badaniu Mikołajczyk i wsp. przeprowadzonym podczas przyjęcia na oddział geriatrii, dotyczącym oceny sprawności funkcjonalnej 105 osób skalami ADL, IADL oraz Barthel wykazano bardzo niskie wyniki w każdej z nich - dominowały osoby z dużym deficytem sprawności. Autorzy zwracają uwagę na zależność między poziomem sprawności funkcjonalnej, a samopoczuciem i jakością życia seniorów [18]. Wraz z wiekiem pogłębiają się u seniorów choroby i nasila się ból. W mózgu istnieją wspólne struktury odpowiedzialne za regulację procesów związanych z nastrojem oraz za przetwarzanie bodźców bólowych, dlatego w przebiegu zaburzeń depresyjnych często występują dolegliwości bólowe [19]. Jak podaje Szkudnik-Fiedler i wsp. dolegliwości bólowe odczuwa 65% pacjentów cierpiących na depresję oraz niemal każda osoba z silną depresją [20]. W badaniach autorskich przed rozpoczęciem leczenia, nie znaleziono zależności pomiędzy oceną nasilenia bólu (wg skali NRS) a oceną depresji (skala GDS), jednak po 30-dniowym leczeniu wykazano istotną statystycznie dodatnią korelację - im silniejszy ból, tym większe nasilenie depresji u osób starszych ($p < 0,05$). Wyniki badań własnych są zgodne z badaniami innych autorów, w których wykazano zależność między występowaniem bólu i depresji. W badaniu poziomego bólu, lęku i depresji u 62 pacjentów z chorobą tętnic obwodowych, Piotrkowska i wsp. zestawiali wyniki skali VAS (skala do oceny nasilenia bólu) ze skalą HADS-M (ocena lęku i depresji w warunkach szpitalnych), wykazując, że wraz ze wzrostem natężenia bólu wzrasta poziom depresji. Na natężenie bólu i występowanie depresji nie miały wpływu wiek i płeć [21]. U Gąseckiej i Stąpór w badaniu bólu przewlekłego u 63 osób starszych na oddziale chirurgii, nie zaobserwowano związku między nasileniem bólu (skala NRS), a występowaniem depresji (skala GDS) w badanej grupie, jednak w tym samym badaniu stwierdzono zależność istotną statystycznie między występowaniem bólu neuropatycznego (mierzonych skalą DN4) a wzrostem stanu depresyjnego (mierzonych skalą GDS) [22]. W badaniu jakości życia wśród 66 pensjonariuszy Domu Opieki i Diennej Opieki Senior+ w Nakle nad Notecią, autorzy wykazali obniżoną jakość życia badanych ze względu na występowanie u nich bólu oraz lęku i depresji, które uznane zostały jako najbardziej niekorzystne czynniki wpływające na jakość życia [23]. Ryshkovska i wsp. zauważają, że ból jest reakcją pacjentów na ich niezadowolający stan zdrowia. Niektórzy sugerują, że ból przewlekły to zamaskowana forma depresji. Z bólem często wiąże się lęk, który jako stan emocjonalny wpływa na obniżenie nastroju [24]. Również Fidecki i wsp. oceniając ryzyko depresji wśród 115 osób starszych ze środowiska wiejskiego zauważyli, że choroby, zwłaszcza

przewlekłe i związane z bólem, z jakimi często borykają się osoby starsze, mogą przyczyniać się do rozwoju depresji [25]. Stosunek pomiędzy bólem i depresją jest dobrze znany i wynika również z badań przeprowadzonych w DDOM Głogów. W badaniach własnych zdecydowana większość pacjentów to kobiety (64,29%), co jest charakterystyczne dla badań wśród osób powyżej 60 roku życia i pokrywa się z innymi badaniami w tej grupie wiekowej [5,14,16,17,23,25,26]. Spośród badanych cech socjodemograficznych w DDOM Głogów istotny wpływ na ocenę stanu zdrowia zarówno przed rozpoczęciem leczenia jak i po jego zakończeniu miały takie cechy jak: płeć, wiek i wykształcenie. Kobiety wykazywały większą niezależność życiową niż mężczyźni, lepiej funkcjonowały w gospodarstwie domowym i w środowisku zewnętrznym. Świadczy o tym także badanie Ciećko i wsp. gdzie wykazano, że kobiety były bardziej mobilne, niż mężczyźni [23]. W badaniu własnym ocena funkcji poznawczych przed i po zakończeniu leczenia korzystniej wypadła u osób w wieku 60–74 lata niż starszych. Potwierdza to również badanie Kaczmarek, w którym wykazano, że wraz z wiekiem pacjentów obniża się wynik uzyskany w teście MMSE [17]. Podobnie wypadła ocena złożonych czynności życia codziennego - była istotnie wyższa wśród osób w wieku 60-74 lata niż wśród osób w wieku 85 lat lub starszym i wśród osób w wieku 75-84 lata. Pacjenci z wykształceniem ponadgimnazjalnym, policealnym i wyższym w badaniu własnym mieli mniej zaburzeń poznawczych i lepiej radzili sobie z czynnościami dnia codziennego, niż osoby z wykształceniem gimnazjalnym. Również badanie Dziechciaż i wsp. pokazuje istotną statystycznie zależność między wykształceniem, a umiejętnością radzenia sobie z podstawowymi i złożonymi czynnościami dnia codziennego [16]. W badaniach Kaczmarek wynik uzyskany w teście MMSE wzrastał wraz z liczbą lat edukacji. Można stąd wysnuć wniosek, że im bardziej wykształcony pacjent, tym mniejsze ryzyko otępienia [17]. Parametr taki jak miejsce zamieszkania nie miał znaczenia w ocenie sprawności funkcjonalnej seniorów (wszystkie $p > 0,05$). Analizując wyniki uzyskane w badaniu autorskim, należy stwierdzić, że pobyt w DDOM Głogów znacząco przyczynił się do poprawy sprawności funkcjonalnej pacjentów.

Implementacja wyników badań do praktyki. Istnieje potrzeba tworzenia różnych form wsparcia dla osób starszych, z niepełnosprawnościami oraz zagrożonych wykluczeniem społecznym, w celu poprawy i utrzymania ich jak najdłużej, w jak najlepszej sprawności funkcjonalnej. Wsparcie to, ze względu na wysoki koszt pobytu pacjenta, powinno być refundowane przez państwo, na przykład poprzez wpisanie dziennych domów opieki medycznej do koszyka świadczeń gwarantowanych. Takie rozwiązanie ułatwiłoby

i upowszechniło dostęp do tych świadczeń oraz pozwoliłoby na wykorzystanie potencjału DDOM-ów.

Wnioski

1. Pobyt seniorów w Dziennym Domu Opieki Medycznej w Głogowie miał wpływ na poprawę ich sprawności funkcjonalnej: ból i depresja były wyższe przed rozpoczęciem leczenia niż po jego zakończeniu, funkcjonowanie poznawcze i niezależność życiowa były wyższe po zakończeniu leczenia niż przed jego rozpoczęciem.
2. Ból miał wpływ na nasilenie się depresji po zakończeniu leczenia: im silniejszy ból, tym większe nasilenie depresji.
3. Przed i po leczeniu funkcjonowanie poznawcze miało wpływ na niezależność życiową: im mniejsze otępienie, tym lepszy stan ogólny.
4. Sprawność funkcjonalna badanych zależała od płci, wieku i wykształcenia zarówno przed jak i po zakończeniu leczenia.

Bibliografia

1. Fundusze Europejskie. Dzień dobry w DDOM. <https://www.zdrowie.gov.pl/strona-894-dzien-dobry-w-ddom.html> [dostęp: 28.04.2025].
2. Serwis Instytucji Pośredniczącej RPO Woj. Dolnośląskiego. Załączniki do regulaminu konkursu nr RPDS.09.03.00-IP.02-02-305/18. Dolnośląski Wojewódzki Urząd Pracy. Wrocław. 2018 <https://rpo-wupdolnoslaski.praca.gov.pl/-/7208440-nabor-wnioskow-na-projekty-z-zakresu-wsparcia-deinstytucjonalizacji-opieki-nad-osobami-zaleznymi-poprzez-rozwoj-alternatywnych-form-opieki-nad> [dostęp: 10.04.2024].
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004, Nr 210, poz. 2135). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20042102135> [dostęp: 16.04.2025].
4. Florek S. i wsp. Wpływ izolacji na zdrowie psychiczne osób dorosłych. Humanitas Pedagogika i Psychologia. 2023;1(27):257-263. <https://humanitas-pedagogika.publisherspanel.com/resources/html/article/details?id=612342&language=pl> [dostęp 17.03.2025]
5. Mikołajczyk M, Grochowska A, Kubik B, Kołpa M, Łabuzek M. Functional efficiency of the elderly hospitalized in the geriatric ward. Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej/Long-Term Care Nursing. 2021;6(3):31-44.
6. Wysokiński M. Fidecki W. Ocena sprawności funkcjonalnej pacjentów w podeszłym wieku. [w:] Cybulski M. Krajewska-Kułak E. (red.) Opieka nad osobami starszymi: przewodnik dla zespołu terapeutycznego. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL. 2009:29-44.
7. Gryglewska B, Głuszewska A, Górski S, Grodzicki T. Ocena w skali VES-13 starszych chorych przyjmowanych na szpitalny oddział chorób wewnętrznych. Medycyna Wieku Podeszłego 2014;4(1):35-40.

8. Pękala K, Sobow T. Wiarygodność kliniczna wybranych narzędzi samoopisowych (kwestionariuszy) w rozpoznaniu depresji. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. 01/2023. <https://www.researchgate.net/publication/368667175> [dostęp 20.04.2025]
 9. Broczek K. Całościowa ocena geriatryczna – zestaw skal czy coś więcej? Analiza przypadków klinicznych. *Medical Tribune* 06/2016.
 10. Fedyk-Łukasik M. Całościowa Ocena Geriatryczna w codziennej praktyce geriatrycznej i opiekuńczej. Kraków: Geriatria i opieka długoterminowa 1/2015 (1) 5.
 11. Wysocka K. Całościowa ocena geriatryczna pacjenta – narzędzie przydatne w codziennej praktyce. *Kurier Medyczny*. 2020;(7):53-54.
 12. R Core Team (2023). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>
 13. Warsz L. i wsp. Dienne Domy Opieki Medycznej (DDOM) jako nowy model kompleksowej opieki nad pacjentem geriatrycznym w Polsce. *Zeszyty Naukowe PIM MSWiA*. 4/2023.
 14. Kuliński W. Fizjoterapia w profilaktyce niepełnosprawności u osób w wieku podeszłym. *Gerontologia Polska*. 2017;25:39-44.
 15. Prusik K, Ossowski Z, Bielawa Ł. i wsp. Zróżnicowane programy aktywizujące a sprawność funkcjonalna kobiet w wieku 60+. *Journal of Education, Health and Sport*. 2016;6(3):113-124.
 16. Dziechciaż M, Piotr Chmielewski J, Wróblewska I, Fiks J, Adamczyk-Gruszka O. The prevalence of functional impairment among people aged over 65 years staying in their home environment. *Health Problems of Civilization*. 2021;15(4):275-281.
 17. Kaczmarek B.A. Zastosowanie Krótkiej skali oceny stanu psychicznego w przesiewowej ocenie funkcjonowania poznawczego osób starszych. Ograniczenia tzw. Korekty Mungasa w ocenie deficytów. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*. 2021;16(3-4):176-183.
 18. Ponczek D, Kostrzevska Z, Głowacka M. Risk assessment of depression in geriatric patients. *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej*. 2021;6(3):69-79.
 19. Wierzbicki P. Kiedy depresja boli. *Lekarz POZ*. 2018;4(4):321-330.
 20. Szkutnik-Fiedler D, Grześkowiak E, Wyrowski Ł. Ból przewlekły i depresja. *Farmacja Współczesna*. 2014; 7: 14-17.
 21. Piotrkowska R, Jarzynkowski P, Wołowik A. Poziom bólu, lęku i depresji u pacjentów z chorobą tętnic obwodowych. *Leczenie ran*. 2021;18(2): 29-34.
 22. Gąsecka K, Stompór M. Charakterystyka bólu przewlekłego u osób starszych hospitalizowanych w Oddziale Chirurgii. *Geriatria*. 2017;11:97-103.
 23. Ciećko W, Jaszczyk A, Zarzeźna-Baran M, Bandurska E. Quality of life of residents of nursing and day care homes in Poland. *Journal of Health Policy*. 01/2020.
 24. Ryshkovska N, Bohuta K, Kruta A. Pacjenci z bólem przewlekłym – specyfika diagnozy zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. *Psychiatria*. 2016;13(4):198-202.
 25. Fidecki W, Wysokiński M, Wrońska I. i wsp. Ocena ryzyka depresji wśród osób starszych ze środowiska wiejskiego. *Geriatria*. 2019;13:147-151.
- Starczewska M, Prociak L, Markowska A. i wsp. Ocena sprawności funkcjonalnej osób w podeszłym wieku. *Problemy pielęgniarstwa*. 2018; 26(3):222-227.

POZIOM WIEDZY KOBIET NA TEMAT PROFILAKTYKI RAKA PIERSI I RAKA SZYJKI MACICY

**OLGA MULARCZYK, ZBIGNIEW ORZEL, MAGDALENA URBAN,
MARIUSZ SUTRYK, EWA GUZ, RADOSŁAW TETYCH**

Wstęp. Rak piersi oraz rak szyjki macicy to najczęściej występujące nowotwory złośliwe wśród kobiet w Polsce. Obie te choroby są podstępne i często przez długi czas niedające żadnych objawów. W diagnozowaniu choroby najistotniejsza jest profilaktyka, do najczęstszych objawów raka piersi należą wysięk z brodawki, zniekształcenie piersi, wyczuwalne palpacyjne guzki. Do najczęstszych objawów raka szyjki macicy należą krwawienia między miesiączkami, obfite miesiączki i krwawienia po stosunku oraz nieprawidłowy wynik cytologii. Rak piersi jest to nowotwór złośliwy, który tworzy się z komórek gruczołu piersiowego. Rak piersi rozwija się na początku bez wyraźnych objawów. Najczęściej kobiety dowiadują się o chorobie „przez przypadek”. W diagnozowaniu choroby wykorzystuje się badanie USG i mammografię. Kobietom zaleca się również samobadanie piersi, przynajmniej raz w miesiącu. Gdy choroba zostanie odpowiednio wcześnie wykryta, można ją całkowicie wyleczyć, nawet jeśli będzie to rak inwazyjny [1].

Piers jest to jeden z pary narządów u kobiety z przodu torsu, znany również jako gruczoł mleczny. Każda z piersi zawiera komórki wytwarzające mleko oraz sieć przewodów zwaną kanalikami prowadzącymi do otworu w brodawce [2]. Gruczoł piersiowy to gruczoł skórny – jest on parzystym narządem o kształcie półkulistym albo stożkowatym. Gruczoł ten u kobiet wykazuje pełny rozwój, jednak u mężczyzn pozostaje on w stanie nierozwiniętym. Piersi są położone symetrycznie na przedniej ścianie klatki piersiowej. Szerokość zawartej między nimi przestrzeni jest indywidualnie zmienna [3].

Rak piersi jest na terenie Polski najczęściej występującym nowotworem złośliwym wśród kobiet (17 379 zachorowań w 2014 r.). Nowotwór piersi jest drugą po raku płuca przyczyną zgonów nowotworowych kobiet w Polsce (5975 zgonów w 2014 r.) Najczęstszym czynnikiem ryzyka jest wiek powyżej 50 r.ż., w dalszej kolejności: występowanie raka piersi w rodzinie, nosicielstwo mutacji niektórych z genów (przede wszystkim BRCA1 i BRCA2), wystąpienie pierwszej miesiączki we wczesnym wieku, menopauza w późnym wieku, nadwaga oraz otyłość. Indywidualne ryzyko zachorowania na nowotwór piersi można ocenić za pomocą różnych metod, najbardziej znana jest skala Gaila. Możliwości profilaktyki pierwotnej raka piersi są ograniczone. Do modyfikowalnych czynników ryzyka choroby należą: reedukacja masy ciała, aktywność fizyczna, unikanie spożywania alkoholu, unikanie palenia tytoniu, unikanie stosowania hormonalnej terapii zastępczej. W grupach bardzo wysokiego ryzyka

zachorowania na raka piersi ryzyko to profilaktyczne zabiegi operacyjne (amputacja piersi, usunięcie jajników z jajowodami) oraz profilaktyczne podawanie tamoksifenu [4].

Wczesne wykrycie nowotworu gruczołu piersiowego jest możliwe, dzięki badaniom profilaktycznym, do badań tych zalicza się mammografia, USG piersi, RTG piersi oraz samobadanie gruczołu piersiowego [5].

Rak szyjki macicy jest to nowotwór złośliwy narządu rodniczego u kobiety, rozwijający się w szyjce macicy. Najczęstszym miejscem powstania nowotworu jest tzw. strefa przejściowa/graniczna znajdująca się pomiędzy dwoma typami nabłonków gruczołowym (wyściela jamę macicy oraz kanał szyjki macicy) i płaskim (pokrywa on część pochwową szyjki i pochwę) [6]. Rak szyjki macicy w swoim wczesnym stadium klinicznym nie daje żadnych objawów albo są one bardzo dyskretne, najczęstszymi objawami są upławy i krwawienie z dróg rodnych. Bóle są już symptomem zaawansowania choroby nowotworowej [7].

Rak szyjki macicy stanowi w Polsce od wielu lat ogromny problem epidemiologiczny, ilość zachorowań na tę jednostkę chorobową ma tendencję spadkową lecz cały czas pozostaje na wysokim poziomie [8]. Zgony w Polsce na raka szyjki macicy stanowią jeden z głównych problemów pomimo iż współczynnik zachorowalności uległ obniżeniu [9]. Zachorowań na świecie na raka szyjki macicy wynoszą około 470 tysięcy, a liczba zgonów 230 tysięcy. Polska zalicza się do krajów o wysokiej zachorowalności oraz umieralności na tę jednostkę chorobową. W 2005 roku w Polsce odnotowano około 3200 zachorowań na raka szyjki macicy oraz blisko 1800 zgonów [10].

Badanie cytologiczne to badanie profilaktyczne skuteczne, bezbolesne oraz bezpieczne badanie komórek z szyjki macicy. Pozwala ono na wykrycie stanów przednowotworowych i nowotworowych szyjki macicy, kiedy nie ma jeszcze żadnych objawów.

Po wykonaniu badania kobieta dowiaduje się o tym czy znajduje się w grupie ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy [11].

Cel pracy. Celem niniejszej pracy było zbadanie poziomu wiedzy kobiet na temat profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy.

Materiał i metody. Metodą badawczą tej pracy jest sondaż diagnostyczny, realizowany za pomocą techniki ankietowej.

Narzędzie badawcze wykorzystane do zgromadzenia informacji w przebiegu badań był autorski kwestionariusz ankiety, który zawierał pytania zamknięte na temat badań profilaktyki, diagnostyki oraz objawów raka piersi i raka szyjki macicy.

W skład kwestionariusza ankiety wchodzi 18 pytań z czego: metryczka stanowi pytania od nr 1 do 4 dzięki którym uzyskano podstawowe informacje odnośnie badanych takie jak: wiek, stan

cywilny, miejsce zamieszkania, wykształcenie. Pozostałe pytania dotyczyły poziomu wiedzy oraz profilaktyki wśród kobiet.

Wyniki. W poniższym podrozdziale przedstawiono charakterystykę badanych kobiet pod względem cech demograficznych.

W badanej grupie kobiet średni wiek wynosił 37,79 lat z standardowym odchyleniem 11,26, a mediana wynosiła 37,00 lat. Uzyskane wyniki zawierały się w przedziale między 19,00 lat a 62,00 lat.

Tabela 1. Wiek badanych kobiet

Zmienna	n	M	SD	Me	Min	Max	Skew	Kurt	Test Shapiro - Wilka	
									W	p
wiek	103	37,79	11,26	37	19	62	0,327	-1,084	0,947	0.000

n – liczba obserwacji; *M* – Średnia; *Me* – mediana; *SD* – odchylenie standardowe; *SKEW* – współczynnik skośności; *KURT* – współczynnik kurtozy; *S-W* – wynik testu Shapiro – Wilka; *p* – prawdopodobieństwo testowe

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

W przypadku pytania o miejsce zamieszkania większą grupę (ponad połowę osób) stanowiły osoby z miast, a mniejszą frakcję (co trzecią osobę) z wsi.

Tabela 2. Miejsce zamieszkania badanych kobiet

Zmienna	Grupa	n	%
miejsce zamieszkania	miasto	65	63,11
	wieś	38	36,89

n – liczba obserwacji; % - procent

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

W przypadku pytania o wykształcenie większą grupę (ponad połowę osób) stanowiły osoby posiadające wykształcenie wyższe, mniejszą (około 40%) - średnie i zawodowe.

Tabela 3. Wykształcenie badanych kobiet

Zmienna	Grupa	n	%
wykształcenie	średnie i zawodowe	39	37,86
	wyższe	64	62,14

n – liczba obserwacji; % - procent

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Odpowiedzi badanych kobiet zapytanych o ich stan cywilny kształtowały się następująco: znaczna większość osób była w związku, a co czwarta osoba w stanie wolnym.

Tabela 4. Stan cywilny badanych kobiet

Zmienna	Grupa	n	%
stan cywilny	w stanie wolnym	25	24,27
	w związku	78	75,73

n – liczba obserwacji: % - procent

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Znaczna większość badanych korzysta z Internetu, mniejszość badanych książek/czasopism, z artykułów medycznych oraz z wiedzy pielęgniarek, położnych, lekarzy i innych pracowników służby zdrowia.

Tabela 5. Źródła wiedzy na temat profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy u badanych kobiet

Zmienna	Grupa	n	%
Internet	jest źródłem wiedzy	79	76,70
	nie jest źródłem wiedzy	24	23,30
książki/czasopisma	jest źródłem wiedzy	28	27,18
	nie jest źródłem wiedzy	75	72,82
artykuły medyczne	jest źródłem wiedzy	46	44,66
	nie jest źródłem wiedzy	57	55,34
od pielęgniarek, położnych, lekarzy	jest źródłem wiedzy	48	46,60
	nie jest źródłem wiedzy	55	53,40

n – liczba obserwacji: % - procent

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Większość badanych wiedziała, że badania profilaktyczne raka piersi i raka szyjki macicy to USG piersi, cytologia, samobadanie piersi oraz RTG piersi. Przedział ufności wskazywał, że w populacji odsetek prawidłowych odpowiedzi mieści się pomiędzy 56,87% a 75,17%.

Tabela 6. Badania profilaktyczne raka piersi i raka szyjki macicy według badanych

Zmienna	Grupa	n	%	95% przedział ufności		Test chi - kwadrat	
				dolna granica	górną granica	χ^2	p
badania profilaktyczne raka piersi i raka szyjki macicy według badanych	cytologia	9	8,74	3,28	14,19	10,57	0,000
	RTG piersi	1	0,97	0,00	2,86		
	samobadanie piersi	3	2,91	0,00	6,16		
	USG jamy brzusznej	1	0,97	0,00	2,86		
	USG piersi	3	2,91	0,00	6,16		
	USG piersi, cytologia, samobadanie piersi, RTG piersi	68	66,02	56,87	75,17		

Zmienna	Grupa	n	%	95% przedział ufności		Test chi - kwadrat	
				dolna granica	górn a granica	χ^2	p
	wszystkie prawidłowe	18	17,48	10,14	24,81		

n – liczba obserwacji; % - procent; χ^2 - wynik testu chi-kwadrat; p - prawdopodobieństwo testowe

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Znaczna większość badanych wiedziała, że bolesny wyczuwalny guzek piersi jest objawem nowotworu piersi. Przedział ufności wskazywał, że w populacji odsetek prawidłowych odpowiedzi może zawierać się między 88,34% a 98,06%.

Tabela 7. Objawy mogące świadczyć o nowotworze piersi według badanych

Zmienna	Grupa	n	%	95% przedział ufności		Test chi - kwadrat	
				dolna granica	górn a granica	χ^2	p
bolesny wyczuwalny guzek piersi	jest objawem	96	93,20	88,34	98,06	76,90	0,000
	nie jest objawem	7	6,80	1,94	11,66		
dolek w piersi	jest objawem	57	55,34	45,74	64,94	1,17	0,280
	nie jest objawem	46	44,66	35,06	54,26		
zniekształcenie piersi	jest objawem	68	66,02	56,87	75,17	10,57	0,000
	nie jest objawem	35	33,98	24,83	43,13		
asymetria piersi/brodawek/skóry	jest objawem	61	59,22	49,73	68,71	3,50	0,060
	nie jest objawem	42	40,78	31,29	50,27		
owrzodzenie brodawek/ucieplenie piersi	jest objawem	69	66,99	57,91	76,07	11,89	0,000
	nie jest objawem	34	33,01	23,93	42,09		
powiększone węzły chłonne	jest objawem	81	78,64	70,73	86,56	33,80	0,000
	nie jest objawem	22	21,36	13,44	29,27		
wyciek z brodawki	jest objawem	79	76,70	68,53	84,86	29,37	0,000
	nie jest objawem	24	23,30	15,14	31,47		

n – liczba obserwacji; % - procent; χ^2 - wynik testu chi-kwadrat; p - prawdopodobieństwo testowe

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Większość badanych uważała prawidłowo, że krwawienie między miesiączkami jest objawem nowotworu szyjki macicy. Przedział ufności wskazywał, że w populacji odsetek poprawnych odpowiedzi może zawierać się pomiędzy 65,29% a 82,28%.

Tabela 8. Objawy mogące świadczyć o nowotworze szyjki macicy według badanych

Zmienna	Grupa	n	%	95% przedział ufności		Test chi - kwadrat	
				dolna granica	górna granica	χ^2	p
krwawienie między miesiączkami	jest objawem	76	73,79	65,29	82,28	23,31	0,000
	nie jest objawem	27	26,21	17,72	34,71		
obfite miesiączki, krwotoki miesiączkowe, krwawienie po stosunku	jest objawem	60	58,25	48,73	67,78	2,81	0,090
	nie jest objawem	43	41,75	32,22	51,27		
częste oddawanie moczu	jest objawem	13	12,62	6,21	19,03	57,56	0,000
	nie jest objawem	90	87,38	80,97	93,79		
nieprawidłowy wynik cytologii	jest objawem	94	91,26	85,81	96,72	70,15	0,000
	nie jest objawem	9	8,74	3,28	14,19		
upławy	jest objawem	44	42,72	33,17	52,27	2,18	0,140
	nie jest objawem	59	57,28	47,73	66,83		

n – liczba obserwacji; % - procent; χ^2 - wynik testu chi-kwadrat; *p* - prawdopodobieństwo testowe

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych

Większość badanych udzieliła poprawnej odpowiedzi, że prawidłowa częstość wykonywania cytologii to co 1-3 lata. Przedział ufności wskazywał, że w populacji odsetek prawidłowych odpowiedzi może zawierać się pomiędzy 68,53% a 84,86%.

Tabela 9. Prawidłowa częstość wykonywania cytologii według badanych

Zmienna	Grupa	n	%	95% przedział ufności		Test chi - kwadrat	
				dolna granica	górna granica	χ^2	p
prawidłowa częstość wykonywania cytologii	co 1-3 lat	79	76,70	68,53	84,86	29,37	0,000
	co 5 lat	3	2,91	0,00	6,16		
	co pół roku	21	20,39	12,61	28,17		

n – liczba obserwacji; % - procent; χ^2 - wynik testu chi-kwadrat; *p* - prawdopodobieństwo testowe

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Znaczna większość badanych udzieliła poprawnej odpowiedzi, że prawidłowa częstość wykonywania samobadania piersi wynosi co miesiąc. Przedział ufności wskazywał, że w populacji odsetek prawidłowych odpowiedzi może zawierać się pomiędzy 72,94% a 88,22%.

Tabela 2. Prawidłowa częstość wykonywania samobadania piersi według badanych

Zmienna	Grupa	n	%	95% przedział ufności		Test chi - kwadrat	
				dolna granica	górna granica	χ^2	p
prawidłowa częstość wykonywania samobadania piersi	co 2 miesiące	3	2,91	0,00	6,16	38,53	0,000
	co miesiąc	83	80,58	72,94	88,22		
	co pół roku	7	6,80	1,94	11,66		

Zmienna	Grupa	n	%	95% przedział ufności		Test chi - kwadrat	
				dolna granica	górną granica	χ^2	p
	co roku	10	9,71	3,99	15,43		

n – liczba obserwacji; % - procent; χ^2 - wynik testu chi-kwadrat; p - prawdopodobieństwo testowe

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Mniejszość badanych uważała poprawnie, że częstość wykonywania mammografii to raz na rok. Przedział ufności wskazywał, że w populacji odsetek prawidłowych odpowiedzi może zawierać się pomiędzy 33,17% a 52,27%.

Tabela 3. Częstość wykonywania mammografii według badanych

Zmienna	Grupa	n	%	95% przedział ufności		Test chi - kwadrat	
				dolna granica	górną granica	χ^2	p
częstość wykonywania mammografii	Nie wykonuję się	3	2,91	0,00	6,16	2,18	0,140
	Raz na 3 lata	56	54,37	44,75	63,99		
	Raz na rok	44	42,72	33,17	52,27		

n – liczba obserwacji; % - procent; χ^2 - wynik testu chi-kwadrat; p - prawdopodobieństwo testowe

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Dyskusja. Wyniki przeprowadzonego badania wskazują, że poziom wiedzy kobiet na temat omawianego zagadnienia był zróżnicowany w zależności od miejsca zamieszkania, lecz nie zależał istotnie od wieku ani poziomu wykształcenia. Zaskakującym może być fakt, że kobiety mieszkające w miastach wykazywały niższy poziom wiedzy niż kobiety ze wsi. Może to być związane z większym zaangażowaniem społeczności lokalnych w działania profilaktyczne na terenach wiejskich, gdzie dostęp do specjalistycznych świadczeń medycznych jest ograniczony i większy nacisk kładzie się na edukację zdrowotną w formie warsztatów lub spotkań z pielęgniarkami środowiskowymi [12,13].

Brak istotnych różnic w poziomie wiedzy ze względu na wiek czy wykształcenie nie jest jednoznaczny z brakiem wpływu tych czynników – inne badania pokazują, że czynniki takie jak motywacja wewnętrzna, zainteresowanie tematyką zdrowotną oraz dostępność i sposób przekazywania informacji mają często większe znaczenie niż samo wykształcenie [14,15].

Zwraca uwagę fakt, że głównym źródłem wiedzy dla respondentek był Internet. Podobne obserwacje pojawiają się w innych badaniach, w których potwierdzono, że media cyfrowe i internetowe portale zdrowotne są dziś najczęściej wybieranym kanałem pozyskiwania informacji zdrowotnych – często z pominięciem konsultacji z personelem medycznym [16,17]. Może to prowadzić do niepełnej lub błędnej interpretacji faktów, dlatego tak istotna jest obecność wiarygodnych źródeł informacji oraz edukacja w zakresie oceny jakości treści

zdrowotnych w Internecie [18].

Z kolei niskie zainteresowanie tradycyjnymi źródłami wiedzy, takimi jak literatura fachowa czy artykuły naukowe, może wynikać z trudności w ich dostępności, jak również z nieprzystępnego języka, który dla przeciętnego odbiorcy może być niezrozumiały [19].

Wnioski z badania powinny stać się punktem wyjścia do projektowania programów edukacyjnych dostosowanych do różnych grup społecznych, w szczególności z uwzględnieniem nowych mediów jako kanału przekazu treści zdrowotnych. Dominującym źródłem wiedzy dla badanych był Internet, co potwierdza obecny trend cyfryzacji edukacji zdrowotnej. Choć dostępność informacji w sieci jest ogromna, to ich jakość i wiarygodność często pozostawiają wiele do życzenia. Kobiety rzadziej sięgały po literaturę fachową i publikacje naukowe, co może wynikać z braku dostępu do takich materiałów lub trudności w ich zrozumieniu.

Wyniki te wskazują na konieczność rozwijania kompetencji zdrowotnych kobiet, w tym umiejętności krytycznej analizy treści internetowych. Działania edukacyjne powinny być dostosowane do poziomu percepcji odbiorców i wykorzystywać różnorodne formy przekazu – od treści cyfrowych po warsztaty i spotkania z ekspertami [20,21].

Wnioski. Rak piersi oraz rak szyjki macicy to poważne problemy zdrowotne wśród kobiet w różnej grupie wiekowej. Jedyną skuteczną metodą zmniejszenia zachorowalności na nowotwór szyjki macicy i nowotwór piersi jest skuteczna profilaktyka. Aby zmniejszyć zachorowalność zaleca się regularne badania, które w większości refundowane są przez NFZ, należy zwiększyć świadomość kobiet poprzez edukację już na etapie szkolnym. Należy również zwiększyć dostępność badań oraz skrócić czas oczekiwania na refundowane badania w poradniach ginekologicznych.

Ważne jest również aby nowotwory te zostały wykryte na wczesnym etapie dzięki badaniom profilaktycznym takim jak mammografia czy cytologia itp., pozwoli to zminimalizować ryzyko wystąpienia powikłań i pozwoli na szybsze i skuteczniejsze leczenie, dlatego należy wykonywać regularnie wszystkie zalecone badania.

Rak piersi związany jest z czynnikami ryzyka takimi jak wiek, nadwaga, doustne środki antykoncepcyjne, choroby sutka, palenie tytoniu oraz brak aktywności fizycznej dlatego tak ważna jest profilaktyka. Wyeliminowanie czynników ryzyka pozwoli zapobiec chorobie. Rak szyjki macicy związany jest z czynnikami ryzyka takimi jak duża liczba partnerów seksualnych, wczesne rozpoczęcie współżycia płciowego oraz wirus brodawczaka ludzkiego, należy unikać tych czynników aby uchronić się przed zachorowaniem na raka szyjki macicy.

Hipoteza nr. 1- nie potwierdziła się

Większą wiedzę wykazały się kobiety zamieszkujące wieś, niż kobiety zamieszkujące miasto.

Hipoteza nr 2.- nie potwierdziła się

W wyniku przeprowadzonych badań nie wykazano istotnego wpływu wieku na posiadaną przez kobiety wiedzę.

Hipoteza nr 3.- nie potwierdziła się

Na poziom wiedzy na temat profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi badanych kobiet nie miało wpływu ich wykształcenie.

Hipoteza nr 4.- potwierdziła się

Wiedza kobiet o profilaktyce raka piersi i raka szyjki macicy pochodziła głównie z Internetu, kolejno z książek/czasopism, artykułów medycznych. Kobiety najmniej korzystały z wiedzy pielęgniarek\położnych\ lekarzy. Kobiety korzystające z czasopism naukowych i książek wykazały się większą wiedzą.

Hipoteza główna- potwierdziła się

Na podstawie powyższych hipotez można stwierdzić, że hipoteza główna potwierdziła się. Przeciętny poziom wiedzy na temat profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi kształtował się na poziomie 17,16 pkt na 28 możliwych. Poziom wiedzy był nieco niższy od umiarkowanego.

Bibliografia:

1. Rak piersi [Internet]. MP.pl; 2016 [cited 2025 May 19]. Available from: <https://www.mp.pl/pacjent/onkologia/chorobynowotworowe/162061,rak-piersi>
2. Wielka Encyklopedia Oxford. Pierś. Warszawa: E.M. Studio; 2008. p. 227.
3. Bochenek A, Reicher M. Gruczoł sutkowy. In: Anatomia człowieka. Vol. V. Warszawa: PZWL; 1997.
4. Jassem J, Krzakowski M, Bobek-Billewicz B, et al. Breast cancer. Oncol Clin Pract. 2018.
5. Khairy GA, Guraya SY, Ahmed ME, Ahmed MA. Bilateral breast cancer: incidence, diagnosis and histological patterns. Saudi Med J. 2005;26(4):612–615.
6. Rak szyjki macicy [Internet]. MP.pl; 2016 [cited 2025 May 19]. Available from: <https://www.mp.pl/pacjent/onkologia/chorobynowotworowe/99295,rak-szyjki-macicy>
7. Koper A, editor. Pielęgniarstwo onkologiczne: Podręcznik dla studiów medycznych. 1st ed. Warszawa: PZWL; 2011.
8. Błaszczak N. Świadomość kobiet na temat raka szyjki macicy i jego profilaktyka. 2014.
9. Fijuth J, Jeziorski A, Kordek R, Krzakowski M, Piekarski J. Onkologia: Podręcznik dla pielęgniarek. Warszawa: PZWL; 2005. p. 139.
10. Wronkowski Z, Brużewicz S. Rak szyjki macicy. 1st ed. Warszawa: PZWL; 2021.
11. Rak szyjki macicy [Internet]. Gov.pl; 2025 [cited 2025 May 19]. Available from: <https://www.gov.pl/web/psse-wrzesnia/rak-szyjki-macicy>
12. Woynarowska B. Edukacja zdrowotna. Warszawa: PWN; 2017.

13. Gajda M, Kaleta D. Uczestnictwo w edukacji zdrowotnej a poziom wiedzy o zdrowiu w populacji dorosłych Polaków. *Med Og Nauk Zdr.* 2014;20(3):270–4.
14. Gębska-Kuczerowska A, Sienkiewicz Z. Rola edukacji zdrowotnej w profilaktyce chorób cywilizacyjnych. *Probl Hig Epidemiol.* 2010;91(2):184–8.
15. Krajewska-Kułak E, et al. Źródła wiedzy o zdrowiu wśród młodzieży i dorosłych – badanie porównawcze. *Piel Zdr Publ.* 2012;2(3):211–6.
16. Olpińska M, Sygit K. Wpływ Internetu na kształtowanie postaw prozdrowotnych. *Med Og Nauk Zdr.* 2013;19(3):370–4.
17. Gruszczyńska M, Bąk-Sosnowska M. Korzystanie z Internetu jako źródła wiedzy o zdrowiu – analiza postaw pacjentów. *Zdrowie i Dobrostan.* 2019;2(1):45–52.
18. Zdonek D, et al. Ocena jakości informacji zdrowotnych w Internecie. *Zdr Publ Zarz.* 2016;14(2):161–7.
19. Haluza D, Naszay M, Stockinger A, Jungwirth D. Digital information-seeking behavior in the context of health and well-being: Focus on the younger generation. *Int J Environ Res Public Health.* 2017;14(9):E929.
20. Olpińska M, Sygit K. Wpływ Internetu na kształtowanie postaw prozdrowotnych. *Med Og Nauk Zdr.* 2013;19(3):370–4.
21. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int.* 2000;15(3):259–67.

ANALIZA PORAD PIELĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ REALIZOWANYCH U PACJENTÓW PO WSZCZEPIENIU ENDOPROTEZY STAWU BIODROWEGO

STANISŁAWA MOLAS, ALICJA GŁĄZOWSKA, ELŻBIETA CHMIEL, BEATA ZAMS

Wstęp. Współczesna medycyna, dzięki dynamicznemu rozwojowi technologii i chirurgii ortopedycznej, umożliwia skuteczne leczenie zaawansowanych zmian zwyrodnieniowych stawu biodrowego poprzez wszczepienie endoprotezy. Zabieg ten znacząco poprawia jakość życia pacjentów, jednak pełen sukces terapeutyczny uzależniony jest nie tylko od samej operacji, lecz także od kompleksowej opieki pooperacyjnej. Wskazaniem do jej przeprowadzenia są przede wszystkim zmiany zwyrodnieniowe stawów, głównie w przebiegu choroby zwyrodnieniowej, reumatoidalnego zapalenia stawów oraz jałowej martwicy głowy kości udowej [1]. Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia oraz międzynarodowych rejestrów wynika, że liczba tych operacji stale rośnie, co jest związane z procesem starzenia się społeczeństwa oraz poprawą dostępności do nowoczesnych procedur ortopedycznych [2,3]. Po operacji stawu biodrowego proces rekonwalescencji jest długotrwały i wymaga od pacjenta i jego rodziny cierpliwości i współpracy z zespołem terapeutycznym. W XXI wieku oczekiwania pacjentów wobec personelu pielęgniarskiego znacznie wzrosły. Polska pielęgniarka chcąc zapewnić pacjentom jak najlepszą opiekę niejednokrotnie kończy liczne kursy i specjalizacje, aby zaspokoić potrzeby chorych.[1,6,].Niekiedy po wypisaniu pacjenta ze szpitala po zabiegu wszczepienia endoprotezy stawu biodrowego pielęgniarka środowiskowa jest gwarantem jego szybkiego powrotu do zdrowia. Realizując opiekę szczególną uwagę zwraca na wczesną aktywizację ruchową, kontrolę bólu oraz edukację w zakresie samoopieki [2,7]. Powrót pacjenta do pełnej sprawności po zabiegu wymaga nie tylko profesjonalnej rehabilitacji, ale również kompleksowej opieki pielęgniarskiej, zarówno w szpitalu, jak i w warunkach domowych. Szczególną rolę w tym zakresie odgrywa pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), której zadaniem jest monitorowanie procesu rekonwalescencji, ocena stanu zdrowia pacjenta oraz prowadzenie edukacji zdrowotnej [4]. W badaniach Badowskiej i wsp. wykazano, że odpowiednio zaplanowane i zindywidualizowane porady pielęgniarskie wpływają na zwiększenie bezpieczeństwa pacjenta pooperacyjnego oraz zmniejszenie ryzyka powikłań, w tym zakrzepicy czy zakażeń rany operacyjnej. Wszystkie decyzje dotyczące porad pielęgniarskich realizowanych w środowisku domowym powinny być dostosowane do indywidualnych potrzeb i możliwości pacjenta operowanego oraz zaleceń poszpitalnych otrzymanych przy wypisie [2,7]. Pielęgniarka POZ, działając w środowisku domowym pacjenta, pełni istotną funkcję w ocenie warunków socjalnych, wspieraniu samoopieki oraz

wzmocnieniu przestrzegania zaleceń medycznych i rehabilitacyjnych. W wielu domach po za swoimi podstawowymi obowiązkami pełni także rolę psychologa, edukatora lub fizjoterapeuty. Mazurek i Kowalska podkreślają, że jakość porad udzielanych w okresie poszpitalnym ma kluczowe znaczenie dla powodzenia procesu terapeutycznego i zapobiegania rehospitalizacji [1,7]. W ustawie o podstawowej opiece zdrowotnej Ustawodawca zauważa również, że na skutek postępujących zmian systemowych w ochronie zdrowia należy rozszerzyć kompetencje zawodowe pielęgniarek o czynności wcześniej zarezerwowane tylko dla lekarzy, kompetencje te wynikają z uprawnień jakie nabyła pielęgniarka w toku kształcenia zawodowego [8]. Nowe kompetencje dają pielęgniarkom uprawnienia do wystawiania recept, ordynowania leków i wyrobów medycznych oraz udzielania porad edukacyjnych. Celem wprowadzenia porady pielęgniarskiej jest ułatwienie pacjentom, zwłaszcza osobom starszym i niepełnosprawnym dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, które nie wymagają interwencji lekarskiej [7]. W wyniku tych uprawnień pielęgniarki POZ mogą samodzielnie realizować opiekę nad pacjentami po zabiegu wszczepienia endoprotezy stawu biodrowego, czego konsekwencją jest nowa jakość świadczeń pielęgniarskich realizowanych u tych pacjentów, która prowadzi do szybszego powrotu do sprawności[1,9].

Cel pracy. Celem niniejszego artykułu jest analiza zakresu i charakteru porad udzielanych przez pielęgniarki POZ pacjentom po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego.

Materiał i metoda. W badaniu wzięło udział 142 pacjentów po zabiegu wszczepienia endoprotezy stawu biodrowego objętych opieką pielęgniarską w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Medyk” w Zamościu. Wśród przebadanej grupy dominowały kobiety – 95 osób, co stanowiło 66.9%, natomiast problem wszczepienia endoprotezy stawu biodrowego dotyczył tylko 47 mężczyzn (33.1%). Średnia wieku pacjentów to 77.8 roku życia (SD=7,78), przy czym najstarszy pacjent miał 96 lat, a najmłodszy 61 lat. Biorąc pod uwagę rozpoznanie według klasyfikacji ICD-10 największą grupę stanowili pacjenci u których rozpoznano chorobę zwyrodnieniową stawów (M16) – 103 osoby to jest 72.5% wszystkich pacjentów, a tylko 27.5% byli to pacjenci operowani z powodu urazów i złamań; S71 – otwarta rana biodra i uda (11.3%), S72 – złamanie kości udowej (16.2%). Charakteryzując badaną grupę należy stwierdzić, że zmienna jaką jest miejsce zamieszkania (miasto, wieś) nie ma znaczenia w kwalifikacji pacjentów do wykonywaniu zabiegu operacyjnego wszczepienia endoprotezy stawu biodrowego.

W badaniu wykorzystano metodę analizy dokumentacji medycznej pacjentów, która zawierała informację o rodzaju usług pielęgniarskich realizowanych przez pielęgniarki podstawowej

opieki zdrowotnej oraz dane demograficzne pacjentów: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, rozpoznanie wg klasyfikacji ICD-10.

Zebrany materiał poddano analizie statystycznej, za istotne statystycznie uznano wartość $p < 0,05$

Szczegółową charakterystykę badanej grupy przedstawia tabela nr 1. ukazująca liczbę porad udzielonych przez pielęgniarki w przedziałach wiekowych i rozpoznanie jednostki chorobowej – ICD-10.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

Zmienna	Wariant	N	%
Płeć	kobieta	95	66.9
	mężczyzna	47	33.1
Wiek	60-69 lat	16	11.3
	70-79 lat	71	50.0
	80-89 lat	36	25.3
	≥ 90 lat	19	13.4
Miejsce zamieszkania	miasto	68	47.9
	wieś	74	52.1
Rozpoznanie (ICD-10)	M 16 - choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych	103	72.5
	S71 - otwarta rana biodra i uda	16	11.3
	S72 - złamanie kości udowej	23	16.2

Zmienna	N	M	SD	Min	Max	Me
Wiek w latach	142	77.8	7,78	61	96	76.0

Wyniki badań. Tabela nr 2 ilustruje rodzaje świadczeń realizowanych u pacjentów po wszczepieniu endoprotezy stawu biodrowego z podziałem na „stare” i „nowe” kompetencje. Ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej określa jakie świadczenia realizują pielęgniarki na podstawie umowy kontraktowej z NFZ na realizację świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej („stare” kompetencje). „Nowe” kompetencje realizowane przez pielęgniarki POZ wynikają z uprawnień jakie nabyła pielęgniarka w toku kształcenia zawodowego

Tabela 2. Rodzaj udzielanych świadczeń przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej

Rodzaj świadczeń		N	M	Me	Min	Max	SD
Świadczenia diagnostyczne	Ocena i monitorowanie bólu	62	1.30	1.00	1	2	0.46
Świadczenia lecznicze	Zmiana opatrunku	140	2.63	3,00	1	7	1.36
	Zdjęcie szwów	99	1.19	1.00	1	3	0.42
Świadczenia pielęgnacyjne	Pielęgnacja rany pooperacyjnej	107	2.32	2.00	1	7	1.33
	Przygotowanie do samoopieki	116	3.37	3.00	1	12	2.07
Świadczenia rehabilitacyjne	Usprawnianie ruchowe/ćwiczenia ogólnousprawniające	122	3.21	3.00	1	10	1.66
Wystawianie recept		76	1.32	1.00	1	3	0.47
Ordynowanie leków i wyrobów medycznych		45	1.18	1.00	1	2	0.39
Porada edukacyjna		98	1.94	2.00	1	6	1.16

	„Stare” kompetencje
	„Nowe” kompetencje

W badaniu stwierdzono, że kobiety częściej niż mężczyźni otrzymywały świadczenia z zakresu nowych kompetencji, przy czym największą różnicę odnotowano w zakresie porad edukacyjnych (tabela nr 3).

Tabela 3. Analiza nowych kompetencji pielęgniarki POZ w zależności od płci badanych

Rodzaj kompetencji	Kobiety M	Mężczyźni M	U Manna–Whitneya	p
Wystawianie recept	1.39	1.19	632.5	0.012
Ordynowanie leków i wyrobów medycznych	1.22	1.08	408.0	0.041
Porada edukacyjna	2.06	1.67	1114.0	0.026

Analizując nowe kompetencje pielęgniarki POZ realizowane u pacjentów po operacji wszczepienia endoprotezy stawu biodrowego w zależności od miejsca zamieszkania stwierdzono, że pielęgniarki istotnie częściej realizowały nowe kompetencje u pacjentów zamieszkujących miasta. Porada edukacyjna jest najczęściej realizowanym świadczeniem bez względu na miejsce zamieszkania (tabela nr 4).

Tabela 4. Analiza nowych kompetencji pielęgniarki POZ w zależności od miejsca zamieszkania badanych

Rodzaj kompetencji	Miasto M	Wiś M	U Manna–Whitneya	p
Wystawianie recept	1.37	1.15	591.0	0.045

Ordynowanie leków i wyrobów medycznych	1.23	1.00	328.0	0.038
Porada edukacyjna	2.12	1.56	960.0	0.018

W badaniu stwierdzono, że najsilniejszą dodatnią korelację z wiekiem wykazano dla wystawiania recept, co może sugerować większe potrzeby farmakoterapeutyczne pacjentów w starszych kategoriach wiekowych (tabela nr 5).

Tabela 5. Analiza nowych kompetencji pielęgniarki POZ w zależności od wieku badanych

Rodzaj kompetencji	Korelacja (rho)
Wystawianie recept	0.584
Ordynowanie leków i wyrobów medycznych	0.224
Porada edukacyjna	0.396

W badaniu nie stwierdzono istotnych różnic między grupami świadczeń realizowanych przez pielęgniarki u pacjentów po operacji wszczepienia endoprotezy stawu biodrowego. Świadczenia w ramach nowych kompetencji współwystępowały z tradycyjną opieką pielęgniarską i wzajemnie się uzupełniały (tabela nr 6).

Tabela 6. Analiza nowych i starych kompetencji pielęgniarki POZ

Rodzaj kompetencji	Nowe kompetencje Tak	Nowe kompetencje Nie
Stare kompetencje	127	15
Test $\chi^2 = 0.00$, $p = 1.00$		

Na podstawie uzyskanych danych można stwierdzić, że najczęściej realizowanymi usługami były świadczenia lecznicze – kontrola rany, zmiana opatrunku, zdjęcie szwów (N=239) i świadczenia pielęgnacyjne – pielęgnacja rany pooperacyjnej, przygotowanie do samoopieki (N=223). Pacjenci nieco mniej wymagali świadczeń rehabilitacyjnych – ćwiczeń ogólnousprawniających ukierunkowanych na poprawę zakresu ruchu i siły mięśniowej kończyny operowanej (N=122) i porady edukacyjnej (N=98). Natomiast najmniejszy udział pielęgniarki rodzinnej zaobserwowano w przypadku świadczeń z zakresu ordynowania wyrobów medycznych (N=76) oraz wystawiania recept (N=45).

Dyskusja. Wyniki analizy porad udzielanych przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) pacjentom po endoprotezoplastyce stawu biodrowego wskazują na istotne

znaczenie tego elementu opieki w procesie powrotu do zdrowia. Zgodnie z literaturą, poradnictwo pielęgniarskie w środowisku domowym powinno być ukierunkowane na edukację w zakresie profilaktyki powikłań, wspieranie samodzielności pacjenta oraz monitorowanie jego stanu zdrowia [4,1]. Nasze obserwacje potwierdzają, że pacjenci pooperacyjni często wymagają wielowymiarowego wsparcia, zarówno w zakresie pielęgnacji rany, jak i organizacji przestrzeni domowej, zgodnej z zasadami bezpieczeństwa funkcjonalnego. Z badań Badowskiej-Kozakiewicz i wsp. wynika, że pacjenci czują się bardziej zaopiekowani i bezpieczni, gdy pielęgniarka dostarcza im konkretnych, zrozumiałych informacji dotyczących dalszego postępowania w warunkach domowych [2]. Analogiczne wnioski przedstawili Mazurek i Kowalska, wskazując, że wysokiej jakości porady pielęgniarskie redukują ryzyko rehospitalizacji oraz przyspieszają adaptację pacjenta do życia z endoprotezą [1,]. W kontekście rosnącej liczby zabiegów endoprotezoplastyki – zarówno w Polsce, jak i na świecie – rola pielęgniarki POZ nabiera szczególnego znaczenia [5]. Wysoka skuteczność opieki pooperacyjnej zależy nie tylko od dostępności rehabilitacji, ale również od ciągłości edukacji zdrowotnej oraz sprawnego przekazywania informacji pomiędzy personelem szpitalnym, a zespołem POZ. Brak tej komunikacji może skutkować lukami w opiece i prowadzić do powikłań, np. zakażeń miejsca operowanego lub urazów związanych z nieprawidłowym poruszaniem się [4]. Warto również zauważyć, że porady pielęgniarskie muszą być indywidualizowane i dostosowane do wieku, poziomu samodzielności oraz warunków społecznych pacjenta. Jak podkreślają Kózka i Brzostek, tylko holistyczne podejście do opieki domowej może przynieść trwałe efekty w zakresie poprawy jakości życia po operacji [4,7]. Zebrane dane podkreślają, że istnieje potrzeba dalszego kształcenia pielęgniarek POZ w zakresie nowoczesnych metod edukacji pacjenta ortopedycznego oraz doskonalenia standardów opieki środowiskowej. Kluczowe znaczenie ma również rozwój narzędzi oceny jakości poradnictwa i włączenie pielęgniarki POZ w interdyscyplinarny model opieki koordynowanej [8,13]. Analizując zakres świadczeń, które udzieliły pielęgniarki widać wyraźnie, że w zakresie „starych” kompetencji pacjenci najczęściej korzystali ze świadczeń leczniczych i pielęgnacyjnych [8,16]. Istotnym elementem pracy pielęgniarki były również świadczenia rehabilitacyjne polegające na usprawnianiu ruchowym i wdrożeniu pacjenta do wykonywania ćwiczeń przygotowujących do samodzielnego funkcjonowania w życiu codziennym. Głównym celem pielęgnowania w rehabilitacji jest zapewnienie osobie chorej czy niepełnosprawnej maksymalnej samodzielności oraz sprawności na danym etapie procesu rekonwalescencji [14,16]. To na pielęgniarkę spoczywa odpowiedzialność nauczania pacjenta – czego należy unikać, aby nie doprowadzić do obluźowania lub uszkodzenia protezy

(powikłań wynikających z nieprzestrzegania zaleceń lekarza ortopedy). Świadczenia rehabilitacyjne udzielane przez pielęgniarki po zabiegu wymiany biodra pozwalają pacjentowi odzyskać pełną funkcjonalność i komfort życia [7,16]. Analizując świadczenia z zakresu „starych” kompetencji należy również zauważyć, że pielęgniarki udzieliły 62 porady w zakresie oceny i monitorowania bólu z rodzaju świadczeń diagnostycznych, u pacjentów objętych opieką. Prawidłowa ocena bólu i wsparcie psychiczne wpływają na jakość życia pacjenta po zabiegu operacyjnym [6,9].

„Nowe” kompetencje pozwalają pielęgniarce realizować kompleksową opiekę w procesie rekonwalescencji pacjentów po operacji wszczepienia endoprotezy stawu biodrowego. Porada edukacyjna to istotny element samodzielności zawodowej pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, a jej celem jest przygotowanie pacjenta do samoopieki i członków rodziny do sprawowania opieki nieprofesjonalnej[2,9,10]. Istotą prawidłowo pojętego edukowania jest dokonanie prawidłowego rozpoznania o stanie wiedzy pacjenta i rodziny na temat dalszego życia po endoprotezoplastyce stawu biodrowego i odpowiedni dobór treści. Porady edukacyjne stanowią integralny element opieki, a ich jakość i dostępność mają bezpośredni wpływ na tempo powrotu pacjenta do samodzielności po zabiegu [7]. W badanej grupie pielęgniarki przeprowadziły 98 porad edukacyjnych, których celem było zapewnienie pacjentowi optymalnego funkcjonowania psychospołecznego. Pacjenci po edukacji szybciej wracają do zdrowia oraz wykazują wyższy stopień aktywności w czynnościach związanych z samoobsługą. Sama obecność pielęgniarki rodzinnej w domu chorego przyczynia się w największym stopniu do poprawy stanu emocjonalnego pacjenta [7]. Chory odczuwa ulgę i czuje się bezpieczny, że znajduje się pod właściwą opieką [2,17]. Na drugim miejscu wśród świadczeń z zakresu „nowych” kompetencji była realizowana porada recepturowa w ramach kontynuacji leczenia w realizacji zleceń lekarskich. Zgodnie z ustawą o zawodach pielęgniarki i położnej w myśl art. 15a pielęgniarka posiadająca stosowne uprawnienia może wystawić receptę na leki do kontynuacji leczenia nawet bez badania fizykalnego pacjenta w sytuacji gdy stan pacjenta opisany w dokumentacji medycznej na to zezwala [11,12]. Większość pacjentów w badanej grupie to osoby z wielochorobowością stale przyjmujących leki z powodu choroby nadciśnieniowej, cukrzycy, chorób tarczycy i innych, dlatego chętnie korzystało z możliwości wypisania recepty na leki przyjmowane na stałe. Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej jest również uprawniona w ramach „nowych” kompetencji do wystawiania zlecenia na refundowane wyroby medyczne: pieluchomajtki, majtki chłonne, materace przeciwoślężynowe, kule [9,11,12]. Pacjenci po zabiegu wszczepienia endoprotezy stawu biodrowego, szczególnie w starszych kategoriach wiekowych, potrzebują zaopatrzenia

w wyroby medyczne poprawiające ich codzienne funkcjonowanie i jakość życia. Zaopatrzenie ortopedyczne potrzebne do wykorzystania w czynnościach dnia codziennego, takich jak chodzenie po terenie płaskim, wchodzenie i schodzenie po schodach, balkonik to niezbędne elementy procesu powrotu pacjenta do sprawności [9,12]. To sprawia, że korzystają z możliwości realizacji tej kompetencji u swojej pielęgniarki. „Nowe” kompetencje to również większa odpowiedzialność za udzielanie świadczeń gwarantowanych. Pielęgniarka realizuje zadania zawodowe samodzielnie i odpowiedzialnie zgodnie z profesjonalną praktyką i normami prawnymi [8,9,15].

Wnioski:

1. Świadczenia w ramach „nowych” kompetencji tj. wystawianie recept, ordynowanie wyrobów medycznych oraz porady edukacyjne współwystępowały z tradycyjną opieką obejmującą świadczenia pielęgnacyjne, lecznicze i rehabilitacyjne, co świadczy o ich uzupełniającym charakterze.
2. „Nowe” kompetencje pielęgniarek POZ są używane w praktyce, jednak ich implementacja jest selektywna i zależy od miejsca zamieszkania, płci i wieku pacjenta.
3. Najczęściej realizowaną kompetencją była porada edukacyjna, szczególnie wśród kobiet i mieszkańców miast.
4. Wystawianie recept częściej dotyczyło pacjentów starszych, co znajduje potwierdzenie w korelacji z wiekiem.
5. Obserwacje te potwierdzają konieczność dalszego rozwijania roli pielęgniarki jako samodzielnego członka zespołu terapeutycznego, szczególnie w zakresie kompetencji edukacyjnych i farmakologicznych.

Piśmiennictwo:

- [1] Mazurek H, Kowalska M. Standardy opieki nad pacjentem po endoprotezoplastyce – rola pielęgniarki w kontekście opieki długoterminowej. *Probl Pielęg.* 2020;28(3):211–8. doi:10.5604/01.3001.0014.5643
- [2] Badowska-Kozakiewicz AM, Pacian A, Kulik TB, Król K. Rola pielęgniarki w edukacji pacjenta po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego. *Pielęgniarstwo Polskie.* 2021;82(4):425–32. doi: 10.20883/pielpol.2021.82
- [3] World Health Organization. Musculoskeletal conditions [Internet]. 2021 [cited 2025 May 25]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
- [4] Kózka M, Brzostek T. Rola pielęgniarki POZ w opiece nad pacjentem po zabiegu ortopedycznym. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne.* 2018;8(2):123–30.
- [5] Jämsen E, Furnes O, Engesaeter LB, Kontinen YT, Odgaard A, Stefánsdóttir A. Prevention of deep infection in joint replacement surgery. *Acta Orthop.* 2009;81(5):660–6. doi:10.3109/17453674.2010.501742
- [6] Pietrzak M, Knoff B, Kryczka T, *Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej.* PZWL. Warszawa 2023

- [7] Pietrzak M, Ostrzycka B, Sienkiewicz Z, Porada pielęgniarki w podstawowej opiece zdrowotnej. PZWL. Warszawa 2022
- [8] Ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej Dz.U.2024 poz. 1897
- [9] Ustawa z dnia 15.07.2011 o zawodach pielęgniarki i położnej z późniejszymi zmianami Dz.U. 2024 poz. 854
- [10] Ustawa z dnia 15.07.2011 o zawodach pielęgniarki i położnej z późniejszymi zmianami Dz.U. 2024 poz. 1897
- [11] Hryniewiecka E, Joniec-Maciejak I, Ordynacja i farmakoterapia w praktyce pielęgniarki i położnej, Edra Urban & Partner. Wrocław 2024
- [12] Dominik I, Gaworska-Krzemińska A, Kiańska D, Ordynowanie leków wystawianie recept. Przewodnik dla pielęgniarek i położnych. EDUMETRIQ. Sopot 2017
- [13] Boghan M, Owczarczyk A, Żur P, Prusarczyk A, Karczmarz S – redakcja naukowa, Koordynowana opieka zdrowotna w praktyce. Od POZ – do POZ +, Wolters Kluwer. Warszawa 2023
- [14] Kędziora-Kornatowska K, Muszalik M, Skolmowska E – redakcja naukowa, Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej. PZWL. Warszawa 2020
- [15] Zielińska E, Guzak B, Syroka-Marczewska K, - redakcja naukowa, Opieka długoterminowa. Uwarunkowania medyczne i prawne. PZWL. Warszawa 2023
- [16] Rutkowska E – redakcja naukowa, Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych. PZWL. Warszawa 2024
- [17] Stawiarska P, Kierunki współczesnej promocji zdrowia i prewencji zaburzeń. Profilaktyka XXI wieku, wyd. Difin. Warszawa 2019

JAKOŚĆ ŻYCIA KOBIET Z ENDOMETRIOZĄ

ELŻBIETA KRAŚNIAIN, ROMANA WRÓBEL, ANNA KREMSKA, ALDONA MIAZGA,
KATARZYNA WARDAK, BARBARA ZYCH, JUSTYNA WOJDYŁO

Wstęp. Endometrioza jest definiowana jako przewlekła choroba ginekologiczna charakteryzująca się występowaniem tkanki endometrialnej poza jamą macicy. Schorzenie dotyka około 6% do 10% kobiet w wieku reprodukcyjnym na świecie. Jednak te wartości mogą być niedoszacowane, ponieważ wiele kobiet bagatelizuje swoje objawy oraz zwleka z wizytą u specjalisty. Endometrioza jest u wielu kobiet przyczyną przewlekłego bólu, zaburzeń miesiączkowania i niepłodności. Pomimo jej powszechności diagnoza jest zwykle opóźniona o wiele lat co przesuwą wprowadzenie odpowiedniego leczenia i wpływa na pogorszenie jakości życia. Badania nad jakością życia kobiet z endometriozą nabierają coraz większego znaczenia ze względu na rosnącą liczbę pacjentek dotkniętych tą chorobą oraz jej wpływ na ogólny dobrostan i satysfakcję z życia. Ocena jakości życia pozwala na lepsze zrozumienie skutków endometriozy na codzienne funkcjonowanie, potrzeby oraz wyzwania związane z chorobą [1,2].

Endometrioza nazywana jest również gruczolistością macicy oraz wędrującą śluzówką macicy. Jest to choroba przewlekła, która na chwilę obecną nie jest całkowicie wyleczalna. Komórki endometrialne rozwijają się poza jamą macicy tworząc tak zwane ogniska endometriozy, które mogą być zlokalizowane w różnych obszarach miednicy takich jak: jajniki, jajowody, otrzewna, pęcherz moczowy czy jelita. W literaturze opisywane są również przypadki występowania endometriozy w bliźnie po cięciu cesarskim, na przeponie czy płucach [2-4].

Amerykańskie Towarzystwo Medycyny Rozrodu (ASRM) wyróżnia cztery stopnie zaawansowania endometriozy: minimalny, łagodny, umiarkowany i ciężki, które oznaczają rosnące nasilenie choroby. Stopnie te są określane na podstawie wielkości i umiejscowienia ognisk endometriozy, a niekoniecznie na podstawie intensywności objawów [5 - 7].

Tabela 1. Szczegółowe opisy stopni zaawansowania endometriozy według ASRM [7]

Stopień zaawansowania endometriozy według ASRM	Opis zmian
• Stopień I (minimalny)	Małe ogniska endometriozy, zazwyczaj poniżej 5 mm, mogą występować na macicy, jajnikach, jajowodach i otrzewnej. Mogą być również obecne drobne, nieunaczynione zrosty.
• Stopień II (łagodny)	Rozleglejsze ogniska endometriozy, torbiele endometrialne na jajnikach (tzw. czekoladowe), a także zrosty o średnicy do 5 mm. Zmiany mogą znajdować się w zagłębieniu maciczno-odbytniczym i obejmować coraz większy obszar macicy, jajników i jajowodów.
• Stopień III (umiarkowany)	Liczne i rozległe ogniska endometriozy, zrosty, torbiele endometrialne i zmiany za macicą w zagłębieniu odbytniczo-macicznym. Mogą

	obejmować więzadła krzyżowo-maciczne i inne obszary jamy brzusznej.
• Stopień IV (ciężki)	Najbardziej rozległy, macica może być nieruchoma, przyrośnięta do pętli jelit. Zmiany mogą występować na pęcherzu moczowym, w pochwie, szyjce macicy i innych narządach.

Etiopatogeneza endometriozy nie jest dokładnie znana. Endometriozę opisano po raz pierwszy ponad 100 lat temu. Od tego czasu schorzenie to jest przedmiotem badań, opublikowano wiele, niejednokrotnie sprzecznych hipotez na temat mechanizmu powstawania zmian ektopowych. W 1927 roku Samson zaproponował teorię wyjaśniającą w następujący sposób rozwój choroby. Dotyczy ona wstecznego miesiączkowania. Zjawisko to występuje nawet u 90% miesiączkujących kobiet, jednak nie prowadzi do rozwoju choroby, ponieważ układ odpornościowy, pracujący prawidłowo je usuwa. Opisywana teoria oparta jest na trzech założeniach, takich jak: wypływ krwi, aktywność przemieszczonej do jamy otrzewnowej tkanki endometrium i zdolność adhezyjna, implantacja i proliferacja ektopowej tkanki do komórek otrzewnowych. Elementy nabłonka macicy, które znajdują się we krwi miesiączkowej, na drodze odpływu wstecznego, przedostają się za pomocą jajowodów do jamy otrzewnowej, gdzie mogą się wszczepić do powierzchni każdego narządu miednicy mniejszej albo jamy brzusznej. Pomimo istnienia wielu czynników ryzyka, nie zawsze prowadzą one do rozwoju endometriozy. Wiele kobiet z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka może nigdy nie rozwinąć tej choroby, podczas gdy inne kobiety bez wyraźnych czynników mogą być dotknięte endometriozą [8-9].

Obraz kliniczny endometriozy może być zróżnicowany. Najczęściej są to przewlekłe dolegliwości bólowe okolic miednicy, które nasilają się w czasie okołomenstruacyjnym. Objawy choroby nie są specyficzne. Opisywane wyżej bóle okolic miednicy mniejszej dotyczą około 60% chorych. Dolegliwości bólowe mogą mieć charakter łagodny lub ostry, zwykle pojawia się w dolnej części brzucha oraz pleców. Najczęściej pacjentki skarżą się na ból przed lub w czasie miesiączki. Dodatkowo u kobiet z endometriozą występują obfite krwawienia miesiączkowe ze skrzepami krwi, trwające dłużej a cykle mogą być nieregularne. Innym objawem występującym często jest dyzuria, czyli bolesne oddawanie moczu oraz bolesna defekacja, wzdęcia, biegunki i zaparcia. Nasilenie tych dolegliwości zależy od umiejscowienia ektopowej tkanki endometrium. Jeżeli zagnieździ się w okolicy jelita grubego, to pacjentka będzie obserwowała objawy typowe dla zespołu jelita drażliwego. Pacjentki z endometriozą zmagają się również z wahaniami nastroju, występowaniem objawów lękowych a nawet depresji. Oprócz tego pojawia się uczucie chronicznego zmęczenia, znużenia, oraz ogólnego osłabieniem organizmu nasilone podczas miesiączki [10,11].

Diagnostyka endometriozy jest trudna. Zwykle trwa kilka miesięcy. Podstawą i najważniejszym krokiem rozpoznania choroby jest zebranie dokładnego wywiadu. Obejmuje on szereg pytań mających na celu zebranie informacji dotyczących objawów, historii menstruacji, historii reprodukcyjnej oraz ewentualnych czynników ryzyka. Kolejnym etapem w diagnostyce choroby jest badanie fizykalne, które ma na celu identyfikację ewentualnych zmian w obrębie miednicy oraz ocenę nasilenia dolegliwości bólowych. Do niedawna „złotym standardem” rozpoznania choroby stanowiła laparoscopia i badanie histopatologiczne pobranego materiału. Obecnie rekomenduje się stosowanie metod obrazowania- badanie USG transwaginalne lub rezonans magnetyczny. W uzasadnionych przypadkach podejrzenia endometriozy głęboko naciekającej, zwłaszcza w obrębie pęcherza moczowego i jelita grubego, można wykonać cystoskopię i/lub kolonoskopię [12].

Leczenie endometriozy jest wielopłaszczyznowe i zależy od wielu czynników, takich jak np. wiek pacjentki, nasilenie objawów, obecność powikłań oraz jej planów prokreacyjnych. Podstawowe metody to terapia hormonalna, leczenie chirurgiczne oraz wsparcie w postaci diety i suplementacji. Istotną rolę w opiece nad kobietą ma również leczenie wspomagające. Fizjoterapia może być stosowana w celu złagodzenia bólu oraz poprawy funkcji mięśni miednicy. Choroba może znacząco wpływać na jakość zdrowia psychicznego pacjentek, dlatego terapia psychologiczna może być pomocna w radzeniu sobie ze stresem, bólem i innymi aspektami choroby. Terapia endometriozy jest procesem długotrwałym i nie gwarantuje pełnego wyzdrowienia. Niefarmakologiczne metody minimalizowania bólu w endometriozie mogą być skutecznym uzupełnieniem terapii farmakologicznej lub stanowić samodzielny sposób na radzenie sobie z dolegliwościami bólowymi. Ważne jest, aby każda pacjentka znalazła dla siebie odpowiednie strategie i techniki, które najlepiej odpowiadają jej indywidualnym potrzebom i preferencjom. Zawsze należy skonsultować się z lekarzem przed rozpoczęciem nowych metod leczenia [5,12,13].

Cel pracy. Celem pracy była ocena jakości życia kobiet z rozpoznaną endometriozą.

Materiał i metody. Badaniem objęto 270 kobiet, u których rozpoznano endometriozę. Narzędziem badawczym wykorzystanym w badaniu była autorska ankieta, zawierająca poszczególne sfery funkcjonowania – somatyczną, psychologiczną, socjalną i środowiskową oraz kwestionariusz jakości życia WHOQOL-BREF. Badania przeprowadzone zostały w okresie od grudnia 2023 roku do lutego 2024 roku i zostały zrealizowane za pomocą portalu społecznościowego Facebook. Anonimowe ankiety udostępnione były na prywatnych grupach, tj. „Endometrioza – jak z nią żyć?”, „Endometrioza – Endo Równowaga”, „Pokonaj Endometriozę” oraz „Endopolki – grupa wsparcia”. Ankietowane zostały poinformowane, że

udział w badaniu jest dobrowolny i anonimowy. Analizę statystyczną zebranego materiału przeprowadzono w pakiecie Statistica 13.3. Za poziom istotności statystycznej przyjęto $p < 0,05$.

Wyniki. Średni wiek badanych wynosił 33,5 roku. W grupie było 113 panien (41,9%), 141 mężatek (52,2%), 15 kobiet rozwiedzionych (5,6%) oraz 1 wdowa (0,4%). Na wsi mieszkały 83 badane (30,7%) a w mieście 187 (69,3%). Najwięcej kobiet (162 badane – 60,0%) posiadało wykształcenie wyższe. Wykształcenie średnie miało 95 respondentek (35,2%), zawodowe 11 (4,1%) a podstawowe 2 (0,7%) badane. Aktywnych zawodowo w pełnym wymiarze etatu było 195 kobiet (72,2%). W niepełnym wymiarze etatu pracowało kolejnych 29 kobiet (10,7%). Bezrobotnych było 21 kobiet (7,8%), 8 (3,0%) przebywało na rencie chorobowej a 17 (6,3%) nadal się uczyło. Wśród badanych 117 kobiet (43,3%) były kiedyś w ciąży oraz 153 badane (56,7%) bez przeszłości położniczej. Dzieci posiadało łącznie 113 badanych (41,9%), w tym najczęściej jedno (63 – 23,3%) bądź dwoje (39 – 14,4%). W przypadku 175 kobiet (64,8%) choroba wpłynęła znacząco na ich plany dotyczące macierzyństwa. Pierwszymi objawami choroby, jakie wystąpiły u badanych oraz wzbudziły ich niepokój były ból podczas miesiączki o znacznym nasileniu (216 badanych – 80,0%), obfite krwawienia miesięczkowe (162 badane – 60,0%) a także skrzepy krwi podczas miesiączki (158 – 58,5%), bóle brzucha niezwiązane z miesiączką (142 – 52,6%) czy przewlekłe bóle dolnego odcinka kręgosłupa (141 – 52,2%). Czas, który upłynął od momentu wystąpienia pierwszych niepokojących objawów do wizyty u lekarza był wśród badanych kobiet różny. Jedynie 45 z nich (16,7%) zgłosiło się do lekarza niezwłocznie od wystąpienia niepokojących objawów. Kolejne 22 (8,1%) badane po około miesiącu, 71 (26,3%) w okresie do pół roku, 55 (20,4%) do roku, 24 (8,9%) do 2 lat a 53 kobiety (19,6%) wizytę lekarską odbyły po upływie 2 lat od wystąpienia pierwszych objawów. Od zgłoszenia się do lekarza do zdiagnozowania endometriozy minął w przypadku 71 badanych (26,3%) mniej niż rok, w przypadku 51 kobiet (18,9%) trwało to od roku do dwóch lat. Natomiast w przypadku 68 (25,2%) badanych czas ten wyniósł trzy do pięciu lat, a u kolejnych 34 (12,6%) kobiet 6-10 lat. W grupie były również respondentki 46 (17,0%), które wybrały odpowiedź „powyżej dziesięciu lat trwało ustalenie pewnego rozpoznania”.

W przypadku 23 kobiet (8,5%) zdiagnozowano endometriozę I stopnia. U 51 badanych (18,9%) rozpoznano II stopień choroby, u kolejnych 71 badanych (26,3%) III stopnia, a u 61 pacjentek (22,6%) IV stopień. Natomiast 64 badane (23,7%) nie miały wiedzy na temat stopnia zaawansowania ich choroby.

Dolegliwościami występującymi wśród kobiet z powodu endometriozy były najczęściej: ból podczas miesiączki (215 kobiet – 79,6%), ból podczas stosunków płciowych (162 – 60,0%), przewlekły ból brzucha niezależny od miesiączki (156 – 57,8%), wzdęcia (162 – 60,0%) oraz

zaparcia (125 – 46,3%). Dolegliwości bólowe towarzyszyły badanym najczęściej w okresie menstruacji (159 kobiet – 58,9%) oraz podczas owulacji (49 kobiet – 18,1%). Metodami leczenia endometriozy, jakie stosowały badane były najczęściej terapie hormonalne (43,0%) a także terapię farmakologiczną rozumianą jako leczenie przeciwbólowe (25,9%) oraz niefarmakologiczne sposoby łagodzenia bólu (54,8%), które większość badanych uznała za mało skuteczne.

Kobiet dostrzegały negatywny wpływ choroby na zdrowie i samopoczucie psychiczne w życiu codziennym (244 respondentki – 90,4%). Emocjami, towarzyszącymi badanym z związku z chorobą były najczęściej lęk (152 – 56,3%), niepokój (159 – 58,9%), frustracja (167 – 61,9%) i niezrozumienie (141 – 52,2%).

Jakość życia badanych kobiet oceniono także w poszczególnych domenach: somatycznej, psychologicznej, socjalnej i środowiskowej. Najwyższą ocenę badane uzyskały w domenie środowiskowej (średnia 57,41%) i socjalnej (54,04%), nieco niżej w domenie somatycznej (52,63%) a najniżej w domenie psychologicznej (45,24%). Ogólną jakość życia na podstawie subiektywnych opinii badanych oceniono na średnim poziomie 30,93% a stan zdrowia na poziomie 22,44% (tab. 2).

Tabela 2. Ocena jakości życia badanych na podstawie kwestionariusza WHOQOL-BREF

WHOOL-BREF [0-100,0%]	Podstawowe statystyki opisowe							
	Liczba	Średnia	Mediana	Min.	Max.	Kwartył I	Kwartył III	Odch. std.
Jakość życia	270	30,93	30,00	10,00	50,00	30,00	40,00	8,85
Stan zdrowia	270	22,44	20,00	10,00	50,00	20,00	30,00	8,31
Domena somatyczna	270	52,63	56,00	0,00	100,00	38,00	63,00	18,08
Domena psychologiczna	270	45,24	44,00	6,00	81,00	31,00	56,00	16,61
Domena socjalna	270	54,04	56,00	0,00	100,00	44,00	69,00	21,49
Domena środowiskowa	270	57,41	56,00	6,00	94,00	50,00	69,00	14,88

Z - wartość testu u Manna-Whitney'a; p - wskaźnik prawdopodobieństwa testowego

Jakość życia badanych kobiet zależała od ich wieku. Wszystkie uzyskane istotne statystycznie korelacje z wiekiem były ujemne. Oznacza to, że im badane były starsze tym miały niższą jakość życia ogólną, w domenie somatycznej, socjalnej i środowiskowej a także tym gorzej oceniały własny stan zdrowia (tab. 3).

Tabela 3. Jakość życia a wiek badanych

Zmienne	R	P
Jakość życia a wiek	-0,23	<0,001
Stan zdrowia a wiek	-0,19	0,002
Domena somatyczna	-0,17	0,005
Domena psychologiczna	-0,05	0,417

Domena socjalna	-0,13	0,039
Domena środowiskowa	-0,14	0,023

R - wartość testu korelacji rang Spearmana; p - wskaźnik prawdopodobieństwa testowego

Jakość życia badanych nie zależała od tego, czy posiadały one dzieci ($p>0,05$). Natomiast jakość życia kobiet zależała od stopnia zaawansowania u nich choroby. Wszystkie uzyskane istotne statystycznie korelacje ze stopniem zaawansowania choroby były ujemne. Oznacza to, że im bardziej zaawansowana była u badanych choroba tym słabiej oceniały one swoją jakość życia ogólną, tym miały niższą jakość życia w domenie somatycznej a także tym gorzej oceniały własny stan zdrowia (tab. 4).

Tabela 4. Jakość życia badanych vs. stopień zaawansowania choroby

Zmienne	R	P
Jakość życia a stopień zaawansowania choroby	-0,22	0,002
Stan zdrowia a stopień zaawansowania choroby	-0,28	<0,001
Domena somatyczna a stopień zaawansowania choroby	-0,21	0,002
Domena psychologiczna a stopień zaawansowania choroby	-0,10	0,169
Domena socjalna a stopień zaawansowania choroby	-0,09	0,221
Domena środowiskowa a stopień zaawansowania choroby	-0,13	0,059

R - wartość testu korelacji rang Spearmana; p - wskaźnik prawdopodobieństwa testowego

Jakość życia badanych kobiet zależała od częstotliwości doświadczania przez nie bólu. Wszystkie uzyskane istotne statystycznie korelacje z częstotliwością doświadczania bólu były ujemne. Oznacza to, że im badane częściej odczuwały ból, tym miały niższą jakość życia ogólną, w domenie somatycznej, psychologicznej, socjalnej i środowiskowej a także tym gorzej oceniały własny stan zdrowia (tab. 5).

Tabela 5. Jakość życia a częstotliwość doświadczania bólu w opinii badanych

Zmienne	R	P
Jakość życia a częstotliwość doświadczania bólu	-0,33	<0,001
Stan zdrowia a częstotliwość doświadczania bólu	-0,41	<0,001
Domena somatyczna a częstotliwość doświadczania bólu	-0,41	<0,001
Domena psychologiczna a częstotliwość doświadczania bólu	-0,34	<0,001
Domena socjalna a częstotliwość doświadczania bólu	-0,16	0,008
Domena środowiskowa a częstotliwość doświadczania bólu	-0,29	<0,001

R - wartość testu korelacji rang Spearmana; p - wskaźnik prawdopodobieństwa testowego

Jakość życia badanych kobiet nie zależała od ich przynależności do grup wsparcia kobiet z endometriozą ($p>0,05$).

Dyskusja. Endometrioza jest to choroba, która ingeruje we wszystkie strefy życia kobiet, uniemożliwiając zaspokojenie wielu bardzo ważnych potrzeb. Schorzenie to charakteryzuje się tym, że tkanka podobna do błony śluzowej macicy rośnie poza jamą macicy. Ta tkanka endometrialna może rozwijać się na różnych miejscach w organizmie, najczęściej jednak

spotyka się ją w okolicach jajników, jajowodów oraz powierzchni macicy i narządów miednicy. Rozrasta się i tak samo jak w macicy podlega cyklom miesięczkowym. Wynikiem tego jest reakcja zapalna, torbiele oraz zrosty. Obraz kliniczny choroby jest złożony i obejmuje różne objawy. Najczęściej dotyczy odczuwania bólu o różnym natężeniu. W badaniach własnych badane również wskazywały na ból jako główny czynnik determinujący negatywnie ich codzienne funkcjonowanie [1,2].

Jakość życia jest pojęciem złożonym i wieloaspektowym. Odnosi się do ogólnego stanu i dobrostanu jednostki lub społeczności, uwzględniając ważne aspekty życia, takie jak zdrowie fizyczne i psychiczne, stabilność ekonomiczna, satysfakcja z życia, relacje społeczne, warunki środowiskowe i kulturowe oraz możliwości rozwoju osobistego. Wyraża wpływ czynników takich jak ból i samopoczucie na życie człowieka. Jakość życia związana ze zdrowiem jest również odzwierciedleniem samopoczucia pacjentki, jej radzeniem sobie z chorobą i codziennymi zadaniami. Odzwierciedla również satysfakcję ogólną z życia [3].

Wpływ endometriozy na jakość życia kobiet jest znaczący. Regularne odczuwanie dolegliwości bólowych o różnym natężeniu mogą prowadzić do utraty efektywności w pracy lub w szkole. Zaawansowana choroba może wywoływać również bóle podczas takich czynności fizjologicznych jak wypróżnianie, czy oddawania moczu, co zdecydowanie utrudnia codzienne funkcjonowanie. Na dodatkowy dyskomfort ze strony układu pokarmowego kobiet z endometriozą mogą wpływać występujące często biegunki na przemian z zaparciami oraz wzdęcia. Ponadto ból podczas współżycia znacząco determinuje i negatywnie wpływa na życie intymne i relacje partnerskie. Dodatkowo, problemy z płodnością mogą powodować duże emocjonalne i psychiczne obciążenie dla samej kobiet oraz jej partnera w okresie przedkoncepcyjnym [2,5].

Celem niniejszej pracy była ocena jakości życia kobiet z endometriozą oraz próba wskazania czynników na nią wpływających. Badaniem objęto 270 kobiet z endometriozą, których jakość życia w domenach somatycznej, psychologicznej, socjalnej i środowiskowej została oceniona na poziomie umiarkowanym. Wykazano, że starsze kobiety po 35 roku życia cechowały się niższą jakością życia, natomiast fakt posiadania dzieci nie różnicował ich pod tym względem. Zaobserwowano, że czas, jaki upłynął od zgłoszenia się do lekarza w celu zdiagnozowania endometriozy różnicował jakość życia badanych kobiet. Ponadto, kobiety z bardziej zaawansowaną chorobą, a także częściej doświadczające bólu cechowały się niższą jakością życia.

Przegląd literatury przeprowadzony przez Sroślak i wsp. miał na celu prezentację badań dotyczących jakości życia, w tym życia seksualnego kobiet z endometriozą oraz wpływu metod

terapii na funkcjonowanie seksualne. W badaniu wzięto pod uwagę artykuły raportujące badania empiryczne opublikowane w latach 2010–2016 wyszukane w bazach Google Scholar, EBSCO, PsycNET, PubMed przy użyciu kombinacji słów kluczowych: endometriosis, sex, sexual life, sexual functioning. W wyniku przeprowadzonego badania ustalono, że kobiety ze zdiagnozowaną endometriozą oceniają niżej swoją jakość życia, w tym funkcjonowanie seksualne, niż kobiety bez tej choroby, a nawet kobiety z innymi schorzeniami ginekologicznymi. Badania wskazały, że zarówno leczenie chirurgiczne jak i farmakoterapia są skutecznymi metodami leczenia endometriozy i poprzez redukcję symptomów bólowych przyczyniają się do poprawienia funkcjonowania seksualnego kobiet leczonych z powodu endometriozy [5]. Wyniki te są zbliżone do wyników uzyskanych w badaniu własnym. Im badane częściej odczuwały ból, tym miały niższą jakość życia ogólną w każdej z badanych domen, a także niżej oceniały jakość swojego zdrowia. Co ciekawe, wykazano również, że jakość życia badanych kobiet nie zależała od stosowania przez nie niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu związanego z chorobą ($p>0,05$). Na tej podstawie można wnioskować, że metody te są mniej skuteczne w łagodzeniu bólu wywołanego endometriozą.

Badanie autorstwa Marinho i wsp. miało na celu przegląd obciążenia związanego z jakością życia związaną ze zdrowiem u kobiet z endometriozą. Do przeglądu wykorzystano bazy BIREME/MEDLINE, poszukiwano artykułów opublikowanych w ciągu ostatnich dwunastu lat przy użyciu terminów "jakość życia" i "endometrioza". Spośród początkowo wybranych 367 artykułów, w oparciu o kryteria włączenia i wykluczenia, rygor i dowody metodologiczne, do końcowej analizy zakwalifikowano 26 publikacji naukowych. Ogólne instrumenty najczęściej stosowane do oceny jakości życia obejmowały Ankietę SF-36, kwestionariusz WHOQOL-BREF oraz Ankietę Short Form Health Survey (SF-12) i Duke Health Profile. Wykorzystano również kwestionariusze specyficzne dla choroby. W wyniku przeprowadzonego przeglądu ustalono, że endometrioza miała negatywny wpływ na wszystkie domeny jakości życia, poprzez występowanie różnych objawów choroby oraz wieku badanych i czasu trwania choroby. Ponadto wykazano, że endometrioza miała również negatywny wpływ na jakość snu i postrzeganie stresu [6]. Autorzy przeglądu wywnioskowali wspólnie, że niewątpliwie endometrioza negatywnie wpływa na jakość życia, jednak należałoby osiągnąć konsensus co do tego, który instrument jakości powinien być stosowany, aby badania można było łatwiej porównywać. Wyniki te znajdują częściowe odzwierciedlenie w uzyskanych danych badania własnego. Podobnie, wszystkie istotne statystycznie korelacje z wiekiem były ujemne. Jednakże, w badaniu własnym zaobserwowano, że im bardziej zaawansowana była u badanych

choroba tym słabiej oceniały one swoją jakość życia ogólną ($p=0,002$), tym miały niższą jakość życia w domenie somatycznej ($p=0,002$), a także tym gorzej oceniały własny stan zdrowia ($p<0,001$).

Łuczak-Wawrzyniak i wsp. badali również jakość życia kobiet z rozpoznaną endometriozą. Badaniem objęto 26 kobiet hospitalizowanych w Klinice Rozrodczości Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. W badaniu wykorzystano narzędzia oceniające cechy osobiste, metody działania oraz ich efektywność w radzeniu sobie z konsekwencjami endometriozy, a także porównano wyniki z różnymi obszarami funkcjonowania człowieka, takimi jak zdrowie fizyczne, aspekty psychiczne, relacje międzyludzkie i doznania cielesne, które wpływają na jakość życia jednostki. W wyniku przeprowadzonego badania ustalono, że pomimo choroby, respondentki badania cechowały się wysokim poziomem satysfakcji z życia. Kwestionariusz psychologiczny pozwolił ustalić, że ankietowane nie przejawiały nasilenia objawów depresji. Akceptują chorobę na wysokim poziomie, co pozwala uniknąć negatywnego wpływu na funkcjonowanie psychospołeczne. Natomiast w celu opanowania bólu skłaniają się ku modlitwie oraz szukaniu nadziei na poprawę, tłumią natomiast gniew, a relacje i wsparcie rodziny oceniają pozytywnie. Mają też wysoki poziom poczucia własnej skuteczności, który świadczy o docenieniu własnych zasobów w sytuacjach trudnych i stresujących. Wnioski z przeprowadzonego badania przez zespół Łuczak-Wawrzyniak wskazują, że endometrioza, będąca schorzeniem przewlekłym, niekoniecznie prowadzi do pogorszenia jakości życia. Wręcz przeciwnie, stwierdzono, że jej obecność mobilizuje jednostki dotknięte tą chorobą do wykorzystania swoich własnych zasobów, co umożliwia im osiągnięcie celów i zaspokajanie istotnych potrzeb. Kobiety z endometriozą potrafią dostosować się do swojego stanu zdrowia, co pozwala im na utrzymywanie harmonijnych relacji z bliskimi, realizację planów oraz doświadczanie znaczącej satysfakcji z życia [8]. Wyniki te częściowo rezonują z wynikami aktualnego badania, bowiem większość kobiet z endometriozą cechowała umiarkowana jakość życia, zarówno w domenie somatycznej, psychologicznej, jak i socjalnej oraz środowiskowej. Przeprowadzone badanie miało na celu ocenę jakości życia kobiet dotkniętych endometriozą oraz identyfikację czynników wpływających na tę jakość. Wnioski z badania wskazują, że jakość życia kobiet z endometriozą w różnych sferach, takich jak somatyczna, psychologiczna, socjalna i środowiskowa była umiarkowana. Stwierdzono, że starsze kobiety oraz te z bardziej zaawansowaną chorobą charakteryzują się niższym poziomem jakości życia. Jednak posiadanie dzieci nie różnicuje jakości życia pod tym względem. Istotnym czynnikiem różnicującym jakość życia badanych kobiet był czas, jaki upłynął od zgłoszenia się do lekarza w celu zdiagnozowania endometriozy. Ponadto, częstsze doświadczanie bólu związane było z niższym

poziomem jakości życia u kobiet z endometriozą. Na jakość życia wpływają również odczuwane emocje. Emocjami, towarzyszącymi badanym z związku z chorobą były najczęściej lęk, niepokój, frustracja oraz niezrozumienie. Te wnioski mogą być pomocne w dalszym doskonaleniu opieki nad pacjentkami z endometriozą oraz w podejmowaniu decyzji terapeutycznych mających na celu poprawę ich jakości życia [13-15].

Wnioski.

1. Jakość życia kobiet z endometriozą w domenach somatycznej, psychologicznej, socjalnej i środowiskowej była umiarkowana.
2. Kobiety z endometriozą odczuwają najczęściej w związku z chorobą lęk, niepokój, frustrację oraz niezrozumienie.
3. Czas, jaki upłynął od zgłoszenia się do lekarza w celu zdiagnozowania endometriozy różnicuje jakość życia badanych kobiet – im później rozpoznana choroba tym gorsza jakość życia.
4. Częstsze doświadczanie bólu w życiu codziennym wiąże się z niższą jakością życia kobiet z endometriozą.
5. W opinii badanych endometrioza ma negatywny wpływ na zdrowie i samopoczucie psychiczne.

Piśmiennictwo

1. Bręborowicz H. Grzegorz, Położnictwo i Ginekologia, tom 2, wydanie III, PZWL, Warszawa 2020; 245-252.
2. Wyderka, M. I., Zalewska, D., & Szelać, E. Endometrioza a jakość życia. *Pielęgniarstwo Polskie*. 2011; 42(4).
3. Agarwal SK, Chapron C, Giudice LC, et al. Clinical diagnosis of endometriosis: a call to action. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2019; 220:354.e1-354.e12. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S000293781930002X>
4. Alkatout I, Egberts J-H, Mettler L, et al. Interdisciplinary Diagnosis and Treatment of Deep Infiltrating Endometriosis. *Zentralbl Chir*. 2016; 141:630–638.
5. Sroślak, K., Ziętalewicz, U., & Pyrcz, P. Wpływ endometriozy i metod jej leczenia na jakość życia i funkcjonowanie seksualne kobiet - przegląd najnowszych badań. *Przegląd Seksuologiczny*, 2017; 49, 17-24.
6. Marinho, M. C., Magalhaes, T. F., Fernandes, L. F. C., Augusto, K. L., Brilhante, A. V., & Bezerra, L. R. Quality of life in women with endometriosis: an integrative review. *Journal of Women's Health*, 2018; 27(3), 399-408.
7. Kędzia M., Basta P., Czajkowski K., et al. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników dotyczące postępowania w przypadku kobiet z endometriozą.
https://www.ptgin.pl/sites/scm/files/202310/Rekomendacje%20ENDOMETRIOZA%2023.10.2023.png__1.pdf

8. Łuczak-Wawrzyniak, J., Szczepańska, M., & Skrzypczak, J. Ocena jakości życia kobiet z rozpoznaniem endometriozy oraz sposobów radzenia sobie z negatywnymi skutkami choroby. *Przegląd Menopauzalny*, 2007; 6, 329-335.
9. Stępniewska, A., Biela, M., Ceccaroni M. Organizacja opieki nad pacjentkami z endometriozą –rola ośrodka referencyjnego, (w:) W. Baranowski, (red.), *Standardy diagnostyki i leczenia endometriozy - Monografia Ginekologia po Dyplomie*, Warszawa; Medical Tribune Polska. 2020; 46-60,
10. Samulak D, Michalska M, Borycki J; Leczenie bólu u kobiet z endometriozą – aktualne rekomendacje; Po dyplomie, Medical Tribune Polska, Kalisz 2020.
11. Czyżyk A, Kurzawa R, Leczenie niepłodności u kobiet z endometriozą – czy zawsze techniki wspomaganego rozrodu? Po dyplomie, Medical Tribune Polska, Kalisz 2020.
12. Szlendak P., Winiarz A., Turek M., et al. Influence Of Lifestyle On The Course of endometriosis. *Journal of Education, Health and Sport*. 2023;40(1):139-152.
13. Kwiatkowski P., Gładysz K., Szydłowska J., et al. Endometriosis - Pathogenesis, diagnosis and treatment. *Journal Of Education, Health And Sport*. 2023;13(3):302-308.
14. Falcone T., Flyckt R. Clinical Management of Endometriosis. *Obstet Gynecol*. 2018;131(3):557-571.
15. Smolarz B., Szyłło K., Romanowicz H. Endometriosis: Epidemiology, Classification, Pathogenesis, Treatment and Genetics (Review of Literature). *Int J Mol Sci*. 2021; 29;22(19):10554.

WYSTĘPOWANIE POWIKŁAŃ WCZESNYCH U PACJENTÓW PODDAWANYCH ZABIEGOM WEWNĄTRZACZYNIOWYM

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

Wstęp. Miażdżyca zaliczana jest do chorób cywilizacyjnych i stanowi trzecią co do częstości przyczynę zgonów we współczesnym świecie [1]. Szacuje się, że około 8,5 miliona Amerykanów powyżej 40 roku życia cierpi na chorobę tętnic obwodowych [2]. Leczenie wewnątrznaczyniowe jest obiecującą alternatywą dla pacjentów z różnymi schorzeniami naczyń, gdyż charakteryzuje się niższym ryzykiem powikłań w stosunku do klasycznych operacji [3]. Ciągłe postępy w zakresie interwencji naczyń obwodowych (PVI) stale poprawiają ich bezpieczeństwo, przyczyniając się przy tym do coraz to większej popularności przezskórnych metod leczenia zabiegowego. Od 1995 r. nastąpił 10-krotny wzrost wykonywanych zabiegów endowaskularnych, przy jednoczesnym zmniejszeniu przeprowadzania zabiegów chirurgii naczyniowej opartej na klasycznym cięciu [2]. Procedury endowaskularne są brane pod uwagę zazwyczaj wtedy, jeśli poprzednie metody leczenia nie poprawiły funkcjonowania i jakości życia pacjenta [3]. Technologia nakłucia tętniczego znalazła szerokie zastosowanie w prężnie rozwijającej się medycynie, co skutkuje wzrostem zainteresowania badaniami klinicznymi dotyczącymi powikłań miejscowych w obrębie nakłucia naczyniowego.

Spośród głównych powikłań wczesnych, takich jak krwiaki, krwawienia, tętniaki rzekome, przetoki tętniczo-żylne, większość wynika głównie z problemów technicznych oraz niewystarczającej kontroli krwawienia. Zastosowanie skutecznego postępowania po nakłuciu tętnicy ma potencjał przyniesienia licznych korzyści. Oprócz redukcji występowania powikłań pooperacyjnych, wpływa pozytywnie na komfort pacjenta, skraca czas hospitalizacji oraz odciąża personel medyczny, przyczyniając się do zwiększenia efektywności pracy [4].

W niniejszym artykule skupiono się na zbadaniu występowania powikłań wczesnych u pacjentów poddanych zabiegom wewnątrznaczyniowym, próbując zidentyfikować czynniki ryzyka, najczęstsze przyczyny oraz sposoby minimalizacji tych niepożądanych zdarzeń.

Cel pracy. Celem pracy była analiza występowania powikłań wczesnych u pacjentów poddanych zabiegom wewnątrznaczyniowym. W ramach badania określono również cele szczegółowe, które obejmują:

1. Ocenę wpływu rodzaju przeprowadzonego zabiegu na wystąpienie objawów niepożądanych bezpośrednio po operacji.

2. Analizę wpływu trybu wykonania zabiegu na pojawienie się wczesnych powikłań.
3. Ocenę wpływu przestrzegania zaleceń lekarskich po zabiegu na zadowolenie z efektów oraz na obszary, w których nastąpiła poprawa po procedurze.
4. Ustalenie najczęściej występujących powikłań wczesnych po zabiegach wewnątrznaczyniowych oraz metod ich leczenia.

Materiał i metody. Po spełnieniu kryteriów formalnych badanie przeprowadzono w drugim półroczu 2022 roku na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej w jednym ze szpitali Podbeskidzia. Do badania włączono 100 pacjentów (49 kobiet i 51 mężczyzn), którzy zostali przyjęci na oddział zarówno w trybie planowym, jak i w pilnym. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnej składający się z 36 pytań wypełniany przez pacjenta i pielęgniarkę.

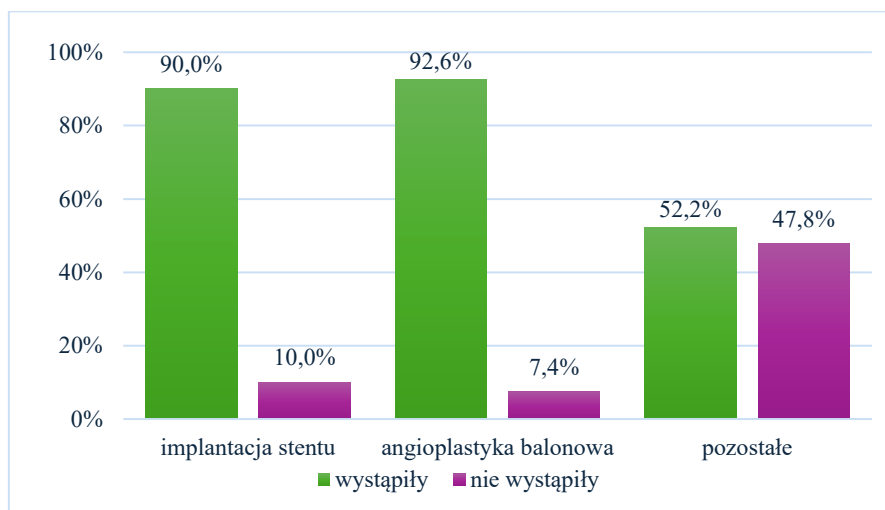
Tabela 1. Charakterystyka grupy badanej

Płeć	Częstość	Procent
kobieta	49	49%
mężczyzna	51	51%
Wiek	Częstość	Procent
do 30 lat	1	1%
31 – 40 lat	2	2%
41 – 50 lat	12	12%
51 – 60 lat	15	15%
61 – 70 lat	23	23%
71 – 80 lat	26	26%
powyżej 80 lat	21	21%
Tryb zabiegu	Częstość	Procent
planowy	64	64%
pilny	36	36%
Rodzaj zabiegu	Częstość	Procent
implantacja stentu	40	40%
angioplastyka balonowa	27	27%
implantacja stent-graftu	10	10%
miejscowa fibrynoliza	7	7%
tromboaspiracja	4	4%
atrektomia rotacyjna	5	5%
zakładanie filtrów	7	7%

Obliczenia wykonano w środowisku statystycznym R wer.3.6.0, programie PSPP oraz MS Office 2019. Przyjęto poziom istotności statystycznej $p = 0,05$. Zmienne wyrażone na poziomie

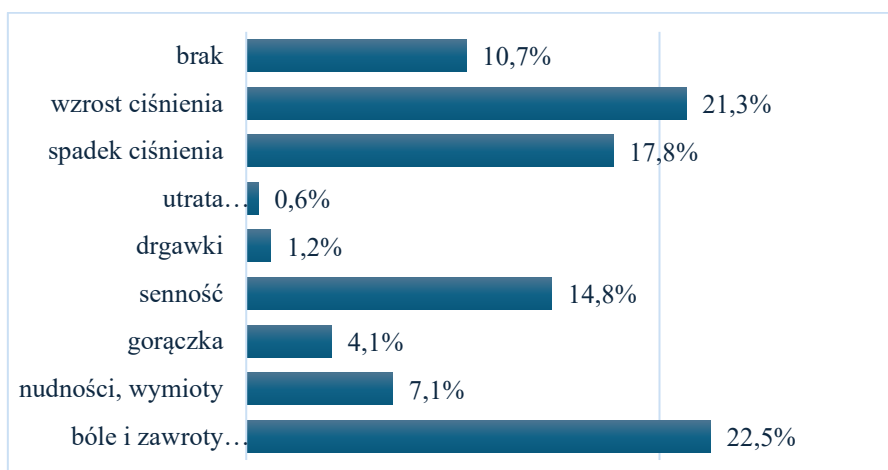
porządkowym lub nominalnym analizowano z wykorzystaniem testów opartych o rozkład chi-kwadrat.

Wyniki. W kontekście rodzaju przeprowadzonego zabiegu objawy niepożądane występowały najczęściej wśród osób poddanych implantacji stentu (90,0%) oraz angioplastyce balonowej (92,6%). Wśród osób poddanych pozostałym zabiegom odsetek występowania objawów niepożądanych był zdecydowanie niższy i wyniósł 52,2% – Rycina 1.



Rycina 1. Analiza objawów niepożądanych bezpośrednio po zabiegu a rodzaj zabiegu

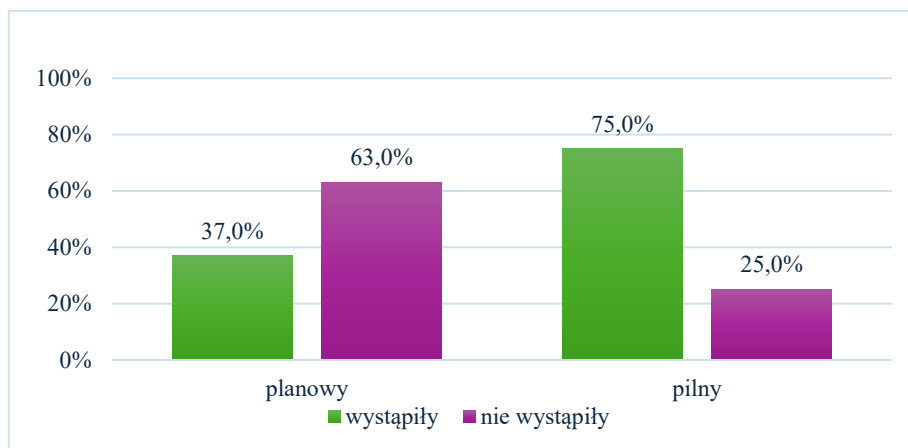
Spośród rodzaju niepożądanych objawów po zabiegu najczęściej wybieraną odpowiedzią były „ból i zawroty głowy” (22,5%), wzrost (21,3%) lub spadek (17,8%) ciśnienia tętniczego krwi oraz senność (14,8%). Objawy niepożądane w bezpośrednim okresie pooperacyjnym nie wystąpiły u 10,7% badanych – Rycina 2.



Rycina 2. Wykaz najczęściej występujących objawów niepożądanych po zabiegach wewnątrznaczyniowych

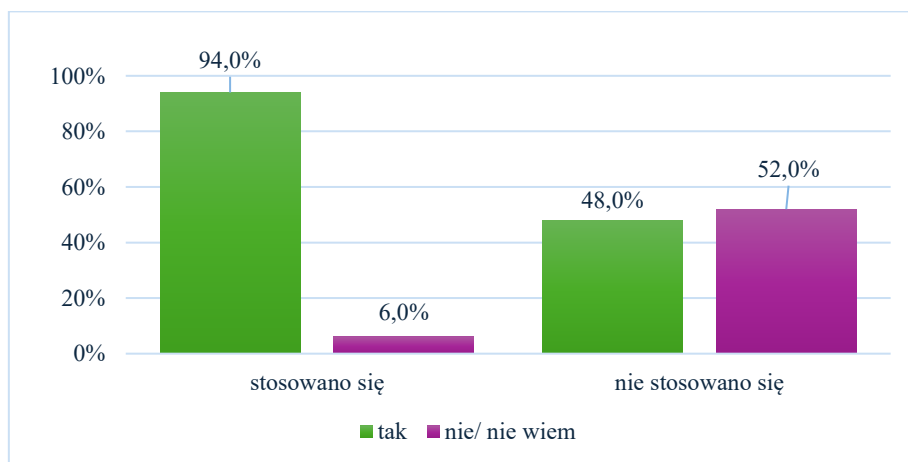
Zbadano także zależność między trybem zabiegu a występowaniem powikłań wczesnych. Stwierdzono duże różnice w rozkładzie występowania powikłań wczesnych w podziale na tryb zabiegu. Wśród osób operowanych w trybie planowym powikłania wczesne najczęściej nie

wystąpiły. Z kolei wśród osób operowanych w trybie pilnym powikłania najczęściej wystąpiły. Badanie pozwoliło wykazać, że powikłania wczesne występowały istotnie statystycznie częściej ($p < 0,05$) u osób poddawanych zabiegom w trybie pilnym. Wyniki przedstawiono na Rycinie 3.



Rycina 3. Wpływ trybu zabiegu na wystąpienie powikłań wczesnych.

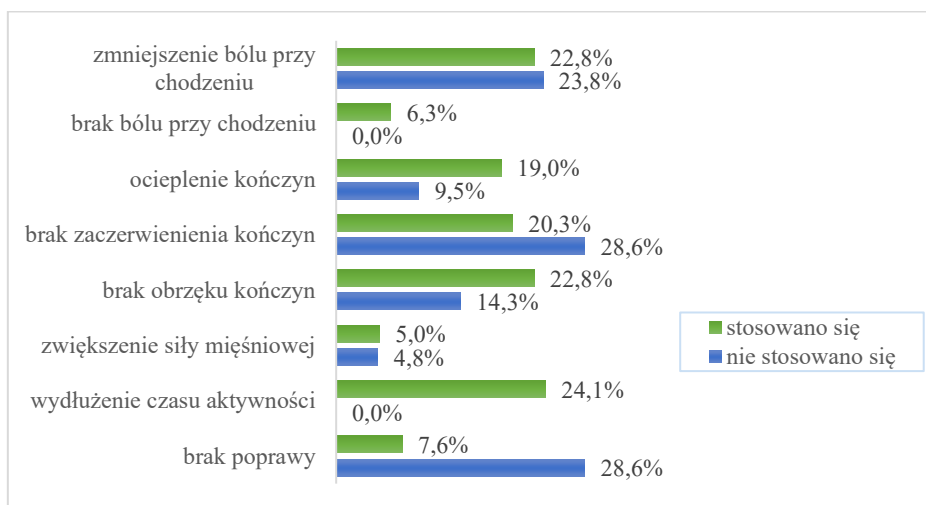
W badaniu stwierdzono istotne różnice w rozkładzie zadowolenia z efektów zabiegu i obszarów poprawy po zabiegu w kontekście stosowania się do zaleceń lekarskich po zabiegu. Osoby stosujące się do zaleceń po zabiegu istotnie statystycznie ($p < 0,05$) częściej były zadowolone z jego efektów. – Rycina 4.



Rycina 4. Analiza zadowolenia z efektów zabiegu na stosowanie się do zaleceń po zabiegu.

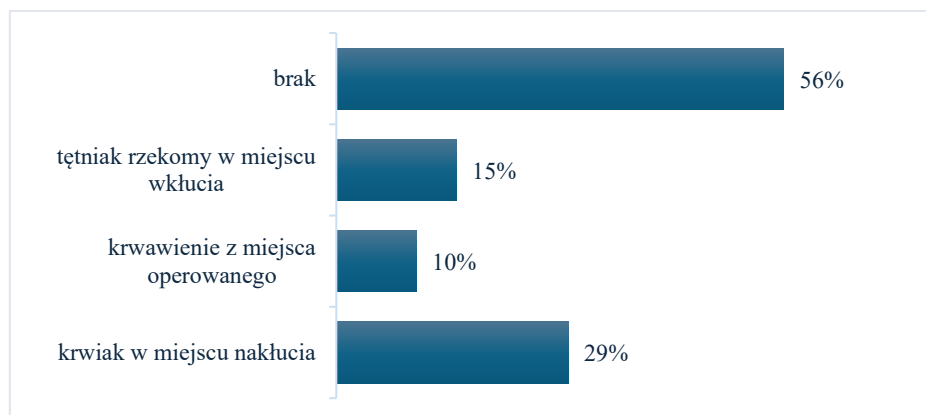
Wśród osób stosujących się do zaleceń najczęściej obserwowano wydłużenie czasu aktywności (24,1%), zmniejszenie bólu przy chodzeniu oraz brak obrzęku kończyn (po 22,8%). Wśród osób nie stosujących się do zaleceń najczęściej obserwowano brak zaczerwienienia kończyn oraz nie obserwowano poprawy (po 28,6%), a także obserwowano zmniejszenie bólu przy chodzeniu (23,8%). Wykazano, że wśród osób stosujących się do zaleceń po zabiegu istotnie statystycznie

($p < 0,05$) częściej obserwowano brak bólu przy chodzeniu, ocieplenie kończyn oraz wydłużenie czasu aktywności, a istotnie rzadziej brak poprawy – Rycina 5.



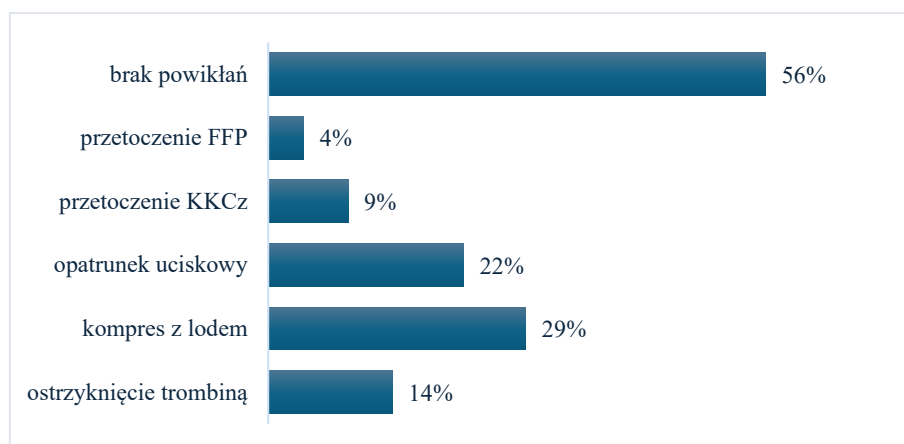
Rycina 5. Obszary poprawy po zabiegu w kontekście przestrzegania zaleceń lekarskich po zabiegu (pytanie wielokrotnego wyboru).

U 56% pacjentów nie stwierdzono powikłań wczesnych po przeprowadzonych zabiegach wewnątrznaczyniowych. Najczęstszym powikłaniem był krwiak w miejscu nakłucia naczynia (29%). Rzadziej występował tętniak rzekomy (15%) oraz krwawienie z miejsca operowanego (10%) – Rycina 6.



Rycina 6. Rodzaje powikłań wczesnych po zabiegach wewnątrznaczyniowych (pytanie wielokrotnego wyboru).

W przypadku wystąpienia powikłań stosowano głównie kompres z lodem (29%), opatrunek uciskowy (22%) oraz ostrzyknięcie trombiną (14%), rzadziej przetoczenie koncentratu krwinek czerwonych KKCz (9%) oraz osocza świeżo mrożonego FFP (4%) – Rycina 7.



Rycina 7. Metody postępowania na powstałe powikłanie (pytanie wielokrotnego wyboru).

Dyskusja. W dzisiejszych czasach zabiegi wewnątrznaczyniowe stają się coraz bardziej popularne i powszechnie stosowane jako skuteczna, mniej inwazyjna alternatywa dla tradycyjnych metod leczenia schorzeń układu naczyniowego. Dzięki nim możliwe jest precyzyjne leczenie różnych patologii, minimalizując ryzyko powikłań i skracając czas rekonwalescencji. Jednak, mimo wielu korzyści, nie można zapominać, że każda procedura medyczna niesie ze sobą pewne ryzyko wystąpienia powikłań, zwłaszcza tych, które pojawiają się tuż po zabiegu. Powikłania wczesne mogą mieć istotny wpływ na przebieg leczenia, zdrowie pacjenta i jego komfort, dlatego tak ważne jest ich dokładne monitorowanie i analiza przyczyn występowania.

W pracy podjęto próbę analizy występowania powikłań wczesnych u pacjentów poddanych zabiegom wewnątrznaczyniowym. Jakkolwiek zabiegi endowaskularne charakteryzują się mniejszą skalą interwencji chirurgicznej, to jednak nie jest możliwe całkowite uniknięcie powikłań i bólu. W badaniu własnym przeanalizowano wpływ rodzaju wykonywanego zabiegu na pojawienie się objawów niepożądanych po zabiegu. Spośród wszystkich zbadanych przypadków zabiegu angioplastyki balonowej objawy niepożądane wystąpiły w 92,6% przypadków. Odsetek przypadków z objawami niepożądanych dla zabiegu implantacji stentu był podobny i wyniósł 90%. Dla wszystkich pozostałych przeprowadzonych zabiegów wewnątrznaczyniowych objawy niepożądane towarzyszyły 52,2% przypadków. Wśród wymienianych objawów niepożądanych odnotowano kolejno 38% przypadków bólu i zawrotów głowy, 36% przypadków wzrostu ciśnienia tętniczego krwi, 30% przypadków spadku ciśnienia tętniczego krwi, 25% senności oraz 12% nudności lub wymiotów. Rzadko odnotowywano gorączkę 7%, drgawki 2% oraz utratę przytomności 1%. U 18% respondentów nie wystąpił żaden z powyższych objawów niepożądanych w bezpośrednim okresie pooperacyjnym.

W dostępnej literaturze nie odnaleziono badań możliwych do porównania w sposób bezpośredni do badań własnych. Jednak, w opublikowanym w 2021 r. artykule Valentina Chioncela i wsp. [5] dotyczącym nadwrażliwości na stenty wieńcowe przeanalizowano badania na temat oceny reakcji organizmu po implantacji stentu uwalniającego lek (DES). W październiku 2003 r. przebadano 50 przypadków po przeprowadzonym zabiegu wewnątrznaczyniowym implantacji stentu. U 85% pacjentów wystąpiły objawy niepożądane, w tym wysypka - 78%, swędzenie - 27 %, pokrzywka - 23 %, gorączka - 13%, a także anafilaksja - 6%. Zarówno badania własne jak i wspomniane powyżej badanie Valentina Chioncela i wsp. skłaniają do wniosku, iż zabiegi implantacji stentów są obarczone wysokim ryzykiem wystąpienia objawów niepożądanych, chociaż rodzaje objawów w badaniu własnym – poza gorączką – nie są tożsame z wymienionymi w badaniach Valentina Chioncela i wsp. Ów brak tożsamości jest o tyle zastanawiający, iż ankieta badania własnego w tym zakresie miała charakter otwarty. Można jednak przypuszczać, iż przyczyną takiego stanu rzeczy jest inny rodzaj przeprowadzanego zabiegu endowaskularnego jakim było stentowanie naczyń wieńcowych.

W kolejnym celu badawczym zweryfikowano hipotezę wpływu trybu wykonania zabiegu na pojawienie się wczesnych powikłań. Przeprowadzona analiza wykazała statystycznie istotny związek statystycznie istotnie ($p < 0,05$) pomiędzy prawdopodobieństwem wystąpienia wczesnych objawów niepożądanych a trybem przeprowadzenia zabiegu endowaskularnego. Zabieg w trybie pilnym implikował objawy niepożądane w 75% przypadków, podczas gdy w trybie planowym w 37,5% przypadków.

W opublikowanym w 2019 r. artykule Beatrice Fiorucci i wsp [6] została opisana analiza pacjentów poddanych endowaskularnej naprawie aorty piersiowej w latach 2010-2016. W badaniu tym 100 zabiegów przeprowadzono w trybie pilnym, natomiast 108 w trybie planowym. Pacjenci poddawani zabiegom w trybie pilnym leczeni byli z powodu pęknięcia aorty, bólu w klatce piersiowej, ostrych powikłań niedokrwiennych oraz rozwarstwienia aorty. Autorzy stwierdzili, iż, zabiegi wykonane w trybie pilnym charakteryzowały się częstszymi powikłaniami 26% przypadków, podczas gdy zabiegi planowe jedynie 7,4% przypadków. Wynik ten – podobnie jak wynik badania własnego – jest analogiczny co do charakteru zależności badanych zmiennych oraz istotny statystyczny ($p < 0,05$).

W trzecim celu szczegółowym podjęto zagadnienie wpływu przestrzegania zaleceń lekarskich po zabiegu na zadowolenie z jego efektów oraz na obszary, w których nastąpiła poprawa po procedurze. Zaobserwowano statystycznie istotną zależność pomiędzy badanymi zmiennymi. Ankietowani, którzy po zabiegu stosowali się do zaleceń lekarskich częściej deklarowali

zadowolenie z efektów przeprowadzonego zabiegu - 93,7%, podczas gdy pacjenci, nie stosujący się do zaleceń częściej okazywali niezadowolenie z efektów zabiegu - 52,4%.

Wśród zadowolonych i stosujących się do zaleceń po zabiegu pacjentów, obszarami, w których najczęściej dostrzegano poprawę były wydłużenie czasu zażywania aktywności fizycznej - 24,1%, brak obrzęku kończyn - 22,8%, zmniejszenie bólu przy chodzeniu - 22,8%, brak zaczerwienienia kończyn - 20,3%, a także ocieplenie kończyn - 19%. Odpowiedź „brak poprawy” zaznaczyło tylko 7,6% respondentów, czyli o 21% mniej w porównaniu z osobami nie stosującymi się do zaleceń. Najrzadziej ankietowani udzielali odpowiedzi: „brak bólu przy chodzeniu” - 6,3% oraz „zwiększenie siły mięśniowej” - 5,1%. W tym miejscu warto jednak zauważyć, że chociaż wśród pacjentów nie stosujących się do zaleceń po zabiegu odsetek zauważających zmniejszenie bólu towarzyszącego chodzeniu był podobny jak w grupie przestrzegających zaleceń, tj. odpowiednio 23,8% versus 22,8%, to jednak żaden z nich nikt nie zadeklarował ustąpienia bólu przy chodzeniu wobec 6,3% pacjentów zachowujących zalecenia, którzy dostrzegli taką poprawę.

Reasumując, obszarami, w których pacjenci przestrzegający zaleceń po zabiegu istotnie częściej deklarowali poprawę w porównaniu z pacjentami nie przestrzegającymi zaleceń były: brak bólu przy chodzeniu, ocieplenie kończyny, brak obrzęku kończyny oraz wydłużenie czasu aktywności. Uzyskane wyniki wskazują, iż przestrzeganie zaleceń lekarskich po zabiegach endowaskularnych ma znaczenie i wpływa na poprawę jakości życia. Z pewnością ma też wpływ na utrzymanie w czasie pozytywnych skutków przebytych zabiegów. Niewątpliwie samodyscyplina w tym obszarze może być uwarunkowana m.in. właściwą informacją i świadomością konieczności przestrzegania zaleceń lekarskich. Mówią o tym badania Udelnow, A. i wsp. przeprowadzone w latach 2015-2016 na grupie 198 pacjentów w Katedrze Chirurgii Ogólnej, Trzewnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej Uniwersytetu w Magdeburgu [7]. Autorzy podkreślają, że komunikacja i edukacja pacjentów poddawanych zabiegom chirurgii naczyniowej stanowią jeden z filarów leczenia i powinny być kontynuowane w trakcie leczenia oraz po wypisaniu ze szpitala, aby utrzymać jakość życia na możliwie najwyższym poziomie. Również Wann-Hansson, C. i wsp. na podstawie badań przeprowadzonych w 2009 roku na grupie dwudziestu jeden pacjentów (w wieku 50–81 lat) po przeprowadzonych interwencjach naczyniowych stwierdzają, że pacjentom wydaje się brakować wiedzy i edukacji na temat ogólnej choroby miażdżycowej, jak również procedur pooperacyjnych [8]. Uzupełnienie tej wiedzy poprzez indywidualną informację oraz dostosowane materiały edukacyjne może ułatwić pacjentom czynne uczestnictwo i zaangażowanie we własne zdrowie i leczenie.

Ostatnim szczegółowym celem badawczym było ustalenia najczęściej występujących powikłań wczesnych po zabiegach wewnątrznaczyniowych oraz stosowanych wobec nich metod leczenia. W 56% przypadków przeprowadzonych zabiegów nie stwierdzono powikłań, a wśród tych, które wystąpiły, żadne nie miały charakteru ciężkiego. Na stwierdzone najczęściej krwiaki oraz tętniaki rzekome w miejscu nakłucia, rzadziej krwawienia z miejsca operowanego, stosowano głównie kompresy z lodem, opatrunki uciskowe i ostrzykiwanie trombiną.

Podobną tematykę pracy zaprezentowała Daniela Ortiza i wsp. [2] publikując w 2014 roku badanie retrospektywne na temat powikłań w miejscu dostępu po interwencjach naczyniowych obwodowych, skupiając się na częstości występowania powikłań, czynnikach prognostycznych oraz wynikach zabiegów. Badanie przeprowadzono z inicjatywy Vascular Quality Initiative na 22 226 pacjentach, u których łącznie wykonano 27 048 interwencji na naczyniach obwodowych przez okres od sierpnia 2007 do maja 2013 r. Po ukończonych badaniach, stwierdzono, iż powikłania wczesne, związane z dostępem naczyniowym wystąpiły tylko u 3,5% respondentów. Najwięcej przypadków stanowiły powikłania niewielkie, bo aż 74,4%. U 10,5% pacjentów wystąpiły ciężkie powikłania, które wymagały wykonania dodatkowych operacji, natomiast u 9,7% pacjentów z średnio ciężkimi powikłaniami, konieczne było wykonanie transfuzji krwi. Najrzadziej występowały powikłania wymagające podania trombiny – 5,4%.

W opublikowanym w 2020 r. artykule naukowym Mostafy S. Khalili i wsp. [9] opisano badania dotyczące powikłań w miejscu dostępu u chorych z PAD (Periphera Artery Disease – choroba tętnic obwodowych). Prospektywnym badaniem objęto pacjentów Szpitala Uniwersyteckiego w Assiut Oddziału Chirurgii Naczyniowej, którzy zostali poddani zabiegom wewnątrznaczyniowym. W badaniu wzięło udział 210 pacjentów (161 mężczyzn i 49 kobiet). Wśród badanych respondentów powikłania wczesne w obrębie miejsca wkłucia wystąpiły u 11%. W 4,3 % przypadków stwierdzono zakrzepicę nakłuwanej tętnicy, która prowadziła do ostrego niedokrwienia kończyny. Każdemu pacjentowi, z powyższym powikłaniem, wykonano zabieg operacyjny – trombektomię mechaniczną. 3,8% pacjentów borykało się z krwiakiem w miejscu dostępu. U chorych wdrożono tylko leczenie zachowawcze obejmujące uciskanie miejsca dostępu oraz wykonywanie kontrolnych badań Duplex.

U 1,9% pacjentów stwierdzono krwawienie zewnętrzne po nakłuciu naczynia. Wdrożone postępowanie obejmowało miejscowy ucisk oraz stabilizację ciśnienia tętniczego krwi. Spośród tej niewielkiej grupy, jeden pacjent zmarł na skutek toczącego się wstrząsu krwotocznego. Najmniej pacjentów (0,95 %) miało tętniaka rzekomego zlokalizowanego na tętnicy udowej. Jeden spośród nich, był leczony zachowawczo poprzez terapię uciskową przy

kontroli USG Doppler. U drugiego z kolei, konieczne było wykonanie operacji oraz naprawy szwów w miejscu uzyskiwania dostępu naczyniowego.

Uzyskane wyniki badań potwierdzają tezę, iż dokładna obserwacja chorego, wczesne wykrycie powikłania, a także szybkie wdrożenie odpowiedniego leczenia zapewnia lepsze rokowanie dla pacjentów z miażdżycą poddawanych zabiegom endowaskularnym.

Z kolei opublikowany w 2015 roku artykuł naukowy Lucyny Ścisło i wsp. dotyczył analizy występowania powikłań u pacjentów z tętniakiem aorty brzusznej leczonych zarówno metodą tradycyjną oraz metodą wewnątrznaczyniową (implantacja stent-graftu) [10]. Opisane badania dotyczyły powikłań po przeprowadzonym zabiegu endowaskularnym w trybie planowym. W okresie od 1 marca do 30 kwietnia 2012 r. dokonano badań w Szpitalu Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie. W badaniu wzięło udział 80 pacjentów z tętniakiem aorty brzusznej – głównie mężczyzn (95%) w wieku 58-84 lat – spośród których 40 osób poddano implantacji stentgraftu. U 35% osób poddawanych zabiegowi implantacji stentgraftu zaobserwowano powikłania wczesne związane z raną, m.in. krwiak w okolicy rany pooperacyjnej 32,5%, krwawienie z rany pooperacyjnej 10%, a także obrzęk rany pooperacyjnej 2,5% oraz wyciek surowiczy 5%. Artykuł nie zawierał informacji na temat zastosowanego postępowania zaradczego.

Reasumując, chirurgia wewnątrznaczyniowa jest skuteczną mniej inwazyjną, alternatywą dla pacjentów z wielochorobowością, obciążonych dużym ryzykiem operacyjnym. Zabiegi endowaskularne poprawiają rokowania chorych zagrożonych m.in. amputacją kończyn. Dzięki szybko rozwijającej się dziedzinie chirurgii wewnątrznaczyniowej, pacjenci mają dostęp do wykwalifikowanego personelu, jak również nowoczesnego sprzętu, a tym samym lepszej opieki około i pooperacyjnej. Po zapoznaniu się z dostępnym piśmiennictwem nasuwa się wniosek, iż wiele aspektów dotyczących powikłań nie jest jeszcze zbadanych. W ocenie autorów temat wczesnych powikłań po zabiegach endowaskularnych nie jest dostatecznie wyczerpany i wymaga przeprowadzenia kolejnych badań na dużych grupach pacjentów.

Wnioski.

1. Największy odsetek wczesnych objawów niepożądanych występował u pacjentów poddawanych zabiegom angioplastyki balonowej oraz implantacji stentu.
2. Powikłania wczesne występowały istotnie częściej u osób poddawanych zabiegom w trybie pilnym.
3. Osoby stosujące się do zaleceń po zabiegu częściej deklarowały zadowolenie z jego efektów. Częściej też wskazywały na poprawę w zakresie ocieplenia i braku obrzęku kończyn, ustaniu

bólu towarzyszącego chodzeniu oraz wydłużenie czasu aktywności. Istotnie rzadziej wskazywali brak poprawy po zabiegu endowaskularnym.

4. Najczęściej występującymi powikłaniami u badanych respondentów były krwiak, tętniak rzekomy i krwawienie. Nie nosiły one znamion przypadków ciężkich. Najczęstszymi działaniami zaradczymi w ich przypadku były kompresy z lodu, celowany ucisk, ostrzykiwanie tętniaka trombiną – rzadko transfuzja.

Piśmiennictwo.

1. Kościelna K, Mędoń E, Stańczyk D i wsp. Ocena wyników wewnątrznaczyniowego leczenia zwężeń tętnic szyjnych z wykorzystaniem stentów o różnej architekturze z uwzględnieniem płci chorych. *Chirurgia Polska* 2018, 20, 1, 35–40.
2. Ortiz D, Jahangir A, Singh M et al. Access Site Complications After Peripheral Vascular Interventions Incidence, Predictors, and Outcomes. *Circ Cardiovasc Interv.* 2014; 7: 821-828.
3. Thukkani A. K., Kinlay S. Endovascular Intervention for Peripheral Artery Disease. *Circ Res.* 2015; 116(9): 1599-1613.
4. Chen HZ, Liang WS, Yao WF et al. Compression methods after femoral artery puncture [online]. Dostępny w internecie: https://journals.lww.com/md-journal/fulltext/2021/01290/compression_methods_after_femoral_artery_puncture_.126.aspx [dostęp: 20.04.2025 r.].
5. Chioncel V, Andrei C L, Brezeanu R et al. Some Perspectives on Hypersensitivity to Coronary Stents. *International Journal of General Medicine* 2021; 14: 4327-4336.
6. Fiorucci B, Kölbel T, Rohlfes F et al. The role of thoracic endovascular repair in elective, symptomatic and ruptured thoracic aortic diseases [online]. Dostępny w internecie: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30768171/> [dostęp: 02.06.2023r.].
7. Udelnow, A, Hecht, V, Buschmann, I et al. Disease knowledge and patient education are key players for a better quality of life in vascular surgery patients. *Eur Surg* 53, 75–83 (2021). <https://doi.org/10.1007/s10353-020-00684-7>.
8. Wann-Hansson, C, Wennick, A. How do patients with peripheral arterial disease communicate their knowledge about their illness and treatments? A qualitative descriptive study. *BMC Nurs* 15, 29 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0151-9>
9. Khalil MS, Hassan HA, Aboloyoun HI et al. Access-site complications after peripheral vascular interventions in patients with peripheral arterial disease at Assiut University Hospital. *Journal of Current Medical Research and Practice* 2020, 5: 433–438.
10. Ścisło L, Domanus R, Walewska E i wsp. Analiza porównawcza powikłań u pacjentów z tętniakiem aorty brzusznej leczonych metodą tradycyjną oraz po implantacji stent-graftu. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2015; 3: 141–146.

WYBRANE CZYNNIKI A JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW Z NOWOTWOREM JELITA GRUBEGO PO CYKLU CHEMIOTERAPII

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

Wstęp. Jakość życia pacjentów leczonych onkologicznie stanowi istotny element oceny efektywności terapii i opieki medycznej [1]. Jakość życia jest to pojęcie wysoce subiektywne, zależne od indywidualnych doświadczeń pacjenta, a także od zewnętrznych czynników, które kształtują jego codzienne funkcjonowanie. W kontekście opieki zdrowotnej jest ona postrzegana jako wielowymiarowa, obejmująca dobrostan emocjonalny, fizyczny, materialny i społeczny [2]. W przypadku pacjentów zmagających się z chorobą nowotworową, zwłaszcza z rakiem jelita grubego, jakość życia ulega pogorszeniu, co może wynikać z samej choroby, jak i z procesu leczenia, w tym chemioterapii [3,4].

Nowotwór jelita grubego, będący wynikiem niekontrolowanego wzrostu komórek w obrębie jelita to choroba, która zmienia dotychczasowy sposób funkcjonowania pacjenta [5]. Cykl chemioterapii stosowany w leczeniu, wiąże się z licznymi efektami ubocznymi, które mogą pogłębiać obciążenie fizyczne i psychiczne chorych [6]. Zmiana trybu życia, a także osłabienie organizmu są tylko częścią trudności, z którymi zmagają się pacjenci. W takich przypadkach ocena jakości życia nabiera szczególnego znaczenia, ponieważ umożliwia określenie skuteczności terapii oraz lepsze dostosowanie opieki do zmieniających się potrzeb pacjenta [7]. Ocena jakości życia pacjentów po cyklu chemioterapii pozwala na monitorowanie nie tylko efektywności leczenia, ale także na lepsze zrozumienie wpływu choroby i terapii na codzienne funkcjonowanie pacjentów. Holistyczne podejście do opieki nad pacjentem, uwzględniające zarówno potrzeby biologiczne, jak i psychospołeczne, jest fundamentalne dla poprawy jakości życia pacjentów onkologicznych [8].

Cel pracy. Celem pracy była analiza wybranych czynników wpływających na jakość życia pacjentów z nowotworem jelita grubego po cyklu chemioterapii.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w Centrum Medycznym „MRUKMED” w Rzeszowie na Oddziale Dziennym Chemioterapii w styczniu 2023 r. W badaniu wzięło udział 102 pacjentów, poddawanych chemioterapii, w związku z leczeniem nowotworu jelita grubego, w tym 42 kobiety (41,2%) oraz 60 mężczyzn (58,8). Wiek respondentów mieścił się w przedziale od 18 do ponad 80 lat, przy czym uczestnicy zostali pogrupowani w następujące przedziały wiekowe: 18-30, 31-40, 51-60, 61-80 oraz powyżej 80 roku życia. Średni wiek wynosił 61,2 lat (SD= 14,7). Dobór próby miał charakter celowy. Kryteriami włączenia do badania były: rozpoznanie medyczne według klasyfikacji ICD-10, zastosowanie chemioterapii

jako metody leczenia oraz świadoma zgoda na udział w badaniu. Kryteria wyłączenia: respondenci, którzy wypełnili ankietę w sposób niekompletny, uniemożliwiający wykorzystanie danych w analizie statystycznej. Udział w badaniu był dobrowolny, a respondenci zostali poinformowani o jego charakterze oraz zasadach anonimowości. Przed rozpoczęciem badań uzyskano zgodę organizacji EORTC oraz dyrektora placówki „MRUKMED” na ich przeprowadzenie. W procesie badawczym zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, wykorzystując technikę ankietową oraz narzędzia badawcze, takie jak: standaryzowany kwestionariusz EORTC QLQ C30 (wersja 3.0) utworzony przez *European Organisation for Research and Treatment for Cancer* (EORTC) a także autorski kwestionariusz ankiety.

Kwestionariusz QLQ-C30 składa się z 30 pytań, na które pacjent udziela odpowiedzi w kilkustopniowej skali. Pytania od 1 do 28 oceniane są w skali od 1 do 4 pkt, zaś pytania 29-30 oceniane są w skali od 1 do 7 pkt. Po dokonaniu standaryzacji wyników, każde z pytań przyjmuje wartość w takiej samej skali, określonej w przedziale od 0 do 100. Wyższa punktacja oznacza większe nasilenie danego problemu/ objawu – wyższy poziom reakcji na daną sytuację. Wyróżnia się 3 podstawowe skale zawarte w QLQ-C30, kolejno: poziom funkcjonalności (*functional scale*), poziom ogólnego stanu zdrowia i jakości życia (*globalhealth status* - QoL) oraz poziom odczuwania objawów choroby, symptomów, problemów (*symptom scale / item*). W wyniku standaryzacji wyższy poziom punktów oznacza wyższy („lepsz”) poziom funkcjonowania pacjenta i jego ogólnego stanu zdrowia, ale także wyższy („gorszy”) poziom związany z odczuwanymi objawami choroby. Jako pierwszy oblicza się tzw. surowy wynik $Raw\ score = RS = (I1 + I2 + \dots + In) / n$ czyli średnią punktację uzyskaną w danej kategorii. Kolejno wynik RS podstawia się do 3 wzorów (osobny dla każdej z kategorii), dzięki którym możliwe jest wyliczenie standaryzowanej wartości punktowej od 0 do 100 [9].

Autorski kwestionariusz ankiety został opracowany w oparciu o założenia badawcze i składa się z dwóch części. Część pierwsza obejmuje pięć pytań metryczkowych, mających na celu zebranie podstawowych danych socjodemograficznych respondentów. Część druga zawiera siedem pytań zamkniętych z możliwością wyboru jednej lub kilku odpowiedzi. Ich treść koncentruje się na subiektywnej ocenie jakości życia pacjentów podczas stosowanej chemioterapii.

Analiza statystyczna zmiennych ilościowych przeprowadzona została za pomocą testu U Manna-Whitney’a. Ocenę zgodności rozkładów badanych zmiennych z rozkładem normalnym dokonano za pomocą testu W Shapiro-Wilka zaś do oceny jednorodności wariancji

użyto testu Levene’a. Za poziom istotności statystycznej przyjęto $p < 0,05$. Analizę statystyczną przeprowadzono w programie Statistica 13.3 firmy StatSoft.

Wyniki. Badaniem objęto 102 pacjentów poddanych leczeniu onkologicznemu z powodu nowotworu jelita grubego. W badanej populacji przeważali mężczyźni (58,8%), natomiast kobiety stanowiły 41,2% (42 osoby). Średni wiek wynosił 61,2 lat (SD= 14,7). W grupie dominowali pacjenci w wieku od 61 do 80 lat – 50 osób, co stanowiło 49,0% ogółu badanych. Większość pacjentów pochodziła ze wsi – 63 osoby (61,8%), podczas gdy mieszkańców miast było 39 (38,2%). Pod względem wykształcenia najliczniejszą grupę stanowili pacjenci z wykształceniem średnim (43,1%). Najwięcej badanych pozostawało w związkach małżeńskich (66,7%). Wszyscy pacjenci (100%) byli poddani chemioterapii. W zakresie trwania leczenia dominowały osoby poddawane chemioterapii przez kilka tygodni (47,1%) lub kilka miesięcy (45,1%). Nowotwór zlokalizowany był u większości pacjentów (89,2%) w obrębie jelita grubego (tab. 1).

Tabela 1. Charakterystyka demograficzna i kliniczna badanej grupy pacjentów

Zmienne	Liczba osób (n = 102)	Procent (%)
Wiek		
18–30 lat	5	4,9%
31–40 lat	10	9,8%
51–60 lat	30	29,4%
61–80 lat	50	49,0%
Powyżej 80 lat	7	6,9%
Płeć		
Kobieta	42	41,2%
Mężczyzna	60	58,8%
Miejsce zamieszkania		
Miasto	39	38,2%
Wieś	63	61,8%
Wykształcenie		
Podstawowe	5	4,9%
Zawodowe	28	27,5%
Średnie	44	43,1%
Wyższe	25	24,5%
Stan cywilny		
W związku małżeńskim	68	66,7%
Rozwiedzeni	10	9,8%
Kawaler/panna	12	11,8%
Wdowiec/wdowa	12	11,8%
Przyjmowanie chemioterapii		
Tak	102	100%
Nie	0	0%
Czas trwania chemioterapii		
Po raz pierwszy	2	2,0%
Kilka tygodni	48	47,1%
Kilka miesięcy	46	45,1%
Kilka lat	6	5,9%
Lokalizacja nowotworu		
Jelito grube	91	89,2%
Jelito grube / esica	11	10,8%

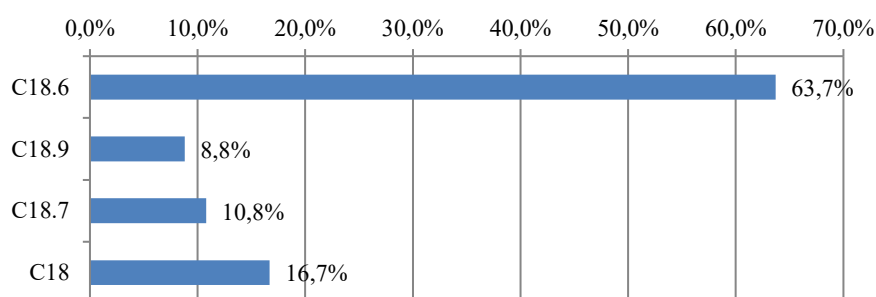
Źródło: badanie własne

Wpływ przyjmowania chemioterapii na wykonywanie pracy zawodowej dostrzegło 37 – 36,2% badanych, była to ponad połowa spośród osób aktywnych zawodowo. Wpływ przyjmowania chemioterapii na możliwość samodzielnego wykonywania codziennych czynności dostrzegало 57 – 55,9% ankietowanych. Z opinią, iż korzyści z chemioterapii przewyższyły skutki uboczne zgodziło się na podstawie własnych doświadczeń, 51 – 50,0% respondentów. Odmienne zdanie miało 39 – 38,2% osób, zaś nie potrafiło jednoznacznie określić swojej opinii na ten temat 12 – 11,8% ankietowanych (tab. 2).

Tabela 2. Subiektywny wpływ chemioterapii na życie pacjentów

Aspekt oceny	Liczba osób (n = 102)	Procent (%)
Wpływ chemioterapii na możliwość wykonywania pracy zawodowej		
TAK	37	36,2%
NIE	21	20,6%
Brak pracy zawodowej	44	43,1%
Wpływ chemioterapii na wykonywanie codziennych czynności		
TAK	57	55,9%
NIE	33	32,4%
Brak zdania	12	11,8%
Ocena korzyści z chemioterapii względem skutków ubocznych		
Korzyści przewyższyły skutki uboczne	51	50%
Skutki uboczne przewyższyły korzyści	39	38,2%
Brak zdania	12	11,8%

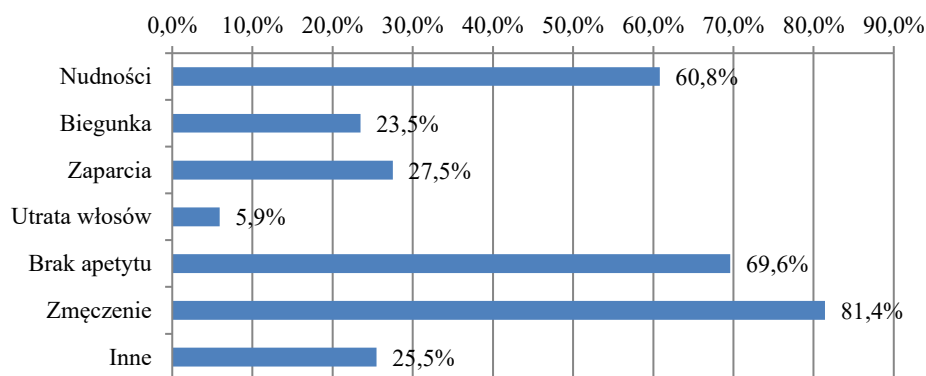
Źródło: badanie własne



Rycina 1. Rozpoznanie medyczne badanych wg klasyfikacji ICD-10

Źródło: badanie własne

Rozpoznanie badanych pacjentów były następujące: C18.6 (65 – 63,7% osób), umiejscowienie nowotworu w okolicy okrężnicy zstępującej, C18.9 (9 – 8,8% osób), umiejscowienie nowotworu w okolicy okrężnicy, lub nieokreślone, C18.7 (11 – 10,8% osób), umiejscowienie nowotworu w okolicy esicy oraz C18 (17 – 16,7% osób), umiejscowienie nowotworu w okolicy jelita ślepego (ryc. 1). Rozpoznanie pacjentów zostały odnotowane z dokumentacji medycznej.



Rycina 2. Skutki uboczne jakie wystąpiły po chemioterapii
Źródło: badanie własne

Najczęściej występującymi u badanych osób, skutkami chemioterapii były zmęczenie (83 – 81,4%), brak apetytu (71 – 69,6%) oraz nudności (62 – 60,8%). Jako inne wymieniano wysypkę, brak sił, nudności i ból brzucha (ryc. 2).

Jakość życia badanych osób oceniono za pomocą kwestionariusza EORTC QLQ-C30. Badani odpowiadali w nim na 30 pytań. W ostatnim tygodniu respondenci najczęściej mieli poczucie bycia zmęczonymi, potrzebowali odpoczynku, odczuwali osłabienie, miewali problemy ze snem, kłopoty w wykonywaniu męczących czynności, odczuwali brak apetytu, musieli leżeć w łóżku lub siedzieć w fotelu w ciągu dnia, odczuwali bóle a ich stan zdrowia i leczenie przeszkadzały im w życiu towarzyskim (tab. 3).

Tabela 3. Wyniki kwestionariusza EORTC QLQ-C30

EORTC QLQ-C30	M	SD
Czy ma Pan/i kłopoty w wykonywaniu męczących czynności?	2,51	0,74
Czy długi spacer męczy Pana/Panią?	1,98	0,49
Czy krótki spacer poza domem sprawia Panu/i trudności?	1,76	0,57
Czy musi Pan/i leżeć w łóżku lub siedzieć w fotelu w ciągu dnia?	2,48	0,73
Czy potrzebuje Pan/i pomocy przy jedzeniu, ubieraniu się, myciu się lub korzystaniu z toalety?	1,07	0,25
Czy w ostatnim tygodniu był/a Pan/i ograniczony/a w wykonywaniu swej pracy lub innej czynności?	2,04	0,74
Czy w ostatnim tygodniu był/a Pan/i ograniczony/a w realizowaniu swoich hobby lub innych przyjemności?	1,98	0,80
Czy w ostatnim tygodniu odczuwał/a Pan/i duszności?	1,21	0,45
Czy w ostatnim tygodniu miał/a Pan/i bóle?	2,32	0,90
Czy w ostatnim tygodniu potrzebował/a Pan/i odpoczynku?	3,01	1,01
Czy w ostatnim tygodniu miewał/a Pan/i problemy ze snem?	2,72	0,81
Czy w ostatnim tygodniu odczuwał/a Pan/i osłabienie?	2,93	1,00
Czy w ostatnim tygodniu odczuwał/a Pan/i brak apetytu?	2,51	1,09
Czy w ostatnim tygodniu odczuwał/a Pan/i nudności?	2,21	1,06
Czy w ostatnim tygodniu wymiotował/a Pan/i?	1,18	0,38
Czy w ostatnim tygodniu miewał/a Pan/i zaparcia?	1,67	0,88
Czy w ostatnim tygodniu miewał/a Pan/i biegunkę?	1,24	0,51
Czy w ostatnim tygodniu był/a Pan/i zmęczona?	3,04	0,97
Czy w ostatnim tygodniu ból przeszkadzał Panu/i w codziennych czynnościach?	1,85	0,68
Czy w ostatnim tygodniu miał/a Pan/i trudności w skupieniu się?	1,32	0,55
Czy w ostatnim tygodniu czuł/a się Pan/i spięty/a?	1,35	0,48

Czy w ostatnim tygodniu martwił/a się Pan/i?	1,81	0,74
Czy w ostatnim tygodniu czuł/a się Pan/i rozdrażniony/a?	1,49	0,56
Czy w ostatnim tygodniu czuł/a się Pan/i przygnębiony/a?	1,59	0,60
Czy w ostatnim tygodniu miał/a Pan/i trudności w zapamiętywaniu?	1,31	0,46
Czy w ostatnim tygodniu stan Pan/i zdrowia lub leczenie zakłócały Pana/i życie rodzinne?	2,03	0,74
Czy w ostatnim tygodniu stan Pana/i zdrowia lub leczenie przeszkadzały w Pana/i życiu towarzyskim?	2,32	0,68
Czy w ostatnim tygodniu stan Pana/i zdrowia lub leczenie powodowały kłopoty finansowe?	1,61	0,65
Jak ocenia Pan/i swój ogólny stan zdrowia w czasie ubiegłego tygodnia?	3,70	0,92
Jak ocenia Pan/i jakość swojego życia w ubiegłym tygodniu?	3,54	1,01

* pytanie 1-28 oceniane w skali od 1 do 4; pytania 29-30 oceniane w skali od 1 do 7

Legenda: M- średnia; SD- odchylenie standardowe

Źródło: badanie własne

Jakość życia ogólna badanych osób, określona na podstawie ich ogólnego stanu zdrowia oceniono w skali 0-100 na poziomie średnim 43,38 pkt. $\pm$ 14,8 pkt. Skala funkcjonalna oceniona została ogółem średnio na 73,22 pkt. $\pm$ 9,92 pkt. a skala objawów średnio na 32,28 pkt. $\pm$ 12,3 pkt. Wyższa punktacja oznaczała zawsze wyższe nasilenie opisywanego zjawiska. Jakość życia ogólna pacjentów była zatem umiarkowana lub niska, ich wyniki oceny ogólnego stanu zdrowia mieściły się poniżej wartości skali. W skali funkcjonowania najlepiej oceniono funkcjonowanie psychiczne badanych (81,29 pkt.) oraz ocenę funkcji poznawczych (89,7 pkt.). Najslabiej z kolei oceniono badanych pod względem funkcjonowania społecznego (60,78 pkt.). Objawami najbardziej nasilonymi u badanych były natomiast zmęczenie (66,45 pkt.) i kolejno bezsenność (57,2 pkt.) oraz brak apetytu (50,33 pkt.) (tab. 4).

Tabela 4. Zestawienie wyników uzyskanych w skali EORTC QLQ-C30

EORTC QLQ-C30	N	M	Me	Min.	Max.	SD
Ogólna jakość życia	102	43,38	41,70	0,00	91,70	14,80
Ogólny stan zdrowia	102	43,38	41,70	0,00	91,70	14,80
Skala funkcjonalna	102	73,22	72,50	52,00	98,70	9,92
Funkcjonowanie fizyczne	102	67,97	60,00	33,30	100,00	14,45
Aktywność zawodowa, hobby	102	66,33	66,70	33,30	100,00	22,62
Funkcjonowanie psychiczne	102	81,29	83,30	50,00	100,00	12,27
Ocena funkcji poznawczych	102	89,70	100,00	50,00	100,00	12,20
Funkcjonowanie społeczne	102	60,78	66,70	33,30	100,00	20,94
Skala objawów/ symptomów	102	32,28	34,90	0,00	53,70	12,31
Zmęczenie	102	66,45	77,80	0,00	100,00	31,05
Nudności i wymioty	102	23,03	33,30	0,00	66,70	20,04
Ból	102	36,27	33,30	0,00	83,30	24,86
Duszność	102	6,86	0,00	0,00	66,70	15,07
Bezsenna	102	57,20	66,70	0,00	100,00	27,11
Brak apetytu	102	50,33	66,70	0,00	100,00	36,26
Obstrukcje	102	22,22	0,00	0,00	100,00	29,42
Biegunka	102	7,84	0,00	0,00	66,70	17,02
Problemy finansowe	102	20,25	33,30	0,00	66,70	21,57

Legenda: N- liczba respondentów; Me – mediana; Min. – wartość minimalna; Max. – wartość maksymalna

Źródło: badanie własne

W badaniach nie wykazano związku pomiędzy czasem trwania chemioterapii a jakością życia badanych osób, na ich stan funkcjonalny czy na nasilenie objawów niepożądanych ($p>0,05$) (tab. 5).

Tabela 5. Zestawienie wyników uzyskanych w skali EORTC QLQ-C30 a czas, jaki upłynął od chemioterapii

EORTC QLQ-C30	Kilka tygodni/pierwszy raz			Kilka miesięcy lub lat			Z	p
	M	Me	SD	M	Me	SD		
Ogólna jakość życia	42,50	41,70	14,89	44,23	41,70	14,81	-0,57	0,567
Ogólny stan zdrowia	42,50	41,70	14,89	44,23	41,70	14,81	-0,57	0,567
Skala funkcjonalna	72,73	73,20	9,86	73,70	71,50	10,04	-0,48	0,635
Funkcjonowanie fizyczne	66,13	60,00	13,99	69,74	66,70	14,79	-1,20	0,230
Aktywność zawodowa, hobby	67,99	66,70	23,05	64,73	66,70	22,30	0,72	0,472
Funkcjonowanie psychiczne	80,50	83,30	11,50	82,05	83,30	13,04	-0,69	0,488
Ocena funkcji poznawczych	89,99	91,65	11,17	89,42	100,00	13,21	-0,05	0,963
Funkcjonowanie społeczne	59,00	50,00	20,55	62,49	66,70	21,36	-0,83	0,408
Skala objawów	32,75	35,20	12,74	31,82	33,35	11,98	0,49	0,627
Zmęczenie	0,078	0,078	0,078	0,078	0,078	0,078	0,078	0,078
Nudności i wymioty	0,418	0,418	0,418	0,418	0,418	0,418	0,418	0,418
Ból	0,222	0,222	0,222	0,222	0,222	0,222	0,222	0,222
Duszność	0,327	0,327	0,327	0,327	0,327	0,327	0,327	0,327
Bezsenna	0,078	0,078	0,078	0,078	0,078	0,078	0,078	0,078
Brak apetytu	0,418	0,418	0,418	0,418	0,418	0,418	0,418	0,418
Obstrukcje	0,222	0,222	0,222	0,222	0,222	0,222	0,222	0,222
Biegunka	0,327	0,327	0,327	0,327	0,327	0,327	0,327	0,327
Problemy finansowe	0,078	0,078	0,078	0,078	0,078	0,078	0,078	0,078

Z - wartość testu U Manna-Whitney'a; p - wskaźnik prawdopodobieństwa testowego

Źródło: badanie własne

Ocena funkcji poznawczych była lepsza wśród mężczyzn niżeli kobiet, a różnica ta była istotna statystycznie ($p=0,005$). Pozostała większość zmiennych poddanych analizie, składających się na jakość życia chorych, nie różniła się w zależności od ich płci ($p>0,05$) (tab. 6).

Tabela 6. Zestawienie wyników uzyskanych w skali EORTC QLQ-C30 a płeć

EORTC QLQ-C30	Kobiety			Mężczyźni			Z	p
	M	Me	SD	M	Me	SD		
Ogólna jakość życia	45,84	41,70	15,43	41,67	41,70	14,23	1,38	0,167
Ogólny stan zdrowia	45,84	41,70	15,43	41,67	41,70	14,23	1,38	0,167
Skala funkcjonalna	71,71	70,30	10,28	74,28	73,70	9,60	-1,14	0,256
Funkcjonowanie fizyczne	66,66	60,00	14,35	68,89	60,00	14,56	-0,78	0,438
Aktywność zawodowa, hobby	66,25	66,70	23,71	66,38	66,70	22,02	0,06	0,950
Funkcjonowanie psychiczne	80,76	83,30	12,82	81,66	83,30	11,96	-0,42	0,675
Ocena funkcji poznawczych	85,70	83,30	13,05	92,49	100,00	10,82	-2,79	0,005
Funkcjonowanie społeczne	59,12	58,35	20,90	61,94	66,70	21,06	-0,65	0,519
Skala objawów	31,59	32,70	11,81	32,76	36,10	12,73	-0,80	0,422
Zmęczenie	67,20	77,80	30,66	65,92	72,25	31,57	0,15	0,882
Nudności i wymioty	20,63	16,70	19,75	24,72	33,30	20,23	-1,09	0,277
Ból	36,90	33,30	26,16	35,84	33,30	24,13	0,04	0,967
Duszność	7,14	0,00	15,67	6,66	0,00	14,77	0,10	0,920
Bezsenna	57,15	66,70	28,80	57,24	66,70	26,12	-0,22	0,823
Brak apetytu	46,82	33,30	38,30	52,78	66,70	34,88	-0,81	0,419
Obstrukcje	23,01	0,00	29,90	21,67	0,00	29,33	0,26	0,793

Biegunka	5,55	0,00	14,57	9,44	0,00	18,50	-1,14	0,255
Problemy finansowe	19,83	16,65	22,16	20,54	33,30	21,34	-0,23	0,821

Z - wartość testu U Manna-Whitney'a; p - wskaźnik prawdopodobieństwa testowego

Źródło: badanie własne

Objawy chorobowe o charakterze uogólnionym mocniej nasilone były wśród osób młodszych aniżeli wśród osób w starszym wieku, po 60 roku życia, różnica ta była istotna statystycznie ($p=0,031$). Ogólna jakość życia i stan funkcjonalny badanych nie różnił się w zależności od ich wieku ($p>0,05$) (tab. 7).

Tabela 7. Zestawienie wyników uzyskanych w skali EORTC QLQ-C30 a wiek

EORTC QLQ-C30	Do lat 60			Powyżej 60 lat			Z	p
	M	Me	SD	M	Me	SD		
Ogólna jakość życia	43,89	41,70	15,63	42,99	41,70	14,25	0,19	0,850
Ogólny stan zdrowia	43,89	41,70	15,63	42,99	41,70	14,25	0,19	0,850
Skala funkcjonalna	71,52	70,30	9,29	74,56	73,70	10,26	-1,48	0,139
Funkcjonowanie fizyczne	68,15	60,00	14,90	67,83	60,00	14,21	-0,08	0,939
Aktywność zawodowa, hobby	62,58	66,70	21,37	69,29	66,70	23,32	-1,52	0,128
Funkcjonowanie psychiczne	82,04	83,30	11,23	80,70	83,30	13,10	0,46	0,643
Ocena funkcji poznawczych	88,51	83,30	12,72	90,64	100,00	11,79	-0,86	0,388
Funkcjonowanie społeczne	56,28	50,00	21,12	64,33	66,70	20,28	-1,93	0,054
Skala objawów	34,96	37,00	12,28	30,16	31,50	12,02	2,15	0,031
Zmęczenie	72,34	77,80	28,79	61,79	66,70	32,20	1,62	0,106
Nudności i wymioty	26,29	33,30	20,25	20,46	16,70	19,67	1,49	0,137
Ból	39,63	50,00	24,43	33,62	33,30	25,09	1,29	0,197
Duszność	6,66	0,00	15,24	7,01	0,00	15,08	-0,17	0,861
Bezsenna noc	62,23	66,70	27,16	53,22	66,70	26,64	1,70	0,089
Brak apetytu	51,12	66,70	38,01	49,71	33,30	35,15	0,22	0,824
Obstrukcje	28,89	33,30	33,04	16,95	0,00	25,30	1,83	0,068
Biegunka	9,62	0,00	18,28	6,43	0,00	15,98	1,06	0,289
Problemy finansowe	17,76	0,00	19,58	22,21	33,30	23,00	-0,87	0,385

Z - wartość testu U Manna-Whitney'a; p - wskaźnik prawdopodobieństwa testowego

Źródło: badanie własne

Dyskusja. Jakość życia pacjentów z nowotworem jelita grubego po cyklu chemioterapii stanowi istotny element oceny skuteczności leczenia. Skutki uboczne terapii, zmiany w codziennym funkcjonowaniu czy obciążenie psychiczne to tylko część czynników które mogą istotnie wpływać na ogólne samopoczucie pacjenta [10]. Ocena jakości życia (QOL) pacjentów onkologicznych staje się więc kluczowym elementem kompleksowej opieki medycznej, która pozwala na lepsze zrozumienie wpływu choroby oraz terapii na codzienne życie osób dotkniętych chorobą [11]. Powyższe spostrzeżenia znajdują potwierdzenie w wynikach badań własnych, w których zastosowano kwestionariusz QLQ-C30, a także uwzględniono szereg zmiennych socjodemograficznych i klinicznych. Stwierdzono, że jakość życia pacjentów była silnie zróżnicowana przez czynniki pozamedyczne.

Wyniki badań zaprezentowane przez Adamowicza K., podkreślają, że sama ocena jakości życia (QOL) za pomocą kwestionariuszy standaryzowanych nie wystarcza, by w pełni zrozumieć

sytuację pacjentów onkologicznych. Efektywna ocena jakości życia pacjentów musi uwzględniać nie tylko czynniki związane z leczeniem, ale także szeroko pojęty styl życia, poziom wiedzy, a także czynniki psychospołeczne [12]. Zestawiając wyniki własne z ustaleniami Adamowicza K., można stwierdzić, że kompleksowe podejście do oceny jakości życia pacjentów onkologicznych jest niezbędne dla uzyskania rzetelnych informacji, które mogą przełożyć się na poprawę opieki klinicznej. W świetle powyższego, zasadne wydają się stosowanie podejścia wielowymiarowego w ocenie jakości życia pacjentów w praktyce klinicznej, z równoczesnym uwzględnieniem edukacji zdrowotnej jako narzędzia wsparcia pacjenta.

W badaniu własnym skupiono się na ocenie jakości życia pacjentów, ze szczególnym uwzględnieniem stanu funkcjonalnego oraz poziomu zadowolenia z życia. Wyniki wykazały, że ogólna jakość życia badanych, oceniana w skali 0-100 wyniosła średnio 43,38 pkt. $\pm$ 14,8 pkt, co wskazuje na umiarkowany lub niski poziom zadowolenia. Należy zwrócić uwagę na poziom funkcjonalny badanych, ponieważ był on relatywnie wysoki – średnio 73,22 pkt. $\pm$ 9,92 pkt, co może świadczyć o dobrej sprawności w codziennym funkcjonowaniu, pomimo doświadczania choroby nowotworowej.

Zespół pod kierunkiem Kapeli I. opublikował w 2017 roku wyniki badań, których głównym celem była ocena poziomu akceptacji choroby oraz satysfakcji z życia u pacjentów z rozpoznaniem rakiem jelita grubego. Badaniem objęto 92 pacjentów, którzy otrzymywali chemioterapię w warunkach szpitalnych. Do badania wykorzystano trzy standaryzowane kwestionariusze: Skalę Akceptacji Choroby (AIS), Skalę Satysfakcji z Życia (SWLS) oraz Skalę Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej (MiniMAC), a także autorski kwestionariusz o charakterze demograficznym. Stopień zrozumienia choroby i odczuwana satysfakcja z życia w badanej grupie osiąga wartości nieco wyższe od przeciętnych, co świadczy o pozytywnej odpowiedzi na chorobę nowotworową. Wśród strategii walki z rakiem przeważa podejście konstruktywne, charakteryzujące się dużym duchem walki i pozytywnym nastawieniem. Destrukcyjny styl radzenia sobie z chorobą nowotworową osiągnął niskie wartości [13]. Porównując wyniki badań własnych z badaniami przeprowadzonymi przez zespół Kapeli I., który wykazał wyższy poziom akceptacji choroby oraz satysfakcji z życia pacjentów leczonych onkologicznie, można zauważyć pewne rozbieżności. Autor podkreśla dominację konstruktywnego podejścia do choroby, które wiązało się z pozytywnym nastawieniem i wysoką oceną ducha walki. Mając na względzie różnice w poziomie ogólnej satysfakcji z życia, obie prace potwierdzają utrzymanie stosunkowo dobrej sprawności funkcjonalnej, co jest pozytywnym aspektem w procesie radzenia sobie z chorobą. Możliwe przyczyny

rozbieżności pomiędzy wynikami mogą wynikać z różnic w metodologii badań. Indywidualne cechy pacjentów, takie jak poziom edukacji zdrowotnej czy wsparcie społeczne, mogą wpływać na subiektywną ocenę jakości życia.

Na podstawie wyników własnych można stwierdzić, że zarówno czas trwania leczenia jak i wiek pacjentów nie miały istotnego wpływu na ich stan funkcjonalny ani na ogólną ocenę jakości życia. Zaobserwowano natomiast, że osoby młodsze (do 60. roku życia) doświadczały istotnie silniejszego nasilenia objawów chorobowych niż osoby starsze, co może sugerować odmienny sposób odczuwania i przeżywania symptomów choroby przez różne grupy wiekowe. Z kolei w badaniu przeprowadzonym przez Kędra EM. oraz Wiśniewski W. wykazano, że to właśnie czas trwania choroby istotnie wpływa na jakość życia pacjentów onkologicznych, podczas gdy wiek nie stanowił czynnika różnicującego [14]. Oznacza to, że wraz z wydłużającym się okresem trwania choroby pacjenci mogli odczuwać coraz większe ograniczenia w funkcjonowaniu, bez względu na wiek. Wnioski płynące z niniejszego badania częściowo potwierdzają badania własne. W przeciwieństwie do badania Kędry i Wiśniewskiego, gdzie wiek nie różnicował oceny jakości życia w żadnym wymiarze, nasze wyniki wskazują, że wiek może wpływać na subiektywne odczuwanie objawów choroby, choć niekoniecznie przekłada się to na ogólną ocenę jakości życia.

Analiza wyników nie wykazała, aby płeć miała istotny wpływ na ogólną ocenę jakości życia pacjentów leczonych z powodu nowotworu jelita grubego. Jedynie funkcje poznawcze zostały ocenione istotnie wyżej u mężczyzn niż u kobiet.

Ponczek i in. wykazali, że płeć miała istotny wpływ na jakość życia pacjentów onkologicznych. Mężczyźni osiągalni wyższe wyniki w zakresie ogólnego stanu zdrowia, funkcjonowania fizycznego, emocjonalnego oraz społecznego w porównaniu z kobietami. Kobiety istotnie częściej zgłaszały nasilone objawy, takie jak zmęczenie, nudności i wymioty, ból oraz zaparcia, a różnice te były istotne statystycznie [15]. Warto zaznaczyć, że badania przeprowadzone przez Kayserilioğlu oraz Aygün również nie odnotowały istotnych statystycznie różnic pomiędzy płcią a większością analizowanych parametrów jakości życia [16]. Podobne wyniki uzyskano w badaniu przeprowadzonym przez Gürel wykazano, że jakość życia pacjentów onkologicznych w zakresie trudności funkcjonalnych i objawowych była wyższa u mężczyzn, jednak różnice te nie były istotne statystycznie [17]. W świetle powyższych danych można uznać, że wpływ płci na jakość życia pacjentów z nowotworem jelita grubego pozostaje niejednoznaczny. Wskazuje to na potrzebę dalszych, pogłębionych analiz w tym zakresie.

Wieloletnie obserwacje wskazują, że nowotwór istotnie wpływa nie tylko na jakość życia osoby chorej, lecz także na funkcjonowanie jej najbliższego otoczenia. W trakcie zmagania się

z chorobą, zarówno pacjenci, jak i ich bliscy, doświadczają szeregu trudności, do których należą m.in.: ograniczenie czasu wolnego, konieczność redukcji wydatków, ograniczenie kontaktów towarzyskich, dezorganizacja planów życiowych, brak szczerej komunikacji, unikanie kontaktu fizycznego czy tłumienie emocji. Pogarszająca się sytuacja materialna, zmęczenie, bezradność, napięcia i konflikty przyczyniają się do zakłócenia codziennego rytmu wszystkich członków rodziny [18]. Wnioski płynące z badania własnego wskazują jednoznacznie, że połowa chorych jest zdania, iż korzyści wynikające z chemioterapii przewyższyły skutki uboczne. Może wydawać się zatem słuszne wprowadzenie szerszej pomocy psychologicznej dla rodzin osób chorych, aby lepiej radziły sobie z trudnościami wynikającymi z choroby i leczenia ich bliskich.

Wnioski. Przeprowadzone badania wykazały, że jakość życia pacjentów z nowotworem jelita grubego po cyklu chemioterapii jest na umiarkowanym poziomie. Czas trwania leczenia nie wpływa istotnie na stan funkcjonalny ani na nasilenie objawów niepożądanych. Nie stwierdzono również, aby płeć respondentów była czynnikiem różnicującym ich ocenę jakości życia po terapii. Podobnie wiek nie odgrywa decydującej roli, choć wśród osób młodszych może występować wyraźniejsze nasilenie dolegliwości związanych z chorobą.

Bibliografia

- [1]. Smoleń, E, Jarema M, Hombek K, Słysz M, Kalita K. Akceptacja i przystosowanie do choroby u pacjentów leczonych onkologicznie. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2018;26(1):37-43.
- [2]. Fallowfield L. "What is quality of life." *Health economics*. 2009;1(8):1-8
- [3]. Roepke AM, Jayawickreme E, Riffle, OM. Meaning and Health: A Systematic Review. *Applied Research Quality Life*. 2014;9:1055–1079. doi:10.1007/s11482-013-9288-9.
- [4]. Quinto RM, De Vincenzo F, Campitiello L, Innamorati M, Secinti E, Iani L. Meaning in Life and the Acceptance of Cancer: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19:5547. doi:10.3390/ijerph19095547.
- [5]. Lotfollahzadeh S, Recio-Boiles A, Cagir B. Colon Cancer. 2017
- [6]. Wnuk M, Marcinkowski JT. Jakość życia w chorobach przewlekłych, *Hygeia Public Health* 2013;48(3): 274-278.
- [7]. Leppert W, Forycka M, de Walden-Gałaszko 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.
- [8]. Leppert W, Forycka M. Ocena bólu i jakości życia u chorych na nowotwory. *Gastroenterologia Polska*. 2011;18(3).
- [9]. Zawisza K, Tobiasz-Adamczyk B, Nowak W, Kulig J, Jędryś J. Trafność i rzetelność kwestionariusza oceny jakości życia EORTC QOQ C30 oraz jego modułu dotyczącego pacjentek z nowotworami piersi (EORTC QLQ BR23). *Ginekologia Polska*. 2010;81(4):262-267

- [10]. Mazur EM. Jakość życia kobiet poddanych chemioterapii z powodu raka piersi, jelita grubego i jajnika [rozprawa doktorska]. Katowice: Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Chemioterapii Onkologicznej; 2017.
- [11]. Bottomley A. The cancer patient and quality of life. *Oncologist*. 2002; 7: 120-125.
- [12]. Adamowicz K. Czy ocena jakości życia w przerzutowym raku jelita grubego w praktyce klinicznej ma sens? Głos w dyskusji. *Psychoonkologia*. 2018;22(2):63-67.
- [13]. Kapela I, Bąk E, Krzemińska SA, Foltyn A. Ocena poziomu akceptacji choroby i satysfakcji z życia u chorych na raka jelita grubego leczonych chemioterapią. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*. 2017; 26(1): 53-61.
- [14]. Kędra EM, Wiśniewski W. Wybrane aspekty oceny jakości życia chorych na nowotwór jelita grubego i członków ich rodzin w świetle wyników badań własnych. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*. 2018;8:33-38.
- [15]. Ponczek D, Nowicki A, Zegarski W, Banaszkiewicz Z. Evaluation of life quality of patients undergoing surgical treatment for rectal cancer in bearing of socio-demographic factors. *Contemporary Oncology/Współczesna Onkologia*. 2006;10(4):164-170.
- [16]. Kayserilioğlu G, Aygin D. Ocena jakości życia chorych na raka jelita grubego. *Innowacje W Pielęgniarstwie I Naukach O Zdrowiu*. 2023;8(2):37–59.
- [17]. Gürel KD. Hematoloji Kliniklerinde Kemoterapi Uygulanan Hastaların Yaşam Kalitesinin Ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. [Investigation of Quality of Life and Affecting Factors in Patients Undergoing Chemotherapy in Hematology Clinics] [Master Thesis]. Adana: Çukurova Üniversitesi; 2007.
- [18]. Krakowiak P, Krzyżanowski D, Modlińska, A. Przewlekłe chory w domu. Gdańsk: Fundacja Lubię Pomagać; 2011

OCZEKIWANIA PACJENTÓW A SATYSFAKCJA Z OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ W ODDZIALE RADIOTERAPII

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

Wstęp. Choroby nowotworowe stanowią jedno z największych zagrożeń współczesnego świata, są drugą przyczyną zgonów w Polsce, a umieralność jest wyższa o 15% od średniej w Unii Europejskiej [1]. Określenie kierunków rozwoju opieki onkologicznej w Polsce, wpisuje się w zalecenia Komisji Europejskiej. Kompleksowe zmiany w polskiej onkologii dotyczą przyjęcia przez Radę Ministrów i opublikowaną w lutym 2020 roku Narodową Strategię Onkologiczną (NSO,) programu wieloletniego na lata 2020–2030. Działania NSO koncentrują się na wielu dziedzinach związanych z walką z chorobami nowotworowymi [2,3]. Jednym z ważniejszych zadań Narodowej Strategii Onkologicznej było wdrożenie Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO), która ma na celu poprawę organizacji opieki onkologicznej w Polsce dzięki stworzeniu mierników i wskaźników do monitorowania jakości opieki onkologicznej [4].

Pod koniec lat 90. XX wieku wprowadzono do podmiotów leczniczych normy ISO (*ang. International Organization for Standardization* - Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna) jako metodę zapewnienia jakości. Wszelkie działania związane z opracowaniem wskaźników jakości mają związek bezpośrednio z wytycznymi praktyki klinicznej. System jakości, według „Słownika jakości ISO 8402” to struktura organizacyjna zawierająca procedury, procesy i zasoby umożliwiające zarządzanie jakością. Inaczej mówiąc jest to zbiór przepisów, procesów, reguł i zasad oraz instrukcji o charakterze administracyjnym, technicznych, osobowym, organizacyjnym, będącym podstawą sprawnego funkcjonowania organizacji i zapewnienia jakości [5]. W związku z tym, że oczekiwania pacjentów są zmienne w czasie i zróżnicowane, należy systematycznie monitorować ich satysfakcję z udzielanych im świadczeń. Satysfakcja pacjenta postrzegana jest jako stopień akceptacji opieki zdrowotnej, przy uwzględnieniu swoich oczekiwań i potrzeb [6].

Standard w pielęgniarstwie jest wzorem i modelem wykonywania czynności i realizacji funkcji pielęgniarstkich, mający zapewnić wysoką jakość świadczeń pielęgniarstkich, tak aby była ona jak najbardziej profesjonalna. Normy te powinny być dostosowane do warunków i stanowiska pracy pielęgniarki, aby były możliwe do zrealizowania [7]. Współczesna onkologia to nie tylko rozwój w zakresie diagnozowania chorób nowotworowych czy ich leczenia. To także wyzwania dla pielęgniarki, która powinna na podstawie najnowszej wiedzy zastosować wszystkie

uprawnienia wynikające z funkcji zdrowotnych, aby można było określić jej działania jako holistyczne.

Badania dotyczące choroby nowotworowej dowodzą, że od momentu zdiagnozowania, poprzez leczenie i okres zdrowienia jest odbierana przez pacjentów jako wydarzenie krytyczne. Ma znaczący wpływ na życie chorych, wywołując bardzo silne i negatywne emocje. Niektóre z nich mogą występować w określonych momentach lub przez cały czas trwania choroby. Stopień ich nasilenia jest zależny od przebiegu choroby oraz indywidualnych predyspozycji do przeżywania emocji [8].

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

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

Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród 150 pacjentów oddziału radioterapii Centrum Diagnostyki i Terapii Onkologicznej NU – MED w Zamościu. Średnia wieku badanych wynosiła 65,5 lat (SD-11,84). Materiał do badań zgromadzono metodą sondażu diagnostycznego przy użyciu autorskiego kwestionariusza ankiety, który zawierał 33 pytania, w tym również dotyczące danych socjodemograficznych. W badaniach zostały uwzględnione tylko prawidłowo wypełnione kwestionariusze. Osoby, które brały udział w badaniu miały zapewnioną anonimowość, a udział w badaniu był dobrowolny.

Zastosowane analizy statystyczne. Analizę statystyczną przeprowadzono z wykorzystaniem programów Statistica 13.3 oraz Microsoft Excel 365.

Statystyka objęła wyliczanie licznosci i procentów oraz statystyk opisowych, takich jak średnia (M), odchylenie standardowe (SD), mediana (Me), moda (Mo), minimum (Min), Maksimum (Max). Ponadto zastosowano następujące testy statystyczne: współczynnik korelacji Pearsona, współczynnik korelacji Spearmana, test U Manna-Whitneya oraz test Kruskala-Wallisa. Normalność rozkładu sprawdzano za pomocą testu W Shapiro-Wilka, a równość wariancji korzystając z testu Levene'a. Test W Shapiro-Wilka wykazał istotne odchylenia od rozkładu normalnego dla badanych zmiennych dlatego wykorzystano testy nieparametryczne. Współczynnik korelacji Pearsona wykorzystano do zbadania związku pomiędzy wiekiem, a jakością sprawowanej opieki pielęgniarskiej na oddziale radioterapii. Test W Shapiro-Wilka wykazał istotne odchylenia od rozkładu normalnego, jednak ze względu na dużą liczbę przypadków (n=150) zastosowano test parametryczny. Testy nieparametryczne zastosowano

gdy: nie spełnione zostały założenia do zastosowania testu parametrycznego lub w przypadku gdy zmienna zależna miała charakter porządkowy. Poziom istotności $\alpha = 0,05$.

Wyniki. W badaniu udział wzięło 150 pacjentów oddziału radioterapii. Najmłodsi respondenci mieli 33, a najstarsi 88 lat. Średnia wieku w badanej grupie wyniosła 65,51 lat (SD-11,84), przy medianie wynoszącej 67 lat. Tabela I prezentuje uzyskane wyniki.

Tabela I. Wiek w latach

Zmienna	N	M	SD	Min	Max	Me
Wiek w latach	150	65,51	11,84	33	88	67,0

M - średnia, SD – odchylenie standardowe, Min – minimum, Max – maksimum, Me – mediana

Źródło: opracowanie własne

Zdecydowaną większość badanych stanowili mężczyźni (n=90; 60,0%), natomiast kobiet było (n=60; 40%). Prawie tyle samo respondentów legitymowało się wykształceniem zawodowym (n=54; 36%) co średnim (n=53; 35,3%). Znacznie mniej miało wykształcenie podstawowe (n=32; 21,3%), a najmniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem wyższym (n=11; 7,3%). Podobna ilość badanych mieszkała na wsi (n=78; 52%) co w mieście (n=72; 48%). Dla zdecydowanej największej grupy pacjentów (n=112; 74,7%) był to kolejny pobyt na oddziale, pozostali ankietowani (n=38; 25,3%) byli hospitalizowani po raz pierwszy. Tabela II prezentuje uzyskane wyniki.

Tabela II. Charakterystyka badanej grupy

Zmienna	Wariant	N	%
Płeć	Kobieta	60	40
	Mężczyzna	90	60
Miejsce zamieszkania	Miasto	78	52
	Wieś	72	48
	Podstawowe	32	21,3
Wykształcenie	Zawodowe	54	36
	Średnie	53	35,4
	Wyższe	11	7,3
Pobyt na oddziale	Pierwszy	38	25,3
	Kolejny	112	74,7

Zdecydowana większość badanych stwierdziła, że w dniu przyjęcia na oddział pielęgniarka zapoznała ich z topografią oddziału (n=129; 86%). Nie widziało takiej potrzeby (n=11; 7,3%), a (n=10; 6,7%) respondentów nie uzyskało takiej informacji. Ankietowani deklarowali, że zostali zapoznani z prawami pacjenta (n=114; 76%), nie zostało zapoznanych (n=13; 8,7%), pozostałe osoby (n=23; 15,3%) uznały, że nie było takiej potrzeby. Większość badanych była poinformowana przez pielęgniarki o planowanych zabiegach pielęgnacyjnych (n=130;

86,7%), tylko (n=5; 3,3%) ankietowanych stwierdziła, że nie została poinformowana, a dla (n=15; 10%) nie było takiej potrzeby.

Zdecydowanie najwięcej respondentów przyznaje, że pielęgniarka zapewniła im warunki intymne (n=113; 75,3%). Tylko 3 pacjentów miało odmienne zdanie (2%), a (n=34; 7,3%) twierdziło, że częściowo. Podczas pobytu na oddziale radioterapii wszyscy badani mieli możliwość realizacji praktyk religijnych. Zgodnie ze swoimi potrzebami miało taką możliwość (n=109; 72,7%) pacjentów, częściową możliwość (n= 22; 14,7%), natomiast (n=19; 12,7%) respondentów stwierdziło, że nie było takiej potrzeby. Większość pacjentów była poinformowana przez pielęgniarki o planowanych zabiegach pielęgnacyjnych (n=130; 86,7%), tylko (n=5; 3,3%) pacjentów deklaroowało brak informacji, a pozostali ankietowani (n= 15; 10%) uznali, że nie było takiej potrzeby.

Wszystkim badanym umożliwiono kontakt z osobami bliskimi (n=150; 100%). Zdecydowana większość pacjentów otrzymała informacje o sposobie przygotowania się do badań diagnostycznych (n=145; 96,7%), nie otrzymało takiej informacji (n=5; 3,3%) respondentów. Prawie wszyscy badani uznali, iż pielęgniarka reagowała na zgłaszane przez nich dolegliwości bólowe (n=148; 98,7%), tylko (n=2; 1,3%) odpowiedziało przecząco. Personel pielęgniarski pomógł (n=99; 66%) pacjentom w łagodzeniu skutków ubocznych chemioterapii/radioterapii, częściowo (n=6; 4%), a w (n=45; 30%) badani stwierdzili, że nie było takiej potrzeby. Potrzeby pacjentów dotyczyły czynności opiekuńczych, w tym spożywania posiłków i pomocy przy zmianie bielizny osobistej i pościelowej. Pomocy podczas spożywania posiłków oczekiwało (n=24; 16%) badanych, większość nie potrzebowała takiej pomocy (n=75; 50%). Aż 1/3 badanych odpowiedziało, że nie było takiej potrzeby (n=51; 34,0%). Pomocy przy zmianie bielizny osobistej i pościelowej oczekiwało (n=77; 51,3%) badanych, nieznacznie mniej badanych nie oczekiwało takiej pomocy (n=51; 34%), a (n=22; 14,7%) respondentów uznało, że nie było takiej potrzeby.

Aż (n=132; 88%) osoby wyraziły zadowolenie, że pielęgniarka zadbała o właściwe warunki do snu i wypoczynku, nikt nie udzielił odpowiedzi negatywnej. Natomiast (n=18; 12%) badanych było zdania, że tylko częściowo pielęgniarka zadbała o właściwe warunki do snu i wypoczynku. Możliwość włączenia członka rodziny do opieki miało (n=66; 44%) pacjentów, pozostali ankietowani (n=84; 54,7%), stwierdzili że częściowo. Tabela III prezentuje uzyskane wyniki.

Tabela III. Ocena spełnienia oczekiwań pacjentów

Ocena spełnienia oczekiwań pacjentów w zakresie:	Odpowiedzi	N	%
Zapoznania z topografią oddziału	tak	129	86,0
	nie	10	6,7

	nie było takiej potrzeby	11	7,3
	tak	114	76,0
Zapoznania z prawami pacjenta	nie	13	8,7
	nie było takiej potrzeby	23	15,3
	tak	113	75,3
Zapewnienia intymnych warunków	nie	3	2,0
	częściowo	34	22,7
	tak	109	72,7
	nie	0	0,0
Realizacji praktyk religijnych	częściowo	22	14,7
	nie było takiej potrzeby	19	12,7
	tak	130	86,7
Informowania o planowanych zabiegach pielęgnacyjnych	nie	3	3,3
	nie było takiej potrzeby	15	10,0
	tak	150	100,0
Umożliwienia kontaktów z osobami bliskimi	nie	0	0,0
	tak	145	96,7
Przygotowania do badań diagnostycznych	nie	5	3,3
	tak	148	98,7
Łagodzenia dolegliwości bólowych	nie	2	1,3
	tak	99	66,0
	nie	0	0,0
Łagodzenia skutków ubocznych chemioterapii/radioterapii	częściowo	6	4,0
	nie było takiej potrzeby	45	30,0
	tak	24	16,0
	nie	75	50,0
Pomocy podczas spożywania posiłków	nie było takiej potrzeby	51	34,0
	tak	77	51,5
	nie	51	34,0
Zmiany bielizny osobistej i pościelowej	nie było takiej potrzeby	22	14,7
	tak	132	88,0
Zapewnienia warunków do snu i wypoczynku	nie	0	0,0
	częściowo	18	12,0
	tak	66	44,0
Włączenia członka rodziny do opieki	nie	0	0,0
	częściowo	84	56,0

Zdecydowanie najwięcej pacjentów wyraża swoje zadowolenie uznając, że w zakresie opieki pielęgniarstwa opieką jaką otrzymali spełniała ich oczekiwania (n=141; 94%), (n=7; 4,7%) respondentów uznało, że spełnia czasami i tylko (n=2; 1,3%) ankietowanych odpowiedziało, że nie spełnia ich oczekiwań. Tabela IV prezentuje uzyskane wyniki.

Tabela IV. Ocena spełnienia oczekiwań pacjentów w zakresie opieki pielęgniarstwa

Ocena spełnienia oczekiwań pacjentów w zakresie opieki pielęgniarstwa	N	%
Tak	141	94,0
Nie	2	1,3

Czasami	7	4,7
Ogółem	150	100,0

Najwięcej pacjentów bardzo wysoko (n=107; 71,3%) i wysoko (n=41; 27,3%) oceniło satysfakcję z opieki pielęgniarskiej w oddziale radioterapii. Z kolei (n=3; 1,3%) wskazało na ocenę przeciętną w skali 1-5, natomiast nikt nie ocenił nisko i bardzo nisko satysfakcji z opieki pielęgniarskiej. Tabela V prezentuje uzyskane wyniki.

Tabela V. Ocena satysfakcji z opieki pielęgniarskiej (skala 1-5)

Ocena satysfakcji z opieki pielęgniarskiej (skala 1-5)	N	%
1 bardzo niska	0	0,0
2 niska	0	0,0
3 przeciętna	2	1,3
4 wysoka	41	27,3
5 bardzo wysoka	107	71,3
Ogółem	150	100,0

Badani oceniali satysfakcję z opieki pielęgniarskiej na oddziale radioterapii w skali 1-5, przy czym 1 - bardzo niska ocena satysfakcji z opieki pielęgniarskiej, a 5 – bardzo wysoka ocena satysfakcji z opieki pielęgniarskiej. Średni wynik oceny wyniósł $4,70 \pm 0,49$, przy medianie wynoszącej 5,0 co wskazuje na bardzo wysoką ocenę satysfakcji z opieki pielęgniarskiej na oddziale radioterapii. Odchylenie standardowe świadczy o bardzo małym zróżnicowaniu badanych pod względem oceny jakości sprawowanej opieki pielęgniarskiej. Tabela VI prezentuje uzyskane wyniki.

Tabela VI. Ogólna ocena satysfakcji z opieki pielęgniarskiej (skala 1-5)

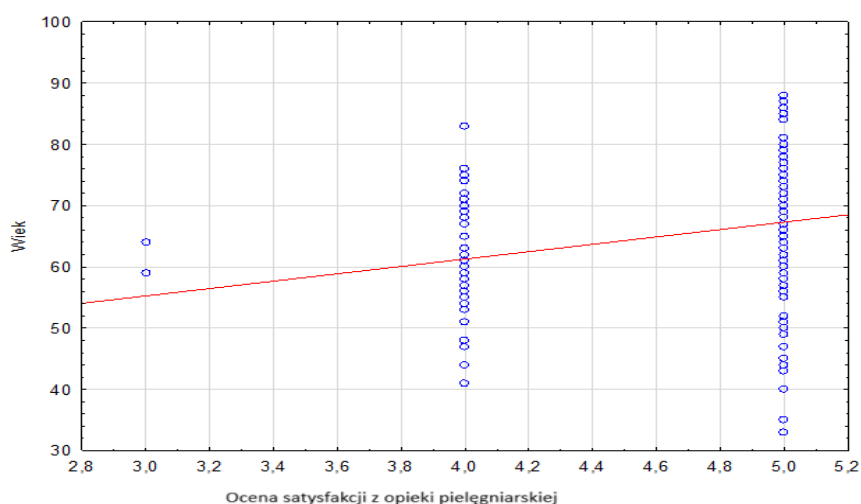
Zmienna	N	M	SD	Min	Max	Me
Ocena satysfakcji z opieki pielęgniarskiej (skala 1-5)	150	4,70	0,49	3,0	5,0	5,00

M - średnia, SD – odchylenie standardowe, Min – minimum, Max – maksimum, Me – mediana

Analiza wykonana za pomocą współczynnika korelacji r Pearsona wykazała korelację istotną statystycznie pomiędzy wiekiem, a oceną satysfakcji ze sprawowanej opieki pielęgniarskiej na oddziale radioterapii ($r=0,281$; $p=0,002$). Korelacja jest dodatnia, o słabej sile i wskazuje, że wraz ze wzrostem wieku badanych rośnie ocena satysfakcji sprawowanej opieki pielęgniarskiej na oddziale radioterapii. Wyniki przedstawiono w tabeli VII, Wykres 1.

Tabela VII. Korelacja między oceną satysfakcji z opieki pielęgniarskiej a wiekiem

Ocena satysfakcji z opieki pielęgniarskiej	Korelacja z wiekiem	
	R Pearsona	P
Suma	0,248	0,002



Wykres 1. Korelacja między oceną satysfakcji z opieki pielęgniarstwa a wiekiem

Pacjenci którym zapewniono warunki intymne oceniali istotnie statystycznie lepiej satysfakcję z opieki pielęgniarstwa na oddziale radioterapii. Wyniki przedstawiono w tabeli VIII.

Tabela VIII. Różnice w ocenie satysfakcji z opieki pielęgniarstwa na oddziale radioterapii w zależności od zapewnienia warunków intymnych

Zapewnienie intymnych warunków	N	Ocena satysfakcji z opieki pielęgniarstwa					Test Kruskala-Wallisa	
		M	SD	Min	Max	Me	H	p
Tak	113	4,79	0,41	4	5	5,0	13,454	0,012
Nie	3	4,33	0,58	4	5	4,0		
Czasami	34	4,45	0,61	3	5	4,5		

Ze względu na brak spełnionego założenia o normalności rozkładu analizę przeprowadzono za pomocą testu U Manna-Whitneya dla prób niezależnych. Test U Manna-Whitneya wykazał istotne statystycznie różnice w ocenie satysfakcji z opieki pielęgniarstwa na oddziale radioterapii w zależności od zapewnienia warunków do snu i wypoczynku ($Z=3,143$; $p=0,002$). Wyniki przedstawiono w tabeli IX.

Tabela IX. Różnice w ocenie satysfakcji z opieki pielęgniarstwa na oddziale radioterapii w zależności od zapewnienia warunków do snu i wypoczynku

Zapewnienie warunków do snu i wypoczynku	N	Ocena satysfakcji z opieki pielęgniarstwa					Test U Manna-Whitneya	
		M	SD	Min	Max	Me	Z	P
Tak	132	4,77	0,42	4,0	5,0	5,0	3,143	0,002
Czasami	18	4,22	0,65	3,0	5,0	4,0		

Ze względu na brak spełnionego założenia o równoliczności oraz braku normalności rozkładu analizę przeprowadzono za pomocą testu Kruskala-Wallisa dla prób niezależnych. Biorąc pod uwagę udzielanie wyczerpujących odpowiedzi na zadawane pytania, test Kruskala-Wallisa ($H=14,255$; $p=0,008$) wykazał istotne statystycznie różnice między przygotowaniem pacjentów do badań diagnostycznych, a oceną satysfakcji z opieki pielęgniarstwa na oddziale

radioterapii. Jak się okazało pacjenci, którzy nie zostali poinformowani o przygotowaniu do badań diagnostycznych oceniali istotnie statystycznie gorzej satysfakcję z opieki pielęgniarskiej na oddziale radioterapii. Wyniki przedstawiono w tabeli IX.

Tabela IX. Różnice w ocenie satysfakcji z opieki pielęgniarskiej na oddziale radioterapii w zależności od przygotowania do badań diagnostycznych

Przygotowanie do badań diagnostycznych	N	Ocena satysfakcji z opieki pielęgniarskiej					Test Kruskala-Wallisa	
		M	SD	Min	Max	Me	H	P
Tak	140	4,74	0,44	4	5	5,0	14,255	0,008
Nie	4	3,50	0,58	3	4	3,5		
Nie było takiej potrzeby	6	4,67	0,52	4	5	5,0		

Dyskusja. Z uwagi na rozpowszechnienie chorób nowotworowych, a także ich następstwa społeczne i ekonomiczne stanowią szczególną dziedzinę zainteresowań wśród naukowców. Wskaźniki jakości w opiece zdrowotnej są ważnym elementem dla oceny jakości świadczonych usług, umożliwiającym skuteczność działań opieki medycznej i stopnia zadowolenia pacjentów.

Opieka pielęgniarska nad pacjentem z chorobą nowotworową polega na kompleksowym pełnieniu wielowymiarowych funkcji zawodowych. Pielęgniarka towarzyszy choremu na wszystkich etapach choroby począwszy od rozpoznania, aktywnej fazy choroby, a zakończywszy na złożonym procesie rekonwalescencji. Trudne i wygórowane do zrealizowania oczekiwania pacjentów znacznie obniżają poziom satysfakcji chorego z otrzymanej opieki. Do głównych czynników, które wpływają na poziom satysfakcji pacjentów należą: liczba informacji dostarczanych choremu, uwaga poświęcona choremu przez pielęgniarkę, intymność, zadowolenie z opieki, rodzaje udzielonego wsparcia.

Duży wpływ na poziom odczuwanej satysfakcji mają potrzeby, które charakteryzują daną osobę i uzyskane informacje. Ustawa o prawach pacjenta daje choremu prawo do leczenia zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną oraz do współdecydowania o procesie leczenia i oceny jakości profesjonalnej opieki [9].

Według Szeszyckiej „istnieją istotne rozbieżności pomiędzy rzeczywistymi oczekiwaniami pacjentów, a przypuszczeniami profesjonalistów co do tychże oczekiwań”. Pielęgniarki powinny dołożyć wszelkich starań, aby wykonywana przez nich praca spełniała oczekiwania pacjentów i dawała satysfakcję z opieki pielęgniarskiej. Przekazanie diagnozy choremu i cały proces leczenia jest przestrzenią służącą do budowania sojuszu terapeutycznego między zespołem leczącym, a pacjentem prowadzącego do współpracy w wyborze terapii,

przestrzegania zaleceń dotyczących leczenia bólu i współodpowiedzialności za podejmowanie i realizowanie decyzji[10].

W badaniach Gazdowicz zdecydowana większość badanych (91,4%) była zadowolona w umiarkowanym stopniu lub w pełni z informacji udzielonych na temat choroby. Poziom opieki został oceniony przez 91,6% badanych jako bardzo dobry lub dobry, a zadowolonych z dotychczasowego leczenia było 90,5% ankietowanych[9].

Z badań własnych wynika, że pacjenci satysfakcję z opieki pielęgniarskiej na oddziale radioterapii ocenili bardzo wysoko 71,3% i wysoko 27,3%. Wszyscy badani pacjenci (100%) potwierdzili, że umożliwiono im kontakt z osobami bliskimi. Niemal wszyscy pacjenci (95,5%), którzy chcieli realizować praktyki religijne na oddziale, mieli zapewnioną taką możliwość.

Według A. Karabanowicz i wsp. stosunek pielęgniarek do chorych, pomoc w czynnościach dnia codziennego, poszanowanie ich godności mają duży wpływ na poziom satysfakcji z pobytu w oddziale szpitalnym. Według pacjenta jest to jedna z ważniejszych kwestii [11].

Pacjenci satysfakcję z opieki pielęgniarskiej oceniali także na podstawie rodzaju udzielonych im informacji. Badania własne wykazały, że znaczna część ankietowanych (86%) w dniu przyjęcia do szpitala została zapoznana z topografią oddziału, a także z prawami pacjenta 76,0% badanych, zdaniem 8,7% nie było takiej potrzeby, tylko 8,7 % ankietowanych w dniu przyjęcia na oddział nie zostało zapoznanych z ich prawami.

Wszyscy pacjenci onkologiczni mają prawo do specjalistycznej i wiarygodnej, informacji na temat choroby i sposobu leczenia przekazywanej przez opiekujący się zespół medyczny[12].

Z badań A. Moczydłowskiej wynika, że pacjenci byli wystarczająco informowani o podejmowanych przez personel pielęgniarski czynnościach pielęgnacyjnych i wykonywali je po otrzymaniu zgody (83%) oraz, że szanowano ich godność (90,7%) i intymność (93,3%) [13].

Z badań własnych wynika, że większość pacjentów (86,7%) została poinformowana przez pielęgniarki wcześniej o planowanych zabiegach pielęgnacyjnych, a 96,7% ankietowanych było informowanych o sposobach przygotowania się do badań diagnostycznych. Analizując dane można stwierdzić, że pielęgniarki dbają o zapewnienie intymnych warunków pacjentom: 96% respondentów potwierdziło, że mieli warunki takie zapewnione.

W badaniach Snarskiej i Dolińskiej 84% respondentów oświadczyło, że zostało poinformowanych o sposobie leczenia (76%) i planowanych zabiegach (60%), natomiast połowa (50%) badanych nie otrzymała informacji na temat możliwości wystąpienia skutków ubocznych w trakcie leczenia [14].

Badania własne wykazały, że pacjenci zostali poinformowani przez pielęgniarkę o istocie i mogących wystąpić skutkach ubocznych stosowanego leczenia (74,7%). Niemal wszyscy pacjenci oddziału radioterapii (98,7%) uznali, że pielęgniarki zawsze łagodzą dolegliwości bólowe, tylko 1,3 % badanych było odmiennego zdania. Pomoc w łagodzenia skutków ubocznych chemioterapii/radioterapii uzyskało 66% respondentów, 4% uważa, iż pomoc uzyskało częściowo, a 30%, że nie było takiej potrzeby. Z badań własnych wynika, że prawie wszyscy pacjenci (88%) oczekiwali od pielęgniarek pomocy w zapewnieniu warunków do snu i odpoczynku. Nieliczni (16%) oczekiwali pomocy przy spożywaniu posiłków, znacznie więcej chorych (51,3%) deklarowało potrzebę pomocy przy zmianie bielizny.

Za najczęstsze przyczyny niskiego poziomu satysfakcji pacjentów z opieki wymienia się: zbyt rzadkie kontakty z pracownikami medycznymi zaangażowanymi w opiekę, złą kontrolę objawów, w tym bólu, złą komunikację, niedostateczne wyposażenie w sprzęt służący opiece oraz brak wsparcia emocjonalnego ze strony rodziny [1]. Subiektywna ocena sytuacji zdrowotnej i uwzględnienie opinii chorych dotyczącej skutków choroby nowotworowej czyni ich aktywnymi partnerami w procesie terapii i leczenia[15].

Po przeanalizowaniu wyników badań własnych dotyczących oczekiwań pacjentów i satysfakcji z opieki pielęgniarskiej w oddziale radioterapii, można stwierdzić, że realizowana opieka pielęgniarska w 94% spełnia oczekiwania pacjentów w zakresie opieki pielęgniarskiej. Najbardziej niezaspokojone potrzeby pacjentów dotyczyły czynności opiekuńczych, w tym spożywanie posiłków 16% oraz zmiany bielizny pościelowej 51,5%, a także włączenie członka rodziny do procesu opieki 44%.

Wnioski.

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

Piśmiennictwo:

1. Aniśko-Trambecka P., Krajewska-Kułał E., Standard wsparcia rodzin dorosłych pacjentów onkologicznych, UM Białystok 2024, Wydanie I s. 47
2. Uchwała Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030 (M.P. poz. 189)
3. Popławska A., Najważniejsze postulaty i założenia Narodowej Strategii Onkologicznej, Onkologia po Dyplomie, Warszawa 2022, T.19, nr 3, s. 47
4. Ustawa z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz. U. poz. 650)
5. Trzcińska H., Satysfakcja pacjenta w wybranych aspektach oceny jakości usług medycznych, Studia Ekonomiczne PANS Nowy Sącz 1/2019(3) s.127
6. Ścisło L., Bodys – Cupak I., Kózka M., Opieka skoncentrowana na pacjencie – analiza modelu i rezultatów wdrożenia do systemu opieki zdrowotnej, Sztuka Leczenia 2022: T. 37, nr 1, s. 33-41
7. Skiert A., Sitarz G.: Rola psychoonkologia w leczeniu choroby nowotworowej, Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Nauk Społecznych 2021, 1(10), 161-175
8. Trzcińska H., Wybrane modele doskonałości jako przykład kształtowania jakości w placówkach medycznych, Studia Ekonomiczne. PANS Nowy Sącz 1/2020 (5), s. 85
9. Gazdowicz I., Akceptacja choroby nowotworowej i satysfakcja z życia kobiet z rozpoznaniem raka piersi z uwzględnieniem czynników demograficznych, społecznych i medycznych <https://uniwersytetkaliski.edu.pl/wp-content/uploads/2024/09/rozprawa-doktorska-l.-gazdowicz.pdf>
10. Wysocka M., Jarosz J., Klimkiewicz A., Pasierski T., Hordowicz M., Klimkiewicz J. Pacjenci onkologiczni oraz ich opiekunowie wobec opioidowego leczenia przeciwbólowego — szanse i zagrożenia dla procesu leczenia. Onkol Prakt Klin Edu 2021;7(2):72-79
11. Karabanowicz A., Ślusarz R., Jabłońska R., Królikowska A., Grzelak L., Samoocena pielęgniarek neurochirurgicznych w zakresie wybranych aspektów opieki, MK Druk, Białystok 2017, s. 123 – 128
12. Bielak K., Kamińska K., Świstak M., Zrozumieć prawa pacjenta onkologicznego. Wybrane aspekty deontologiczne i medyczne, Nauki Przyrodnicze i Medyczne , Lublin Nr 1/35/2023 I s. 25
13. Moczydłowska A., Krajewska – Kułał E., Kózka M., Bielski K., Oczekiwanie chorych wobec personelu pielęgniarskiego, VIA MEDICA 2016, s. 120
14. Snarska K., Dolińska C.: Ocena jakości życia chorych na raka jelita grubego poddanych chemioterapii [w] Rola zespołu interdyscyplinarnego w opiece nad pacjentami onkologicznymi, UM Białystok 2021, Tom I s.164
15. 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

REALIZACJA PROGRAMU EDUKACJI ODNOŚNIE RAKA PIERSI NA PRZYKŁADZIE JEDNOSTKI MEDYCyny PRACY

**BARBARA WALTOŚ – TUTAK, ALEKSANDRA ABRACHAMOWICZ, MARLENA LONC,
OPIEKUN PRACY: PROF. DR HAB. N.O ZDR. EDYTA BARNAŚ**

Wstęp. Istotą działań w ramach usług medycyny pracy jest ochrona zdrowia osób pracujących przed niekorzystnymi czynnikami związanymi ze środowiskiem pracy, a także sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi. Prowadzenie systematycznej kontroli zdrowia osób zatrudnionych umożliwia ocenę ich stanu zdrowia, a także wykrycie szkodliwych czynników, które wynikają z warunków pracy. W praktyce najczęściej wiąże się to z wykrywaniem chorób zawodowych, ustalaniem ich przyczyn oraz przetwarzaniem informacji o narażeniu zawodowym osób objętych opieką. W ramach świadczeń ukierunkowanych na profilaktykę zdrowotną wykonywane są badania diagnostyczne i przeprowadzane konsultacje, które w praktyce nie są zbieżne z dostępnymi programami profilaktyki onkologicznej. W zakresie działań edukacyjnych medycyna pracy koncentruje się głównie na tych z obszaru organizacji, ergonomii, fizjologii czy psychologii pracy [1]. Z drugiej strony Polska od wielu lat ma jeden z wyższych w Europie wskaźników zachorowalności i umieralności na raka piersi wśród kobiet [2]. Mimo dostępnych programów profilaktycznych, w tym bezpłatnej mammografii, która jest rekomendowana dla kobiet od 45-74 roku życia, udział kobiet w tych programach jest niedostateczny. Tylko 31% kobiet uprawnionych korzysta z profilaktycznych badań mammograficznych [3]. Przyczyn tego stanu jest wiele, wśród nich kluczowym wydaje się nadal niska świadomość onkologiczna kobiet, będąca wynikiem zaniedbań edukacyjnych na różnym szczeblu. Stąd w ramach prężnie funkcjonującej jednostki medycyny pracy, w utworzonej w niej poradni ginekologicznej, zainicjowano program edukacyjny dla kobiet dotyczący raka piersi.

Cel pracy. Celem pracy jest ocena nowatorskiego programu edukacji odnośnie raka piersi na przykładzie wybranej jednostki medycyny pracy na Podkarpaciu. Drugorzędnym celem jest próba zdefiniowania możliwości i zadań w ramach medycyny pracy odnośnie profilaktyki raka piersi.

Materiał i metoda. Do analiz deskresearch charakterze retrospektywnym włączono w dane pochodzące od 31 619 kobiet, które w latach 2016 – 2021 były odbiorcami usług, w tym nowatorskiego programu edukacyjnego, w ramach medycyny pracy. Dane do badania zostały zgromadzone po uzyskaniu zgody Dyrekcji firmy do dostępu bazy danych poradni ginekologicznej funkcjonującej w ramach Medycyny Pracy Centrum Medycznego Medyk. Realizowane działania w ramach programu edukacyjnego obejmowały indywidualną rozmowę

ukierunkowaną na analizę czynników ryzyka rak piersi, naukę samobadania piersi przy użyciu тренаżerów i zachęcono do udziału w programach profilaktycznych dla kobiet.

W analizie statystycznej ze względu na brak normalności rozkładów badanych zmiennych oraz jednorodność wariancji zastosowano test nieparametryczny Anova Kruskala-Wallisa. Do testu Anova Kruskala-Wallisa wykonano także test post-hoc, jako test porównań wielokrotnych. Ocenę zgodności rozkładów badanych zmiennych z rozkładem normalnym dokonano za pomocą testu W Shapiro-Wilka zaś do oceny jednorodności wariancji użyto testu Levene'a. Za poziom istotności statystycznej przyjęto $p < 0,05$. Analizę wykonano w programie Statistica 13.3 firmy StatSoft.

Wyniki. W pierwszym etapie analizy porównano liczbę kobiet, jaka poddawała się samobadaniu piersi w latach 2016 – 2021. Ukazano rzeczywistą średnią liczbę kobiet w skali roku, a także uśrednioną liczbę kobiet w skali miesiąca, ponieważ w poszczególnych latach analizowano nie zawsze pełnych 12 miesięcy (w roku 2016 było to 7 miesięcy, w roku 2019 i 2021 odpowiednio 11 miesięcy oraz w latach 2017, 2018 i 2020 było to 12 miesięcy). Najwięcej w skali miesiąca, odnotowano kobiet dokonujących samobadania piersi w roku 2016 – 68 kobiet. W latach kolejnych liczba ta malała, wynosząc kolejno 60, w roku 2017- 55 kobiet, w roku 2018- 33 kobiety, oraz najmniej w roku 2020- 20 kobiet. W roku 2021 doszło do znacznego wzrostu liczby kobiet wykonujących samobadanie do 40. W skali całego analizowanego okresu średnia miesięczna liczba kobiet poddających się samobadaniu wyniosła 45 kobiet. Stwierdzono obecność istotnych różnic pomiędzy wynikami, jakie uzyskiwano pomiędzy latami 2016 względem 2019 i 2020, pomiędzy latami 2018 względem 2019 i 2020 oraz pomiędzy latami 2018 względem 2019 i 2020 ($p < 0,001$). Lata 2019 i 2020 oznaczone były najniższą liczbą kobiet, wykonujących samobadanie piersi. Różnica w tych latach była istotna w odniesieniu do lat 2016 – 2018, w których to latach liczba uczestniczek edukacji była największa (tab. 1).

Tabela 4. Liczba kobiet poddających się samobadaniu piersi w latach 2016-2021

Rok okres obserwacji (średnia w skali roku lub w skali miesiąca)		Podstawowe statystyki opisowe							
		Liczba miesięcy obserwacji	Średnia	Mediana	Min.	Max.	Kwartyl I	Kwartyl III	Odch. std.
2016	Rok	7	480,86	430,00	321,00	635,00	381,00	632,00	124,88
	Miesiąc	7	68,69	61,43	45,86	90,71	54,43	90,29	17,84
2017	Rok	12	713,17	697,50	576,00	873,00	643,00	777,00	93,42
	Miesiąc	12	59,43	58,13	48,00	72,75	53,58	64,75	7,79
2018	Rok	12	664,83	638,00	500,00	847,00	572,00	751,00	111,95
	Miesiąc	12	55,40	53,17	41,67	70,58	47,67	62,58	9,33
2019	Rok	11	370,91	395,00	236,00	494,00	277,00	424,00	90,01
	Miesiąc	11	33,72	35,91	21,45	44,91	25,18	38,55	8,18

2020	Rok	12	238,50	218,00	90,00	394,00	158,00	331,50	97,76
	Miesiąc	12	19,88	18,17	7,50	32,83	13,17	27,63	8,15
2021	Rok	11	434,09	475,00	160,00	796,00	274,00	553,00	184,06
	Miesiąc	11	39,46	43,18	14,55	72,36	24,91	50,27	16,73
Razem	Rok		486,45	494,00	90,00	873,00	325,00	635,00	207,89
	Miesiąc		44,65	46,08	7,50	90,71	28,50	58,75	19,67
ROK		Test Kruskala-Wallisa: H (5, N= 65) =46,02303 p<0,001							
		2016	2017	2018	2019	2020	2021		
2016			1,000	1,000	0,007	<0,001	0,072		
2017		1,000		1,000	0,004	<0,001	0,073		
2018		1,000	1,000		0,042	<0,001	0,437		
2019		0,007	0,004	0,042		1,000	1,000		
2020		<0,001	<0,001	<0,001	1,000		0,326		
2021		0,072	0,073	0,437	1,000	0,326			

H - wartość testu Anova Kruskala-Wallisa; *p* - wskaźnik prawdopodobieństwa testowego

Analizie poddano również liczbę kobiet, wykonujących samobadanie piersi w poszczególnych miesiącach. Najwięcej kobiet wykonywało samobadanie piersi w miesiącach wrzesień, listopad, grudzień (tj. w miesiącach jesiennych), zaś najmniej w miesiącach marcu, styczniu oraz kwietniu. Nie stwierdzono różnic pomiędzy liczbą kobiet wykonujących samobadanie piersi w poszczególnych miesiącach ($p=0,8451$) (tab.2.)

Tabela 2. Liczba kobiet poddających się samobadaniu piersi w latach 2016-2021 w zależności od miesiąca

Rok miesiąc obserwacji (średnia ogólna w skali roku lub w skali miesiąca)		Podstawowe statystyki opisowe							
		Liczba lat obserwacji	Średnia	Mediana	Min.	Max.	Kwartył I	Kwartył III	Odch. std.
Styczeń	rok	5	416,00	420,00	160,00	647,00	232,00	621,00	220,68
	miesiąc	5	35,55	38,18	14,55	53,92	19,33	51,75	18,10
Luty	rok	4	502,50	496,50	293,00	724,00	309,00	696,00	224,98
	miesiąc	4	42,49	42,61	24,42	60,33	26,98	58,00	18,13
Marzec	rok	5	400,40	395,00	90,00	690,00	216,00	611,00	254,26
	miesiąc	5	34,29	35,91	7,50	57,50	19,64	50,92	20,92
Kwiecień	rok	4	459,00	539,50	128,00	629,00	315,50	602,50	226,63
	miesiąc	4	39,20	46,86	10,67	52,42	28,20	50,21	19,23
Maj	rok	5	511,00	553,00	200,00	747,00	494,00	561,00	198,10
	miesiąc	5	44,18	46,08	16,67	62,25	44,91	51,00	16,84
Czerwiec	rok	6	471,83	443,00	321,00	705,00	335,00	584,00	156,37
	miesiąc	6	43,62	46,61	27,92	58,75	33,18	48,67	11,22
Lipiec	rok	6	469,50	439,50	381,00	663,00	394,00	500,00	106,46
	miesiąc	6	44,01	42,56	32,83	55,25	36,45	54,43	9,19
Sierpień	rok	6	444,17	446,00	204,00	732,00	277,00	560,00	191,61
	miesiąc	6	42,10	44,92	17,00	61,00	25,18	59,57	17,89
Wrzesień	rok	6	572,67	613,00	158,00	821,00	424,00	807,00	275,99
	miesiąc	6	53,53	64,34	13,17	72,36	38,55	68,42	23,15
Październik	rok	6	597,67	592,50	342,00	873,00	424,00	762,00	200,76
	miesiąc	6	57,31	56,89	28,50	90,29	38,55	72,75	22,78
Listopad	rok	6	507,33	475,00	158,00	853,00	236,00	847,00	311,06
	miesiąc	6	49,27	49,61	13,17	90,71	21,45	71,08	32,10
Grudzień	rok	6	459,50	439,00	242,00	740,00	274,00	623,00	206,21
	miesiąc	6	44,40	39,63	22,00	78,57	24,91	61,67	23,22
Razem	rok		486,45	494,00	90,00	873,00	325,00	635,00	207,89
	miesiąc		44,65	46,08	7,50	90,71	28,50	58,75	19,67
MIESIĄC		Test Kruskala-Wallisa: H (11, N= 65) =6,404103 p =0,8451							

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Styczeń		1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Luty	1,0		1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Marzec	1,0	1,0		1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Kwiecień	1,0	1,0	1,0		1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Maj	1,0	1,0	1,0	1,0		1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Czerwiec	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0		1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Lipiec	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0		1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Sierpień	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0		1,0	1,0	1,0	1,0
Wrzesień	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0		1,0	1,0	1,0
Październik	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0		1,0	1,0
Listopad	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0		1,0
Grudzień	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	

H - wartość testu Anova Kruskala-Wallis; *p* - wskaźnik prawdopodobieństwa testowego

Najwięcej guzków stwierdzono u pacjentek w roku 2019 (15 – 24,2%). W latach 2017, 2018 oraz 2020 było to po 10 (16,1%) guzków, w roku 2016 – 12 guzków (19,4%) a w roku 2021 – 5 guzków (8,1%) (tab.3)

Tabela 3. Liczba stwierdzonych zmian w piersiach w latach 2016-2021

Czasokres	Liczba zmian (n)	Procent zmian (%)
2016 rok	12	19,4
2017 rok	10	16,1
2018 rok	10	16,1
2019 rok	15	24,2
2020 rok	10	16,1
2021 rok	5	8,1
Razem	62	100,0

Przedział wieku, w jakim znajdowały się kobiety, u których stwierdzano guzki w piersi, zobrazowano w poniższej tabeli. W roku 2016 był to przedział 25-44 lat, w roku 2017 przedział 26-55 lat, w roku 2018 przedział 36-58 lat, w roku 2019 przedział 29-58 lat w roku 2020 przedział 20-56 lat oraz w roku 2021 przedział 32-59 lat (tab. 4).

Tabela 4. Zakres wieku pacjentów, u których wykryto zmiany w latach 2016-2021

Czasokres	Zakres wieku pacjentek (lata)
2016 rok	25-44
2017 rok	26-55
2018 rok	36-58
2019 rok	29-58
2020 rok	20-56
2021 rok	32-59

W roku 2019 i 2021 zidentyfikowano po 2 kobiety z powiększonymi węzłami chłonnymi. W roku 2017 i 2020 roku było to po jednym przypadku rocznie (tab.5).

Tabela 5. Liczba powiększonych węzłów chłonnych w latach 2016-2021

Czasokres	Liczba powiększonych węzłów chłonnych (n)	Procent (%)
2016 rok	0	0,0

2017 rok	1	16,7
2018 rok	0	0,0
2019 rok	2	33,3
2020 rok	1	16,7
2021 rok	2	33,3
Razem	6	100,0

Przedział wieku, w jakim znajdowały się kobiety, u których stwierdzano powiększone węzły chłonne, zobrazowano w poniższej tabeli. W roku 2017 była to pacjentka wieku 26 lat, w roku 2019 były to pacjentki w wieku 33 i 36 lat, w roku 2020 była to pacjentka wieku 26 lat oraz w roku 2021 były to pacjentki w wieku 28 i 35 lat (tab.6).

Tabela 6. Zakres wieku pacjentów, u których wykryto powiększone węzły chłonne

Czasokres	Zakres wieku pacjentów, u których wykryto zmiany(w latach)
2016 rok	-----
2017 rok	26
2018 rok	-----
2019 rok	33, 36
2020 rok	26
2021 rok	28, 35

Dyskusja. Analiza retrospektywna danych dotyczących realizacji modelu edukacji zdrowotnej ukierunkowanej na raka piersi u kobiet, wskazuje na pozytywny efekt na dwóch płaszczyznach. Pierwszą z nich są wyedukowane i zmotywowane kobiety do wykonywania samobadania piersi i regularnych badań diagnostycznych, drugim jest wykrycie zmian w grupie kobiet, które dotychczas nie korzystały regularnie z badań diagnostycznych piersi. Warto zauważyć, że właśnie poprzez naukę i regularne wykonywanie samobadania piersi, kobiety te zidentyfikowały u siebie niepokojące objawy i zgłosiły się do dalszej pogłębionej diagnostyki. Według badań z całego okresu pomiarowego średnia miesięczna liczba kobiet poddających się samobadaniu piersi wyniosła 45 na przestrzeni lat 2016 – 2021. Niestety najmniej przebadanych kobiet wykazano w roku 2020. Można przypuszczać, że przyczyną tego stanu była pandemia SARS-CoV-2 i pojawiające się obostrzenia, które ograniczyły dostępność do badań diagnostycznych. W momencie luzowania obostrzeń, można zauważyć znaczny wzrost liczby kobiet wykonujących samobadanie piersi we wrześniu 2021. Niezależnie od tych niekorzystnych czynników, wyniki wykazały zasadność i potrzebę działań profilaktycznych w ramach medycyny pracy. Dzięki realizacji projektu w jednej tylko placówce medycznej wykryto 62 zmiany w piersiach, które skierowano do dalszej diagnostyki.

Warto także zauważyć, że realizacja tego projektu przypadła na lata, kiedy w Polsce dużo dyskutowało się w różnych gremiach o potrzebie wzmocnienia działań profilaktycznych w onkologii. Jednym z poruszanych wątków były propozycje wprowadzenia obowiązkowych badań mammograficznych i cytologii w ramach porad medycyny pracy. Debata ta trwała

stosunkowo długo, bo dopiero pod koniec 2024 roku pojawiły się propozycje rozwiązań legislacyjnych odnośnie wprowadzenia do pakietu badań w medycynie pracy obligatoryjnie mammografii i cytologii. Ostatecznie jednak przyjęto rozwiązanie, by były one dostępne w ramach porad medycyny pracy, ale jako nieobowiązkowe [4]. Jednym z kluczowych argumentów za takim rozwiązaniem są niskie wskaźniki zgłaszalności kobiet na badania mammograficzne. Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że zgłaszalność do programów profilaktycznych dla kobiet w Polsce ma trend spadkowy. Np. zgłaszalność na mammografię spadła z 41 proc. w 2016 roku do 31 proc. w 2024 roku [5].

Polska od lat plasuje się w grupie krajów europejskich o najniższych wskaźnikach udziału kobiet w badaniach profilaktycznych, co przekłada się na niechlubne wyniki odnośnie zachorowalności i umieralności kobiet [6,7]. Jednym z ważniejszych kryteriów w ocenie badań przesiewowych jest jakość badania przesiewowego z punktu widzenia jego czułości i swoistości, klasyczna mammografia cechuje się 75-95% czułością oraz swoistością na poziomie 80-95%. By mówić o skuteczności populacyjnych badań przesiewowych docelowa populacja biorąca w nich udział powinna być możliwie największa, dla przykładu w krajach skandynawskich zgłaszalność wynosi ponad 70–80 proc., co przekłada się na pozytywne wyniki populacyjnych badań przesiewowych [8,9,10]. Nowoczesne, coraz bardziej dostępne metody rozpoznawania raka piersi, w tym dostępność programów profilaktycznych, połączona ze świadomością kobiet, może przełożyć się na efektywność w postaci wykrywania zmian we wczesnym stadium rozwoju. Tym samym dając lepsze szanse na wyleczenie i poprawę jakości życia chorych. Jednym z najtańszych metod profilaktycznych jest samobadanie piersi, które regularnie stosowane pozwala kobiecie zauważyć zmiany wymagające dalszej diagnostyki. Szacuje się, że ok. 80% zmian wykrywanych jest przez same kobiety bądź ich partnerów, z czego 75% z nich są to torbiele, włókniaki i tłuszczaki o charakterze łagodnym. Samobadanie piersi należy nadal do najtańszych i bezinwazyjnych metod, które powinno być stosowane równoległe do innych dostępnych metod diagnostycznych, tj. USG, czy mammografia [11,12]. W przeprowadzonych badaniach własnych, stwierdzono, że najwięcej kobiet wykonywało samobadanie piersi w miesiącach wrzesień, listopad, grudzień, tj. w miesiącach jesiennych, co może być wynikiem kampanii medialnych które mają miejsce w tym czasie.

Jak pokazują liczne polskie doniesienia kobiety, które są zmotywowane do dbania o swoje zdrowie ginekologiczne, to najczęściej kobiety świadome swoich indywidualnych czynników ryzyka, kobiety z wyższym wykształceniem i niestety często kobiety u których w najbliższej rodzinie wystąpiło zachorowanie na nowotwór [11-15]. Z kolei publikacje wiążące miejsce pracy, jako potencjalny czynnik ryzyka zachorowania na raka piersi wskazują na ryzyko

związane z pracą biurową. I tak Sari i wsp., wykazali, że pracownicy biurowi w porównaniu z pracownikami fizycznymi byli bardziej narażeni na raka piersi, po uwzględnieniu czynników zdrowia reprodukcyjnego i wskaźników aktywności fizycznej. Kobiety, które podczas pracy zajmowały głównie pozycję siedzącą, w porównaniu z kobietami poruszającymi się podczas pracy miały wyższe ryzyko zachorowania na raka piersi. Nadmierne ryzyko zachorowania na raka piersi zaobserwowano u pracowników biurowych, gdy czas spędzony na chodzeniu wynosił mniej niż 30 minut dziennie[16]. Interesującym doniesieniem łączącym pracę zawodową z ryzykiem raka piersi kobiet i mężczyzn jest praca Sritharana i wsp. W oparciu o System Obserwacji Chorób Zawodowych dokonali analizy kohorty ponad 18 000 przypadków z lat 1983-2016, wykazując, że w grupach podwyższonego ryzyka są osoby zarządzające, pracownicy administracyjno- biurowi. Ryzyko to dotyczyło obydwójga płci [17].

Możliwości profilaktyki pierwotnej w zakresie zapobiegania nowotworom piersi powinny skupiać się głównie na poprawie stylu życia kobiet. Ewaluacja modyfikowalnych czynników ryzyka do których zaliczamy m.in.: unikanie nadwagi i otyłości, ograniczanie spożycia alkoholu, unikanie palenia tytoniu i ograniczanie spożywania tłuszczów zwierzęcych, mogą zasadniczo ograniczyć ryzyko zachorowania na nowotwór. Zarówno alkohol, zwłaszcza wysokoprocentowy jak i palenie tytoniu to czynniki kancerogenne [18,19]. Wielu autorów zwraca także uwagę na istotną rolę aktywności fizycznej w zmniejszaniu ryzyka zachorowania na raka piersi. Zwiększona aktywność fizyczna u kobiet między 11 a 24 rokiem życia zmniejsza ryzyko zachorowania, także u kobiet dojrzałych wysoka aktywność fizyczna wiąże się z niższym o 30-40% ryzykiem niż u kobiet prowadzących siedzący tryb życia [18, 19]. Ciekawe wyniki dotyczące stylu życia a zgłaszalność na badania mammograficzne prezentują Patrao i wsp. W przebadanej grupie 635 kobiet w wieku 50-69 rok życia, wykazali, istotny związek między aktywnością fizyczną, niepaleniem, umiarkowanym spożyciem alkoholu i zdrową dietą, które częściej cechowały kobiety, które wykonały mammografię w ciągu ostatnich 2 lat [20].

Uzyskane dane z projektu w okresie 2016 – 2021 roku nie pozostawiają wątpliwości o słuszności wprowadzonej w ramach działań profilaktycznych medycyny pracy, nauki samobadania piersi u kobiet.

Wnioski. Analiza deskresearch na podstawie bazy danych poradni funkcjonującej w ramach medycyny pracy, wskazuje na potrzebę prowadzenia świadczeń edukacyjnych odnośnie raka piersi w ramach działań profilaktycznych w Medycynie Pracy. Działania te nie powinny ograniczać się jedynie do wykonania badań mammograficznych, ale powinny być oparte

o indywidualną ocenę czynników ryzyka raka, poradę odnośnie stylu życia i naukę samobadania piersi.

Postuluje się wykorzystanie potencjału pracowników medycyny pracy, w szczególności pielęgniarki, które są profesjonalnie przygotowane do prowadzenia działań edukacyjnych i nauki samobadania piersi.

Piśmiennictwo:

1. www.gov.pl/web/zdrowie/zadania-sluzby-medycyny-pracy (data wejścia: 20.12.2024r.)
2. Krajowy Rejestr Nowotworów (KRN), www.onkologia.org.pl (data wejścia: 20.12.2024r.)
3. www.gov.pl/web/zdrowie/program-profilaktyki-raka-piersi-mammografia (data wejścia: 20.12.2024r.)
4. Regulacje prawne medycyna pracy www.mp.pl/kurier/364722,rewolucja-w-badaniach-medycyny-pracy (data wejścia: 20.12.2024r.)
5. www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/programy-profilaktyczne/dane-o-realizacji-programow/ (data wejścia: 20.12.2024r.)
6. www.europadonna.org/breast-cancer/ (data wejścia: 20.12.2024r.)
7. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al., Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*, 2021; 71:209–249.
8. Salameh J-P, Kashif Al-Ghita M, McInnes MDF, Seely JM. Screening with Breast Cancer Mammography: Re-Evaluation of Current Evidence. *Canadian Association of Radiologists Journal*. 2023;74(3):596-599.
9. Philippe Autier, Karsten Juhl Jørgensen, Michel Smans, Henrik Støvring, Effect of screening mammography on the risk of breast cancer deaths and of all-causedeaths: a systematic review with meta-analysis of cohort studies, *Journal of Clinical Epidemiology*, Volume 172, 2024, 111426, <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2024.111426>.
10. Didkowska J. Mammography screening — a recognised standard. *NOWOTWORY J Oncol* 2016; 66: 418–421.
11. Garwacka – Czachor E., Maciejczyk A., Bębenek M. Samobadanie piersi w grupie kobiet biorących udział w przesiewowych badaniach mammograficznych, *Biuletyn Polskiego Towarzystwa Onkologicznego Nowotwory* 2016;1(3):228-232.
12. Wojciechowicz A., Kowalewska B., Szpakow A. Wiedza kobiet na temat raka piersi. Wydawnictwo Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2024.
13. Bogusz R., Charzyńska-Gula M., Majewska A. i wsp.: Wiedza kobiet w wieku okołomenopauzalnym na temat profilaktyki raka piersi. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2013, 19 (4), 523–529.
14. Ślusarska B, Nowicki G, Łachowska E, Piasecka H, Marciniak A. Wiedza kobiet na temat profilaktyki raka piersi w wybranych uwarunkowaniach socjo-demograficznych. *MedOg Nauk Zdr.* 2016;22(1):59-65.
15. Strojek K., Maślanka M., Styczyńska H., Zukow W.: Health promoting behaviors and women knowledge about breast cancer prevention. *Journal of Education, Health and Sport*, 2017, 7(3), 166-176.
16. Sari G.N, Eshak E.S, Shirai K, Fujino Y, Tamakoshi A, Iso H. „Association of job category and occupational activity with breast cancer incidence in Japanese female workers: the JACC study”. *BMC Public Health*. 2020 Jul 14;20(1):1106. Sari et al. *BMC Public Health* (2020) 20:1106, <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09134-1>.

17. Sritharan J, MacLeod JS, Dakouo M, Qadri M, McLeod CB, Peter A, Demers PA. „Breast cancer risk by occupation and industry in women and men: Results from the Occupational Disease Surveillance System (ODSS)”. *Am J Ind Med*. 2019 Mar;62(3):205-211.
18. Land SR, Liu Q, Wickerham DL, Costantino JP, Ganz PA. Cigarette smoking, physical activity, and alcohol consumption as predictors of cancer incidence among women at high risk of breast cancer in the NSABP P-1 trial. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2014 May;23(5):823-32.
19. Hashemi SH, Karimi S, Mahboobi H. Lifestyle changes for prevention of breast cancer. *Electron Physician*. 2014 Jul 1;6(3):894-905.
20. Patrão AL, de Almeida MDCC, Matos SMA, Menezes G, Gabrielli L, Goes EF, Aquino EM. Healthy lifestyle behaviors and the periodicity of mammography screening in Brazilian women. *Womens Health (Lond)*. 2021 Jan-Dec;17:17455065211063294, <https://doi.org/10.1177/17455065211063294>.

WPLYW STRESU NA OCENĘ STANU ZDROWIA WŚRÓD OSÓB Z NIEWYDOLNOŚCIĄ SERCA

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

Wprowadzenie. Choroby układu sercowo-naczyniowego od dekad stanowią główną przyczynę zgonów w Polsce. W 2016 roku odpowiadały za 43% wszystkich zgonów, co oznacza, że niemal co druga śmierć była z nimi związana [1]. Są zaliczane do chorób cywilizacyjnych, wymagających długotrwałego leczenia i profilaktyki. Ich rozwój wiąże się z czynnikami ryzyka miażdżycy, zarówno modyfikowalnymi (np. styl życia, parametry biochemiczne), jak i niemodyfikowalnymi (wiek, płeć, genetyka) [2]. Coraz większą rolę w etiologii tych schorzeń przypisuje się także czynnikom psychologicznym i społecznym, takim jak przewlekły stres, depresja czy brak wsparcia społecznego. Końcowym etapem wielu chorób sercowo-naczyniowych jest niewydolność serca, stanowiąca poważne wyzwanie kliniczne i społeczno-ekonomiczne [3]. Niewydolność serca dotyka 1–2% dorosłych w krajach rozwiniętych, a w populacji osób starszych – ponad 10% [4], co czyni ją poważnym problemem społeczno-ekonomicznym. Rokowanie jest niekorzystne – pięcioletnie przeżycie dotyczy jedynie około 25% chorych [4,5]. Pomimo postępów w diagnostyce i leczeniu, częstość występowania niewydolności serca nadal rośnie [3].

Obecna definicja niewydolności serca obejmuje wyłącznie klinicznie jawną postać choroby, choć nieprawidłowości strukturalne i czynnościowe serca mogą występować bezobjawowo [6]. W praktyce klinicznej do oceny zaawansowania niewydolności serca najczęściej stosuje się klasyfikację NYHA (New York Heart Association), która opiera się na nasileniu objawów i stopniu ograniczenia aktywności fizycznej. Rzadziej stosowana jest klasyfikacja ACC/AHA, która ujmuje niewydolność serca jako proces postępujący – od ryzyka rozwoju choroby po jej zaawansowaną postać [4]. W przypadku ostrego zawału mięśnia sercowego zastosowanie znajduje klasyfikacja Killipa-Kimballa, oceniająca nasilenie objawów niewydolności serca i stopień zastoju w krążeniu płucnym. Pozwala ona także na ocenę ryzyka zgonu wewnątrzszpitalnego, które wzrasta wraz ze stopniem zaawansowania: I – 6%, II – 30%, III – 40%, IV – 80–90%, co ma istotne znaczenie w doborze terapii [6].

Częstość występowania niewydolności serca (HF) systematycznie rośnie, co wiąże się ze starzeniem się populacji, wydłużeniem czasu przeżycia oraz poprawą diagnostyki i leczenia chorób sercowo-naczyniowych. Szacuje się, że w ciągu ostatnich dekad liczba chorych podwoiła się, a obecnie chorobowość wynosi 0,4–2%. W Europie na HF cierpi około 6,5–10

milionów osób [4,7]. Paradoksalnie, wzrost liczby przypadków HF jest również efektem postępu w leczeniu zawałów serca – skuteczna interwencja ratuje życie pacjentom z rozległym niedokrwieniem, lecz uszkodzenie mięśnia sercowego często prowadzi do jego niewydolności. Roczna śmiertelność w populacji pacjentów z rozpoznaniem HF wynosi od 5% do 24%, jednak nowoczesne leczenie może istotnie poprawić przeżywalność [7]. W Polsce średni wiek pacjenta z rozpoznaniem HF wynosi 68 lat, a ponad połowę chorych stanowią mężczyźni. Średni czas przeżycia od momentu rozpoznania wynosi 1,1–3,6 roku, choć w ostatnich latach obserwuje się poprawę rokowania – roczna śmiertelność spadła z 12% do 6% [4].

Wpływ stresu na układ krążenia. Wystąpienie choroby zależy nie tylko od czynników biologicznych, ale także od postawy jednostki, jej zachowań zdrowotnych oraz wpływów środowiskowych. Istotną rolę w rozwoju wielu schorzeń odgrywa stres, który towarzyszy choremu nie tylko w chwili diagnozy, ale często narasta w trakcie dalszego życia, zwłaszcza w obliczu zagrożenia zdrowia lub życia [8]. Stres definiowany jest jako złożona reakcja organizmu na bodźce zakłócające jego równowagę, zarówno psychiczne (np. konflikty), jak i fizyczne (np. ból, choroba przewlekła, w tym niewydolność serca) [9]. Reakcje stresowe obejmują m.in. przyspieszenie akcji serca, wzrost ciśnienia tętniczego oraz zwiększenie zużycia tlenu przez mięsień sercowy, co może nasilać objawy chorób układu krążenia. W literaturze podkreśla się związek między stresem a chorobami sercowo-naczyniowymi. Osoby z tzw. typem osobowości A, charakteryzującym się wysokim poziomem napięcia i podatnością na stres, są szczególnie narażone na rozwój choroby niedokrwiennej serca, zawału oraz nagłego zgonu sercowego [9].

Współcześnie coraz większe znaczenie przypisuje się czynnikom psychologicznym w etiopatogenezie chorób serca. Należą do nich m.in.: niski poziom wsparcia społecznego, przewlekły stres oraz cechy osobowości. Ich wpływ może być zarówno bezpośredni (poprzez reakcje fizjologiczne), jak i pośredni – sprzyjający ryzykownym zachowaniom, takim jak palenie tytoniu czy nadużywanie alkoholu. Znaczenie ma także tzw. poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia. Osoby o wewnętrznym poczuciu kontroli wierzą, że ich zdrowie zależy od ich działań, co sprzyja aktywnej postawie wobec leczenia. Z kolei osoby o zewnętrznym poczuciu kontroli uznają zdrowie za zależne od czynników zewnętrznych – losu, działań lekarzy czy otoczenia [10].

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

Cele szczegółowe:

- ocena zależności między poziomem stresu a umiejscowieniem kontroli zdrowia,

- analiza zależności między wybranymi cechami demograficznymi a umiejscowieniem kontroli zdrowia,
- analiza zależności między wybranymi cechami demograficznymi a poziomem stresu.

Materiał i metody badawcze. Grupę badaną stanowiło 100 pacjentów mężczyzn i kobiet, w wieku od 29 do 70 lat z rozpoznaną niewydolnością serca, hospitalizowanych w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu im. Jana Mikulicza - Radeckiego w Centrum Chorób Serca z pododdziałem Kardiologii oraz w Klinice Angiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii. Metodę badawczą stanowił sondaż diagnostyczny. Kryterium włączenia do badania obejmowało stan stwierdzonej niewydolności serca. Z badania wykluczone były osoby, które nie wyraziły zgody na badanie; miały poniżej 80 lat oraz osoby; które nie były w stanie samodzielnie wypełnić ankiety. Ankietę pacjent wypełniał anonimowo oraz samodzielnie. Na każdym etapie pacjent mógł odstąpić od badania. Badanie uzyskało zgodę komisji bioetycznej.

W badaniu wykorzystano Wielowymiarową Skalę Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC), Skalę Odczuwanego Stresu (PSS – 10), ankietę własnej konstrukcji zawierającą 19 pytań dotyczących sytuacji socjogeograficzne respondentów. W przeprowadzonej analizie statystycznej jako poziom istotności przyjęto $p = 0,05$. Jest to więc stopień wymagań, przy którym podejmuje się decyzję o odrzuceniu lub pozostawieniu hipotezy. Zgodnie z powyższym wyniki $p < 0,05$ oznaczać będą występowanie istotnych zależności pomiędzy zmiennymi. Obliczenia wykonano w środowisku statystycznym R wer.3.6.0, programie PSPP oraz MS Office 2019.

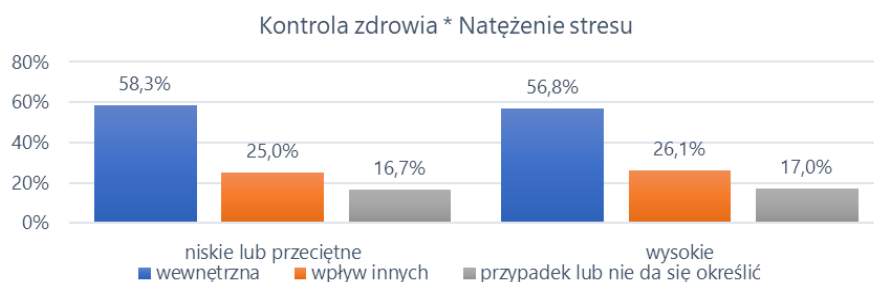
Wyniki. Charakterystyka badanej grupy. Badaniu poddano 100 osób, kobiety stanowiły 62%, mężczyźni 38%. Średnia wieku dla całej grupy wynosiła 46,9 lat. Najmłodszy respondent miał 29 lat, a najstarszy 70. Najlicniejszą grupę wiekową stanowili badani w wieku powyżej 50 lat (38%), a najmniej liczną grupą byli badani w wieku 41-50 lat (29%). Większość osób badanych zamieszkiwała w mieście (68%). Najwięcej badanych legitymowało się wyższym wykształceniem (47%), a najmniej podstawowym (8%). Blisko 73% badanych pracowało zawodowo w chwili badania, przy czym ponad połowa z nich (53%) uważała swoją pracę za stresującą i odpowiedzialną a tylko 12,5% deklaroowało swoją pracę jako satysfakcjonującą.

Analiza porównawcza.

- Umiejscowienie poczucia kontroli zdrowia a stres.

Nie istnieje istotna zależność między wymiarem umiejscowienia kontroli zdrowia a natężeniem stresu. Uzyskany wynik testu ($p > 0,05$) nie jest istotny statystycznie. Wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia charakteryzowało zarówno większość badanych

odczuwających stres o nasileniu niskim lub przeciętnym (58,3%) jak i wysokim (56,8%). (ryc. 1.)



Ryc.1. Umiejscowienie kontroli zdrowia a natężenie stresu w badanej grupie

- Umiejscowienie poczucia kontroli zdrowia a wiek.

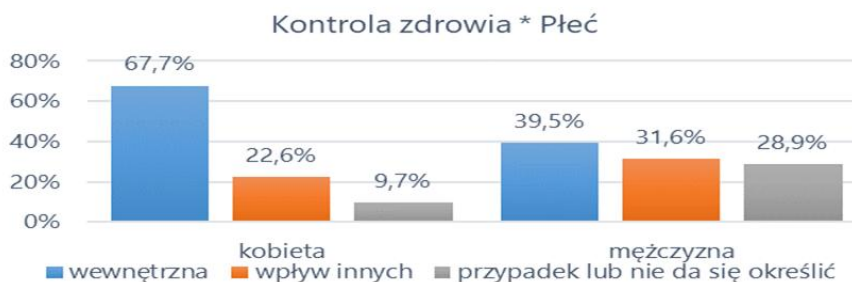
Istnieje istotna zależność między wymiarem umiejscowienia kontroli zdrowia a wiekiem badanych. Badani w wieku 41-50 lat istotnie rzadziej wykazywali wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia niż badani do 40 roku oraz powyżej 50 roku życia. (ryc. 2.)



Ryc.2. Umiejscowienie kontroli zdrowia a wiek w badanej grupie.

- Umiejscowienie kontroli zdrowia a płeć.

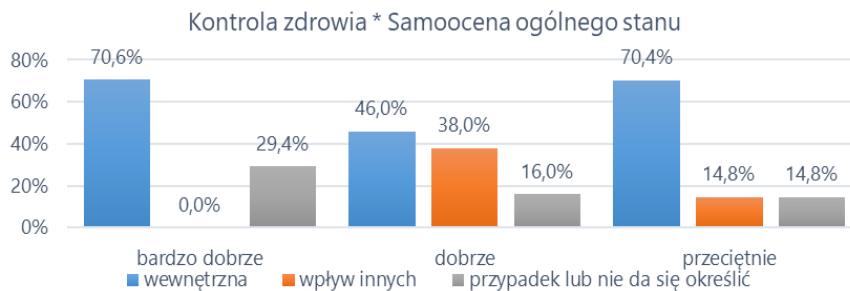
Wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia charakteryzowało 67,7% kobiet i 39,5% mężczyzn. Kobiety istotnie częściej niż mężczyźni wykazywały wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia. (ryc. 3.)



Ryc.3. Umiejscowienie kontroli zdrowia a płeć badanych.

- Umiejscowienie kontroli zdrowia a ocena ogólnego stanu zdrowia

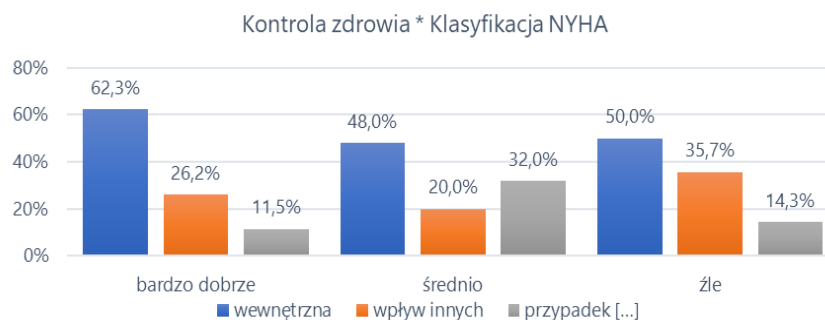
Istnieje istotna zależność między wymiarem umiejscowienia kontroli zdrowia a samooceną ogólnego stanu zdrowia. Badani dobrze oceniający swój stan istotnie rzadziej charakteryzowali się wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowi niż badani oceniający swój stan bardzo dobrze i przeciętnie. (ryc. 4.)



Ryc.4. Umiejscowienie kontroli zdrowia a ocena ogólnego stanu w badanej grupie

- Umiejscowienie kontroli zdrowia a klasyfikacja NYHA

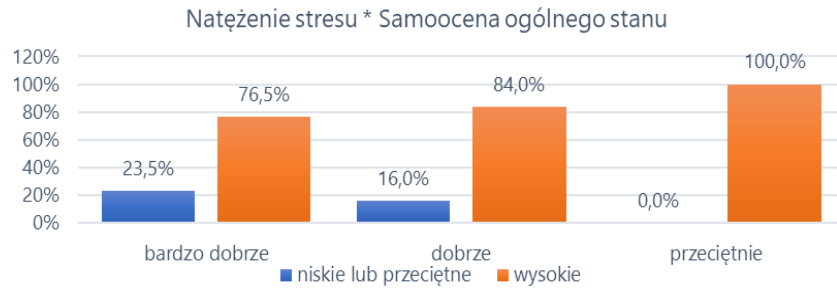
Nie istnieje istotna zależność między wymiarem umiejscowienia kontroli zdrowia a klasyfikacją NYHA – samooceną sprawności fizycznej. Wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia charakteryzowało 62,3% bardzo dobrze oceniających swoją sprawność fizyczną, 48,0% oceniających ją średnio i 50,0% - źle. (ryc.5)



Ryc.5. Umiejscowienie kontroli zdrowia a klasyfikacja NYHA w badanej grupie.

- Natężenie stresu a samoocena ogólnego stanu

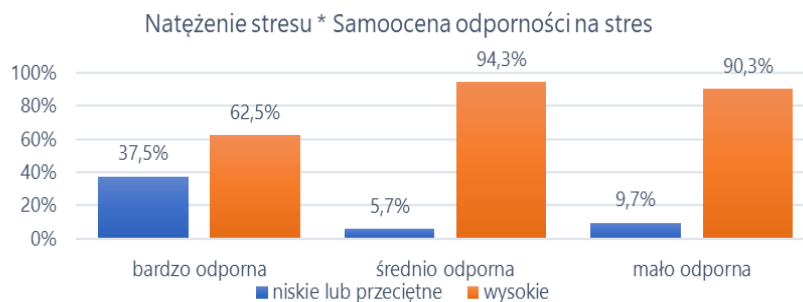
Istnieje istotna zależność między natężeniem stresu a samooceną ogólnego stanu. Badani przeciętnie oceniający swój stan ogólny istotnie częściej odczuwali wysokie natężenie stresu niż badani oceniający swój stan bardzo dobrze. (ryc. 6)



Ryc.6. Natężenie stresu a samoocena ogólnego stanu w badanej grupie.

- Natężenie stresu a samoocena odporności na stres

Istnieje istotna zależność między natężeniem stresu a samooceną odporności na stres. Badani uważający siebie za osoby bardzo odporne na stres istotnie rzadziej odczuwali wysokie natężenie stresu. (ryc.7)



Ryc.7. Natężenie stresu a samoocena odporności na stres w badanej grupie.

- Natężenie stresu a klasyfikacja NYHA

Nie istnieje istotna zależność między natężeniem stresu a klasyfikacją NYHA – samooceną sprawności fizycznej. Wysokie natężenie stresu charakteryzowało 83,6% badanych bardzo dobrze oceniających swoją sprawność fizyczną, 100,0% oceniających ją średnio i 85,7% - słabo. (ryc. 8)



Ryc.8. Natężenie stresu a klasyfikacja NYHA w badanej grupie.

Na podstawie przeprowadzonego badania stwierdzono, że umiejscowienie kontroli zdrowia wśród osób chorych na niewydolność serca jest niezależne od nasilenia odczuwanego przez

nich stresu. Zaobserwowano natomiast istotne zależności między wymiarem umiejscowienia kontroli zdrowia a wiekiem, płcią oraz samooceną ogólnego stanu. W badanej grupie istnieją również istotne zależności między natężeniem stresu a samooceną ogólnego stanu oraz samooceną odporności na stres.

Dyskusja. Choroby układu sercowo-naczyniowego, w tym niewydolność serca, od lat zajmują czołowe miejsce w statystykach umieralności w Polsce i na świecie [1]. Niewydolność serca, jako końcowe stadium wielu chorób serca, wiąże się z dużym obciążeniem zdrowotnym, psychicznym i społecznym. Coraz częściej podkreśla się znaczenie czynników psychospołecznych, takich jak stres i umiejscowienie kontroli zdrowia, w etiopatogenezie i przebiegu chorób sercowo-naczyniowych, a także w skuteczności leczenia i przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych [2,3]. W literaturze wykazano, że stres odgrywa istotną rolę zarówno w inicjacji chorób układu krążenia, jak i w ich progresji. Długotrwały stres może prowadzić do nadaktywacji osi podwzgórze–przysadka–nadnercza (HPA), wzrostu ciśnienia tętniczego, zaburzeń metabolicznych oraz zmian w funkcjonowaniu układu odpornościowego [4,5]. W badaniach wykazano także, że stres emocjonalny może wywoływać ostre zespoły wieńcowe, a osobowość typu A wiąże się z wyższym ryzykiem incydentów sercowo-naczyniowych [9]. Wyniki niniejszego badania wskazują, że poziom stresu wśród pacjentów z niewydolnością serca nie był istotnie zróżnicowany ze względu na wiek, płeć, BMI, wykształcenie czy miejsce zamieszkania. Jest to zgodne z doniesieniami innych autorów, którzy podkreślają, że stres w tej grupie pacjentów może być bardziej związany z subiektywną oceną zdrowia oraz indywidualnymi zasobami psychologicznymi niż z cechami demograficznymi [11,12]. Wykazano natomiast istotną zależność pomiędzy negatywną oceną własnego stanu zdrowia a wyższym poziomem odczuwanego stresu. Zależność ta została również potwierdzona w badaniach innych autorów [13], którzy wskazują, że osoby negatywnie oceniające swoje zdrowie cechują się niższą sprawczością, mniejszą motywacją do leczenia oraz większym poczuciem bezradności. Poczucie pogarszającego się stanu zdrowia może nasilać lęk o przyszłość, obniżać jakość życia oraz zwiększać poziom napięcia emocjonalnego. W badaniu zauważono również, że pacjenci wykazujący większą odporność na stres rzadziej odczuwali jego wysokie natężenie. Może to świadczyć o znaczeniu umiejętności adaptacyjnych i radzenia sobie z trudnościami, co znajduje potwierdzenie w badaniach nad mechanizmami copingowymi [14]. Osoby o wysokiej odporności psychicznej częściej stosują strategie skoncentrowane na problemie, charakteryzują się większym optymizmem oraz aktywną postawą wobec choroby. Analiza umiejscowienia kontroli zdrowia wykazała, że osoby z wysokim poziomem wewnętrznej kontroli zdrowia częściej oceniały swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry.

Wyniki te są spójne z koncepcją Rottera oraz z badaniami autorów podkreślających znaczenie wewnętrznego umiejscowienia kontroli jako czynnika sprzyjającego lepszemu przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych, wyższej motywacji do zmiany stylu życia oraz skuteczniejszemu radzeniu sobie z chorobą przewlekłą [15,16].

Interesującym wynikiem okazał się brak istotnej zależności między natężeniem stresu a umiejscowieniem kontroli zdrowia. Chociaż niektóre badania wskazują, że osoby z wewnętrzną kontrolą zdrowia doświadczają mniejszego stresu, inne sugerują, że relacja ta jest bardziej złożona i może być modyfikowana przez czynniki pośredniczące, takie jak wsparcie społeczne, styl radzenia sobie czy poziom lęku [17]. W związku z tym brak istotnej zależności w analizowanym materiale może być wynikiem interakcji wielu zmiennych psychologicznych. Analiza wieku i umiejscowienia kontroli zdrowia przyniosła interesujące wnioski – osoby powyżej 50. roku życia częściej deklarowały wewnętrzną kontrolę zdrowia niż osoby młodsze (41–50 lat), co może świadczyć o większym doświadczeniu zdrowotnym, lepszej samoświadomości oraz większym zaangażowaniu w proces leczenia wśród starszych pacjentów. Jest to wynik odmienny od wcześniejszych doniesień, które wskazywały na spadek poczucia kontroli zdrowia wraz z wiekiem [18,19], co może świadczyć o zmieniających się postawach zdrowotnych w społeczeństwie.

Również analiza różnic płciowych przyniosła niejednoznaczne wyniki. Choć część badań wskazuje, że mężczyźni częściej przejawiają wewnętrzną kontrolę zdrowia [20, 21], w badaniach własnych to kobiety częściej deklarowały taką postawę. Można przypuszczać, że kobiety – jako częściej korzystające z usług opieki zdrowotnej i częściej angażujące się w działania prozdrowotne – wykazują większą odpowiedzialność za własne zdrowie i większe poczucie sprawczości.

Podsumowując, uzyskane wyniki wskazują, że zarówno subiektywna ocena zdrowia, jak i umiejscowienie kontroli zdrowia oraz odporność na stres odgrywają istotną rolę w percepcji stresu u pacjentów z niewydolnością serca. Pomimo braku niektórych statystycznie istotnych zależności, zidentyfikowane tendencje mogą mieć istotne znaczenie praktyczne [22]. Zrozumienie psychologicznego profilu pacjenta oraz jego sposobu postrzegania zdrowia może stanowić ważny element kompleksowej opieki nad chorym z niewydolnością serca.

Ograniczenia badania obejmują niewielką liczebność próby (100 osób), badanie w jednym ośrodku oraz wykorzystanie wyłącznie metod samoopisowych, co może wiązać się z ryzykiem subiektywizmu.

Implikacje praktyczne - warto zwracać uwagę nie tylko na stan somatyczny pacjenta, ale również na jego przekonania zdrowotne, sposób radzenia sobie ze stresem oraz poczucie

sprawczości. Włączenie interwencji psychologicznych – takich jak treningi odporności psychicznej, edukacja zdrowotna czy wsparcie terapeutyczne – może przyczynić się do poprawy jakości życia i skuteczniejszego leczenia tej grupy pacjentów.

Wnioski.

- Umiejscowienie kontroli zdrowia pacjentów z niewydolnością serca nie jest zależne od poziomu odczuwanego stresu.
- Wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia częściej występuje u kobiet oraz osób powyżej 50. roku życia.
- Zarówno umiejscowienie kontroli zdrowia, jak i natężenie stresu wiążą się z subiektywną oceną stanu zdrowia i odporności na stres.
- Brak istotnych zależności między stresem i kontrolą zdrowia a obiektywną oceną sprawności fizycznej (klasyfikacja NYHA).
- W praktyce klinicznej konieczne jest uwzględnianie przekonań zdrowotnych i umiejętności radzenia sobie ze stresem jako istotnych elementów kompleksowej opieki nad pacjentem.

Piśmiennictwo:

1. Główny Urząd Statystyczny. Trwanie życia w 2018 r. Analiza statystyczna. Warszawa: GUS; 2019. p. 23-27.
2. Jankowski P. Zasady profilaktyki chorób układu krążenia w 2018 roku. *Kardiologia Inwazyjna*. 2017;12(6):42-8.
3. Mamcarz A. Jakość życia pacjentów z niewydolnością serca. *Forum Med Rodz*. 2015;9(6):435-42.
4. Kowalczyk B, Czyż R. Niewydolność serca – definicja, klasyfikacja, epidemiologia, objawy i leczenie = Heart failure – definition, classification, epidemiology, symptoms and treatment. *J Educ Health Sport*. 2017;6(11):352-67.
5. Massie BM, Shah NB. The heart failure epidemic: Magnitude of the problem and potential mitigating approaches. *Curr Opin Cardiol*. 1996;11(3):221-6. doi:10.1097/00001573-199605000-00003
6. Ponikowski P, et al. Wytyczne ESC dotyczące diagnostyki i leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca w 2016 roku. *Kardiologia Polska*. 2016;74(10):1037-1147. doi:10.5603/KP.2016.0141
7. Nessler J, et al. Zasady postępowania w niewydolności serca. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce oraz Sekcji Niewydolności Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. *Lekarz Rodzinny. Wydanie Specjalne* 2015;(1):8-13.
8. Michałak A, Krzeszowiak J, Markiewicz-Górka I. Starzenie się organizmu a stres oksydacyjny oraz zmniejszona sprawność systemów naprawczych. *Postępy Hig Med Dosw*. 2014;68:1483-91. doi:10.5604/17322693.1129943
9. Guzik P. Wpływ stresu na układ krążenia. *Forum Kardiologia*. 2001;61:53-7.

10. Opuchlik K, Wrzesińska M, Kocur J. Ocena poziomu stylów radzenia sobie ze stresem i poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia u osób z chorobą niedokrwienną serca i nadciśnieniem tętniczym. *Psychiatr Pol.* 2009;43(2):235-45.
11. Zielazny P, Kuziemski K, Jassem E, et al. Selected psychological aspects in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in Polish studies: The degree of acceptance and the perception of the disease. *Postepy Psychiatr Neurol.* 2015;82(2):76-85.
12. Moryś J, Jeżewska M, Rynkiewicz A. Znaczenie stresu w patogenezie nadciśnienia tętniczego. Część II. *Nadciśn Tętn.* 2005;9(1):1-10.
13. Rogala A, Janiszewska M, Dziedzic M, et al. Self-assessment and woman's health control location after gynaecological operations. *Med Stud.* 2016;32(2):86-95. doi:10.5114/ms.2016.61104
14. Szczepańska-Klunder Z, Lipowski M. Sense of coherence as a moderator of health-related behavior of physical education teachers. *Balt J Health Phys Act.* 2014;5(2):121-31. doi:10.2478/bjha-2014-0013
15. Grotz M, Hapke U, Lampert T, et al. Health locus of control and health behaviour: Results from a nationally representative survey. *Psychol Health Med.* 2011;16(2):129-40. doi:10.1080/13548506.2010.521570
16. Kurowska K, Lewandowska A. Zachowania zdrowotne a umiejscowienie kontroli zdrowia u pacjentów z rozpoznany nadciśnieniem tętniczym. *Nadciśn Tętn.* 2012;16(5):296-304.
17. Fiszer K, Sobów T. Związek umiejscowienia kontroli zdrowia z depresyjnością wśród studentów uczelni medycznej. *Medyc Og Nauk Zdr.* 2013;19(3):294-9.
18. Pilewska-Kozak AB, et al. Stress level and health locus of control in parents of hospitalized newborns – Preliminary report. *Pielęgniarstwo XXI wieku.* 2019;17(4):26-32. doi:10.2478/pielxxiw-2019-0007
19. Kurowska K, Krakowiecka K. Zachowania zdrowotne a umiejscowienie kontroli zdrowia u osób po przebytym udarze mózgu = Health behaviors and health locus of control in subjects after stroke. *Geriatrics.* 2014;8:13-21.
20. Horodecka A, Kurowska K. Umiejscowienie kontroli zdrowia a oczekiwania pacjentów objętych opieką medyczną w POZ. *Forum Med Rodz.* 2014;8(3):105-16.
21. Buckelew SP, Shutty MS Jr, Hewett J, Landon T, Morrow K, Frank RG. Health locus of control, gender differences and adjustment to persistent pain. *Pain.* 1990;42(3):287-94. doi:10.1016/0304-3959(90)91141-5
22. Dogonchi M, Mohammadzadeh F, Moshki M. Investigating the relationship between health locus of control and health behaviors: A systematic review. *Open Public Health J.* 2022;15:e2208010. doi:10.2174/18749445-v15-e2208010

POSTRZEGANIE STAROŚCI PRZEZ MŁODZIEŻ

MATEUSZ MROCZEK, MAŁGORZATA PABIŚ

Wstęp. Sytuacja w polskim społeczeństwie przechodzi aktualnie szereg zmian demograficznych. Procesy te są dynamiczne, co zauważyć można na przykładzie wzrostu liczby osób w wieku poprodukcyjnym. Systematyczne zwiększanie się tej grupy stanowi i będzie stanowić wyzwanie dla systemu opieki zdrowotnej i społecznej. Rosnąca liczba seniorów wpływa również na relacje międzypokoleniowe – w tym ogólne postrzeganie starości przez społeczeństwo. Zjawisko starzenia się społeczeństwa zostało zmodyfikowane już w 1961 roku, prognozowało sytuację, w której co czwarty obywatel Polski będzie miał więcej niż 65 lat [tabela 1.]. Pomimo rosnącej liczby osób starszych, młode pokolenie – na którym koncentruje się ta praca – często postrzega starość stereotypowo i negatywnie, przejawiając uprzedzenia wobec osób starszych [1].

Tabela 1. Prognoza procentowego udziału ludności w wieku 65+ i 80+ w Polsce w latach 2015-2050.

	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
65+	15,8	18,9	21,7	23,3	24,5	26,4	29,3	32,7
80+	4,1	4,4	4,5	5,9	7,9	9,5	10,0	10,4

Źródło: Baklarczyk R. Starość po polsku. Propozycja reformy systemu opieki 2021.

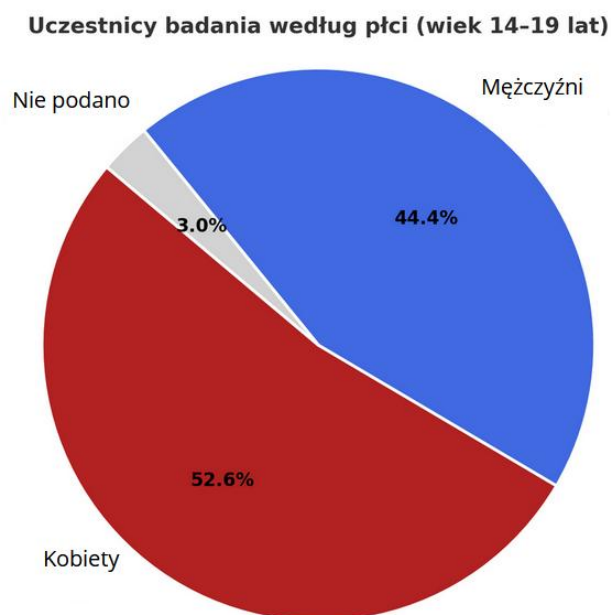
Zjawisko, na które należy szczególnie zwrócić uwagę, to ageizm. Termin ten, choć często kojarzony z trudnościami na rynku pracy, odnosi się do dyskryminacji ludzi ze względu na wiek – szczególnie osób starszych. W polskim społeczeństwie zjawisko to bywa silnie zakorzenione, a osoby starsze są często postrzegane jako niepotrzebne lub przeszkadzające. Według źródeł internetowych, ofiarami takich zachorowań bywają nie tylko osoby w podeszłym wieku, ale już kobiety po 35. roku życia i mężczyźni po 45. [1,2].

W przekazach medialnych starość często ukazywana jest negatywnie – jako czas nieporadności, słabości, problemów zdrowotnych. Brakuje natomiast treści pokazujących pozytywne aspekty tej fazy życia: doświadczenie, wspomnienia, wartościowe przeżycia. W rezultacie osoby młode zapominają o bogactwie doświadczeń, które towarzyszą ludziom starszym – zarówno tych z przeszłości, jak i wciąż żywych w ich pamięci [1].

Cel pracy. Określenie postrzegania starości przez młodzież w celu zwiększenia świadomości wpływu stereotypów wiekowych na relacje międzypokoleniowe. Analizie poddano także ewentualną zmianę postaw przed i po założeniu symulatora starości oraz reakcje młodzieży na

sytuacje charakterystyczne dla codziennego funkcjonowania osób starszych. Analiza postaw młodzieży wobec starości oraz identyfikacja obecnych stereotypów. Lepsze zrozumienie postawy i sformułowanie wskazówek, które mogą przyczynić się do poprawy relacji międzypokoleniowych.

Materiał i metody. Badanie ankietowe przeprowadzono wśród 266 respondentów – młodzieży w wieku 14–19 lat [Rycina 1] (K=140; M=118; 8 osób odmówiło odpowiedzi na pytanie o płeć). Uczestnicy brali udział w warsztatach „Symulator starości – lekcja empatii”, zorganizowanych dla uczniów szkół ponadpodstawowych współpracujących z Uniwersytetem Medycznym. Zastosowano sondaż diagnostyczny z wykorzystaniem techniki ankiety. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnego autorstwa.



Rycina 1. Uczestnicy badania według płci

Wyniki. Badani mieli za zadanie odpowiedzieć na dwa pytania przed założeniem symulatora starości. Następnie wykonywali zadania w symulatorze (m.in. odkręcenie butelki, nalanie wody do kubka, wypicie jej; sporządzenie listy zakupów; przeczytanie tekstu; podniesienie niemowlęcia z łóżeczka; wejście i zejście ze schodów; zawiązanie sznurowadeł). Po zdjęciu symulatora odpowiadali na siedem pytań dotyczących ich refleksji [Rycina 2].



Rycina 2. Przebieg badania

Dwa pytania („Jak myślisz, jak to jest być starym?” oraz „Jak myślisz, jak się czuje człowiek stary?”) zostały zadane zarówno przed, jak i po eksperymencie. Przed założeniem symulatora odpowiedzi koncentrowały się na trudnościach fizycznych i ograniczeniach mobilności. Niektórzy wskazywali na samotność i izolację osób starszych. Jako pozytywny aspekt starości wskazywano m.in. posiadanie emerytury i dużą ilość wolnego czasu.

Po zdjęciu symulatora odpowiedzi uwzględniały większą empatię: „starość nie jest taka straszna, ale powoduje trudności”. Uczestnicy nadal koncentrowali się na fizycznym aspekcie życia seniorów, ale częściej deklarowali chęć pomocy dziadkom i wykazywali większe zrozumienie dla trudności osób starszych.

Na pytanie: „Jak myślisz, w jaki sposób możesz pomóc osobie starszej?” respondenci odpowiadali: „pomoc w drobnych czynnościach”, „ustępowanie miejsca w autobusie”, „spędzanie czasu i rozmowa”.

Na pytanie: „Co możesz zrobić już teraz, będąc młodym, aby lepiej poradzić sobie na starość?” najczęściej wskazywano: „uprawianie sportu i aktywność fizyczna” oraz „zdrowe i regularne odżywianie”.

Na pytanie: „Co było dla Ciebie najważniejsze podczas zajęć z symulatorem starości?” uczestnicy odpowiadali: „uświadomienie sobie, jak to jest być starym” – ponownie koncentrując się głównie na aspektach fizycznych.

Tabela 2. Przedstawienie pytań zadawanych w trakcie badania.

Pytania	Rozwinięcie
Jak myślisz, jak to jest być starym? Jak myślisz, jak się czuje człowiek stary?	Trudności fizyczne, ograniczenia mobilności Samotność i izolacja Emerytura i dużo wolnego czasu
Jak myślisz, w jaki sposób możesz pomóc osobie starszej?	Pomoc w drobnych czynnościach Ustępowanie miejsca w autobusie Spędzanie czasu i rozmowa
Co możesz zrobić już teraz, będąc młodym, aby lepiej poradzić sobie na starość?	Uprawianie sportu i aktywność fizyczna
Co było dla Ciebie najważniejsze podczas zajęć z symulatorem starości?	Zdrowe i regularne odżywianie Uświadomienie sobie jak to jest być starym

Dyskusja. W ostatnich latach obserwuje się istotne zmiany demograficzne, szczególnie w zakresie wzrostu liczby osób powyżej 60. roku życia. Zjawisko to, niegdyś typowe dla państw wysoko rozwiniętych, obecnie obejmuje również kraje rozwijające się – w tym Polskę. Co istotne, tempo tych przemian przewyższa dynamikę rozwoju gospodarczego, co znacząco utrudnia wdrażanie skutecznych środków zaradczych, takich jak systemy zabezpieczenia społecznego czy dostosowanie rynku pracy do potrzeb osób starszych.

Prognozy demograficzne wskazują na możliwy spadek ogólnej liczby ludności do 2050 roku, przy jednoczesnym wzroście populacji osób w wieku 60+. Konsekwencje tych tendencji są niepokojące – rosnąca liczba seniorów wywiera presję na systemy finansowe i ochrony zdrowia. Niedobór nowych pracowników skutkuje natomiast zwiększeniem obciążeń dla młodszych pokoleń, które zmuszone są kompensować braki kadrowe po starszych generacjach. Jednak przy odpowiednim wsparciu systemowym, osoby starsze mogą odegrać istotną i konstruktywną rolę w społeczeństwie. Dzięki swojemu bogatemu doświadczeniu życiowemu, mogą wspierać młodsze pokolenia w rozwoju społecznym, kulturowym i edukacyjnym [3].

Przykładem praktycznej realizacji integracji międzypokoleniowej jest inicjatywa z Olsztyna z 2020 roku – tzw. edukacyjny dom międzypokoleniowy, który składał się z trzech jednostek [rycina 3]: domu międzypokoleniowego, świetlicy środowiskowej oraz dziennego domu pobytu dla seniorów [4]. Celem działalności tych placówek była edukacja i wsparcie osób różnym wieku, promowanie zdrowego stylu życia i aktywności społecznej, przełamywanie stereotypów międzypokoleniowych oraz przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu.



Rycina 3. Struktura edukacyjnego domu międzypokoleniowego.

Źródło: Leszczyńska-Rejchert A., Lisowska K. Edukacyjny dom międzypokoleniowy - innowacja działań na rzecz integracji międzypokoleniowej. *Praca Socjalna* 2020;3(35):43-64.

Dzięki współpracy z wolontariuszami możliwa była organizacja warsztatów, zajęć edukacyjnych i terapeutycznych, opieki dziennej dla seniorów, pomocy dzieciom w nauce oraz rozwijania różnorodnych umiejętności. Tego rodzaju działania sprzyjały również współpracy z innymi organizacjami.

Edukacyjny dom międzypokoleniowy umożliwiał bezpośredni kontakt młodzieży z seniorami poprzez wspólne warsztaty, spotkania tematyczne i edukacyjne. Tego rodzaju interakcje pozwalały młodym ludziom nie tylko lepiej poznać osoby starsze, ale również zmieniały ich postrzeganie starości jako etapu życia, który może być aktywny, wartościowy i twórczy. Dla seniorów była to natomiast okazja do zaangażowania się społecznie oraz poczucia, że są potrzebni.

W polskim społeczeństwie nadal dominują negatywne stereotypy dotyczące osób starszych, opierające się na wyobrażeniu o ich fizycznej i poznawczej niesprawności, społecznej izolacji oraz zależności od otoczenia [5]. Młodzi ludzie, będący aktywnymi użytkownikami mediów, nierzadko kształtują swoje postrzeganie starości na podstawie jednostronnych i negatywnych przekazów medialnych. Dodatkowo, zmiany strukturalne w rodzinie ograniczają kontakt międzypokoleniowy, co sprawia, że wiedza o starości czerpana jest głównie z mediów, a nie z bezpośrednich doświadczeń.

Jednym z niebezpiecznych skutków stereotypizacji jest internalizacja negatywnych przekonań przez samych seniorów. W takich przypadkach osoby starsze mogą postrzegać siebie jako

niepotrzebne czy społecznie zbędne, co prowadzi do pogorszenia samopoczucia psychicznego i rozwoju zaburzeń depresyjnych [5].

Badania przeprowadzone w Lublinie i Wadowicach, dotyczące spotkań seniorów z dziećmi przedszkolnymi, wykazały, że osoby starsze z dużym entuzjazmem uczestniczą w tego typu aktywnościach. Pomimo różnic w preferencjach co do formy zajęć (np. seniorzy preferują czytanie, dzieci – zabawy ruchowe), obie strony oceniły spotkania pozytywnie [6,7]. Integracja międzypokoleniowa tego typu nie wymaga specjalnych warunków – może odbywać się w ramach wolontariatu, wizyt w placówkach lub codziennych interakcji.

Tego rodzaju kontakty są szczególnie wartościowe w przypadku dzieci, które nie mają kontaktu z dziadkami – oferują one możliwość nawiązania relacji z „zastępczymi dziadkami”, co sprzyja kształtowaniu więzi międzyludzkich i empatii.

Badania wśród studentów – osób wchodzących w dorosłość – wskazują na ambiwalentny, ale racjonalny stosunek do starości. Mimo dystansu wobec niektórych aspektów wieku podeszłego (zależność, ograniczenia fizyczne), studenci dostrzegają wartość społeczną i emocjonalną starości oraz rozumieją mechanizmy powstawania stereotypów [8].

W 2021 roku opublikowano raport zawierający propozycje reform systemu opieki nad osobami starszymi. Zawarto w nim rekomendacje dotyczące zwiększenia wydatków na opiekę długoterminową oraz decentralizacji usług opiekuńczych. Zwrócono również uwagę na potrzebę rozwoju usług dziennych i domowych (np. program „Opieka 75+”), które powinny stać się filarem wsparcia seniorów. Wskazano także na konieczność wdrażania programów edukacyjnych skierowanych do wszystkich grup wiekowych, które nie tylko łagodzą skutki starzenia się, ale im zapobiegają [9].

Warto przy tym pamiętać, że statystyki i badania makroskali nie oddają pełni doświadczeń osób starszych. Mimo deklarowanego w badaniach społecznego uznania, wielu seniorów nie doświadcza go w codziennych interakcjach. Podkreślają oni znaczenie takich wartości jak opiekuńczość, rola przewodnika, zachowanie tradycji czy pomoc rodzinie – ale często nie widzą społecznego odwzajemnienia [10].

Seniorzy najczęściej uskarżają się na schorzenia takie jak choroby serca, nadciśnienie, dolegliwości stawowe, osteoporoza, choroby oczu i nowotwory [11]. Do powszechnych problemów należą także zaburzenia psychiczne: demencja, fobie, depresja czy zaburzenia snu i apetytu. Najczęściej występującym schorzeniem jest demencja, prowadząca do upośledzenia pamięci, orientacji i zdolności poznawczych. Wsparcie psychiczne i środowiskowe ma kluczowe znaczenie w leczeniu i profilaktyce tych zaburzeń.

Ważnym elementem dyskusji o starości jest temat śmierci – nieuniknionego etapu życia. Reakcje osób starszych na świadomość zbliżającego się końca są zróżnicowane: od lęku i zaprzeczenia po akceptację. Towarzyszenie umierającemu – poprzez obecność, słuchanie i szacunek – pozwala przeżyć ostatnie chwile w godności i spokoju [12].

Na szczególną uwagę zasługują nowoczesne narzędzia edukacyjne, takie jak symulatory starości wykorzystujące technologię VR. Pozwalają one młodym ludziom doświadczyć ograniczeń związanych z wiekiem, zwiększając ich empatię i kompetencje społeczne. Symulacje te ułatwiają zrozumienie potrzeb seniorów, czego nie zapewniają tradycyjne formy edukacji [13,14].

Opis i analiza zmian w postrzeganiu starości przez młodzież przed i po założeniu symulatora starości. Przed założeniem symulatora starości młodzież przede wszystkim postrzegала starość jako okres licznych trudności fizycznych, wiążących się z ograniczoną mobilnością, osłabieniem organizmu i spadkiem sprawności ruchowej. Uczestnicy wskazywali, że osoby starsze mają trudności z wykonywaniem codziennych czynności – takich jak zakupy, sprzątanie czy poruszanie się po schodach – co budziło w nich przekonanie o fizycznej bezradności seniorów. W odpowiedziach pojawiała się również refleksja nad samotnością i izolacją, jakiej mogą doświadczać osoby w podeszłym wieku. Jednocześnie część młodych ludzi dostrzegała pozytywne strony starości, takie jak możliwość odpoczynku po latach pracy, więcej wolnego czasu czy realizacja pasji na emeryturze.

Po zdjęciu symulatora starości odpowiedzi uczestników stały się bardziej pogłębione i nacechowane empatią. Doświadczenie fizycznych ograniczeń na własnej skórze sprawiło, że młodzież wyraźniej dostrzegła codzienne wyzwania, z jakimi muszą się mierzyć osoby starsze. Pojawiło się większe zrozumienie dla trudności związanych z ruchem – zwłaszcza z wchodzeniem po schodach, utrzymaniem równowagi czy wykonywaniem prostych czynności manualnych. W odpowiedziach często przewijały się odniesienia do poczucia bezradności, zależności od innych i samotności seniorów. Uczestnicy zaczęli częściej wskazywać konkretne formy pomocy, jakich można udzielić osobom starszym – od wsparcia w codziennych obowiązkach po towarzyszenie i rozmowę. Zauważyli również, że dbanie o zdrowie i aktywność fizyczną już w młodym wieku może znacząco wpłynąć na jakość życia na starość. Najważniejszym aspektem warsztatów była dla wielu uczestników możliwość uświadomienia sobie realiów życia osób starszych i głębsze zrozumienie ich sytuacji życiowej.

Wnioski. Przed założeniem symulatora starości:

1. Badani uważali, że bycie starym jest trudne pod względem fizycznym.
2. Dostrzegali pozytywny aspekt starości w postaci wolnego czasu oraz posiadania

emerytury.

3. Młodzież uważała, że osoby starsze czują się osłabione i nie mają siły do wykonywania czynności.
4. Wskazywali na duże ograniczenia fizyczne i poczucie bezsilności u osób starszych.

Po zdjęciu symulatora starości:

1. Większość badanych wskazała, że jest uciążliwe.
2. Ankietowani oceniali, że osoby starsze czują się bezbronne, samotnie oraz są zależne od innych.
3. Wskazywali, że największe trudności dla seniorów wiążą się z aktywnością fizyczną (poruszanie się, schody).
4. Uważali, że pomoc dla osób starszych powinna polegać na wsparciu w codziennych czynnościach, takich jak robienie zakupów, pomaganie przy schodach oraz oferowanie obecności.
5. Zdaniem respondentów, dbanie o zdrową dietę oraz regularną aktywność fizyczną w młodości pomoże lepiej radzić sobie na starość.
6. Najważniejszym doświadczeniem podczas zajęć z symulatorem starości było uświadomienie sobie, jak to jest być osobą starszą.

Piśmiennictwo:

1. Pakos E. Ludzie starzy w oczach młodzieży - wyniki badań własnych. *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica* 2017;3(329):167-177.
2. <https://pl.wikipedia.org/wiki/Ageizm> [dostęp z dn. 14.05.2025]
3. Adamczyk M.D. Starzenie się społeczeństwa polskiego wyzwaniem dla zrównoważonego rozwoju. *Zeszyty Naukowe. Organizacja i zarządzanie* 2017;106:105-113.
4. Leszczyńska-Rejchert A., Lisowska K. Edukacyjny dom międzypokoleniowy - innowacja działań na rzecz integracji międzypokoleniowej. *Praca Socjalna* 2020;3(35):43-64.
5. Tomaszewska-Hońka B. Stereotypizacja starości - wybrane przejawy ageizmu. *Cywilizacja i Polityka* 2019;17(17):90-101.
6. Bąk J., et al. Integracja międzypokoleniowa przedszkolaków z seniorami cz. I. Opinie osób starszych. *Journal of Education, Health and Sport* 2016;6(9):498-505.
7. Chrzan A., et al. Integracja międzypokoleniowa przedszkolaków z seniorami cz. II. Opinie rodziców dzieci w wieku przedszkolnym. *Journal of Education, Health and Sport* 2016;6(9):506-512.
8. Łata K. Stereotypowe postrzeganie ludzi starszych w opiniach studentów i seniorów. *Zeszyty Studenckiego Ruchu Naukowego Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach* 2019;28(1):173-182.
9. Baklarczyk R. Starość po polsku. Propozycja reformy systemu opieki 2021.
10. Adamczyk M. D. Indywidualna a społeczna wizja starości. *Inkluzja czy ekskluzja? Człowiek stary w społeczeństwie* 2015:37-53.

11. Gutkowska A. Zaburzenia psychiczne w starości - perspektywa pedagoga. *Starość*. Poznać, przeżyć, zrozumieć. Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku 2016:65-80.
12. Chabior A. Starzenie się w aspekcie choroby, umierania i śmierci. *Exlibris Social Gerontology Journal* 2020;19(2):99-112.
13. Kostrzewa K., Felski B. Technologie VR w nauczaniu projektowania uniwersalnego. *Przestrzeń, Ekonomia, Społeczeństwo* 2024;23:49-69.
16. Woźniak-Zapór M. Zarządzanie bezpieczeństwem z wykorzystaniem projektowania uniwersalnego w uczelni. Doskonalenie praktyk poprzez uczenie się w warunkach symulacji. *Bezpieczeństwo* 2024;4(58):155-167.

WIEDZA PACJENTÓW PRZEBYWAJĄCYCH NA ODDZIALE KARDIOLOGII INWAZYJNEJ NA TEMAT CZYNNIKÓW RYZYKA OSTRYCH ZESPÓŁÓW WIEŃCOWYCH

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

Wstęp. Choroby układu sercowo-naczyniowego, znane jako CVD (Cardiovascular Diseases), są jedną z głównych przyczyn zgonów na całym świecie [1]. Zawał mięśnia sercowego oraz nagły zgon sercowy stanowią jedne z najcięższych i najbardziej katastrofalnych form ostrej choroby serca [2]. Najistotniejszymi czynnikami prowadzącymi do incydentów ostrych zespołów wieńcowych (OZW) są styl życia oraz czynniki ryzyka związane z rozwojem miażdżycy. Podstawowe mechanizmy patofizjologiczne OZW mają swój początek w procesie miażdżycy, który rozwija się i postępuje przez długie lata przed wystąpieniem ostrego zdarzenia [3].

Charakterystyka czynników ryzyka sięga połowy XX wieku, kiedy badacze z The Framingham Heart Study po raz pierwszy opisali cechy predysponujące do rozwoju miażdżycy tętnic wieńcowych. Dzięki nim możliwe stało się opracowanie strategii prewencji i leczenia, które mają na celu zmniejszenie ryzyka chorób sercowo-naczyniowych i poprawę zdrowia publicznego na całym świecie [4].

Czynniki ryzyka CVD można podzielić na modyfikowalne oraz niemodyfikowalne.

Do najważniejszych czynników modyfikowalnych zalicza się otyłość, hiperlipidemię, nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, palenie tytoniu, małą aktywność fizyczną, stres, zwiększone stężenie krążących we krwi biomarkerów prozapalnych lub prozakrzepowych oraz czynniki psychospołeczne [5, 6, 7].

Do czynników niemodyfikowalnych należą: płeć męska, niedobór estrogenów, wiek, obciążenie genetyczne czy też przebyty incydent sercowo-naczyniowy w przeszłości [8,9].

Osoby zdrowe i chore sięgają do wielu źródeł w poszukiwaniu odpowiedzi na pytania jak zachować zdrowie lub jak je odzyskać.

Internet oferuje szeroki dostęp do informacji na temat objawów chorób, metod diagnostycznych, terapii oraz zaleceń dotyczących zdrowego trybu życia. Jednakże ważne jest zachowanie ostrożności i krytycznego podejścia do informacji zdobytych w ten sposób. Nie wszystkie źródła są wiarygodne, a nieprawdziwe lub niepotwierdzone informacje wprowadzają w błąd lub prowadzą do nieodpowiednich decyzji zdrowotnych [10].

Podczas wizyt w przychodniach lekarskich czy szpitalach pacjenci otrzymują różne materiały edukacyjne bezpośrednio od lekarzy, pielęgniarek i innych pracowników ochrony zdrowia.

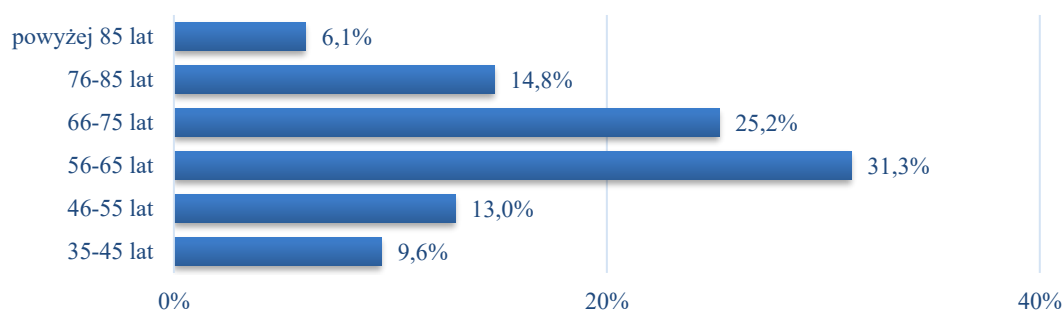
Plakaty i infografiki umieszczane w miejscach widocznych dla pacjentów, takich jak poczekalnie, gabinety lekarskie i sale szpitalne, pomagają zrozumieć skomplikowane tematy medyczne w przystępny sposób [11].

Rozpowszechnienie czynników ryzyka chorób sercowo naczyniowych w polskiej populacji mimo dostępności do informacji o nich, w pewnej części może być spowodowane brakiem dostatecznej wiedzy na temat przyczyn tych chorób. Posiadanie wiedzy na temat chorób układu sercowo-naczyniowego oraz czynników ryzyka, które można zmodyfikować, jest kluczowym krokiem w motywowaniu jednostek do zmiany postaw, zachowań i stylu życia na korzyść zdrowia [12].

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

Materiał i metody. Badania zostały przeprowadzone w okresie od czerwca do końca sierpnia 2024r., na terenie oddziału Kardiologii Inwazyjnej po uzyskaniu zgody Zarządu placówki. Kryterium włączenia do badań stanowiło: zgoda pacjenta na udział w badaniu oraz stan po przebyciu ostrego zespołu wieńcowego. Uczestnictwo w badaniach było dobrowolne, pacjenci w każdym momencie badania mieli prawo do odstąpienia od niego. Do przeprowadzenia badania zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety, który składał się z dwóch części. W pierwszej części zostały zawarte pytania charakteryzujące grupę badaną. Pytania te dotyczyły wieku, płci, miejsca zamieszkania oraz wykształcenia. Pozostałe pytania miały ścisły związek z tematem pracy. Wyniki zostały przedstawione w formie graficznej i opisowej. Weryfikację występowania zależności przeprowadzono przy wykorzystaniu testu chi-kwadrat. Jako poziom istotności przyjęto $p=0,05$. Obliczenia wykonano w środowisku statystycznym R ver.3.6.0, programie SPSS oraz MS Office 2019.

Badania przeprowadzono wśród 115 osób. Najwięcej osób znajdowało się w grupie wiekowej 56-65 lat (31,3%), najmniej liczna była grupa w wieku powyżej 85 lat (6,1%) (ryc.1).



Rycina 1. Wiek badanej grupy (n=115), n – liczba osób; % - procent

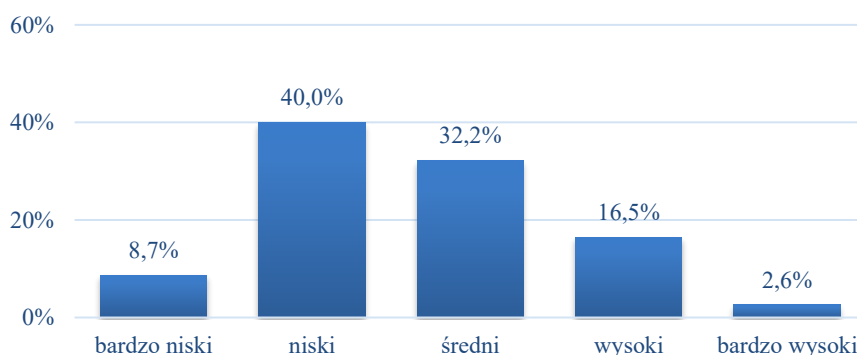
Źródło: badania własne

W badanej populacji nieznacznie przeważali mężczyźni (51,3%). 51,3% respondentów mieszkało na wsi, 26,1% mieszkało w dużych miastach, natomiast 22,6% badanych zamieszkiwało małe miasta. Najczęściej badani legitymowali się wykształceniem zawodowym (38,3%), wykształcenie średnie posiadało 32,2% a studia wyższe posiadało 20,9% respondentów. Najmniej liczną grupę stanowili badani posiadający wykształcenie podstawowe (8.7%).

Największa grupa osób, stanowiąca 47,8%, była emerytami lub rencistami, pracę umysłową wykonywało 30,4% badanych, 20,9% respondentów wykonywało pracę fizyczną, a jedna osoba (0,9%) była bezrobotna.

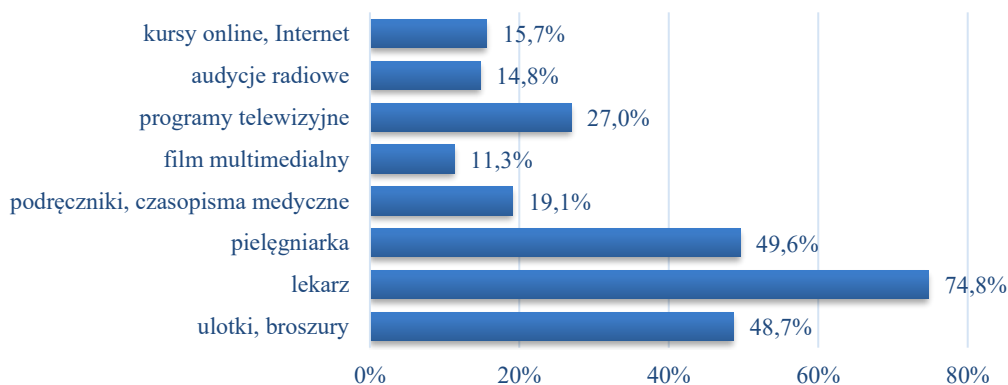
Wyniki. W przeprowadzonym badaniu respondentów poproszono o samoocenę poziomu wiedzy na temat czynników ryzyka ostrych zespołów wieńcowych.

Badanie wykazało, że 8,7% respondentów oceniło swój poziom wiedzy jako bardzo niski. Niski poziom wiedzy zgłosiło 40,0% badanych. Natomiast 32,2%, oceniło swój poziom wiedzy jako średni. Pośród badanych, 16,5% oceniło swój poziom wiedzy jako wysoki. Tylko 2,6%, oceniły swój poziom wiedzy jako bardzo wysoki (ryc.2).



Rycina 2. Samoocena poziomu wiedzy na temat czynników ryzyka ostrych zespołów wieńcowych (n=115)
n – liczba osób; % - procent
 Źródło: badania własne

74,8% respondentów uważało lekarza za najlepsze źródło informacji na temat choroby wieńcowej. Pielęgniarka została wskazana przez 49,6% badanych jako ważne źródło wiedzy. Ulotki i broszury były preferowane przez 48,7% badanych osób. Filmy multimedialne zostały uznane za pomocne przez 11,3% badanych. Szczegółowe dane przedstawiono na ryc. 3. Było to pytanie koniunktywne.

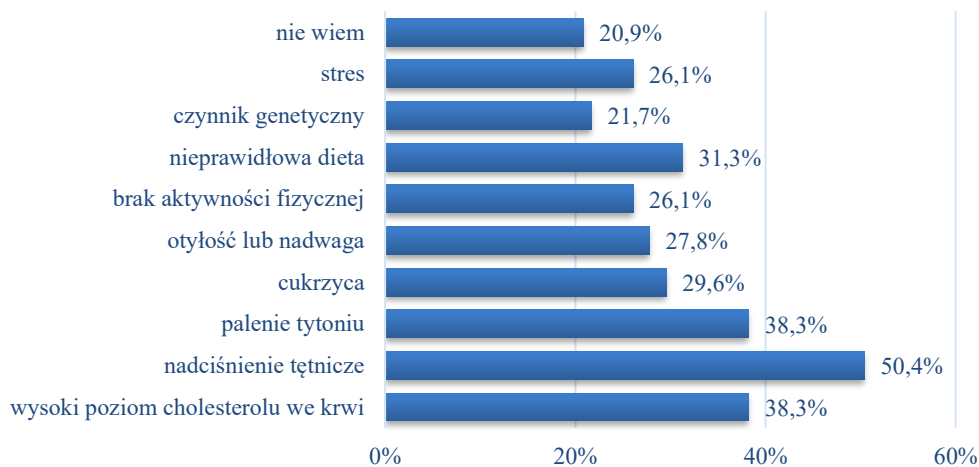


Rycina 3. Przedstawienie odpowiedzi respondentów na pytanie „Które ze źródeł wg Pana/Pani pozwoli na zapamiętanie jak największej ilości informacji na temat choroby wieńcowej?” (n=115)

n – liczba osób; % - procent

Źródło: badania własne

W przeprowadzonym badaniu, 50,4% respondentów uważało nadciśnienie tętnicze za przyczynę swojego zachorowania na chorobę wieńcową. Wysoki poziom cholesterolu we krwi oraz palenie tytoniu zostało wskazane przez 38,3% badanych osób. Natomiast 20,9% respondentów, nie było pewnych, co mogło być przyczyną ich zachorowania. Szczegółowe dane w tym zakresie zawiera ryc.4.

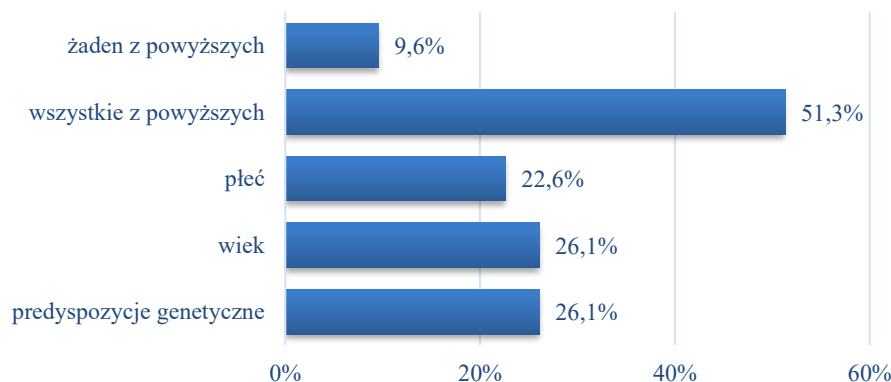


Rycina 4. Przedstawienie odpowiedzi respondentów na pytanie „Który czynnik ryzyka choroby wieńcowej uważa Pan/Pani za przyczynę Pana/Pani zachorowania?” (n=115)

n – liczba osób; % - procent

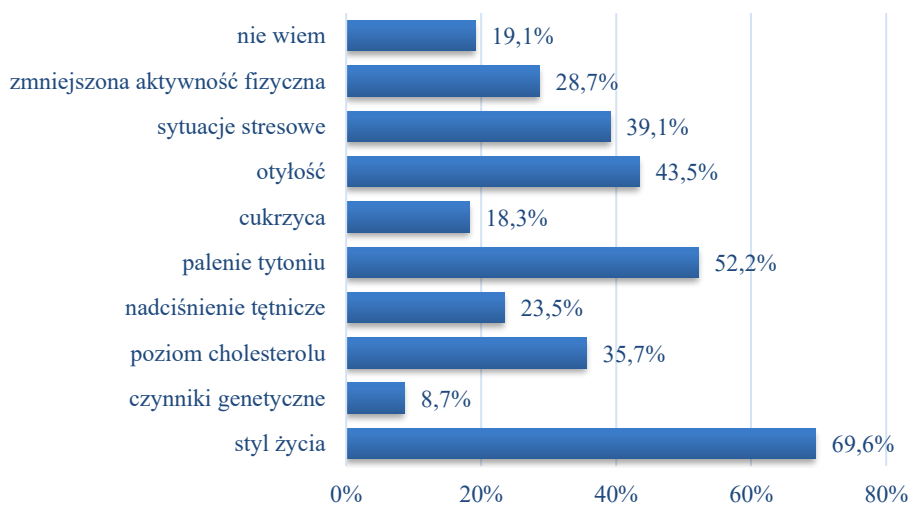
Źródło: badania własne

Respondenci najczęściej wskazywali komponenty takie jak predyspozycje genetyczne, wiek i płeć jako niemodyfikowalne czynniki ryzyka OZW (51,3%). Zarówno predyspozycje genetyczne, jak i wiek były identyfikowane przez 26,1% osób. Płeć została wskazana przez 22,6% chorych. Aż 9,6% osób, nie zidentyfikowało czynników jako niemodyfikowalne (ryc.5). Było to pytanie koniunktywne.



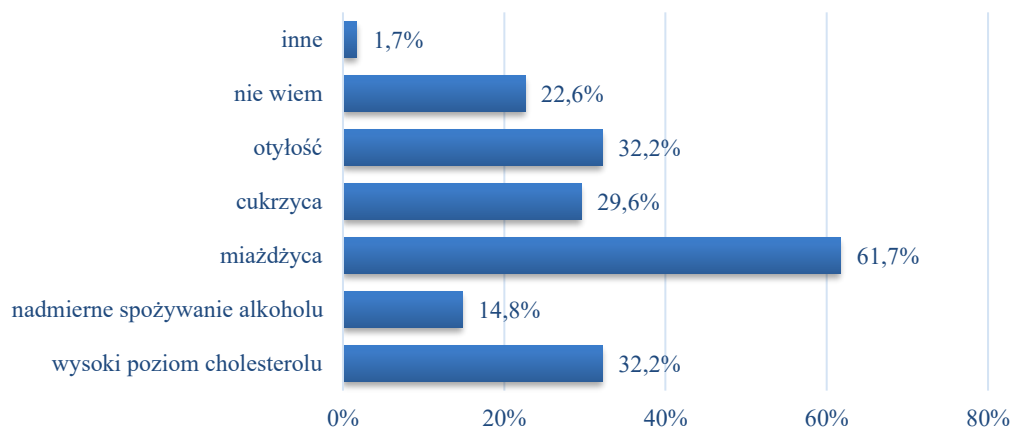
Rycina 5. Przedstawienie odpowiedzi respondentów na pytanie „Które z wymienionych czynników uważa Pan/Pani za niemodyfikowalne (niepodlegające zmianie) czynniki ryzyka choroby wieńcowej?” (n=115)
n – liczba osób; % - procent
 Źródło: badania własne

Badani zostali poproszeni o wskazanie modyfikowalnych czynników ryzyka choroby wieńcowej. Najczęściej wymienianym przez badanych czynnikiem był styl życia (69,6%), palenie tytoniu (52,2%) oraz otyłość (43,5%). Badanie wykazało, iż 19,1% respondentów nie wiedziało, które czynniki ryzyka są modyfikowalne (ryc. 6). Było to pytanie koniunktywne.



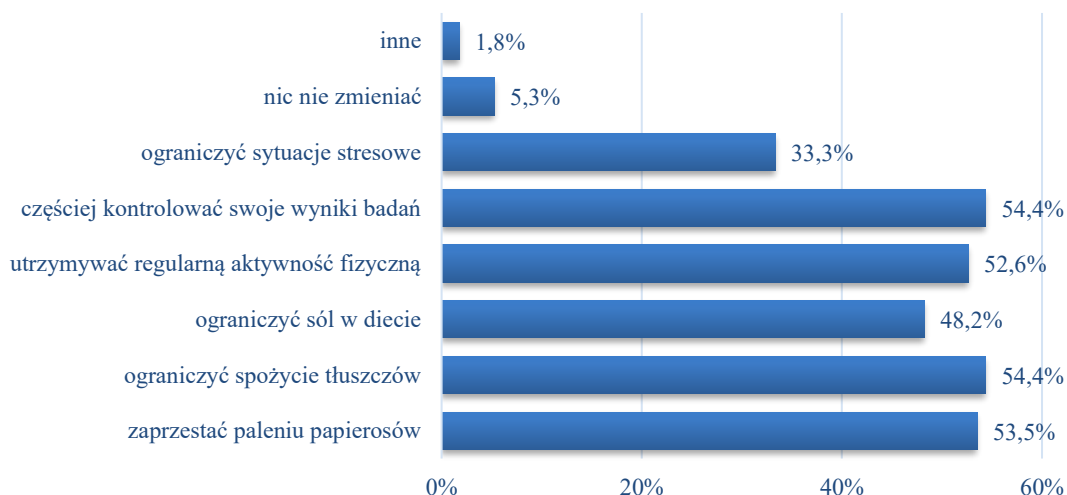
Rycina 6. Przedstawienie odpowiedzi respondentów na pytanie „Które z wymienionych czynników ryzyka choroby wieńcowej zaliczamy do modyfikowalnych (podlegających zmianie)?” (n=115)
n – liczba osób; % - procent
 Źródło: badania własne

Analizując wyniki badania stwierdzono, że według respondentów główną przyczyną zawału serca było wystąpienie miażdżycy (61,7%), wysoki poziom cholesterolu był istotnym czynnikiem predysponującym do zachorowania wskazanym przez 32,2% badanych. Aż 22,6% badanych nie wiedziało, co jest główną przyczyną zawału serca. Tylko 2 osoby (1,74%) wskazały "inne" przyczyny, ale nie wymieniły jakie (ryc.8). Było to pytanie koniunktywne.



Rycina 8. Przedstawienie odpowiedzi respondentów na pytanie „Co wg Pana/Pani jest główną przyczyną zawału serca?” (n=115)
n – liczba osób; % - procent
 Źródło: badania własne

Aby zapobiec kolejnemu zaostrzeniu choroby wieńcowej po hospitalizacji, większość respondentów wskazała na potrzebę zmiany zachowań zdrowotnych takich jak zaprzestanie palenia papierosów (53,5%), utrzymywanie regularnej aktywności fizycznej (52,6%) oraz częstsze kontrolowanie wyników badań (54,4%). Tylko 5,3% osób nie widziało potrzeby wprowadzania zmian w dotychczasowym stylu życia. Szczegółowe dane w tym zakresie zamieszczono na rycinie 9.



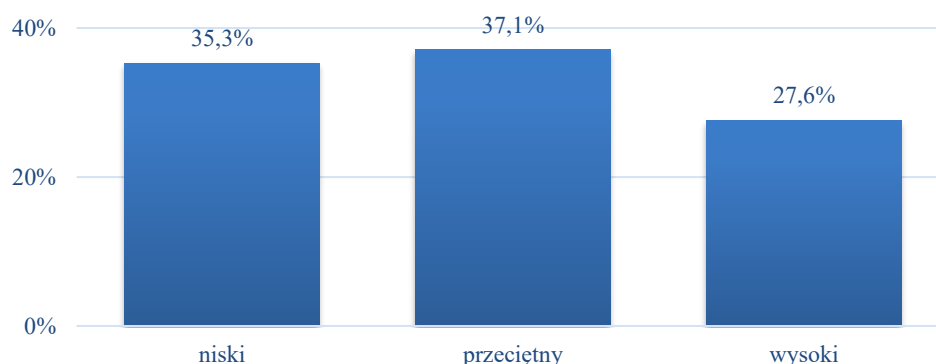
Rycina 9. Przedstawienie odpowiedzi respondentów na pytanie „Które zachowania zdrowotne wg Pana/Pani należy zmienić po hospitalizacji, aby zapobiec kolejnemu zaostrzeniu choroby wieńcowej?” (n=115)
n – liczba osób; % - procent
 Źródło: badania własne

Respondenci byli pytani, czy uważają, że prowadzą zdrowy tryb życia. 28,7% osób odpowiedziało twierdząco, że ich styl życia jest zdrowy, 39,1% odpowiedziało negatywnie, że nie, a aż 32,2% respondentów nie umiało udzielić informacji, czy prowadzą zdrowy tryb życia.

W badanej grupie 43,5% ankietowanych zadeklarowało, że są czynnymi palaczami. Na pytanie czy obecny pobyt w szpitalu z powodu choroby wieńcowej wywołał u nich decyzję o podjęciu próby zaprzestania palenia tytoniu, 52,3% osób odpowiedziało twierdząco, 26,2% osób nie planowało rzucenia palenia a 21,5% udzieliło odpowiedzi „nie wiem”.

W badaniu oceniono poziom wiedzy na temat czynników ryzyka ostrych zespołów wieńcowych. W tym celu sumowano punkty przyznane za prawidłowe odpowiedzi na pytania w ankiecie własnej, które uznane zostały za pytania o fakty. W pytaniach jednokrotnego wyboru przyznawano punkt za wskazanie poprawnej odpowiedzi. W przypadku pytań wielokrotnego wyboru przyznawano punkt za niewskazanie odpowiedzi niepoprawnych. Im wyższą ilość punktów uzyskał badany, tym wyżej oceniono jego poziom wiedzy. Możliwa do uzyskania liczba punktów zawierała się w przedziale 0 – 58 punktów.

- **Niski poziom wiedzy:** 35,3% respondentów uzyskało wynik klasyfikujący ich do grupy o niskim poziomie wiedzy.
- **Przeciętny poziom wiedzy:** 37,1% respondentów uzyskało wynik klasyfikujący ich do grupy o przeciętnym poziomie wiedzy
- **Wysoki poziom wiedzy:** 27,6% respondentów uzyskało wynik klasyfikujący ich do grupy o wysokim poziomie wiedzy (ryc.10).



Rycina 10. Ocena poziomu wiedzy badanej grupy na temat czynników ryzyka choroby wieńcowej (n=115)

n -liczba osób; % - procent
Źródło: badania własne

Z przeprowadzonej analizy wynika, że najwyższym poziomem wiedzy na temat czynników ryzyka ostrych zespołów wieńcowych wykazały się osoby w przedziale wiekowym 35-55 lat. Wysoki poziom wiedzy w tej grupie prezentowało 69,2% badanych.

Badani w wieku 35-55 lat istotnie częściej niż starsi badani posiadali wysoki poziom wiedzy i istotnie rzadziej – niski, badani powyżej 75 lat istotnie częściej niż młodsi badani posiadali niski poziom wiedzy i istotnie rzadziej – wysoki. Analiza porównawcza badanych grup

wykazała istotną statystycznie zależność pomiędzy poziomem wiedzy a wiekiem badanych ($p < 0,05$). Szczegółowe dane zostały przedstawione w tabeli I.

Tabela I. Analiza zależności między poziomem wiedzy a wiekiem badanych osób

			Wiek				Wynik testu
			35-55 lat	56-65 lat	66-75 lat	powyżej 75 lat	
Poziom wiedzy	niski	N	2	7	13	18	$\chi^2 = 49,484$ $df = 6$ $p < 0,001$
		%	7,7%	19,4%	44,8%	75,0%	
	przeciętny	N	6	19	12	6	
		%	23,1%	52,8%	41,4%	25,0%	
	wysoki	N	18	10	4	0	
		%	69,2%	27,8%	13,8%	0,0%	
Ogółem		N	26	36	29	24	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody; p – istotność statystyczna							

Źródło: badania własne

Analiza porównawcza badanych grup wykazała istotną statystycznie zależność pomiędzy poziomem wiedzy a płcią badanych ($p < 0,05$). Wysoki poziom wiedzy na temat czynników ryzyka OZW posiadało 39,3% kobiet i 16,9% mężczyzn, natomiast niski poziom wiedzy posiadało 23,2% badanych kobiet i 45,8% mężczyzn. Szczegółowe dane zawarto w tabeli II.

Tabela II. Analiza zależności między poziomem wiedzy a płcią badanych

			Płeć		Wynik testu
			kobieta	mężczyzna	
Poziom wiedzy	niski	N	13	27	$\chi^2 = 9,351$ $df = 2$ $p = 0,009$
		%	23,2%	45,8%	
	przeciętny	N	21	22	
		%	37,5%	37,3%	
	wysoki	N	22	10	
		%	39,3%	16,9%	
Ogółem		N	56	59	
		%	100,0%	100,0%	
χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody; p – istotność statystyczna					

Źródło: badania własne

Istnieje istotna statystycznie zależność między poziomem wiedzy a wykształceniem badanych ($p < 0,05$). Badani z wykształceniem wyższym istotnie częściej niż pozostali badani posiadali wysoki poziom wiedzy na temat czynników CVD i istotnie rzadziej – niski, natomiast badani z wykształceniem zawodowym lub niższym istotnie częściej niż pozostali badani posiadali niski poziom wiedzy i istotnie rzadziej – wysoki (tab. III).

Tabela III. Analiza zależności między poziomem wiedzy a wykształceniem badanych

			Wykształcenie			Wynik testu
			zawodowe lub poniżej	średnie	wyższe	
Poziom wiedzy	niski	N	29	9	2	$\chi^2 = 25,795$ $df = 4$ $p < 0,001$
		%	53,7%	24,3%	8,3%	
	przeciętny	N	19	16	8	
		%	35,2%	43,2%	33,3%	
	wysoki	N	6	12	14	
		%	11,1%	32,4%	58,3%	
Ogółem		N	54	37	24	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	
χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody; p – istotność statystyczna						

Źródło: badania własne

Dyskusja. Ostry zespół wieńcowy to zespół objawów wynikających z nagłego zmniejszenia przepływu krwi przez tętnice wieńcowe do serca. Najczęściej jest spowodowany przez niedokrwienie serca, które może doprowadzić do zawału mięśnia sercowego. Czynniki ryzyka ostrej choroby wieńcowej obejmują palenie papierosów, wysokie ciśnienie krwi, wysoki poziom cholesterolu, otyłość, brak aktywności fizycznej oraz dietę bogatą w tłuszcze nasycone i cukry. Czynniki te predysponują do tworzenia się blaszek miażdżycowych w tętnicach wieńcowych, co zwiększa ryzyko wystąpienia zawału serca lub innych poważnych komplikacji sercowo-naczyniowych [13-15].

Świadomość czynników ryzyka ostrych zespołów wieńcowych jest jednym z najważniejszych elementów wiedzy zdrowotnej [16]. W badaniach własnych większość respondentów (32,20%) oceniła swój poziom wiedzy na temat tych czynników jako niski, natomiast w badaniach Bednarek [13] ponad połowa badanych (53%) oceniła swoją wiedzę na poziomie średnim. Podobnie, w badaniach Sawickiej i wsp. [16] ponad połowa badanych (60,90%) również oceniła swój poziom wiedzy jako średni. W przeprowadzonych badaniach widoczne są różnice w ocenach poziomu wiedzy o czynnikach ryzyka ostrych zespołów wieńcowych, co sugeruje konieczność dostosowania strategii edukacyjnych do specyficznych potrzeb różnych badanych grup.

W trakcie pobytu na oddziale Kardiologii Inwazyjnej przeważająca większość badanych (64,90%) stwierdziła, że posiada informacje na temat czynników ryzyka ostrych zespołów wieńcowych. Podobnie w badaniach Bednarek [13], większość respondentów (77%) deklarowała znajomość czynników ryzyka choroby wieńcowej, oraz w badaniach Lenart i wsp. [17] w których zdecydowana większość respondentów (92%), deklarowała znajomość czynników ryzyka OZW.

Wiedza na temat czynników ryzyka ostrych zespołów wieńcowych jest pozyskiwana z różnych źródeł takich jak artykuły i programy telewizyjne poświęcone zdrowiu, materiały edukacyjne dostępne w Internecie, rozmowy z lekarzami, znajomymi, a także doświadczenia osobiste związane z opieką zdrowotną lub występowaniem chorób serca w rodzinie lub otoczeniu. Badanie własne wykazało, że dla większości respondentów (74,78%) lekarz był najlepszym źródłem informacji na temat choroby wieńcowej. W badaniach Stępień i wsp. [18], ponad połowa badanych (50,7%) otrzymała wiedzę na temat ostrego zespołu wieńcowego od personelu medycznego, natomiast w badaniach Juzwiszyn i wsp. [19] znacząca część badanych (45,5%) nie korzystała z żadnych źródeł wiedzy. Z kolei w badaniach Bednarek [13] większość respondentów (64%) poszukiwała informacji w Internecie.

Niemodyfikowalne czynniki ryzyka choroby wieńcowej to min. wiek, płeć i czynniki genetyczne. W badaniu własnym to właśnie te komponenty były najczęściej wskazywanymi przez respondentów niemodyfikowalnymi czynnikami ryzyka choroby wieńcowej (51,30%). Wyniki te są zgodne z badaniami Juzwiszyn i wsp. [19], gdzie wiek był dominującym czynnikiem niemodyfikowalnym (89%), oraz z badaniami Bednarek [13], gdzie predyspozycje genetyczne były w opinii badanych kluczowym czynnikiem ryzyka (64%).

Modyfikowalne czynniki ryzyka choroby wieńcowej obejmują palenie papierosów, niezdrową dietę bogatą w tłuszcze nasycone i cholesterol, brak aktywności fizycznej, nadwagę oraz niekontrolowane nadciśnienie tętnicze. W badaniu własnym najczęściej wskazywanymi modyfikowalnymi czynnikami ryzyka choroby wieńcowej były styl życia (69,57%) oraz palenie tytoniu (52,17%). Wyniki te korespondują z badaniami Juzwiszyn i wsp. [19], gdzie respondenci wskazali na palenie tytoniu (87%) oraz nadciśnienie tętnicze (79%) jako istotne czynniki modyfikowalne OZW. Z kolei badania Bednarek [13] wykazały, że respondenci często wymieniali palenie tytoniu (59%) oraz picie alkoholu (59%) jako modyfikowalne czynniki ryzyka choroby wieńcowej. Również w badaniach Lenart i wsp. [17] zdecydowana większość respondentów (96%) poprawnie zidentyfikowała czynniki modyfikowalne. Analiza danych z różnych badań wskazuje, że efektywne promowanie zdrowego stylu życia oraz ograniczanie używek zmniejszają ryzyko rozwoju choroby wieńcowej w populacji.

Większość respondentów wskazała na konieczność zmiany określonych zachowań zdrowotnych po hospitalizacji celem zapobieżenia kolejnym zaostrzeniom choroby wieńcowej. W badaniu własnym najczęściej wymienianymi zmianami były: zaprzestanie palenia papierosów (53,51%), ograniczenie spożycia tłuszczów (54,39%), ograniczenie soli w diecie (48,25%), utrzymywanie regularnej aktywności fizycznej (52,63%), oraz częstsze kontrolowanie wyników badań (54,39%). Badania Bednarek [13] wykazały, że większość

respondentów (75%) znała zasady zapobiegania chorobie wieńcowej, ale nie stosowali się do nich, nadmiernie pijąc alkohol (59%), nie ograniczając soli (68%) i spożywając nadmiar tłuszczów (47%). Natomiast badania Sawickiej i wsp. [16] pokazały, że 73,63% respondentów uważało, że prawidłowa dieta zapobiega chorobie niedokrwiennej serca.

Zdrowy styl życia to zestaw nawyków i wyborów, które sprzyjają ogólnemu dobremu samopoczuciu fizycznemu, psychicznemu i emocjonalnemu. W badaniach własnych mniej niż połowa respondentów (39,10%) nie prowadziła zdrowego stylu życia. Natomiast zdecydowana większość respondentów (67%) w badaniach Juzwiszyn i wsp. [19], oceniła, że prowadzi zdrowy styl życia. Z kolei w badaniach Bednarek [13] zdecydowana większość badanych (70%) nie prowadziła zdrowego stylu życia. Wyniki badań wskazują na znaczną różnicę w subiektywnej ocenie prowadzenia zdrowego stylu życia między badanymi grupami.

Palenie papierosów zwiększa ryzyko chorób serca, ponieważ dym papierosowy i zawarte w nim szkodliwe substancje uszkadzają ściany naczyń krwionośnych, prowadzą do tworzenia się blaszek miażdżycowych oraz podwyższają ciśnienie krwi. Większość respondentów w badaniu własnym nie paliła papierosów (56,5%). W badaniach Bednarek [13] ponad połowa respondentów (52%) również nie paliła papierosów. Natomiast w badaniach Sawickiej i wsp. [16] tylko niewielka grupa respondentów (32,72%) nie paliła papierosów. Wyniki badań wyraźnie wskazują, że istnieje potrzeba edukacji w zakresie rzucenia palenia przez osoby obciążone ryzykiem zgonu sercowo-naczyniowego jak również przez osoby jeszcze zdrowe. Samo zalecenie rzucenia palenia z pewnością nie jest wystarczające i należy rozważyć stosowanie farmakoterapii w leczeniu zespołu uzależnienia od tytoniu.

Wyniki wielu badaczy potwierdzają potrzebę dostosowania strategii edukacyjnych do różnych potrzeb odbiorców i możliwości przyswajania wiedzy wśród badanych. Ważne jest także podnoszenie świadomości dotyczącej czynników ryzyka wśród pacjentów hospitalizowanych oraz edukacji zdrowotnej w prewencji choroby wieńcowej. Kontynuacja i intensyfikacja działań edukacyjnych w zakresie czynników ryzyka OZW mogą doprowadzić do zmniejszenia występowania choroby wieńcowej poprzez zwiększenie świadomości społeczeństwa, zmianę zachowań zdrowotnych i działanie profilaktyczne [11].

Wnioski.

1. W badanej grupie stwierdzono istotną zależność między poziomem wiedzy na temat czynników ryzyka ostrych zespołów wieńcowych a wiekiem uczestników.
2. Kobiety istotnie częściej niż mężczyźni posiadały wysoki poziom wiedzy i istotnie rzadziej – niski.

3. Zaobserwowano istotną zależność między poziomem wiedzy na temat czynników ryzyka ostrych zespołów wieńcowych a poziomem wykształcenia badanych. Osoby legitymujące się wykształceniem wyższym istotnie częściej niż pozostali badani posiadali wysoki poziom wiedzy i istotnie rzadziej – niski, natomiast badani z wykształceniem zawodowym lub poniżej istotnie częściej niż pozostali badani posiadali niski poziom wiedzy i istotnie rzadziej – wysoki
4. Wiedza badanych na temat modyfikowalnych i niemodyfikowalnych czynników ryzyka choroby wieńcowej była umiarkowanie dobra, z wyraźnym zrozumieniem istotnych niemodyfikowalnych czynników, takich jak predyspozycje genetyczne, wiek i płeć, oraz modyfikowalnych czynników, takich jak styl życia, palenie tytoniu, otyłość i poziom cholesterolu, choć niektórzy badani mieli trudności z ich pełnym zidentyfikowaniem.

Piśmiennictwo:

1. Park KC, Gaze DC, Collinson PO, Marber MS. Cardiac troponins: from myocardial infarction to chronic disease. *Cardiovasc Res.* 2017 Dec 1;113(14):1708-1718. doi: 10.1093/cvr/cvx183. PMID: 29016754; PMCID: PMC5852618.
2. Piotrowski W., Waśkiewicz A., Cicha-Mikołajczyk A.: Ryzyko globalne zgonu z powodu chorób sercowo-naczyniowych dorosłej populacji polskiej: ocena prospektywna kohort zbadanych w wielośrodkowych ogólnopolskich badaniach stanu zdrowia ludności-WOBASZ i WOBASZ Senior. *Kardiologia Polska* 2016;74(3): 262-273
3. Gąsior M., Pres D., Wojakowski W., Buszman P., Kalarus Z., Hawranek M., Gierlotka M., Lekston A., Mizia-Stec K., Zembala M., Poloński L., Tendera M.: Przyczyny hospitalizacji i rokowanie pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowymi. Trendy w latach 2006-2014 na podstawie danych ze Śląskiej Bazy Sercowo-Naczyniowej (SILCARD). *Polish Archives of Internal Medicine* 2016;126(10): 745-762
4. Bryła M, Maciak A, Marcinkowski JT, Maniecka-Bryła I. Programy profilaktyczne w zakresie chorób układu krążenia przykładem niwelowania nierówności w stanie zdrowia. *Probl Hig Epidemiol* 2009, 90(1): 6-17
5. Awad, A., Al-Nafisi, H. Public knowledge of cardiovascular disease and its risk factors in Kuwait: a cross-sectional survey. *BMC Public Health* 14, 1131 (2014). doi.org/10.1186/1471-2458-14-1131
6. Banaś I., Lewek P.: Czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego a częstość występowania zespołu metabolicznego w grupie dzieci i młodzieży. *Family Medicine & Primary Care Review* 2015;17(2): 79-81
7. Kucharska K, Czubak K, Dugiel G, Kuzka J, Czynniki ryzyka zawału serca – świadomość pacjentów hospitalizowanych. *Polish Journal of Health and Fitness* 2018; 1: 62-76.
8. Woźniakowska-Kapłon B, Nowoczesna terapia ostrych zespołów wieńcowych opartych na prasugrelu — dostępne dla polskiego pacjenta. *Wydawnictwo Naukowe PWN* 2020; 15(1): 49-55.
9. Trzeciak P, Wasilewski J, Poloński L, Ostre zespoły wieńcowe – postępy 2014. *Med. Prakt.* 2015; 4: 58–64.
10. Krysiuk E, Jankowiak B, Czynniki ryzyka chorób układu sercowo- naczyniowego w świetle literatury. *Uniwersytet Medyczny w Białymstoku* 2017;4-7: 408-422.

11. Michalski P, Kosobucka A, Nowik M, Pietrzykowski Ł, Andruszkiewicz A, Kubica A, Edukacja zdrowotna pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego. *Folia Cardiologica* 2016; 11(6): 519–524.
12. Bartoszewicz M, Rać M, Czynniki ryzyka choroby wieńcowej – diagnostyka, leczenie i prewencja. *Hygeia Public Health* 2018; 53(3): 253-261.
13. Bednarek A.D.: Zależność pomiędzy uwarunkowaniami środowiskowymi choroby wieńcowej z zabiegiem pomostowania aortalno-wieńcowego. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej* 2017;3(1): 4-11
14. Maroszyńska-Dmoch E, Wożakowska-Kapłon B, Choroba wieńcowa w populacji młodych dorosłych: skala problemu, czynniki ryzyka i rokowanie — przegląd literatury. *Folia Cardiologica* 2014; 9(3): 267-274.
15. Cieślak H., Knoff B., Sienkiewicz Z.: Rozpowszechnienie czynników ryzyka chorób układu krążenia wśród mieszkańców Warszawy. *Pielęgniarstwo Polskie* 2015;2(56): 170-174
16. Sawicka K, Grządka A, Łuczyk R, Wawryniuk A, Prasał M, Łuczyk M, *et. al.* Świadomość czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca u osób po zawale mięśnia sercowego. *Journal of Education, Health and Sport* 2016; 6(12): 795-816.
17. Lenart A., Mosio J., Dziad D., Adamik K., Olszowska M.: Wpływ znajomości czynników ryzyka sercowo-naczyniowego na styl życia studentów I i VI roku kierunku lekarskiego. *Przegląd Lekarski* 2014;71(7): 3879-393
18. Stępień B., Lomper K., Uchmanowicz I., Jankowska-Polańska B.: Czynniki wpływające na opóźnienia hospitalizacji chorych z ostrym zespołem wieńcowym. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia* 2014;3(3): 71-76
19. Juzwiszyn J.M., Wiatrak I., Golemo K., Chabowski M., Janczak D.: Poziom wiedzy kobiet i mężczyzn na temat ostrego zespołu wieńcowego. *Pielęgniarstwo Zdrowia Publicznego* 2017;26(1): 45-51

SPOSOBY RADZENIA SOBIE Z CHOROBAŁĄ NOWOTWOROWĄ WŚRÓD PACJENTÓW LECZONYCH HEMATOONKOLOGICZNIE

SYLWIA KRZEMIŃSKA, ANNA KOSTKA, MARTA POLANOWSKA, ADRIANA BORODZICZ

Wstęp. Choroby nowotworowe stanowią jedno z najpoważniejszych wyzwań zdrowotnych współczesnego społeczeństwa, a ich wpływ na życie pacjentów oraz ich rodziny jest ogromny. Pacjenci, u których rozpoznano i leczono nowotwory krwi lub układu chłonnego, często stają przed wielkimi wyzwaniami fizycznymi, psychicznymi i społecznymi. Radzenie sobie z chorobą nowotworową to proces emocjonalny, fizyczny i społeczny, który obejmuje szereg strategii i działań mających na celu zarządzanie chorobą, zmniejszenie jej wpływu na życie codzienne oraz poprawę jakości życia

Każda choroba przewlekła, w tym również choroba nowotworowa, w sposób destrukcyjny wpływa na jednostkę nim dotkniętą. Toteż podstawą jest udzielenie jej odpowiedniego wsparcia społecznego. Ponadto diagnoza nowotworu może być traumatycznym doświadczeniem, dlatego ważne jest poszukiwanie wsparcia emocjonalnego od rodziny, przyjaciół, grup wsparcia dla chorych na nowotwory lub terapeuty [1]. Wyrażanie emocji i uczuć oraz dzielenie się nimi z innymi może pomóc w radzeniu sobie ze stresem i lękiem związanym z chorobą. Jednocześnie czynnikiem sprawczym odczuwania przytłoczenia diagnozą oraz sam fakt efektywnego znaczenia nabierają działania powiązane z zainteresowaniami jednostki, przekonaniem politycznymi jednostki, jej życiem intymnym, nawykami oraz wzorami zachowania wraz z obraną wcześniej formą życia duchowego [1].

Radzenie sobie z chorobą nowotworową jest procesem indywidualnym i każdy pacjent może potrzebować różnych rodzajów wsparcia i strategii w tej trudnej sytuacji. Ważne jest, aby szukać pomocy i korzystać z dostępnych zasobów, które pomogą w przystosowaniu się do nowej rzeczywistości i poprawie jakości życia. Działanie to obejmuje wiele różnych funkcji, które pomagają pacjentom przystosować się do sytuacji, znaleźć sposoby radzenia sobie ze stresem i trudnościami oraz zachować jak najwyższą jakość życia pomimo choroby. Wytacza się zatem kilka podstawowych funkcji radzenia sobie z chorobą nowotworową

Poczucie uogólnionej własnej skuteczności jest to obraz kompetencji jednostki, jej wyposażenie w środki umożliwiające przeprowadzenie zamierzonych działań. Jest to przekonanie jednostki, że jest zdolna do podjęcia konkretnej czynności, zadania oraz wytrwałości w osiągnięciu zamierzonego celu podczas określonej sytuacji [2,3].

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

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w miesiącach styczeń-kwiecień 2024 roku wśród pacjentów Kliniki Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu. Rozdano 110 ankiet, zwrotnie otrzymano 109, a do analizy włączono ankiety 103 pacjentów Kliniki Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu, którzy wyrazili zgodę na udział. Pozostałe ankiety zostały wykluczone z powodu braków w poszczególnych odpowiedziach. Metodą zastosowaną w pracy był wywiad kwestionariuszowy przy pomocy standaryzowanego narzędzia Skali uogólnionej własnej skuteczności (GSES), która mierzy siłę ogólnego przekonania jednostki o skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami. Zakres punktacji uzyskanej przez badanego mieści się w granicach od 10 do 40 punktów. Po zsumowaniu punktów uzyskanych przez każdego respondenta określa się ogólny wskaźnik poczucia własnej skuteczności. Im wyższa liczba punktów, tym większe poczucie własnej skuteczności [4].

Do uzupełnienia danych socjodemograficznych i klinicznych stworzono dodatkowe pytania, które uzupełniono z wywiadu oraz dokumentacji medycznej pacjentów.

Przeprowadzono analizę statystyczną najpierw wyliczając licznosc i odsetek udzielonych odpowiedzi. Weryfikację występowania zależności przeprowadzono przy wykorzystaniu testu chi-kwadrat. Przyjęto poziom istotności $p = 0,05$. Oznacza to, iż wyniki $p < 0,05$ wskazują na występowanie istotnych zależności pomiędzy badanymi zmiennymi.

Wyniki. W badaniu wzięło udział 103 pacjentów, w tym 61 kobiet i 42 mężczyzn w średnim wieku $52,43 \pm 15,21$ lat (tab.1 i 3). Rozkład w grupach wiekowych był porównywalny, większość pacjentów zamieszkiwało miasta.

Tabela 1. Zmienne socjodemograficzne

Zmienna		n	%
Płeć	kobieta	61	59,2%
	mężczyzna	42	40,8%
wiek	do 45 lat	34	33%
	45-60 lat	36	35%
	Powyżej 60lat	33	32%
Miejsce zamieszkania	Wieś	24	23,3%
	Miasto	79	76,7%
Rodzaj choroby	Chłoniak Hodgkina	18	17,5%
	Chłoniak nieziarniczy	22	21,4%
	Szpiczak mnogi	29	28,2%

	Leukemia	27	26,2%
Czas trwania leczenia	Mniej niż 1 rok	40	39,2%
	1-2 lata	25	24,5%
	2-3 lata	18	17,6%
	Powyżej 3 lat	19	18,6%
Metoda leczenia	Chemioterapia	73	70,78%
	Przeszczep komórek	18	17,48%
	Terapia celowa	3	2,91%
	Immunoterapia	4	3,88%
	Leki różnicujące	1	0,97%
	Terapia wspomagająca	4	3,88%

W badanej grupie 29 pacjentów chorowało na szpiczaka mnogiego, 27 na białaczkę, 22 na chłoniaka nieziarniczego i 18 na chłoniaka Hodgkina. Czas leczenia dla najliczniejszej grupy badanych był poniżej 1 roku, a metoda leczenia najczęściej to chemioterapia (73 pacjentów) i przeszczep komórek dla 18 osób.

Tabela 2. Zmienne psychologiczne

Zmienna		n	%
Sposoby radzenia sobie ze stresem w chorobie i leczeniu*	Wsparcie najbliższych	76	73,8%
	Relaksacja	14	13,6%
	Zdrowy styl życia	14	13,6%
	Profesjonalna pomoc	5	4,85%
	Edukacja na temat choroby	4	3,88%
	Radość z małych codziennych rzeczy	9	8,74%
	Planowanie i organizacja	26	25,2%
	Inne	10	
Poziom radzenia sobie z chorobą i leczeniem	Bardzo wysoki	4	3,9%
	Wysoki	8	7,8%
	Dobry	57	55,3%
	Wystarczający	26	25,2%
	Niewystarczający	8	7,8%
Zmiany w relacjach rodzinnych	Tak, w dużym stopniu	3	2,9%
	Tak, znośne	33	32%
	Nie, ciągle wsparcie na wysokim poziomie	51	49,5%
	Trudno powiedzieć	16	15,5%
Wystarczająca edukacja na temat choroby i leczenia	Zdecydowanie tak	24	23,3%
	Tak	51	49,5%
	Trudno określić	21	20,4%
	nie	26	6,8%

*Pytanie wielokrotnego wyboru

Tabela 3. Wiek pacjentów

Wiek (lata)	M	SD	Min	Max	Q25	Me	Q75
	52,43	15,21	19,00	94,00	43,00	53,00	63,50

Zdecydowana większość ankietowanych (65%) ma wysokie poczucie własnej skuteczności. Odpowiednio po 17,5% badanych ma średnie i niskie poczucie własnej skuteczności.

Tabela 4. Poziom poczucia własnej skuteczności

Poczucie własnej skuteczności	n	%
Niskie	18	17,5%
Średnie	18	17,5%
Wysokie	67	65%

Wyznaczono także średnią uogólnioną Skali Własnej Skuteczności (GSES) w badanej grupie, która wynosi $30,9 \pm 5,26$.

Tabela 5. Statystyki opisowe dla GSES

GSES	M	SD	Min	Max	Q25	Me	Q75
	30,9	5,26	16,0	39,0	28	31	34

Następnie przeanalizowano zależności między danymi socjodemograficznymi i wybranymi danymi klinicznymi a poczuciem własnej skuteczności. W odniesieniu do płci, wysokie poczucie własnej skuteczności w badanej grupie miało 67,2% kobiet i 61,9% mężczyzn, średnie poczucie skuteczności miało 19,7% kobiet i 14,3% mężczyzn, niskie natomiast 13,1% kobiet i 23,8% mężczyzn. Obserwowane różnice nie były istotne statystycznie

Tabela 6. Zależności między płcią a poczuciem własnej skuteczności

			Płeć		Wynik testu
			kobieta	mężczyzn a	
Poczucie własnej skuteczności	niskie	N	8	10	$\chi^2 = 2,149$ $df = 2$ $p = 0,342$
		%	13,1%	23,8%	
	średnie	N	12	6	
		%	19,7%	14,3%	
	wysokie	N	41	26	
		%	67,2%	61,9%	
Ogółem		N	61	42	
		%	100,0%	100,0%	
χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody; p – istotność statystyczna					

W odniesieniu do wieku, wysokie poczucie własnej skuteczności miało 70,6% badanych do 45 lat, 58,3% badanych w wieku 46-60 lat i 66,7% badanych powyżej 60 lat, niskie poczucie

własnej skuteczności miało 14,7% badanych do 45 lat, 19,4% badanych w wieku 46-60 lat i 18,2% - powyżej 60 lat. Różnice nie były istotne statystycznie.

Tabela 7. Zależności między wiekiem a poczuciem własnej skuteczności

			Wiek			Wynik testu
			do 45	46-60	powyżej 60	
			lat	lat	lat	
Poczucie własnei	niskie	N	5	7	6	$\chi^2 = 1.377$
skuteczności						$df = 4$ $p = 0,848$
		%	14,7%	19,4%	18,2%	
	średnie	N	5	8	5	
		%	14,7%	22,2%	15,2%	
	wysoki e	N	24	21	22	
		%	70,6%	58,3%	66,7%	
Ogółem		N	34	36	33	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	
χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody; p – istotność statystyczna						

Jeśli chodzi o miejsce zamieszkania, wysoki poziom własnej skuteczności miało 68,4% badanych mieszkających w mieście i 54,2% mieszkających na wsi, średni poziom własnej skuteczności miało 16,5% badanych mieszkających w mieście i 20,8% mieszkających na wsi, niskie natomiast 15,2% badanych mieszkających w mieście i 25,0% badanych mieszkających na wsi. Obserwowane różnice nie były istotne statystycznie.

Tabela 8. Zależności między miejscem zamieszkania a poczuciem własnej skuteczności

			Miejsce zamieszkania		Wynik testu
			miasto	wieś	
Poczucie własnej skuteczności	niskie	N	12	6	$\chi^2 = 1,785$ $df = 2$ $p = 0,410$
		%	15,2%	25,0%	
	średnie	N	13	5	
		%	16,5%	20,8%	
	wysokie	N	54	13	
		%	68,4%	54,2%	
Ogółem		N	79	24	
		%	100,0%	100,0%	
χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody; p – istotność statystyczna					

W kontekście uzyskanej edukacji na temat choroby i leczenia, wysoki poziom własnej skuteczności miało 79,2% badanych, którzy zdecydowanie otrzymali wystarczającą edukację na temat choroby i leczenia, 64,7% badanych, którzy otrzymali wystarczającą edukację i 47,6% badanych, którzy udzielili odpowiedzi trudno określić, niski poziom własnej skuteczności miało 8,3% badanych, którzy zdecydowanie otrzymali wystarczającą edukację o chorobie

i leczeniu, 15,7%, którzy otrzymali wystarczającą edukację i 38,1% badanych, którym trudno to było określić. Różnice, choć wyraźnie zauważalne, nie były istotne statystycznie.

Tabela 9. Zależności między edukacją pacjentów a poczuciem własnej skuteczności

			Wystarczająca edukacja na temat choroby i leczenia			Wynik testu
			zdecydowanie tak	tak	trudność określić	
Poczucie własnej skuteczności	niskie	N	2	8	8	$\chi^2 = 8,148$ $df = 4$ $p = 0,086$
		%	8,3%	15,7%	38,1%	
	średnie	N	3	10	3	
		%	12,5%	19,6%	14,3%	
	wysokie	N	19	33	10	
		%	79,2%	64,7%	47,6%	
Ogółem		N	24	51	21	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	

χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody; p – istotność statystyczna

χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody; p – istotność statystyczna

W odniesieniu do czasu trwania leczenia, wysoki poziom własnej skuteczności miało 70,0% badanych leczonych hematologicznie mniej niż rok, 60,0% badanych leczonych 1-2 lata, 66,7% leczonych 2-3 lata i 63,2% - więcej niż 3 lata, niski poziom własnej skuteczności miało 22,5% badanych, u których leczenie trwało mniej niż rok, 16,0% badanych, u których trwało 1-2 lata, 11,1% badanych, u których leczenie trwa 2-3 lata i 15,8% - powyżej 3 lat. Różnice nie były istotne statystycznie.

Tabela 10. Zależności między czasem trwania choroby a poczuciem własnej skuteczności

			Czas trwania leczenia hematatoonkologicznego				Wynik testu
			mniej niż rok	1 rok-2 lata	2-3 lata	więcej niż 3 lata	
Poczucie własnej skuteczności	niskie	N	9	4	2	3	$\chi^2 = 4,679$ $df = 6$ $p = 0,586$
		%	22,5%	16,0%	11,1%	15,8%	
	średnie	N	3	6	4	4	
		%	7,5%	24,0%	22,2%	21,1%	
	wysoki e	N	28	15	12	12	
%		70,0%	60,0%	66,7%	63,2%		
Ogółem		N	40	25	18	19	
		%	100,0%	100,0%	100,0 %	100,0%	
χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody; p – istotność statystyczna							

χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody; p – istotność statystyczna

Jeśli chodzi o rodzaj schorzenia, wysoki poziom własnej skuteczności miało 72,2% badanych chorujących na Chłoniaka Hodgkina, 59,1% badanych chorujących na Chłoniaka nieziarniczego, 55,2% chorujących na Szpiczaka mnogiego i 70,4% badanych chorujących na

białaczkę, niski natomiast poziom własnej skuteczności miało 22,2% badanych chorujących na Chłoniaka Hodgkina, 18,2% badanych chorujących na Chłoniaka nieziarniczego, 13,8% chorujących na Szpiczaka mnogiego i 22,2% badanych chorujących na białaczkę. Obserwowane różnice, choć zauważalne, nie były istotne statystycznie.

Tabela 11. Zależności między diagnozą a poczuciem własnej skuteczności

			Diagnoza				Wynik testu
			Chłoniak Hodgkina	Chłoniak nieziarniczy	Szpiczak mnogi	Leukemia (białaczka)	
Poczucie własnej skuteczności	niskie	N	4	4	4	6	$\chi^2 = 7,81$ 3 $df = 6$ $p = 0,252$
		%	22,2%	18,2%	13,8%	22,2%	
	średnie	N	1	5	9	2	
		%	5,6%	22,7%	31,0%	7,4%	
	wysokie	N	13	13	16	19	
		%	72,2%	59,1%	55,2%	70,4%	
Ogółem		N	18	22	29	27	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody; p – istotność statystyczna							

χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody; p – istotność statystyczna

Dyskusja. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że większość pacjentów hematologicznych charakteryzuje się wysokim poziomem uogólnionej własnej skuteczności. Jest to zgodne z wcześniejszymi badaniami, które podkreślają, że pacjenci onkologiczni często postrzegają chorobę jako wyzwanie, co sprzyja stosowaniu adaptacyjnych strategii radzenia sobie [5,6]. Wysoki poziom własnej skuteczności może być czynnikiem ochronnym, który wspiera pacjentów w procesie leczenia i adaptacji do nowej sytuacji życiowej [7]. W badaniach Kulpy i wsp [8], w którym zbadano liczną grupę pacjentów onkologicznych, stwierdzono, że pacjenci leczeni onkologicznie różnią się istotnie od siebie w zależności od rodzaju rozpoznanej choroby nowotworowej. Najsilniejsze przekonanie o własnej kompetencji przejawiają pacjenci z rozpoznaniem choroby nowotworowej układu moczowego, a najsłabsze – pacjentki z rozpoznaniem choroby nowotworowej gruczołu piersiowego. W naszych badaniach odnoszono się do pacjentów z chorobami nowotworowymi dotyczącymi układu krwiotwórczego, ale również zauważono różnice w odniesieniu do różnych chorób. Największy odsetek pacjentów z rozpoznaniem Chłoniaka Hodgkina i białaczki miał wysokie poczucie własnej skuteczności. Nasze badanie ma jednak ograniczenia związane z jednokrotnością badania na pacjentach w różnej fazie choroby nie pozwala odpowiedzieć na pytanie, czy ich przekonanie o własnej skuteczności było silne, zanim choroba się rozpoczęła, czy zostało wzmocnione pod wpływem jakichś działań (np. pacjenci wzorowali się na innych osobach w podobnej sytuacji zdrowotnej, byli poddani interwencjom psychologicznym,

otrzymali duże wsparcie od personelu medycznego i ważnych dla siebie osób). Podobne wnioski wyciągnięto w innych badaniach [8,9]

W badaniu własnym jak i innych autorów [8,9] uzyskano wynik wskazujący na występowanie wysokiego poziomu własnej skuteczności wśród pacjentów onkologicznych. W badaniach Kulpy i wsp. [8] zaobserwowano także, że wyniki osób z grupy porównawczej – zarówno z populacji polskiej, jak i światowej – były nieznacznie niższe lub porównywalne z wynikami prezentowanymi w ich autorskich badaniach. Może to oznaczać, że pacjenci onkologiczni jako grupa posiadają ważny zasób – mają skłonność do postrzegania nowej, trudnej sytuacji choroby jako wyzwania [10] i są wytrwali w radzeniu sobie z nią. Wyniki innych autorów prowadzonych wśród pacjentów z chorobą nowotworową wskazują, że wykazują oni przekonanie o własnej skuteczności na co najmniej średnim poziomie [7,9].

W literaturze podkreśla się, że poczucie własnej skuteczności odgrywa kluczową rolę w procesie zdrowienia, wpływając na motywację do podejmowania działań prozdrowotnych, takich jak aktywność fizyczna, przestrzeganie zaleceń lekarskich czy utrzymywanie pozytywnego nastawienia. Bandura, twórca teorii własnej skuteczności, wskazuje, że przekonanie o możliwości skutecznego działania jest jednym z głównych czynników determinujących zachowanie jednostki w sytuacjach trudnych, takich jak choroba nowotworowa [11]. Badania innych autorów potwierdzają, że poczucie własnej skuteczności stanowi ważny zasób i wiąże się z lepszym przystosowaniem do choroby u pacjentów po operacji złośliwego guza. Przystosowanie jest rozumiane jako stosowanie adaptacyjnych strategii radzenia sobie ze stresem [12,13].

W badaniu własnym nie wykazano istotnych statystycznie zależności między poziomem własnej skuteczności a zmiennymi socjodemograficznymi (płeć, wiek, miejsce zamieszkania) oraz klinicznymi (rodzaj choroby, czas trwania leczenia, metoda leczenia). Może to sugerować, że poczucie własnej skuteczności jest bardziej związane z indywidualnymi cechami psychologicznymi pacjenta niż z jego sytuacją życiową czy kliniczną. Podobne wnioski pojawiają się w badaniach nad pacjentami z innymi chorobami przewlekłymi, gdzie wysoka skuteczność wiązała się z lepszym przystosowaniem niezależnie od zmiennych demograficznych [14].

Warto również zauważyć, że pacjenci, którzy ocenili edukację na temat choroby jako wystarczającą, częściej wykazywali wysoki poziom własnej skuteczności. Choć różnice te nie były statystycznie istotne, mogą wskazywać na znaczenie edukacji zdrowotnej jako czynnika wspierającego poczucie kontroli i kompetencji w radzeniu sobie z chorobą.

Wnioski. Mimo tego, że pacjentów charakteryzuje wysoki poziom własnej skuteczności, który wskazuje na umiejętność radzenia sobie z chorobą nowotworową i jej leczeniem, badania nie ukazały istotnych statystycznie zależności między danymi socjodemograficznymi i klinicznymi w badanej grupie. Istnieje konieczność przeanalizowania innych czynników mogących wpływać na poczucie własnej skuteczności i sposoby radzenia sobie z chorobą nowotworową.

Piśmiennictwo:

1. Foplea-Kowalczyk M., Wsparcie społeczne w chorobie nowotworowej, „Psychoonkologia”, Nr 4, 2013
2. Luszczynska A, Gutiérrez-Dona B, Schwarzer R. General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *Int J Psychol* 2005; 40: 80-89.
3. Schwarzer R. Measurement of perceived self efficacy. Psychometric scales for cross-cultural research. Forschung an der Freien Universität Berlin, Berlin 1993
4. Juszczyński Z. Narzędzia pomiaru w psychologii i promocji zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2001
5. Evans Webb, M., Murray, E., Younger, Z.W. *et al.* The Supportive Care Needs of Cancer Patients: a Systematic Review. *J Canc Educ* 36, 899–908 (2021). <https://doi.org/10.1007/s13187-020-01941-9>
6. Dědová, M., Baník, G. & Vargová, L. Coping with cancer: the role of different sources of psychosocial support and the personality of patients with cancer in (mal)adaptive coping strategies. *Support Care Cancer* 31, 27 (2023). <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07454-z>
7. Foster, C., Breckons, M., Cotterell, P. *et al.* Cancer survivors' self-efficacy to self-manage in the year following primary treatment. *J Cancer Surviv* 9, 11–19 (2015). <https://doi.org/10.1007/s11764-014-0384-0>
8. Kulpa M., Kosowicz M., Ziętalewicz U., Stypuła-Ciuba B.: Poczucie własnej skuteczności u pacjentów z chorobami onkologicznymi. Porównanie z danymi populacyjnymi, *Medycyna Paliatywna* 2016; 8(2): 75–79
9. Malicka I, Szczepańska J, Anioł K *et al.*: Zaburzenia nastroju i strategie przystosowania do choroby u kobiet leczonych operacyjnie z powodu nowotworu piersi i narządów rodnych. *Współcz. Onkol* 2009; 13: 41–46
10. Jerusalem M, Schwarzer R. Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal. W: *Self-efficacy: Thought control of action*. Schwarzer R (red.). Hemisphere, Washington 1992
11. Bandura A. Social cognitive theory. W: *Annals of child development*. Vol. 6. Six theories of child development. Vasta R (red.). JAI Press, Greenwich 1989.
12. Lippke, S. Self-Efficacy Theory. In: Zeigler-Hill, V., Shackelford, T.K. (eds) *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. 2020 Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_1167
13. Schwarzer R, Boehmer S, Luszczynska A i wsp. Dispositional self-efficacy as a personal resource factor in coping after surgery. *Pers Indiv Differ* 2005; 39: 807-818.
14. Gallagher, M.W., Long, L.J., Richardson, A. *et al.* Resilience and Coping in Cancer Survivors: The Unique Effects of Optimism and Mastery. *Cogn Ther Res* 43, 32–44 (2019). <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9975-9>

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

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

Wstęp. Alkoholowy Zespół Płodowy (FAS) określany jest jako zespół wad rozwojowych będących konsekwencją toksycznego działania alkoholu na dziecko w życiu płodowym. Dziecko obciążone Alkoholowym Zespołem Płodowym zmagają się z wieloma problemami. Obejmują one zarówno specyficzny wygląd zewnętrzny, ale również zachowanie, które odróżnia je od rówieśników. Największym zagrożeniem jest jednak uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego [1-3]. Z danych przedstawionych przez Senat Rzeczypospolitej Polskiej w Sprawozdaniu Komisji Ustawodawczej i Komisji Zdrowia z dnia 22 stycznia 2019 jeden na tysiąc dzieci rodzi się z FAS. Oznacza to, że u dziewięciuset dzieci rocznie diagnozuje się FAS, a u około 20 żywo urodzonych dzieci na 1000 występują jego objawy [4].

Dziecko obciążone tym zespołem może prezentować negatywne fizyczne i neurologiczne następstwa. Literatura przedmiotu dzieli je na zaburzenia pierwotne i wtórne. Na ciężkość tych dysfunkcji wpływa dawka spożywanego alkoholu, okres ciąży, częstość picia, ale również indywidualne predyspozycje organizmu, stan zdrowia i wiek matki. Wśród zaburzeń pierwotnych, wynikających z uszkodzenia mózgu, wyróżnia się: upośledzenie zdolności intelektualnych, trudności w przewidywaniu konsekwencji swojego zachowania, nadwrażliwość lub zmniejszona wrażliwość na dotyk, mała wydajność pamięci abstrakcyjnej, utrudnione myślenie, impulsywność, problemy z pamięcią, trudności adaptacyjne, trudności z orientacją czasowo-przestrzenną [5].

Do zaburzeń pierwotnych zalicza się również cechy fizyczne. Charakterystyczne są cechy dysmorficzne w budowie twarzy w tym krótki i zadarty nos z szeroką nasadą, skrócone szpary powiekowe, opadające powieki, szeroko rozstawione oczodoły, słabo rozwinięta żuchwa czy nisko osadzone małżowiny uszne. Dzieci z FAS charakteryzują się niedoborem wzrostu, nieprawidłowościami w budowie stawów i kości, wadami postawy, zaburzeniami rozwojowymi serca, wątroby i nerek [1]. Dysfunkcje dotyczą również układu moczowo-płciowego [6].

Zaburzenia wtórne pojawiające się w ciągu życia dziecka, wynikają z błędnej lub ze zbyt późnej diagnozy choroby. Ich wystąpienie jest zależne od środowiska oraz sposobu postępowania z dzieckiem dotkniętym FASD. Wśród tych zaburzeń literatura przedmiotu wymienia: unikanie, represjonowanie lub prześladowanie, ucieczki z domu, porzucenie szkoły, bezrobocie, bezdomność, chęć zaspakajania potrzeb innych, zależność od innych, przemoc, impulsywne zachowania, konflikty z prawem. Jako zaburzenia wtórne mogą wystąpić również zaburzenia

psychiczne, w tym w szczególności: depresja, myśli i tendencje samobójcze, samookaleczanie, skłonność do uzależnień [2].

Uwarunkowania środowiskowe, zastosowana terapia i leczenie mają wpływ na to czy dane zaburzenia wtórne wystąpią oraz jaki będzie ich zakres. Wczesna diagnostyka i rozpoznanie mają kluczowe znaczenie w późniejszym postępowaniu leczniczym i terapeutycznym. Zespół Zaburzeń Alkoholowych różnicuje się z innymi zaburzeniami, ze względu na duże podobieństwa manifestacji objawów. Wśród schorzeń mających podobne objawy można wymienić: autyzm, mózgowe porażenie dziecięce, zespół Williamsa lub zespół Cornelia de Lange. Rozpoznanie stawiane jest, kiedy spełnione są określone kryteria: obecność 2 z 3 cech dysmorficznych w obrębie twarzy, zaburzenia wzrostu oraz zaburzenia czynności ośrodkowego układu nerwowego [7].

Profilaktyka stanowi jeden z najważniejszych elementów w opiece nad kobietą ciężarną. Nawet dziś, w dobie szeroko rozwiniętego dostępu do informacji, wielu rodziców nie jest świadomych, szkodliwości spożywania alkoholu przez kobietę w ciąży [8]. Alkoholowy Zespół Płodowy jest chorobą nieuleczalną, jednak zastosowanie odpowiedniej terapii może złagodzić jego objawy. Najważniejsze w przypadku tej choroby jest możliwość całkowitego jej zapobiegania [9]. Istotne znaczenie ma zidentyfikowanie kobiet, które należą do grupy ryzyka spożywania napojów alkoholowych w czasie ciąży. Dostatecznie wczesna interwencja może w szerokim stopniu pomóc ograniczyć ryzyko narażenia płodu na szkodliwe działanie alkoholu [10,11].

Cel badań. Określenie stanu wiedzy kobiet w okresie rozrodczym, przebywających z dzieckiem na oddziale pediatrycznym na temat zespołu FAS. Celem szczegółowym było sprawdzenie występowania istotnej zależności między spożywaniem alkoholu podczas ciąży i karmienia piersią a wiekiem, wykształceniem oraz stanem cywilnym respondentek.

Materiał i metody. Badania przeprowadzano w IV kwartale 2023 oraz I kwartale 2024 roku, na oddziale dziecięcym Zespołów Zakładów Opieki Zdrowotnej w województwie małopolskim.

Uczestnikami badania były kobiety w wieku od 18 do 40 lat, które przebywały z dzieckiem na oddziale dziecięcym. Grupę analizowano z podziałem na wiek, stan cywilny, liczbę posiadanych dzieci oraz wykształcenie. W badaniu wzięło udział 132 kobiety. Charakterystykę badanej grupy pod względem społecznym i demograficznym przedstawiono w tabeli nr 1.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy [opracowanie własne].

Zmienne	Przedział	Badane kobiety	
		n=132	%=100

Wiek	Poniżej 30 lat	40	30.30%
	30 - 34 lat	45	34.10%
	35 - 39 lat	25	18.90%
	40 lat	22	16.70%
Stan cywilny	W związku małżeńskim	93	70,5%
	Nie będąca w związku małżeńskim	39	29,5%
Liczba dzieci	Jedno	44	33.30%
	Dwoje	64	48.50%
	Troje i więcej	24	18,2%
Wykształcenie	Zasadnicze zawodowe lub poniżej	29	22%
	Średnie	42	31.80%
	Wyższe licencjackie/inżynierskie	21	15.90%
	Wyższe magisterskie	40	30.30%
Sytuacja zawodowa	Stała praca	74	56.60%
	Praca dorywcza	6	4.55%
	Bezrobotna	10	7.58%
	Renta	1	0.76%
	Nauka, studia	2	1.52%
	Urlop macierzyński, wychowawczy	47	35.61%
	Nie pracująca z innych powodów	6	4.55%
Miejsce zamieszkania	Wieś	80	60.60%
	Miasto do 20 tys.	25	18.90%
	Miasto powyżej 20 tys.	27	20,5%
Dochód na członka rodziny netto	do 1500 zł	24	18.20%
	1501 - 2000 zł	32	24.20%
	2001 - 3000 zł	35	26.50%
	3001 - 4000 zł	26	19.70%
	powyżej 4000 zł	15	11.40%

W badaniu jako narzędzie badawcze zastosowano kwestionariusz ankiety. Ankieta zawierała 28 pytań, w tym pytania zamknięte, wielokrotnego wyboru, jednokrotnego wyboru, otwarte i półotwarte. Kwestionariusz był podzielony na trzy części: metryczkę (9 pytań), część sprawdzającą wiedzę kobiet (11 pytań) oraz część dotyczącą spożywania alkoholu w okresie ciąży lub w okresie karmienia piersią (8 pytań).

Weryfikację występowania zależności przeprowadzono przy wykorzystaniu testu chi-kwadrat. Jako poziom istotności przyjęto $p = 0,05$. Zmienne wyrażone na poziomie porządkowym lub nominalnym analizowano z wykorzystaniem testów opartych o rozkład chi-kwadrat, natomiast gdy nie zostały spełnione warunki stosowania testu chi-kwadrat wykorzystywany był dokładny test Fishera. Obliczenia wykonano w środowisku statystycznym R ver.3.6.0, programie SPSS oraz MS Office 2019.

W badanej grupie respondentów oceniono poziom wiedzy na temat zespołu FAS. W tym celu sumowano punkty przyznane za prawidłowe odpowiedzi na pytania w ankiecie własnej, które uznane zostały za pytania o fakty. W pytaniach jednokrotnego wyboru przyznawano punkt za wskazanie poprawnej odpowiedzi. W przypadku pytań wielokrotnego wyboru przyznawano punkt za niewskazanie odpowiedzi niepoprawnych. Im więcej uzyskano łącznie punktów, tym wyższy był poziom wiedzy badanych. Możliwa do uzyskania liczba punktów zawierała się w przedziale 0 – 21 punktów. Wyniki punktowe ustandaryzowano do wartości 100 i uzyskano odsetek odpowiedzi prawidłowych. Następnie podzielono je według przedziałów: poziom niski (do 59% poprawnych odpowiedzi), poziom przeciętny (60 – 79% poprawnych odpowiedzi), poziom wysoki (od 80% poprawnych odpowiedzi).

Wyniki. Stan wiedzy respondentów analizowano z uwzględnieniem kilku czynników tj. wieku, stanu cywilnego, liczby posiadanych dzieci, wykształcenia. W grupie badanych kobiet największą grupę stanowiły kobiety w wieku 30-34 lata (34,1%), następnie poniżej 30 lat (30,3%). W związku małżeńskim były 93 kobiety (70,5%). Najwięcej kobiet posiadało dwoje dzieci (48,5%). Analizując wykształcenie respondentek stwierdzono że 22% z nich miało jedynie wykształcenie zawodowe lub niższe, 31,8% średnie, a ponad 46% wyższe licencjackie lub magisterskie. W badanej grupie ponad 56% kobiet miało stałą pracę, a 35,61% przebywało na urlopie macierzyńskim lub wychowawczym (Tabela 1).

Analizując poziom wiedzy badanych kobiet na temat FAS z podziałem według wieku wykazano wysoki poziom wiedzy u kobiet w wieku 35-39 lat (40%), a także w wieku 30-34 lat (37,8%). Niski poziom wiedzy prezentowało aż 47,5% badanych poniżej 30 lat. W pozostałych grupach wiekowych niski poziom wykazano u 24-27,3% w zależności od grupy wiekowej. Obserwowane różnice nie były istotne statystycznie (Tabela 2).

Tabela 2. Przedstawienie zależności pomiędzy poziomem wiedzy badanych kobiet a wiekiem badanych

Poziom wiedzy badanych kobiet		Wiek				Wynik testu
		Poniżej 30 lat	30-34 lat	35-39 lat	40 lat	
Niski	n	19	12	6	6	$\chi^2 = 7,619$ $df = 6$ $p = 0,267$
	%	47,5%	26,7%	24,0%	27,3%	
Przeciętny	n	13	16	9	10	
	%	32,5%	35,6%	36,0%	45,5%	

Wysoki	n	8	17	10	6	
	%	20,0%	37,8%	40,0%	27,3%	

χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody; p – istotność statystyczna

Analiza poziomu wiedzy respondentek na temat FAS z podziałem uwzględniającym bycie w związku wykazała wysoki poziom wiedzy u kobiet będących w związku małżeńskim (32,3%), jednocześnie w tej grupie kobiet 39,8% posiadało przeciętny poziom wiedzy na ten temat. W grupie nie będących w związku małżeńskim aż 43,6% z nich posiadało niski poziom wiedzy na temat FAS. Różnice te nie były jednak istotne statystycznie (Tabela 3).

Tabela 3. Przedstawienie zależności pomiędzy poziomem wiedzy badanych kobiet a byciem w związku małżeńskim

Poziom wiedzy badanych kobiet		Kobiety pozostające w związku małżeńskim	Kobiety niebędące w związku małżeńskim	Wynik testu
Niski	n	26	17	$\chi^2 = 3,220$ $df = 2$ $p = 0,200$
	%	28,0%	43,6%	
Przeciętny	n	37	11	
	%	39,8%	28,2%	
Wysoki	n	30	11	
	%	32,3%	28,2%	

χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody; p – istotność statystyczna

Wśród badanych podzielonych według liczby posiadanych dzieci wysoki poziom wiedzy odnotowano u 34,1% kobiet posiadających jedno dziecko i u 31,3% posiadających dwoje dzieci. Jednocześnie wśród kobiet posiadających jedno dziecko aż u 40,1% odnotowano niski poziom wiedzy na temat FAS. Najwyższy odsetek kobiet posiadających przeciętny poziom wiedzy wykazano u kobiet posiadających 3 i więcej dzieci (54,2%). Wszystkie uzyskane wyniki różniły się między sobą, ale różnice nie były istotne statystycznie, co oznacza, że liczba posiadanych dzieci nie wpływała na poziom posiadanej wiedzy na temat FAS (Tabela 4).

Tabela 4. Przedstawienie zależności pomiędzy poziomem wiedzy badanych kobiet a liczbą posiadanych dzieci

Poziom wiedzy badanych kobiet		Liczba posiadanych dzieci			Wynik testu
		Jedno dziecko	Dwoje dzieci	Troje i więcej dzieci	
Niski	n	18	20	5	$\chi^2 = 6,080$ $df = 4$ $p = 0,193$
	%	40,9%	31,3%	20,8%	
Przeciętny	n	11	24	13	
	%	25,0%	37,5%	54,2%	
Wysoki	n	15	20	6	
	%	34,1%	31,3%	25,0%	

χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody; p – istotność statystyczna

W badanej grupie, najwięcej kobiet posiadających wysoki poziom wiedzy na temat FAS wykazano u osób z wykształceniem wyższym pierwszego (33,3%) i drugiego (50%) stopnia.

Kobiety posiadające wykształcenie zawodowe i niższe najczęściej prezentowały niski poziom wiedzy na temat FAS (58,6%). W grupie kobiet z wykształceniem średnim duża grupa posiadała poziom wiedzy średni (42,9%), ale u 35,7% tej grupy wiedzę na temat FAS prezentowała na poziomie niskim. Wszystkie te różnice były istotne statystycznie, co oznacza, że poziom wiedzy na temat FAS zależał od poziomu wykształcenia badanych kobiet (Tabela 5).

Tabela 5. Przedstawienie zależności pomiędzy poziomem wiedzy badanych kobiet a wykształceniem

Poziom wiedzy badanych kobiet		Wykształcenie				Wynik testu
		Zawodowe i niższe	Średnie	Wyższe licencyjne/ inżynierskie	Wyższe magisterskie	
Niski	n	17	15	6	5	$\chi^2 = 20,620$ $df = 6$ $p = 0,002$
	%	58,6%	35,7%	28,6%	12,5%	
Przeciętny	n	7	18	8	15	
	%	24,1%	42,9%	38,1%	37,5%	
Wysoki	n	5	9	7	20	
	%	17,2%	21,4%	33,3%	50,0%	

χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody; p – istotność statystyczna

Analizując w badanej grupie spożywanie alkoholu w okresie trwania ciąży i w okresie karmienia piersią stwierdzono, że 10,8% kobiet będących w związku małżeńskim i 43,6% kobiet niebędących w związku małżeńskim spożywało alkohol będąc w ciąży lub w okresie kiedy karmiły swoje dziecko w sposób naturalny. Badane niebędące w związku małżeńskim istotnie statystycznie częściej, niż badane będące w związku małżeńskim spożywały alkohol w okresie trwania ciąży lub gdy karmiły dziecko piersią (Tabela 6).

Tabela 6. Przedstawienie zależności pomiędzy spożyciem alkoholu przez badane kobiety w czasie trwania ciąży lub w trakcie karmienia piersią a byciem w związku małżeńskim

Spożywanie alkoholu w czasie trwania ciąży lub w trakcie karmienia dziecka piersią		Kobiety pozostające w związku małżeńskim	Kobiety niebędące w związku małżeńskim	Wynik testu
Tak	n	10	17	
	%	10,8%	43,6%	
Nie	n	83	22	
	%	89,2%	56,4%	

χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody; p – istotność statystyczna

Dyskusja. Przeprowadzone badanie wskazuje na istotne braki w wiedzy dotyczącej Alkoholowego Zespołu Płodowego wśród kobiet w wieku 18-40 lat przebywających z dzieckiem na oddziale pediatrycznym. Pomimo dostępu do informacji na temat zdrowia dziecka, częstości występowania FAS i jego konsekwencji, a także wpływu alkoholu na zdrowie, wiele z badanych kobiet nie posiadało wystarczającej wiedzy na ten temat.

W badaniach własnych wykazano, że najwięcej kobiet (ponad 36%) posiadało przeciętny poziom wiedzy, a ponad 32% niski poziom wiedzy na temat FAS. Badania przeprowadzone przez A. Zimnowodę wykazały bardzo niską znajomość pojęcia FAS u 19% badanych. Jednakże większość ankietowanych była zaznajomiona z innymi skutkami spożywania alkoholu przez kobietę ciężarną, takimi jak: niska masa urodzeniowa, wcześniactwo oraz wady rozwojowe. Większość ankietowanych kobiet (97%) była świadoma, że nawet najmniejsza spożyta ilość alkoholu w czasie ciąży, może spowodować nieodwracalne skutki dla płodu [3].

Według badań E. Fijołek, przeprowadzonych wśród 300 kobiet na terenie województwa warmińsko - mazurskiego, 50% wykazało się niskim poziomem wiedzy na temat zespołu FAS, 33% posiadało wiedzę na średnim poziomie, a jedynie 17% na wysokim poziomie [12]. W badaniach własnych uzyskany wynik był wyższy – wysoki poziom wiedzy na temat FAS posiadało aż 31,1% kobiet. Autorzy badania w celu podniesienia poziomu wiedzy na temat zespołu FAS rekomendują podjęcie działań edukacyjnych dla kobiet, ale również zwracają uwagę, na konieczność przeprowadzenia szkolenia na temat FAS dla pracowników ochrony zdrowia, pedagogów i nauczycieli [12].

E. Piotrowicz i wsp. wykazali, że 89% kobiet z pokolenia X (42-49 rok życia) i 97% kobiet z pokolenia Y (26 - 41 rok życia) słyszało o FAS. Wśród pokolenia Z (15 - 25 rok życia) jedynie 84% badanych było świadomych tej choroby. Młodsze pokolenia były częściej pytane o spożycie alkoholu w czasie ciąży i informowane o jego teratogennym działaniu przez personel medyczny. Ponad 12% kobiet z pokolenia X było zachęcanych przez personel medyczny do spożywania niewielkich ilości alkoholu w czasie ciąży. Natomiast żadna z kobiet z pokolenia Y i Z nie deklarowała takiego zdarzenia. Najbardziej wiarygodnym źródłem informacji na temat zespołu FAS i szkodliwości spożycia alkoholu w czasie ciąży, dla badanych kobiet, był personel ochrony zdrowia [13].

W badaniu przeprowadzonym wśród australijskich położnych wymieniono 14 skutków, spożywania alkoholu w czasie ciąży dla płodu, dziecka oraz osoby dorosłej. Jedynie jedna trzecia badanych znała je wszystkie. W kwestionariuszu wymieniono również dziewięć schorzeń, w których siedem było spowodowanych spożyciem alkoholu - wiedzę z tego zakresu posiadało niespełna 43% położnych. Większość badanych miała świadomość, że spożycie alkoholu w czasie ciąży wiąże się z ryzykiem wystąpienia FAS lub FASD (odpowiednio 93,9% i 90,3%) [14]. Pytanie ciężarnych o spożycie alkoholu jest ważnym pierwszym krokiem w ocenie ryzyka oraz rozwiązaniu problemu zdrowia publicznego. Powinno to prowadzić do udzielania porad i prowadzenia profilaktyki skutków spożycia alkoholu w czasie ciąży. Położne powinny posiadać wiedzę umożliwiającą pomoc w zaprzestaniu spożywania alkoholu, zorganizowaniu wsparcia, a w razie potrzeby leczenia.

W badaniach własnych nie wykazano istotnej statystycznie zależności między wiekiem badanych kobiet i liczbą posiadanych dzieci a ich stanem wiedzy na temat FAS, jednak stwierdzono wysoki poziom wiedzy u kobiet w wieku 30-34 i 35-39 lat oraz u kobiet posiadających jedno dziecko. E. Fijołek uzyskała podobne wyniki - największą wiedzę na temat FAS posiadały kobiety w wieku 30-39 lat.

Jednocześnie autorka badania wykazała, że największą wiedzę na ten temat, posiadały kobiety z dwójką dzieci [12].

Analiza badań własnych wykazała, że poziom wiedzy kobiet zależał od ich wykształcenia. Im wyższe posiadały wykształcenie, tym poziom wiedzy na temat Alkoholowego Zespołu Płodowego wzrastał. Podobne wyniki uzyskała E. Fijołek - kobiety z wykształceniem wyższym miały najwyższy sumaryczny poziom wiedzy, natomiast najniższy poziom wiedzy osiągnęły kobiety z wykształceniem zawodowym i podstawowym [12]. Z badań E. Peadon i wsp. wynika, że kobiety, które posiadały tytuł licencjata lub wyższy, częściej niż te, które opuściły szkołę przed końcem 12 klasy, wiedziały, że spożywanie alkoholu w ciąży może powodować jedną lub więcej diagnoz związanych ze spożyciem alkoholu w czasie ciąży, wymienionych w badaniu. Wiedziały również, że spożywanie napoi alkoholowych w ciąży może prowadzić do niepełnosprawności u dziecka [13].

Wnioski z przeprowadzonych badań wskazują na pilną potrzebę wdrożenia skutecznych programów edukacyjnych, skierowanych do personelu medycznego i młodych kobiet w wieku reprodukcyjnym. Edukacja powinna uwzględniać nie tylko skutki picia alkoholu w ciąży, ale także objawy zespołu FAS i metody jego diagnozowania oraz leczenia. Warto rozważyć włączenie do działań edukacyjnych partnerów kobiet, aby zwiększyć świadomość i zrozumienie zagrożeń związanych z piciem alkoholu w całej dorosłej [15]. Pomimo, powszechnej świadomości szkodliwości spożywania alkoholu w czasie trwania ciąży i jego wpływu na rozwój płodu, niektóre kobiety nadal go spożywają, zwiększając zagrożenie dla zdrowia dziecka [16-18].

Według badań przeprowadzonych w 2017 roku przez Państwową Inspekcję Sanitarną 4,84% kobiet deklarowało spożywanie alkoholu w czasie ciąży. Najczęściej było to wino (43,98%) oraz piwo (31,18%) [19]. W badaniach własnych dowiedziono, że alkohol w czasie ciąży lub w trakcie karmienia piersią spożywało ponad 20% respondentek. W 2017 roku drogą internetową przeprowadzono badania wśród ciężarnych Europejki. Wykazały one, że Polki, Szwedki i Norweżki najrzadziej sięgały po napoje alkoholowe w czasie ciąży. Najczęściej po napoje alkoholowe w czasie ciąży sięgały Brytyjki, Rosjanki i Szwajcarki [19]. W badaniach E. Fijołek do spożywania alkoholu w czasie ciąży przyznało się 33,67% ciężarnych [12].

J.M. Payne i wsp. wykazali, że większość położnych (84,6%) jest zdania, że kobiety planujące ciążę i kobiety ciężarne powinny zachować całkowitą abstynencję od napoi alkoholowych [20]. Jednak aż 76% kobiet z pokolenia X (42 - 49 rok życia), 81% z pokolenia Y (26 - 41 rok życia) i 67% z pokolenia Z (15 - 25 rok życia) słyszało opinię, że kieliszek czerwonego wina wypity okazjonalnie w czasie ciąży nie jest szkodliwy dla matki i płodu [20]. Podobne pytanie zadano w badaniach własnych i stwierdzono, że 62,1% kobiet spotkało się z opinią, że kieliszek czerwonego wina ma pozytywny wpływ na zdrowie matki. Badane najczęściej słyszały o tym od znajomych i rodziny, ale również od lekarza czy położnej/pielęgniarki. Lekarze i położne mają moralny obowiązek edukować kobiety w ciąży na temat ryzyka spożywania alkoholu oraz zachęcać do unikania alkoholu w tym okresie. Wspieranie kobiet

ciężarnych w podejmowaniu zdrowych decyzji może przyczynić się do zdrowszej przyszłości dla nich i ich dzieci.

W badanych własnych wykazano również, że istnieje istotna statystycznie zależność pomiędzy stanem cywilnym ciężarnej, a spożyciem alkoholu w czasie ciąży lub karmienia piersią. Kobiety nie będące w związku małżeńskim znacznie częściej sięgały po napoje alkoholowe niż kobiety będące w związku małżeńskim. Zależność ta może wynikać z braku wsparcia emocjonalnego lub fizycznego w partnerze. Może to być również spowodowane brakiem kontroli, brakiem odpowiedzialności za zdrowie własne i dziecka. Nie znaleziono potwierdzenia tej hipotezy w badaniach innych autorów.

Zalecenia zdrowotne są jasne: kobiety w okresie ciąży powinny zachować całkowitą abstynencję alkoholową, aby minimalizować ryzyko dla swojego dziecka. Realizacja tych zaleceń jednak może napotykać na wiele trudności, w tym kulturowych, społecznych i ekonomicznych. Potrzebne są więc skuteczne strategie prewencyjne i interwencyjne, aby wesprzeć kobiety w unikaniu spożywania alkoholu w ciąży oraz zapewnić wsparcie dla tych, które potrzebują pomocy w zmianie swojego zachowania [4]. Wciąż istnieje potrzeba dalszych badań naukowych w obszarze skutków spożywania niewielkich ilości alkoholu w ciąży oraz opracowania skutecznych programów edukacyjnych i interwencyjnych mających na celu zmniejszanie liczby przypadków FASD.

Wnioski.

1. W badanej grupie kobiet nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności pomiędzy poziomem wiedzy na temat Alkoholowego Zespołu Płodowego (FAS) a wiekiem, stanem cywilnym oraz liczbą posiadanych dzieci.
2. Wykształcenie respondentek okazało się czynnikiem istotnie wpływającym na poziom wiedzy na temat FAS – kobiety z wyższym wykształceniem wykazywały lepszą znajomość tego zagadnienia.
3. Wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy spożywaniem alkoholu w czasie ciąży a stanem cywilnym oraz poziomem wykształcenia kobiet – kobiety będące w związkach formalnych oraz posiadające wyższe wykształcenie rzadziej deklarowały spożycie alkoholu w tym okresie.
4. Wyniki badania wskazują na konieczność intensyfikacji działań edukacyjnych, skierowanych zarówno do kobiet w wieku rozrodczym, jak i do personelu medycznego, w celu zwiększenia świadomości na temat skutków spożywania alkoholu w ciąży oraz profilaktyki FAS.

Piśmiennictwo

1. Baranowska A. Fetal alcohol syndrom (FAS) as threat to a child's development. *Journal of Education, Health and Sport*. 2016; 6(3), 148-158.
2. Kędra E, Borczykowska - Rzepka M. Płodowy zespół alkoholowy w ujęciu interdyscyplinarnym. Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa. Opole 2015.
3. Zimnowoda A. Wiedza kobiet w wieku prokreacyjnym dotycząca Alkoholowego Zespołu Płodowego FAS. *Puls Uczelni*. 2012; (2).

4. Dębski R, Paszkowski T, Wielgoś M, Skrzypulec-Plinta V, Tomaszewski J. Stanowisko Grupy Ekspertów na temat wpływu alkoholu na ciążę: stan wiedzy na 2014 rok. *Gin Pol Med Project*. 2014; 2(32), 66-78.
5. Trzaskalik J, Pyttel J. Dziecko z FAS (płodowy zespół alkoholowy) w edukacji. *Nauczyciel i Szkoła*. 2017; 1(61).
6. Walat A, Serafin A. Alkoholowy zespół płodowy w różnicowaniu z rzadkimi zespołami. *Wszechświat*. 2014; 115(4-6).
7. Nowak A, Michno A. Spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych (FASD–fetal alcohol syndrome disorder). *Edukacja Terapia Opieka*. 2019; 1, 114-128.
8. Palicka I, Klecka M, Przybyło J. Zaburzenia neurorozwojowe i ich wpływ na kształtowanie się przywiązania, na przykładzie dzieci z FAS/FASD–teoretyczne implikacje w praktyce klinicznej pracowników Fundacji Fastryga. Wyd. Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy. 2017; 164-181.
9. Hornowska E, Jadcak - Szumiło T, Głuszek M. Rozwój społeczno-moralny młodzieży z FAS i jego wybrane uwarunkowania–studium jakościowe. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*. 2021; 20(3), 125-144.
10. Szczupał B. Dziecko z FASD–problemy diagnostyczne oraz wybrane strategie i metody pracy. *Rozprawy społeczne*. 2013; 1, 79-87.
11. Dulęba M, Chądzyńska M, Kozakiewicz B. Wpływ picia alkoholu na zdrowie kobiet w ciąży i ich dzieci - przegląd badań. *Pediatrics & medycyna rodzinna*. 2021; 17 (3).
12. Fijołek E. Analiza wiedzy kobiet z województwa warmińsko-mazurskiego na temat Płodowego Zespołu Alkoholowego (FAS). *Przedsiębiorczość i Zarządzanie* 14.10, cz. 2 Wybrane problemy organizacji i zarządzania w pielęgniarstwie. *Pielęgniarstwo bez granic*. 2013; 181-198.
13. Piotrkowicz E, Kowalik I, Szymusik I. The Changes in the Level of Knowledge about the Effects of Alcohol Use during Pregnancy among Three Last Generations of Women in Poland. *Int J Environ Res Public Health*. 2023; 30;20(3):2479.
14. Payne JM, Watkins RE, Jones HM, Reibel T, Mutch R, Wilkins A, Bower C. Midwives' knowledge, attitudes and practice about alcohol exposure and the risk of fetal alcohol spectrum disorder. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014; 14, 1-13.
15. Hornowska E, Jadcak - Szumiło T, Głuszek M. Rozwój społeczno-moralny młodzieży z FAS i jego wybrane uwarunkowania–studium jakościowe. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*. 2021; 20(3), 125-144.
16. Dębski R, Paszkowski T, Wielgoś M, Skrzypulec-Plinta V, Tomaszewski J. Stanowisko Grupy Ekspertów na temat wpływu alkoholu na ciążę: stan wiedzy na 2014 rok. *Gin Pol Med Project*. 2014; 2(32), 66-78.
17. Nowak A, Michno A. Spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych (FASD–fetal alcohol syndrome disorder). *Edukacja Terapia Opieka*. 2019; 1, 114-128.
18. Suchocka K. Treatment of breastfeeding women–basic information. *Lekarz POZ*. 2019; 5(3), 298-305.
19. Popova S, Charness ME, Burd L, Crawford A, Hoyne HE, Mukherjee RA, Elliott EJ. Fetal alcohol spectrum disorders. *Nature reviews Disease primers*. 2023; 9(1), 11.
20. Payne JM, Watkins RE, Jones HM, Reibel T, Mutch R, Wilkins A, Bower C. Midwives' knowledge, attitudes and practice about alcohol exposure and the risk of fetal alcohol spectrum disorder. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014; 14, 1-13.

Wstęp. Opieka koordynowana opiera się na systemie działań i metod organizacji opieki medycznej nad pacjentem, mających na celu ich personalizację. Ma ona na celu skupienie się na rozwiązaniu konkretnego problemu zdrowotnego w opiece nad pacjentem cierpiącym na daną jednostkę chorobową, bez podziału na pojedyncze świadczenia. Świadczeniodawca zatem skupia się na rozwiązaniu faktycznego problemu zdrowotnego, finansując efekt leczenia, a nie jego poszczególne etapy. Dostawca sam organizuje opiekę, stawiając pacjenta w centrum uwagi. Ustanowienie opieki koordynowanej wymaga zerwania i uwolnienia się od myślenia o płatności za usługę medyczną [1]. Doświadczenia krajów posiadających systemy opieki zdrowotnej znacznie zaawansowane niż nasz pokazują, że opieka koordynowana jest skuteczną alternatywą dla obecnie stosowanych modeli opieki. Obecne rozdrobnienie opieki między różnymi poziomami pozostawia pacjenta samego w zawiłościach procedur obowiązujących w placówkach ochrony zdrowia. Opieka koordynowana jest bardziej przyjazna pacjentowi, ale również skuteczniejsza i bezpieczniejsza. Zmuszając usługodawcę do początkowego zwiększania wydatków finansowych organizacji, umożliwia to lepsze zarządzanie jego potencjałem i dokonywanie bardziej efektywnych inwestycji [2].

Koordynowana opieka zdrowotna (KOZ) to procesowe podejście do zarządzania systemem i podmiotami opieki zdrowotnej. Kluczowymi elementami KOZ są: sformułowanie mierzalnych celów, usługowe podejście do pacjenta i innych uczestników procesu, rola zespołu POZ jako integratora usług zdrowotnych, edukacja i zwiększanie świadomości pacjenta pozwalające mu na przejęcie odpowiedzialności za wynik procesu, czyli stan własnego zdrowia [3].

Opieka koordynowana nad ciężarną (KOC) ma na celu zapewnienie specjalistycznej opieki kobietom w czasie ciąży, porodu, okresu poporodowego i pierwszych etapów życia noworodka. Głównym celem KOC jest wprowadzenie zmian w opiece okołoporodowej, które podnoszą jej poziom i pozwolą na bezpieczne rozwiązanie ciąży poprzez urodzenie zdrowego dziecka. Hipotezy i idea programu polegają głównie na wdrażaniu odpowiednich praktyk okołoporodowych, które teoretycznie mają na celu osiągnięcie dobrego poziomu zdrowia matki i dziecka, przy jednoczesnym ograniczeniu interwencji medycznych do minimum. Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży umożliwia obieg informacji i precyzyjny podział zadań pomiędzy świadczeniodawcami [4].

Cel pracy. Celem pracy była ocena wiedzy położnych Podstawowej Opieki Zdrowotnej na

temat opieki koordynowanej.

Materiał i metody. Badaniem objęto losowo 150 położnych w Polsce. Sondaż diagnostyczny z zastosowaniem kwestionariusza ankiety został udostępniony na zamkniętych forach dyskusyjnych dla położnych, przeprowadzono go w okresie od stycznia do marca 2024 roku. Kryterium włączenia do badań był zawód, zatrudnienie w placówce Podstawowej Opieki Zdrowotnej świadczącej usługi w ramach KOZ oraz świadome wyrażenie zgody na udział w anonimowym badaniu.

W ankiecie zwarto 22 pytania: 2 pytania wielokrotnego wyboru oraz 20 pytań jednokrotnego wyboru, wszystkie pytania miały charakter zamknięty. Dotyczyły one głównie nastawienia badanych do opieki koordynowanej, rodzaju stanowiska jakie dana osoba zajmuje w placówce oraz opieki położnej/położnego nad pacjentką w ciąży. Pytania zostały sformułowane tak, aby były zrozumiałe dla szerokiego grona osób. Uzyskane dane poddano analizie statystycznej i opisowej wraz z przyjęciem progu istotności na poziomie $p < 0,05$.

Wyniki. W badaniu wzięły udział tylko kobiety w wieku: 5,3% osób z przedziału 21 - 30 lat, 12% respondentek z przedziału 31-40 lat, 32% badanych z przedziału 41-50 lat, oraz 50,7% osób powyżej 50 roku życia. Wśród ankietowanych znalazło się 62,7% osób zamieszkujących miasta oraz 37,3% położnych zamieszkujących wsie. Największy odsetek badanych posiadało magistra położnictwa oraz specjalizację 50,6%; 38,7% posiadało licencjat położnictwa. Najwięcej respondentek było mężatkami – 114 osób, co stanowiło 76% wszystkich ankietowanych, 16 osób to panny 10,6%, 10 kobiet to rozwódki 6,7%, natomiast 10 respondentów to wdowy 6,7%. Wśród kobiet, które wzięły udział w badaniu najwięcej było respondentek, które pracowały powyżej 15 lat- 98 osób co stanowiło 65,3% ogółu, 28 kobiet posiadało staż pracy 10 - 15 lat, co stanowiło 18,7% ogółu, 16 badanych pracowało 5 -10 lat, co stanowiło 10,7% ogółu, natomiast 8 respondentek pracowało 5 lat, co stanowiło 5,3% ogółu (Tab. 1.).

Tabela 1. Sytuacja społeczno - demograficzna respondentek

		N	%
Wiek	21 -30 lat	8	5,3
	31- 40 lat	18	12
	41 - 50 lat	48	32
	powyżej 50 lat	76	50,7
	21 -30 lat	8	5,3
Miejsce zamieszkania	miasto	94	62,7
	wieś	56	37,3
Wykształcenie	miasto	94	62,7
	wieś	56	37,3
	miasto	94	62,7

Stan cywilny	panna	16	10,6
	mężatka	114	76
	rozwódka	10	6,7
	wdowa	10	6,7
Staż pracy	5 lat	8	5,3
	5 - 10 lat	16	10,7
	10 - 15 lat	28	18,7
	powyżej 15 lat	98	65,3

źródło: opracowanie własne

12% respondentek pełniło funkcję koordynatora (zgodnie z Zarządzeniem Prezesa NFZ nr 160/2021/DSOZ z dnia 30 września 2021 roku koordynatorem jest osoba do której zadań należy organizowanie procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności przekazywanie informacji o tym procesie oraz zapewnienie współpracy pomiędzy ludźmi zajmującymi się udzielaniem świadczeń zdrowotnych [10]); natomiast 88% było połączoną POZ.

W kolejnym zapytaniu poproszono ankietowane, by wskazały jakie ścieżki opieki koordynowanej są stosowane w placówce w której pracują. 52% badanych wskazało ścieżkę kardiologiczną, 48% kolejno ścieżkę diabetologiczną oraz położniczą, 26,7% osób wskazało ścieżkę endokrynologiczną, a 17,3% ścieżkę pulmonologiczną.

Następnie badane wskazywały których materiałów edukacyjnych odczuwają brak, a które to ułatwiłyby wdrożenie opieki koordynowanej- 1,3% osób wskazało materiały dotyczące podpisania umowy z oddziałem wojewódzkim NFZ, 9,3% osób wskazało materiały dotyczące zadań i roli koordynatora, 9,3% osób wskazało materiały o rozliczeniu świadczeń, 30,7% osób wskazało merytoryczne materiały dotyczące ścieżek w Opiece Koordynowanej, 22,7% osób wskazało inne niż wyżej wymienione, natomiast 29,3% osób nie dostrzegало braków.

Kolejno badane udzieliły odpowiedzi na pytanie: „Na ile kłopotliwy jest proces realizacji opieki koordynowanej? “ w ich opinii. Odpowiedzi zaznaczono na skali Likerta z czego 0- oznaczało poziom bardzo łatwy, a 10-bardzo trudny. 2,7% osób wskazało poziom 0; 12,8% osób poziom 1; 8,7% osób wskazało poziom 2; 9,3% osób wskazało poziom 3; 16,7% osób wskazało poziom 4; 16% respondentek wskazało poziom 5; 12,7% osób wskazało poziom 6; 9,3% osób wskazało poziom 7; 11,3% osób wskazało poziom 8; 1,3% osób wskazało poziom 9, natomiast 4% osób wskazało poziom 10.

Ankietowane wskazały też, co stanowi trudność na etapie realizacji opieki koordynowanej w ich odczuciu. 26,7% osób wskazało odpowiedź realizacja wizyt kompleksowych, 9,3% osób opracowanie Indywidualnego Programu Opieki Medycznej, 14,7% osób brak umiejętności/ doświadczenia, 28% osób brak wytycznych wizyty kompleksowej, 10,7% osób brak doświadczenia w realizacji porady dietetycznej, 13,3% osób brak wytycznych dotyczących

porad dietetycznych, 8% osób brak umiejętności/doświadczenia w realizacji konsultacji, 14,7% osób brak wytycznych dotyczących konsultacji, 13,3% osób realizacja porad pielęgniarskich, 14,7% osób brak wytycznych postępowania dla programu profilaktyki chorób cywilizacyjnych, 5,3% osób brak aktualnych danych o dostępnych badaniach laboratoryjnych, 12% osób brak świadomości/ wiedzy w zakresie roli medycyny laboratoryjnej, 25,3% osób brak narzędzi (ankiety, materiały, instrukcje postępowania z pacjentem), 10,7% osób brak napotkanych trudności na tym etapie oraz 12% osób wskazało odpowiedź inne czynniki.

W następnym pytaniu badane odpowiadały na pytanie w jaki sposób odbywała się edukacja pacjenta objętego opieką koordynowaną w ich miejscu pracy. 48% osób wskazało, że były to indywidualne spotkania lekarza z pacjentem; 57,3% osób wskazało indywidualne spotkania pielęgniarki z pacjentem; 13,3% osób grupowe spotkania z pacjentami; 25,3% osób porady z wykorzystaniem technologii informacyjnych (teleporada); 42,7% osób przekazanie drukowanych materiałów edukacyjnych; a 1,3% osób wskazało odpowiedź inne.

W ankiecie respondentki oceniały swoje nastawienie do opieki koordynowanej przed jej wdrożeniem oraz po. Autoocenę odnotowały na skali Likerta, gdzie gdzie 0 oznaczało odczucia negatywne, a 10 – entuzjastyczne. Wyniki obrazuje Tab. 2.

Tabela 2. Nastawienie respondentek do koordynowanej opieki zdrowotnej

Nastawienie do KOZ		
Skala Likerta	Przed wdrożeniem KOZ	Obecnie, po wdrożeniu KOZ
0	2,7%	5,3%
1	1,3%	10,7%
2	8%	4%
3	10,6%	2,7%
4	9,3%	4%
5	22,6%	18,7%
6	8%	13,3%
7	10,7%	12%
8	13,3%	10,7%
9	2,7%	6,7%
10	10,7%	12%

Przed wdrożeniem koordynowanej opieki zdrowotnej badane położne w większości (54,5%) miały nastawienie średnio negatywne (od 0 do 5 punktów), natomiast obecnie 54,6% określiło swój stosunek do KOZ średnio pozytywnie (od 6 do 10 punktów).

Następnie ankietowane odpowiedziały na zapytanie odnośnie pacjentek, czy miały one możliwość wyboru osoby prowadzącej ciążę, ze wskazaniem na opcje położna. 61,3% osób wskazało odpowiedź tak, 38,7% osób wskazało odpowiedź nie.

Respondentki wskazywały także, czy przy pierwszej wizycie położnej z ich placówki POZ uzgadniany z pacjentką był plan opieki nad nią i dzieckiem - 73,3% osób wskazało odpowiedź tak, a 26,7% osób wskazało odpowiedź nie.

70,7% badanych zaakcentowało też, że pacjentka w ich placówce może liczyć na kontakt, nawet w nagłych sytuacjach w ciągu 24 godzin z położną lub lekarzem, a po porodzie 77,3% położnych odbywa wizyty domowe po porodzie.

84% ankietowanych stwierdziło, iż ciężarna może uzyskać też wiedzę na temat teoretycznego i praktycznego przygotowania do porodu oraz wszelkie informacje o pielęgnacji noworodka czy karmieniu piersią (84%). Respons respondentek o odpowiednim wykształceniu położnych z ich placówek POZ w kontekście edukatora laktacyjnego był inny, tu badane wskazały że 65,3% położnych nie posiadała odpowiedniego kursu w zakresie edukacja w laktacji.

Ostatecznie wykonano analizę statystyczną testem chi-kwadrat, by określić czy odpowiednie zmienne mogą wpływać na wynik istotności statystycznej z perspektywy oceny opieki koordynowanej przez respondentki. Wyniki okazały się tożsame, wiek ($p=8,64$), wykształcenie ($p=2,58$), miejsce zamieszkania ($p=2,7$), stan cywilny ($p=6,62$), staż pracy ($p=7,31$) były nieistotne statystycznie.

Dyskusja. Aktualnie nie znaleziono odpowiedzi na to, jak powinien wyglądać sprawnie funkcjonujący system opieki zdrowotnej. Pomimo wcześniejszych doświadczeń i ocen wszystkich obszarów jego całości, nie stworzono żadnego bezkonkurencyjnego rozwiązania. Jednym z pomysłów na rozwijanie i doskonalenie założeń opieki zdrowotnej jest jej koordynacja. Koordynacja to precyzyjne zarządzanie i zintegrowanie zarządzanie strukturą opieki zdrowotnej na różnych poziomach, co wpływa głównie na praktykę komercyjną. Zgodnie z definicją National Library of Medicine koordynowana opieka zdrowotna umożliwia osiągnięcie wysokiego poziomu opieki zdrowotnej przy jednoczesnej redukcji niepotrzebnych kosztów. Działania wspierające powyższe cele to m.in.: motywacja lekarzy i pacjentów dotycząca formy leczenia przez ocenę faktycznej potrzeby świadczenia usług medycznych [5].

W 2014 roku Światowa Organizacja Zdrowia uzupełniła definicję koordynowanej opieki zdrowotnej o aspekty związane z promocją zdrowia. Dlatego ważne stało się kontynuowanie tych hipotez, nadanie pierwszeństwa profilaktyce, a następnie diagnostyce i terapii. Światowa Organizacja Zdrowia zwraca również uwagę na działania dostosowane do rzeczywistego zapotrzebowania, zachęca do przeprowadzania różnego rodzaju analiz, pozwalających na wyjaśnienie problemu i jego skali oraz zachęca pracowników do aktywnej współpracy systemowej [6].

Założenia opieki koordynowanej w POZ dla położnych mogą obejmować zapewnienie ciągłości opieki nad pacjentką przez cały okres ciąży, porodu i połogu. Indywidualne podejście do każdego pacjenta, z uwzględnieniem potrzeb i preferencji. Współpraca z innymi specjalistami, takimi jak lekarze, fizjoterapeuci, psychologzy oraz zapewnienie kompleksowej opieki. Edukacja pacjentów w zakresie zdrowego stylu życia, opieki nad noworodkiem i planowania rodziny. Dostępność skoordynowanej opieki POZ w różnych placówkach, takich jak przychodnie, poradnie i domy opieki.

Opinie położnych na temat opieki koordynowanej były zróżnicowane, ale na ogół pozytywne. Ankietowane często doceniały możliwość zapewnienia ciągłości opieki nad pacjentkami przez całą ciążę, poród i okres poporodowy. Dzięki opiece koordynowanej miały większą kontrolę nad procesem opieki nad pacjentką, co pozwoliło im lepiej monitorować jej stan zdrowia i dostosowywać plan opieki do potrzeb podopiecznej.

Przedmiotem prezentowanych badań była ocena położnych Podstawowej Opieki Zdrowotnej na temat opieki koordynowanej. Była to losowo wybrana grupa respondentów, którzy wzięli udział w badaniu. Na podstawie badań i przedstawionych wyników można stwierdzić, że ocena położnych POZ na temat opieki koordynowanej wydaje się średnia. Wskazane jest więc zwiększenie edukacji tej grupy zawodowej na temat funkcjonowania opieki koordynowanej.

Analiza dotycząca wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia, stanu cywilnego oraz stażu pracy w poniższych badaniach nie wykazała zależności pomiędzy czynnikami społeczno – demograficznymi, a oceną położnych POZ na temat opieki koordynowanej.

Taka zmienna jak wiek mogłaby wpływać na opinie na temat opieki koordynowanej. Młodsze położne mogą być bardziej otwarte na technologie i metody pracy, co może wpłynąć na pozytywne podejście do opieki koordynowanej. Z kolei starsze położne, mogą być bardziej przywiązane do wyuczonej metodyki pracy i sceptycznie nastawione wobec innych rozwiązań. Nie można jednak jednoznacznie stwierdzić, że wiek położnych determinuje ich poglądy na temat opieki koordynowanej. Ważniejsze jest ich podejście i chęć ciągłego doskonalenia i dostosowywania się do zmieniających się potrzeb pacjentów. Położne niezależnie od wieku, powinny być na bieżąco obyte z nowymi rozwiązaniami i elastycznie podchodzić do pacjentek, aby zapewnić im najlepszą opiekę.

Położne pracujące w różnych regionach mogą wykazywać różne doświadczenia związane z organizacją i funkcjonowaniem systemu opieki zdrowotnej, dostępnością usług medycznych oraz specyfiką pacjenta. Osoby pracujące na obszarach wiejskich mogą stawić czoła nowym wyzwaniom i ograniczeniom pierwiastka ludzkiego. Położne pracujące w małych miastach być może mogą być lepiej zaznajomione z problemami związanymi z dostępem do specjalistycznej

opieki zdrowotnej, transportem medycznym i brakiem infrastruktury medycznej. Z kolei osoby pracujące w większych placówkach mogą mieć większe doświadczenie w obsłudze znacznej liczby pacjentów, różnorodności etnicznej i kulturowej, a także dostęp do bardziej zaawansowanych technologii.

Podobnie wygląda to z kontekstu wykształcenia, gdzie osoby o wyższym wykształceniu mogą być lepiej zaznajomione z trendami, badaniami i praktykami w opiece zdrowotnej. Mogą także posiadać szeroką wiedzę i umiejętności w zakresie koordynacji opieki, zarządzania przypadkami i komunikacji w zespole, co może prowadzić do lepszej oceny opieki zintegrowanej. Z drugiej strony położne z wykształceniem w stopniu niższym również mogą być kompetentne i skuteczne w świadczeniu opieki zintegrowanej, jeśli posiadają odpowiednie doświadczenie zawodowe i regularnie podnoszą swoje kwalifikacje.

Każdą położną, niezależnie od jej stanu cywilnego należy oceniać pod kątem umiejętności i profesjonalizmu w pracy. Jednak staż pracy położnych może wpływać na ocenę opieki koordynowanej. Położne z dłuższym stażem pracy mają większe doświadczenie w pracy z pacjentką, lepsze umiejętności kliniczne i lepszą wiedzę z różnych dziedzin medycyny. Dłuższe doświadczenie może oznaczać także większe zaufanie pacjentki do położnej. Jednak ocena opieki koordynowanej nie powinna opierać się wyłącznie na stażu pracy. Ważne jest również uwzględnienie jej wydajności, zaangażowania, umiejętności interpersonalnych, komunikacji z pacjentem oraz współpracownikami, a także umiejętności skutecznego zapewniania opieki zdrowotnej.

Zaskakującym wnioskiem wysuwającym się z pracy było to, że dla 66,2% badanych realizacja procesu opieki koordynowanej była w ich odczuciu trudna, wiązało się to z deficytem w ich edukacji, nieprzygotowaniem merytorycznym do uczestniczenia w całym procesie koordynacji, czy po prostu brakiem narzędzi do pracy. Nie da się ukryć, że za to niepowodzenie odpowiadają w znakomitej części pracodawcy, ponieważ nie zapewnili odpowiedniego dostępu do szkoleń dla personelu, do kursów (np. 65,3% respondentek wskazało, że w ich placówkach nie ma osób z kursem edukator w laktacji), a być może nie wykazali też wsparcia w zakresie motywacji personelu do dalszego podnoszenia swoich kwalifikacji. Aspekty te są kluczowe do odpowiedniego i skutecznego zarządzania w osiąganiu wspólnego celu w zintegrowanych usługach zdrowotnych potrzebnych pacjentowi.

W nawiązaniu do raportu przykładów funkcjonowania opieki koordynowanej, które ma przyczynić się do poprawy działania Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Polsce według Stein K.V., który zdefiniował opiekę koordynowaną jako strategię ciągłego rozwoju z długoterminową perspektywą; konieczne jest zaprojektowanie i wdrożenie założeń

koordynacji oraz inwestowanie w ludzi w koordynowanej opiece zdrowotnej. Autor doszedł do wniosku, że rolą koordynatora jest osiągnięcie wspólnych korzyści i utworzenia koalicji na rzecz zmian w celu uzyskania wsparcia i zaangażowania specjalistów i decydentów w tej sprawie. Ponadto Stein podkreśla, że przywództwo kliniczne i silne struktury koordynujące oraz odpowiednia motywacja są niezbędne do zapewnienia rozwój hipotez koordynacyjnych w systemie [7].

Badanie przeglądowe Kranz A. wykazało, że opieka koordynowana może poprawić jakość życia pacjentów. Autor badania stwierdził, że koordynacja opieki może poprawić dostosowanie świadczeń do indywidualnych potrzeb pacjentów [8].

Badanie Khatri R., Endalamaw A., Erku D. et.al wykazało, że opieka koordynowana może poprawić wyniki pacjentów z chronicznymi chorobami. Autorzy badania stwierdzili, że koordynacja opieki może poprawić kontrolę nad chorobą [9].

Natomiast badanie Albertson E., Chuang E., O'Masta B. et.al.: wykazało, że opieka koordynowana jest skuteczna w poprawie wyników zdrowotnych pacjentów, a koordynacja opieki może poprawić kontrolę nad chorobą, redukcją progresji i ulepszyć zarządzanie chorymi [10].

Badanie Poku M., Kagan C.M., Yehia B. wykazało, że opieka koordynowana może redukować koszty zdrowotne. Autorzy badania stwierdzili, że koordynacja opieki może poprawić efektywność dostarczania usług zdrowotnych [11].

Tymczasem Elliot M., Adams J.L., Klein D.J. et.al. wskazali, że opieka koordynowana może poprawić zadowolenie pacjentów z dostępności usług medycznych. Stwierdzili także, że opieka koordynowana może poprawić komunikowanie się między lekarzami, położnymi i pacjentami oraz zmniejszyć redukcję błędów medycznych [12].

W 2024 Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej, Fundacja My Pacjenci, Związek Pracodawców Opieki Integrowanej Opartej na Wartości i in. przeprowadzili badania ankietowe wśród pacjentów POZ na temat opinii o opiece koordynowanej w Podstawowej Opiece Zdrowotnej. 78% respondentów stwierdziło, że podczas opracowania Indywidualnego Planu Medycznego wszystkie ich potrzeby zostały uwzględnione. 97% badanych pozytywnie oceniło koordynatorów leczenia, ze względu na ich zaangażowanie i pomoc w procesie diagnostyki. Wyniki te pokazują, że wdrożenie modelu opieki koordynowanej w Polsce w sposób długofalowy jest potrzebne i spotyka się z pozytywnym odbiorem społecznym. Respondenci w tym badaniu dokonali też rekomendacji i zgłosili potrzebę zwiększenia dostępności opieki koordynowanej w mniejszych miejscowościach oraz wprowadzenia dodatkowych ścieżek z psychiatrii, neurologii i rehabilitacji [13].

Nie znaleziono zbliżonych tematycznie prac naukowych, wyników badań w badanym zakresie tematycznym w bazach danych obejmujących zakres nauk medycznych i nauk o zdrowiu, co świadczy o innowacyjności tematycznej i dalszej potrzebie badań w tym kierunku, szczególnie że pielęgniarki i położne są składową zespołu koordynowanej opieki zdrowotnej.

Dostępne publikacje z zakresu koordynowanej opieki zdrowotnej dotyczą kontekstu pacjenta oraz perspektywy wdrożeniowej w system ochrony zdrowia w Polsce i na świecie, poruszając jednocześnie wady i zalety programu.

Doświadczenia krajów o dużo bardziej zaawansowanych systemach opieki zdrowotnej niż Polska pokazują, że opieka koordynowana jest skuteczną alternatywą dla obecnie stosowanych modeli opieki. Obecne ich rozfragmentowanie pomiędzy różnymi poziomami pozostawia pacjenta samego w labiryncie procedur obowiązujących w placówkach ochrony zdrowia. Opieka koordynowana jest nie tylko bardziej przyjazna pacjentowi, ale przede wszystkim bezpieczniejsza i skuteczniejsza. Koordynacja oznacza nowe obowiązki nie tylko dla personelu placówek medycznych ale też dla odbiorców opieki [14,15].

Wnioski.

1. Opieka koordynowana z perspektywy położnych POZ była oceniana na średnim poziomie, co wiązało się głównie z ich niedostatkami wiedzy, brakiem narzędzi pomocniczych, deficytem wytycznych postępowania w danych ścieżkach czy brakiem indywidualnego wsparcia merytorycznego.
2. Żadna ze zmiennych społeczno-demograficznych nie wpływała istotnie na zdanie o opiece koordynowanej.
3. Istnieje potrzeba dalszych badań w tym zakresie tematycznym oraz identyfikacja problemów jakie zespół interdyscyplinarny może napotkać podczas wdrażania i realizacji koordynowanej opieki zdrowotnej.

Bibliografia:

12. Mahler M, Rühl A, Kuijpers M.: Case management: op weg naar passende zorg en ondersteuning dichtbij, Utrecht: Vilans, 2013.
13. Zawalski W.: Opieka koordynowana, czyli produkt szyty na miarę, Menedżer Zdrowia, 2016.
14. Szynkiewicz P., Jędrzejczyk T., Kalbarczyk W: Koordynowana opieka zdrowotna, Fundacja Instytut Ochrony Zdrowia, 2019.
15. Koziel A.: Bank Światowy: Strategia wdrażania opieki koordynowanej, Waszyngton 2017.
16. Kozierkiewicz A.: Consolidation and integration of medical care Poland, Warszawa: Ministerstwo Zdrowia, Szkoła Główna Handlowa.
17. Schrijvers G.: Integrated Care, Better and Cheaper, Reed Business Information. Amsterdam; 2016.

18. Stein KV.: Coordinated care in the world, Examples to help improve (basic) health care in Poland, . Sympozjum edukacyjne OOK!. Warszawa; 2016.
19. Kranz A.: Coordinated Care and Quality of Life: A Systematic Review, Journal of Quality and Patient Safety, 2020.
20. Khatri R., Endalamaw A., Erku D. et.al.: Continuity and care coordination of primary health care: a scoping review, BMC Health Serv Res., 2023: 750.
21. Albertson E., Chuang E., O'Masta B. et.al.: Systematic Review of Care Coordination Interventions Linking Health and Social Services for High-Utilizing Patient Populations, Popul Health Manag, 2022: 73-85; DOI: [10.1089/pop.2021.0057](https://doi.org/10.1089/pop.2021.0057)
22. Poku M., Kagan C.M., Yehia B.: Moving from Care Coordination to Care Integration, J Gen Intern Med. 2019: 1906-1909; DOI: [10.1007/s11606-019-05029-z](https://doi.org/10.1007/s11606-019-05029-z)
23. Eliot M., Adams J.L., Klein D.J. et.al.: Patient-Reported Care Coordination is Associated with Better Performance on Clinical Care Measures, J Gen Intern Med. 2021 Dec;36(12):3665-3671. doi: [10.1007/s11606-021-07122-8](https://doi.org/10.1007/s11606-021-07122-8)
24. <https://mypacjenci.org/opieka-koordynowana-w-poz-ocena-pacjentow-wyniki-pierwszego-badania-opinii/> (data dostępu: 28.03.2025).
25. Kozierkiewicz A, Gilewski D.: POZ Plus w doświadczeniach placówek średniej wielkości – wstępne wnioski z pilotażu, Podstawowa Opieka Zdrowotna. Menedżer Zdrowia 2021: 3-4.
26. Bogdan M., Owczarczyk A., Żuk P. i wsp.: Koordynowana opieka zdrowotna w praktyce. Od POZ – do POZ+ . Wolters Kluwer 2023

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

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

Wprowadzenie. Zgodnie z art. 5 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, położne mogą wykonywać działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako: indywidualna praktyka położnej; indywidualna praktyka położnej wyłącznie w miejscu wezwania; indywidualna specjalistyczna praktyka położnej; indywidualna specjalistyczna praktyka położnej wyłącznie w miejscu wezwania; indywidualna praktyka położnej wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład; indywidualna specjalistyczna praktyka położnej wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład [1,2,3,4].

W ramach indywidualnej praktyki mogą być udzielane świadczenia zdrowotne wyłącznie przez położne, które powinny:

- posiadać prawo wykonywania zawodu,
- uzyskać wpis do ewidencji działalności gospodarczej,
- zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych),
- dysponować pomieszczeniem spełniającym wymagania ogólnoprzestrzenne, sanitarne i instalacyjne, wyposażone w aparaturę i sprzęt medyczny.

W przypadku indywidualnej specjalistycznej praktyki położna musi posiadać także specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

Położne w ramach praktyki indywidualnej nie mogą:

- być zawieszone w prawie wykonywania zawodu albo ograniczone w wykonywaniu określonych czynności zawodowych na podstawie przepisów o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa lub przepisów o samorządzie pielęgniarek i położnych,
- być pozbawione możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszona w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym,
- mieć przerwy w wykonywaniu zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie

ostatnich 6 lat poprzedzających wniosek o wpis.

Położna zamierzająca wykonywać indywidualną praktykę lub indywidualną specjalistyczną praktykę wyłącznie w miejscu wezwania powinna:

- posiadać sprzęt medyczny umożliwiający udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych w miejscu zamieszkania lub pobytu pacjenta,
- wskazać adres praktyki oraz adres przechowywania dokumentacji medycznej,
- uzyskać wpis do ewidencji działalności gospodarczej,
- zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych),
- posiadać specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa lub innej mającej zastosowanie w ochronie zdrowia (dot. indywidualnej specjalistycznej praktyki).

Położna zamierzająca wykonywać indywidualną praktykę lub indywidualną specjalistyczną praktykę wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem powinna:

- uzyskać wpis do ewidencji działalności gospodarczej,
- zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych).
- posiadać specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa lub innej mającej zastosowanie w ochronie zdrowia (dot. indywidualnej specjalistycznej praktyki).

Zgodnie z art. 5 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej w ramach grupowej praktyki mogą być udzielane świadczenia zdrowotne wyłącznie przez położne będące współnikami lub partnerami spółki cywilnej, jawnej, partnerskiej, które powinny:

- posiadać prawo wykonywania zawodu,
- uzyskać wpis do ewidencji działalności gospodarczej (każda z położnych będąca współnikiem spółki cywilnej) lub wpis do rejestru przedsiębiorców (spółka jawna, spółka partnerska),
- dysponować pomieszczeniem spełniającym wymagania ogólnoprzestrzenne, sanitarne i instalacyjne, wyposażone w aparaturę i sprzęt medyczny,
- zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem

zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych).

Położne w ramach praktyki grupowej nie mogą:

- być zawieszone w prawie wykonywania zawodu albo ograniczone w wykonywaniu określonych czynności zawodowych na podstawie przepisów o zawodach pielęgniarstwa i położnej lub przepisów o samorządzie pielęgniarstwa i położnych,
- być pozbawione możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszona w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym,
- mieć przerwy w wykonywaniu zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat poprzedzających wniosek o wpis [2,5-8].

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

Materiał i metoda. Zastosowaną w pracy metodą badawczą była metoda badań dokumentów, polegająca na analizie formalnej i treściowej dokumentów urzędowych.

Gromadzenie danych rozpoczęto w grudniu 2021 r. po otrzymaniu zgody Dyrektora POW NFZ w Rzeszowie na korzystanie z materiałów, w tym dokumentacji sprawozdawczej oraz przetwarzanie uzyskanych danych. Analizowany materiał dotyczył stanu w latach 1999-2020 w województwie podkarpackim i dotyczył: odsetka pacjentów objętych opieką położną poza województwem podkarpackim, norm dotyczących liczby świadczeniobiorców przypadających na jedną położną poza, rozmieszczenia indywidualnych praktyk położnej środowiskowej posiadających kontrakt z PRKCh/ POW NFZ.

Dodatkowo posłużono się dokumentami urzędowymi sporządzonymi w PRKCh w Rzeszowie w latach jej funkcjonowania (1999-2003). Ustalono jakie dokumenty znajdują się w Archiwum Zakładowym POW NFZ w Rzeszowie ul. Zamkowa 8. W styczniu 2022 r. zapoznano się z treścią dokumentów z poszczególnych teczek w sposób chronologiczny oraz zgromadzono dokumenty w wersji papierowej.

Analizę danych przeprowadzono za pomocą metod statystyki opisowej, opisując dane bez posługiwania się rachunkiem prawdopodobieństwa. Zaprezentowano w formie graficznej i tabelarycznej informacje o liczbach bezwzględnych oraz odsetkach. Pozyskane dane przedstawiono w postaci tabel i rycin ułatwiających ich ocenę oraz prawidłowości zachodzące między nimi.

Wyniki. Podstawą zawarcia umowy zarówno w Podkarpackiej Regionalnej Kasie Chorych jak i w Podkarpackim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia było przedstawienie przez świadczeniodawcę imiennych list podopiecznych, którzy zadeklarowali

zamiar korzystania z usług położnej środowiskowej/rodzinnej. Wpisanie na listę następowało na podstawie złożonego oświadczenia osoby zainteresowanej (deklaracji).

W pierwszym roku funkcjonowania reformy w ochronie zdrowia liczba podopiecznych, wyłącznie kobiet i noworodków obu płci, jaka mogła przypadać na jedną położną to 3800. Od roku 2000 do 2003 jedna położna mogła objąć opieką zarówno noworodki obu płci, kobiety jak i mężczyzn w liczbie 6000, były to osoby, które zadeklarowały na piśmie wolę objęcia opieką przez daną położną (tab.1).

Tabela 1. Normy dotyczące liczby świadczeniobiorców przypadających na jedną położną środowiskową/rodzinną ustalone przez PRKCH

Rok	Maksymalna liczba podopiecznych
1999	3800 kobiet
2000	6000 populacji mieszanej
2001	6000 populacji mieszanej
2002	6000 populacji mieszanej
2003	6000 populacji mieszanej

Źródło: Szczegółowe materiały informacyjne dotyczące przedmiotu konkursu ofert- podstawowa opieka zdrowotna, Archiwum Zakładowe POWNFZ , Rzeszów:04.10.2001, 1-52; 10.09.2002,1-34 [9,10].

W latach 2004 do 2020 wg obowiązujących przepisów - zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna oraz na podstawie zawieranych umów, na jedną położną poz przypadało nie więcej niż 6600, do których zaliczało się osoby płci żeńskiej oraz noworodki i niemowlęta obu płci do ukończenia 2 miesiąca życia [11,12] (tab. 2).

Tabela 2. Normy dotyczące liczby świadczeniobiorców przypadających na jedną położną poz ustalone przez NFZ

Rok	Zalecana liczba świadczeniobiorców
2004	6600 osób płci żeńskiej oraz noworodki i niemowlęta obu płci w wieku do ukończenia 2 msc. życia)
2005	6600 osób płci żeńskiej oraz noworodki i niemowlęta obu płci w wieku do ukończenia 2 msc. życia)
2006	6600 osób płci żeńskiej oraz noworodki i niemowlęta obu płci w wieku do ukończenia 2 msc. życia)
2007	6600 osób płci żeńskiej oraz noworodki i niemowlęta obu płci w wieku do ukończenia 2 msc. życia)
2008	6600 osób płci żeńskiej oraz noworodki i niemowlęta obu płci w wieku do ukończenia 2 msc. życia)

2009	6600 osób płci żeńskiej oraz noworodki i niemowlęta obu płci w wieku do ukończenia 2 msc. życia)
2010	6600 osób płci żeńskiej oraz noworodki i niemowlęta obu płci w wieku do ukończenia 2 msc. życia)
2011	6600 osób płci żeńskiej oraz noworodki i niemowlęta obu płci w wieku do ukończenia 2 msc. życia)
2012	6600 osób płci żeńskiej oraz noworodki i niemowlęta obu płci w wieku do ukończenia 2 msc. życia)
2013	6600 osób płci żeńskiej oraz noworodki i niemowlęta obu płci w wieku do ukończenia 2 msc. życia)
2014	6600 osób płci żeńskiej oraz noworodki i niemowlęta obu płci w wieku do ukończenia 2 msc. życia)
2015	6600 osób płci żeńskiej oraz noworodki i niemowlęta obu płci w wieku do ukończenia 2 msc. życia)
2016	6600 osób płci żeńskiej oraz noworodki i niemowlęta obu płci w wieku do ukończenia 2 msc. życia)
2017	6600 osób płci żeńskiej oraz noworodki i niemowlęta obu płci w wieku do ukończenia 2 msc. życia)
2018	6600 osób płci żeńskiej oraz noworodki i niemowlęta obu płci w wieku do ukończenia 2 msc. życia)
2019	6600 osób płci żeńskiej oraz noworodki i niemowlęta obu płci w wieku do ukończenia 2 msc. życia)
2020	6600 osób płci żeńskiej oraz noworodki i niemowlęta obu płci w wieku do ukończenia 2 msc. życia)

Źródło: Zarządzenia Prezesa NFZ wydawane w okresie od 2004 do 2020 roku [11,12]

W tabeli 3 zawarto zestawienie dotyczące liczby oraz udziału procentowego deklaracji wyboru położnej środowiskowej złożonych w gabinetach indywidualnych i w pozostałych podmiotach leczniczych województwa podkarpackiego realizujących świadczenia w zakresie położnej środowiskowej. Informacje te dotyczą okresu od 2005 roku od kiedy gromadzone są w Systemie Informatycznym NFZ dane dotyczące deklaracji wyboru. W latach 1999-2004 deklaracje wyboru były gromadzone w siedzibie Świadczeniodawcy w wersji papierowej a informacje o ogólnej liczbie podopiecznych przekazywane do płatnika raz w miesiącu (brak dostępu do danych).

Wraz ze wzrostem liczby zawieranych kontraktów z położnymi prowadzącymi indywidualne gabinety wzrastała liczba podopiecznych objętych przez nie opieką. W 2005 roku 36 położnych objęło opieką 162 939 kobiet i noworodków, co stanowi 19,9% wszystkich świadczeniobiorców objętych opieką przez położne środowiskowe. Do roku 2020 następował wzrost liczby umów indywidualnych 55 położnych objęło opieką 207 287 podopiecznych co stanowi 26,6% wszystkich świadczeniobiorców objętych opieką (tab. 3).

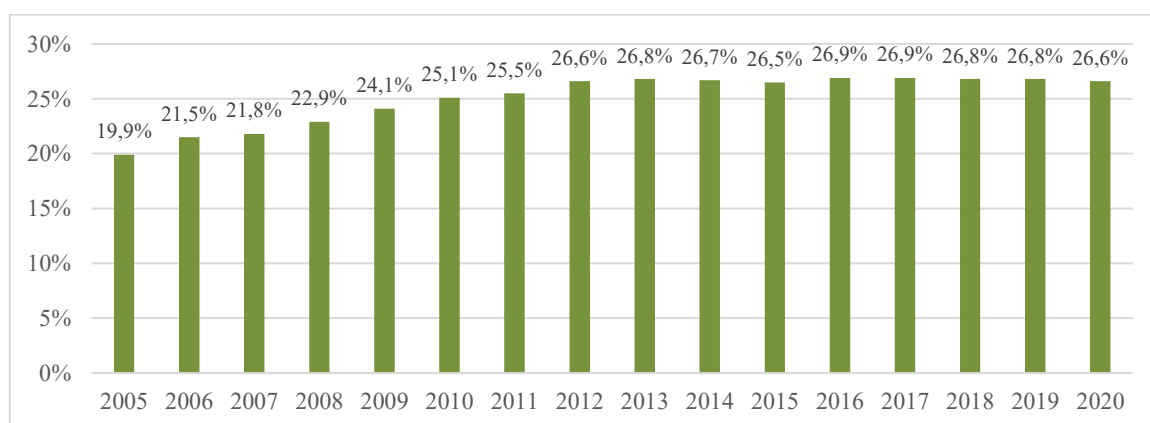
Tabela 3. Podmioty udzielające świadczeń w zakresie położnej poz w województwie podkarpackim w latach 2005-2020 oraz pacjenci objęci ich opieką

Rok	Liczba podmiotów			Liczba deklaracji do położnej poz		
	ogółem	w tym		Ogółem	w tym	
		indywidualne praktyki			indywidualne praktyki	
2005	159	36	22,60%	818 314 ^{a)}	162 939 ^{a)}	19,90%
2006	161	38	23,60%	814 231	174 906	21,50%
2007	159	36	22,60%	770 008	167 858	21,80%
2008	168	40	23,80%	777 674	177 861	22,90%
2009	179	45	25,10%	795 549	191 710	24,10%
2010	182	47	25,80%	801 710	201 508	25,10%
2011	188	49	26,10%	812 236	207 016	25,50%
2012	196	54	27,60%	817 448	217 792	26,60%
2013	199	54	27,10%	824 750	220 713	26,80%
2014	200	54	27,00%	830 484	222 129	26,70%
2015	203	54	26,60%	796 052	204 120	26,50%
2016	205	56	27,30%	772 333	207 940	26,90%
2017	204	55	27,00%	776 026	208 575	26,90%
2018	204	55	27,00%	779 925	209 247	26,80%
2019	203	55	27,10%	780 497	209 202	26,80%
2020	207	55	26,60%	780 347	207 287	26,60%

^{a)} deklaracje dotyczące kobiet oraz chłopców do 2 miesiąca życia

Źródło: System Informatyczny NFZ – Agent: Moduł deklaracje

W roku 2010 położne prowadzące działalność jako indywidualne podmioty obejmują opieką 25,10% podopiecznych zadeklarowanych do opieki położnej środowiskowej w województwie podkarpackim a w roku 2020 jest to 26,60% (ryc.1).



Rycina 1. Odsetek pacjentów objętych opieką położnej poz w województwie podkarpackim w latach 2005-2020 przez indywidualne praktyki położnej

Źródło: System Informatyczny NFZ – Agent: Moduł deklaracje

Indywidualne gabinety położnych środowiskowych powstawały w poszczególnych powiatach

województwa podkarpackiego jako pojedyncza inicjatywa położnych, dotyczy to szczególnie początku reformy- roku 1999. Na 25 powiatów województwa podkarpackiego położne tylko z 3 powiatów podpisały indywidualne kontrakty na świadczenia położnej rodzinnej. W kolejnych latach ilość powiatów, w których tworzyły się indywidualne gabinety położnych środowiskowych wzrastała. W roku 2020 taka inicjatywa została podjęta w 21 powiatach przez 56 położnych.

Poniższa tabela 4 przedstawia liczbę indywidualnych gabinetów utworzonych w poszczególnych powiatach województwa podkarpackiego, w okresie 1999 – 2020.

Tabela 4. Rozmieszczenie indywidualnych praktyk położnej środowiskowej posiadających kontrakt z PRKCh/ POW NFZ w latach 1999, 2002, 2005, 2010, 2015 i 2020

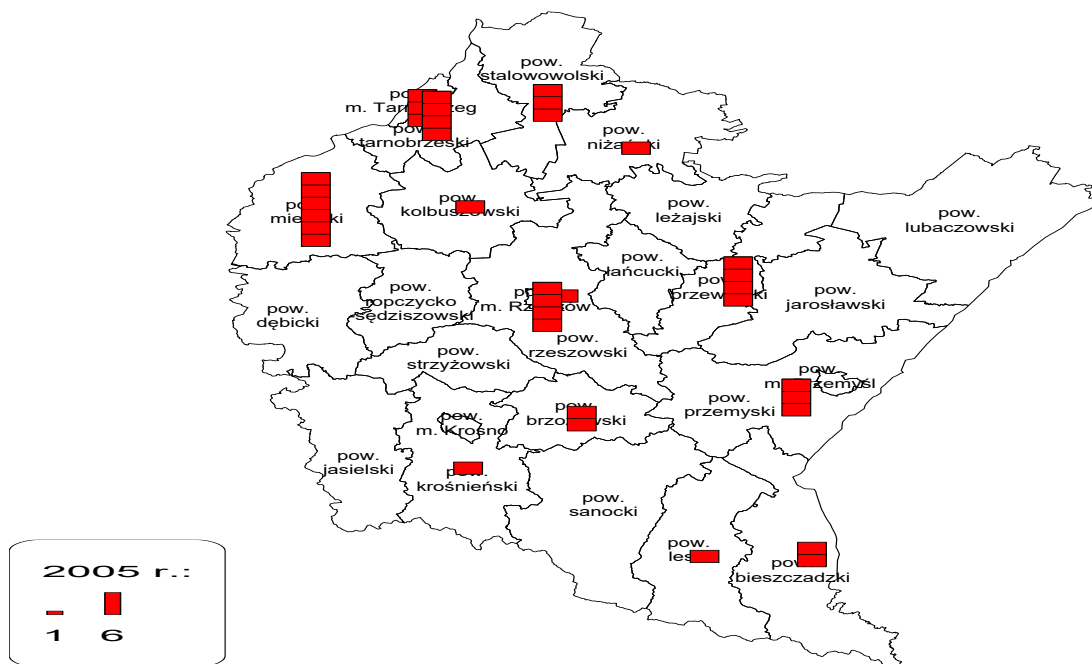
Powiat	Liczba praktyk					
	1999	2002	2005	2010	2015	2020
Bieszczadzki	1	1	2	1	1	1
Brzozowski			2	2	2	2
Dębicki				1	2	3
Jarosławski				7	7	7
Jasielski						
Kolbuszowski			1	2	1	1
Krośnieński			1	1	1	
Leżajski				1	1	1
Lubaczowski						
Łańcucki					5	5
Mielecki		6	6	5	5	5
Niżański		1	1	2	2	2
Przemyski		2	3	2	2	2
Przeworski			4	4	4	4
ropczycko-sędziszowski						
Rzeszowski			1	1	1	1
Sanocki				1	1	1
Stalowowolski		3	3	4	5	5
Strzyżowski						
Tarnobrzeski	3	3	4	2	2	2
Leski		1	1	2	2	2
m. Krosno		1			1	1
m. Przemyśl		1		1	2	2
m. Rzeszów		3	4	5	5	6
m. Tarnobrzeg	1	3	3	3	3	3
Ogółem	5	25	36	47	55	56

Źródło: System Informatyczny NFZ

Poniższe ryciny przedstawiają rozmieszczenie na terenie poszczególnych powiatów województwa podkarpackiego, w wybranych latach, gabinetów indywidualnych praktyk położnych środowiskowych.

W roku 1999 kontrakty zostały zawarta z położnymi prowadzącymi swoje gabinety w 3 powiatach: tarnobrzeski, bieszczadzki i m. Tarnobrzeg (ryc.2).

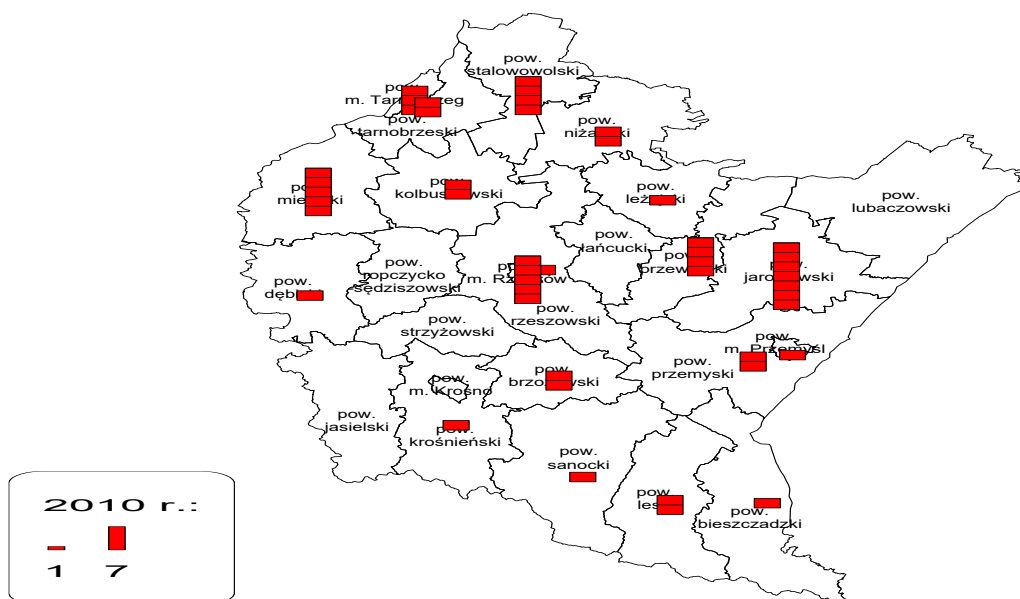
W roku 2005 na terenie województwa podkarpackiego funkcjonowało 36 gabinetów indywidualnych praktyk położnych. W pięciu powiatach, w których do tej pory brak było gabinetów indywidualnych praktyk powstały nowe gabinety w powiatach: przeworskim 4 gabinety, brzozowskim 2, kolbuszowskim, krośnieńskim i rzeszowskim po 1 gabinecie (ryc.4).



Rycina 4. Rozmieszczenie indywidualnych gabinetów położnych środowiskowych posiadających kontrakt z POWNFZ w roku 2005

Źródło: System Informatyczny NFZ

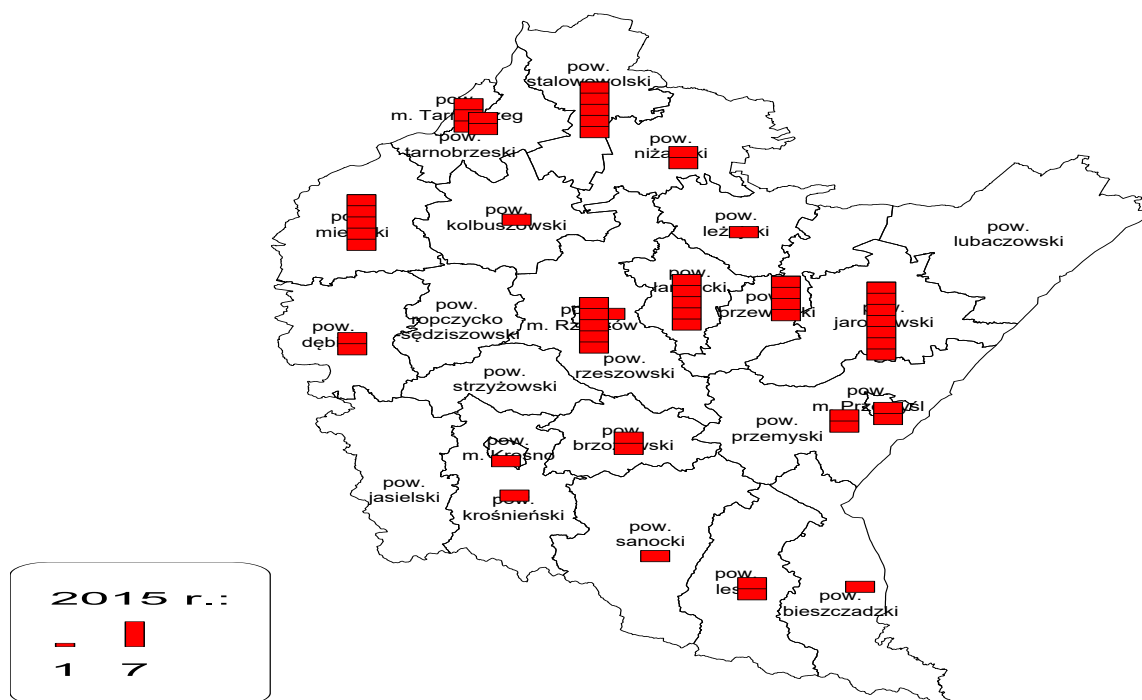
W roku 2010 na terenie województwa podkarpackiego funkcjonowało 47 indywidualnych gabinetów praktyk położnych. Kolejne powiaty w których utworzono indywidualne gabinety położnych po raz pierwszy to powiat brzozowski 1 gabinet, jarosławski 7 gabinetów, leżajski i sanocki po 1 gabinecie. Największa liczba indywidualnych gabinetów w roku 2010 funkcjonowała w powiatach: jarosławskim 7, mieleckim i m. Rzeszów po 5 oraz przeworskim i stalowowolskim po 4 gabinety (ryc. 5).



Rycina 5. Rozmieszczenie gabinetów położnych środowiskowych posiadających kontrakt z POWNFZ w roku 2010

Źródło: System Informatyczny NFZ

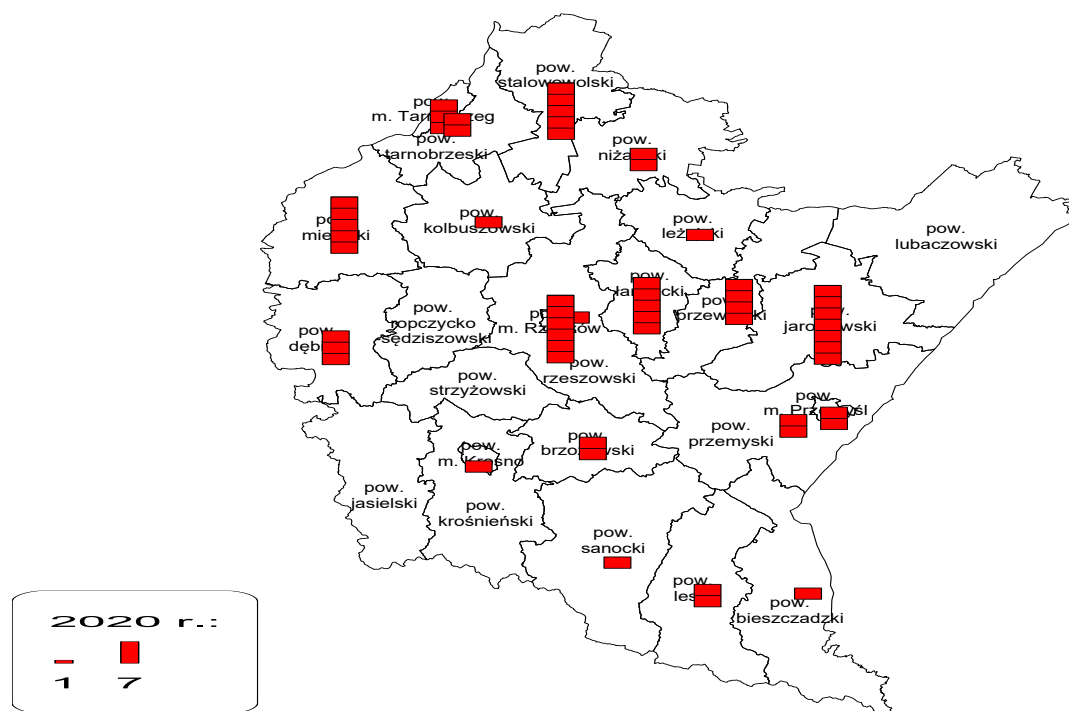
W roku 2015 na terenie województwa podkarpackiego funkcjonowało 55 gabinetów indywidualnych praktyk położnych. Powiatem w którym powstały pierwsze gabinety indywidualne w liczbie 5 był powiat łańcucki. W dalszym ciągu największa liczba indywidualnych gabinetów utrzymywała się w powiatach: jarosławskim 7, mieleckim, stalowowolski i m. Rzeszów po 5 oraz przeworskim 4 gabinety (ryc.6).



Rycina 6. Rozmieszczenie indywidualnych gabinetów położnych środowiskowych posiadających kontrakt z POW NFZ w roku 2015

Źródło: System Informatyczny NFZ

W roku 2020 na terenie województwa podkarpackiego funkcjonowało 56 gabinetów indywidualnych praktyk położnych. Rozmieszczenie gabinetów w stosunku do roku 2015 nie uległo zmianie jedynie powstała jedna dodatkowa praktyka indywidualna w m. Rzeszów gdzie liczba tych gabinetów wzrosła do 6, w pozostałych powiatach utrzymywała się na tym samym poziomie co 5 lat wcześniej (ryc. 7).



Rycina 7. Rozmieszczenie indywidualnych gabinetów położnych środowiskowych posiadających kontrakt z POW NFZ w roku 2020

Źródło: System Informatyczny NFZ

Dyskusja. Niniejsza praca jest próbą dokonania analizy rozwoju indywidualnych praktyk położnych w województwie podkarpackim w okresie 1999 - 2020. Na podstawie dokonanej przeglądu literatury przedmiotu ustalono, iż temat jest innowacyjny, ponieważ nie był opracowywany przez innych autorów. Opracowania z którymi się zetknięto dotyczyły podstawowej opieki zdrowotnej jej struktury, zadań i funkcjonowania oraz wymogów realizacji świadczeń w zakresie poz. Wiele prac poświęconych został w szczególności lekarzom i pielęgniarkom jako członkom zespołu podstawowej opieki zdrowotnej. Brak opracowań dotyczących analizy rozwoju indywidualnych praktyk położnych środowiskowych zarówno w Polsce jak i na Podkarpaciu.

W wyniku badań ustalono, że indywidualne gabinety położnych środowiskowych powstawały w poszczególnych powiatach województwa podkarpackiego jako pojedyncza inicjatywa położnych, dotyczy to szczególnie początku reformy. W 1999 r. na 25 powiatów województwa

podkarpackiego położne z 3 powiatów podpisały indywidualne kontrakty na świadczenia położnej rodzinnej. W kolejnych latach ilość powiatów, w których tworzyły się indywidualne gabinety położnych środowiskowych wzrastała. W roku 2020 taka inicjatywa została podjęta w 21 powiatach przez 56 położnych. W powiatach: jasielskim, lubaczowskim, ropczycko – sędziszowskim i strzyżowskim do roku 2020 nie utworzono indywidualnych gabinetów położnej poz. Te obszary stanowią miejsce dla podjęcia działań przez samodzielne położne w celu utworzenia indywidualnych gabinetów położnej poz, ponieważ prowadzenie indywidualnej praktyki położniczej może przynieść szereg korzyści zawodowych i osobistych. Otwarcie się na nowe technologie i innowacje w medycynie pomaga w usprawnianiu codziennych zadań i podnosi jakość świadczonych usług. Wprowadzenie nowoczesnych rozwiązań medycznych jest kluczem do zwiększenia efektywności praktyki.

Działalność gospodarcza umożliwia elastyczność w organizacji godzin pracy, co może być szczególnie korzystne dla osób ceniących balans między życiem osobistym a zawodowym. Dzięki samodzielnemu prowadzeniu praktyki możliwa jest swoboda wyboru obszarów, w których można rozwijać i specjalizować, co stanowi dużą przewagę nad zatrudnieniem w szpitalu lub przychodni. Stając się właścicielem własnej praktyki, kształtuje się swoje środowisko pracy według własnych standardów.

Własna praktyka to nie tylko sposób na realizację zawodowych marzeń czy szansa na niezależność finansową, ale również wyzwanie, które każdego dnia przynosi nowe doświadczenia i możliwości rozwoju [13].

Wnioski.

1. Zmiany zachodzące w ochronie zdrowia przyczyniły się do rozwoju indywidualnych praktyk położnych w województwie podkarpackim.
2. Rozwój indywidualnych praktyk miał charakter miejscowy, następował powoli i systematycznie w większości powiatów województwa.
3. Ilość podopiecznych przypadająca na jedną położną miały decydujący wpływ na ilość podpisywanych kontraktów przez indywidualne położne.
4. Położne prowadzące indywidualne gabinety w okresie objętym oceną obejmowały opieką ¼ Świadczeniobiorców zadeklarowanych do położnej środowiskowej w województwie podkarpackim.

Literatura:

1. <https://www.izbapiel.katowice.pl/home/wykonywanie-zawodu/praktyki-zawodowe/indywidualna-praktyka-pielegniarki-poloznej>

2. <https://www.oipip.olsztyn.pl/praktyka-indywidualna-i-grupowa/>
3. Iwanowicz-Palus GJ, Krysa J, Bień A. Rola położnej rodzinnej w Polsce. Med Og Nauk Zdr. 2013; 19(3): 272–278
4. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Dz. U. 2011 Nr 112 poz. 654 z późn. zm.
5. <https://www.oipip.rzeszow.pl/praktyki-zawodowe/>
6. <https://powislanska.edu.pl/indywidualna-praktyka-pielegniarska-jak-zalozyc-wlasna-dzialalnosc/>
7. <https://woipip.pl/wykonywanie-zawodu/praktyka-indywidualna/>
8. <https://www.biznes.gov.pl/pl/portal/ou121>
9. Szczegółowe warunki konkursu ofert poprzedzającego zawieranie umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla osób ubezpieczonych w Podkarpackiej Regionalnej Kasie Chorych w 2002 roku, Archiwum Zakładowe POW NFZ, Rzeszów 10.09.2002 r.;1-23.
10. Umowa nr 0907012301200200 położna środowiskowo –rodzinna zawarta w dniu 15.12.2001 r. wraz z aneksami nr 3, 4 i 5, Archiwum Zakładowe POW NFZ, Rzeszów 2001 r.
11. Załącznik do Zarządzenia nr 24/2004 Prezesa NFZ z dnia 13.10.2004 r. 24/2004 W sprawie przyjęcia „Informacji o warunkach zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna”.
12. Zarządzenie nr 177/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2019 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w zakresie podstawowa opieka zdrowotna.
13. <https://powislanska.edu.pl/indywidualna-praktyka-pielegniarska-jak-zalozyc-wlasna-dzialalnosc/>

POZIOM WIEDZY KOBIET RODZĄCYCH NA TEMAT FARMAKOLOGICZNYCH I NIEFARMAKOLOGICZNYCH METOD ŁAGODZENIA BÓLU PORODOWEGO

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

Wprowadzenie. Z egzemplifikacji bólu, jest on osobistym, nieprzyjemnym doświadczeniem sensorycznym i duchowym, związanym z potencjalnym lub faktycznym urazem skupiska jednego rodzaju komórek. Ma on źródło w układzie nerwowym, w wyniku impulsów reagujących na swoiste receptory.

Ból podczas porodu w dużej mierze zależy od doświadczeń rodzącej z poprzednich porodów, progu bólowego oraz wewnętrznych indywidualnych sposobów radzenia sobie z nieprzyjemnymi dolegliwościami [1,2].

Podczas procesu narodzin nieprzyjemne doznania zapoczątkowuje czynność skurczowa macicy. W mięśniu, w którym przebywa płód zwiększa się ciśnienie na skutek kurczu włókien mięśniowych. Umożliwia to samoistne wydalenie płodu poprzez ucisk. Dodatkowo następuje rozwieranie szyjki macicy na skutek wydłużenia trzonu macicy, który kieruje ją do góry [3].

Podczas porodu kobieta rodząca dodatkowo może zgłaszać ból w odcinku krzyżowym kręgosłupa, kiedy to główka napiera na zakończenia nerwowe. Co więcej nerwy rdzenia kręgowego odbierające impulsy bólowe umiejscowione są na wysokości kręgów Th10, Th11, Th12. Dodatkowo przyczepy kości krzyżowych są nadwyrężane na skutek naprężania więzadeł krzyżowo-macicznych. Te trzy wyżej wymienione zjawiska są powodem występowania bólu w okolicy krzyżowej [4].

Najczęściej dostępne farmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego:

1. Analgezja wziewna. Analgezja wziewna to sposób zastosowania mieszaniny gazów: podtlenku azotu i tlenu w stosunku 1:1. Jest to gaz niedrażniący, bezbarwny i bezwonny, nieznacznie rozpuszcza się we krwi, nie jest metabolizowany, w związku z czym jego efekty działania są stałe i przewidywalne [5]. Cechą charakterystyczną tej metody jest szybkie działanie, efekty występują po 30-60 sekundach od rozpoczęcia wdychania, natomiast kończy wraz z odstawieniem.
2. Leki przeciwbólowe. Podawanie leków opioidowych jest jedną z najczęściej stosowanych metod przeciwbólowych podczas porodu. Jest to dość łatwa i niedroga metoda. Dodatkowo mogą być stosowane na każdym etapie porodu. Większość z nich może być podawana wieloma drogami, na przykład domięśniowo lub podskórną [6].
3. Wstrzyknięcie jałowej wody w okolicę lędźwiowo-krzyżową. Metodą łagodzącą ból „krzyżowe” jest wstrzyknięcie jałowej wody w cztery miejsca w dolnej części pleców: po

2 wkłucia nad tylnym górnym kolcem biodrowym oraz 2 wkłucia 3 centymetry poniżej i 1 centymetry przyśrodkowo od tych kolców. Podaje się cztery razy 0,1 mililitra jałowej wody śródskórnio lub 0,5 mililitra podskórnio w ten obszar. Czas działania szacuje się na 2-3 godziny. Zaleca się wykonanie tej procedury jednocześnie przez 2 osoby, aby zmniejszyć ból związany ze wstrzyknięciami [7].

4. Blokady centralne. Do blokad centralnych stosowanych w złagodzeniu bólu w trakcie porodu stosowane są: analgezja zewnątrzoponowa, analgezja podpajęczynówkowa oraz analgezja mieszana [8].

a) analgezja podpajęczynówkowa - polega ona na podawaniu zastrzyków z lekiem do przestrzeni dokanałowej. Stosuje się je poniżej kręgów L1-L2, gdyż rdzeń kręgowy mógłby zostać uszkodzony. Polecana jest u kobiet otyłych, z problemami neurologicznymi, skrzywieniami kręgosłupa, w tym skoliozy. Najczęściej wykonywana jest w końcowej fazie II okresu, gdy prawdopodobne jest zakończenie porodu zabiegowo lub łożysko nie oddzieli się samoistnie i należy wydobyć je ręcznie. A także w przypadku utrudnionego kontaktu z rodzącą. Działa natychmiastowo po podaniu, a efekt terapeutyczny zachowuje przez 90-140 minut [6,9].

b) analgezja zewnątrzoponowa - opisywane są trzy techniki zastosowania znieczulenia zewnątrzoponowego. Tradycyjna metoda polega na wprowadzeniu do przestrzeni zewnątrzoponowej igły Tuohy, a następnie wprowadzenie w nią cewnika, przez który podawane są leki znieczulające miejscowo i opioidy za pomocą wlewów ciągłych lub w bolusach. Kolejnym sposobem jest połączenie znieczuleń opisane w poniższym podrozdziale, a ostatnim jest metoda nakłucia opony twardej, która zapożycza technikę CSE, jednak nie wprowadza leku do przestrzeni zewnątrzoponowej. Wszystkie techniki mogą być używane do znieczulenia porodu i są całkowicie bezpieczne dla matki [8]. Mimo, iż metoda jest chętnie wybierana przez przyszłe matki, niesie za sobą poważne powikłania w tym: przedłużenie I i II okresu porodu, hipotensja, oliguria, powikłania neurologiczne [9].

c) połączenie znieczulenia zewnątrzoponowego z podpajęczynówkowym - połączone znieczulenie zewnątrzoponowo-podpajęczynówkowe (CSE), inaczej nazywane chodzącym znieczuleniem zewnątrzoponowym (walking Epidural), polega na założeniu wkłucia igłą Tuohy do przestrzeni podpajęczynówkowej i podanie opioidu przed wprowadzeniem cewnika do przestrzeni zewnątrzoponowej i wprowadzenia środka znieczulającego. Dzięki temu połączone zostały zalety obydwu technik: działa natychmiastowo i umożliwia wielokrotną podaż leków. CSE nie prezentuje innych skutków na stan noworodka i działania niepożądane, co wyżej opisane metody [7,9].

Najczęściej dostępne niefarmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego:

1. Techniki oddechowe. Techniki relaksacyjne obejmują szeroki zakres sposobów, w tym techniki oddechowe, mające za zadanie odprężenie, złagodzenie bólu, tym samym przyspieszyć akcje porodową. Istotą oddechu jest jego prawidłowe wykonywanie. Wydech powinien być dwa razy dłuższy od wdechu. Istnieją dwa rodzaje oddechu: torem piersiowym i torem brzuszny [10]. Istotne jest zrozumienie zjawiska bezdechu, w tym celu należy wykonać 2-3 najgłębsze wdechy ze zwiększonym wydechem. Po nich maksymalny wdech ze wstrzymaniem przez 10-15 sekund. Po czym wyrównać oddech [11].
2. Zastosowanie ciepła i zimna. Zastosowanie zimna może pomóc rodzącej po przez wiele mechanizmów: powoduje drętwienie, delokalizuje percepcje bólu przez stymulację receptorów, redukuje napięcie mięśniowe oraz spowalnia przekazywanie sygnałów do ośrodka bólu. Dodatkowo obniża poziom katecholamin powodując wzrost endorfin. Z drugiej strony ciepło stymuluje receptory w skórze właściwej i głębiej neutralizując impulsy i blokować ich dostęp do mózgu. Stosuje się je w formie okładów w dole brzucha, okolicy lędźwiowej lub krocze [12].
3. Ruch i pozycje wertykalne. Najkorzystniejszy dla rodzącej w porodzie jest ruch. Spacerowanie, stanie, siedzenie, kołysanie biodrami na stojąco lub na piłce znacznie przyspiesza akcje porodową oraz potrafi łagodzić ból. Ułatwić mogą jej sprzęty na sali porodowej, do których należą: piłka, worek sako, drabinki, krzeselko porodowe, czy liny podporowe. Daje to pozytywne efekty w postaci rozwinięcia akcji porodowej, redukcji odczuwania bólu w trakcie skurczu, prawidłowe wstawianie się główki płodu oraz poprawie ulega dotlenienie matki i dziecka. Dodatkowo coraz więcej kobiet chętniej korzysta z metody rebozo. Polega ona na użyciu specjalnie tkanego szala do wykonywania kontrolowanych ruchów bioder rodzącej, co również ułatwia przyjęcie dogodnej pozycji na skurczu [13].

4. Rozluźnienie tkanek miękkich. Masaż stosowany w celu złagodzenia bólu podczas porodu polega odpowiednim opracowaniu tkanek miękkich rodzącej. Stosuje się go w celu rozluźnienia napiętych mięśni oraz uspokojenia i ukojenia osoby cierpiącej. Terapia ta obejmuje wiele technik: terapię manualną, masaż szwedzki, nerwowo-mięśniowy, czy shiatsu. Każdej kobiecie może odpowiadać inna forma masażu. Kobiety odczuwające ból okolicy lędźwiowo-krzyżowej mogą skorzystać z masażu tej okolicy. Niektóre z nich preferują delikatny masaż brzucha, uznając go za kojący i odprężający. W odpowiedzi na delikatny dotyk i stopniowe uciskanie skóry organizm odpowiada wyrzutami oksytocyny [14].
5. Przekskórna stymulacja elektryczna TENS. Przekskórna stymulacja elektryczna TENS polega na zastosowaniu na skórę prądów elektrycznych o niskim natężeniu. Mechanizm tej metody działa na zasadzie blokady sygnału bodźca bólowego i uwolnieniu endorfin, w oparciu o teorię bólu Melzack'a i Wall'a. [15]. Metoda ta stosowana jest głównie w I okresie porodu. Jej powodzenie zależy od czasu trwania, częstotliwości i amplitudy używanego prądu oraz miejsca umieszczenia elektrod. Najwięcej plusów TENS dostarcza wieloródkom [15].
6. Działanie wody. Metoda hydroterapii wykorzystuje właściwości mechaniczne i termiczne wody do łagodzenia bólu. W położnictwie hydroterapia stosowana jest jako: immersja wodna lub poród w wodzie. Różnią się czasem stosowania. W trakcie immersji wodnej kobieta jest w wodzie jedynie w I okresie porodu, natomiast pozostanie rodzącej w wodzie również podczas II okresu to poród w wodzie. Jeżeli Sala porodowa nie jest wyposażona w wannę, rodząca może udać się pod prysznic [16]. Jednakże nie wszystkie kobiety mogą zastosować tę metodę, należą do nich cierpiące z powodu: chorób układu krążenia, chorób dermatologicznych, infekcji HIV, HCV, HBV, dróg rodnych, aktywnego zakażenia wirusem opryszczki, nieprawidłowości położniczych, dodatkowych chorób współistniejących, patologii ciąży oraz płodu [17].
7. Hipnoza. Hipnoza to zredukowanie świadomości bodźców zewnętrznych, przyjmowanie sugestii hipnotycznych i zwykle głęboki relaks. Hipnoza może być metodą z wyboru u kobiet które w szczególny sposób odczuwają lęk przed porodem, a szczególnie tych z rozwiniętą tak zwaną tokofobią. Jednakże nie jest łatwo dostępna ze względu na bardzo niską liczbę wykwalifikowanych hipnotyzerów, duży koszt sesji oraz czasochłonność. Z tego względu, metoda ta jest praktycznie niestosowana w Polsce [18].
8. Elementy medycyny chińskiej. Akupunktura jest metodą polegającą na wbijaniu cienkich igieł w odpowiednie miejsca na ciele zwane meridianami, w celu wyrównania energii

życiowej. Nie ma do niej przeciwwskazać, jest całkowicie bezpieczna dla matki i płodu oraz stosunkowo tania. Dla kobiet ciężarnych przydatna do indukcji porodu, łagodzenia bólu porodowego, a nawet do stymulacji produkcji pokarmu oraz zmniejszania bólu poporodowego [19]. Akupresura z kolei jest metodą polegającą na uciskaniu odpowiednich miejsc na ciele. Jest to metoda mająca cztery podstawowe efekty na organizm: przeciwbólowe, homeostatyczne, wzmacniające odporność i uspokajające. W porodzie relaksuje mięśnie macicy, skracając amplitudę skurczu. Uciska się punkty na dłoniach i stopach [20].

9. Aromaterapia, muzykoterapia, chromoterapia. Aromaterapia wykorzystuje olejki eteryczne, które uwalniają lotne związki zapachowe, otrzymywane przez destylację owoców, kwiatów, drzew oraz ziół tj.: lawendowy, pomarańczowy, cytrynowy, z drzewa sandałowego, drzewa różanego, z melisy, bergamotki i majeranku [21]. Do złagodzenia bólu porodowego wykorzystuje się również muzykoterapię. Obniża napięcie, zwiększa koncentrację oraz zwiększa próg odczuwanego bólu. Dodatkowo skraca I okres porodu o 2 godziny, normuje ciśnienie krwi, jak również ułatwia mobilizację w kryzysowych momentach [22]. Chromoterapia to technika, która leczy kolorami. Zastosowanie tej metody jest możliwe za pomocą kolorowych żarówek czy kolorów ścian. Każdy kolor odpowiada za inną funkcję- niebieski działa antyseptycznie oraz wzmacniająco na siły psychiczne, kolory żółty i pomarańczowy są uspokajające, dodające wiary i odwagi, natomiast kolor czerwony dodaje żywotności i energii [22].

Cel pracy. Głównym celem pracy była ocena poziomu wiedzy kobiet rodzących na temat farmakologicznych i nefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego.

Materiał i metoda. W badaniu została wykorzystana metoda sondażu diagnostycznego, zastosowano kwestionariusz ankiety, który został opracowany samodzielnie przy pomocy zgromadzonej literatury na temat farmakologicznych i nefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego.

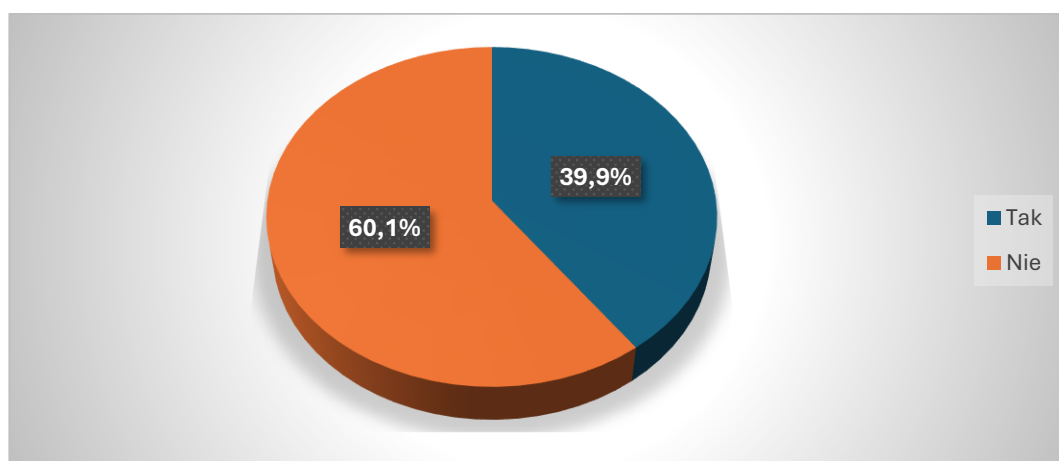
Po uzyskaniu zgody na przeprowadzenie badań ankietowych przez Dyrektorów Szpitala Pro-Familia w Rzeszowie oraz Szpitala Miejskiego im. Jana Pawła II-go., kwestionariusz ankiety w wersji papierowej był wręczany położnicom przebywającym w oddziale położniczo-noworodkowym w okresie od grudnia 2022 r. do marca 2023 r. Respondentki zostały poinformowane o celu gromadzenia danych, anonimowości i dobrowolności uzupełnienia ankiety. Grupę badawczą stanowiło 415 ankietowanych ze Szpitala Pro-Familia w Rzeszowie oraz Szpitala Miejskiego im. Jana Pawła II-go. Docelowo do badania włączono 414 badanych, po weryfikacji wyłoniono 401 prawidłowo wypełnionych ankiet.

Warunki włączenia: kobiety w ciąży, kobiety zakwalifikowane jako rodzące, kobiety pełnoletnie, zgoda ustna na udział w badaniu, logiczno-słowny kontakt z badaną.

Warunki wyłączenia: kobiety niebędące w ciąży, ciężarne nierodzące, niepełnoletnie, brak zgody na udział w badaniu, brak logiczno-słownego kontaktu z badaną.

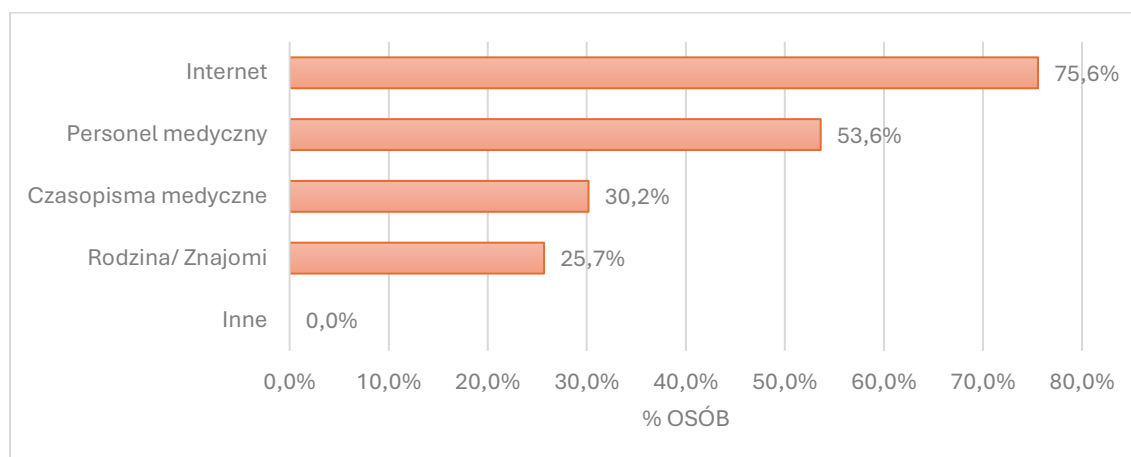
W opracowaniu wykorzystano test niezależności χ^2 , przyjmując poziom istotności $p < 0,05$. Obliczenia wykonano pakietem SPSS 22.

Wyniki. Na zajęcia Szkoły Rodzenia uczęszczało 39,9% ankietowanych kobiet (N=160) (ryc. 1.).



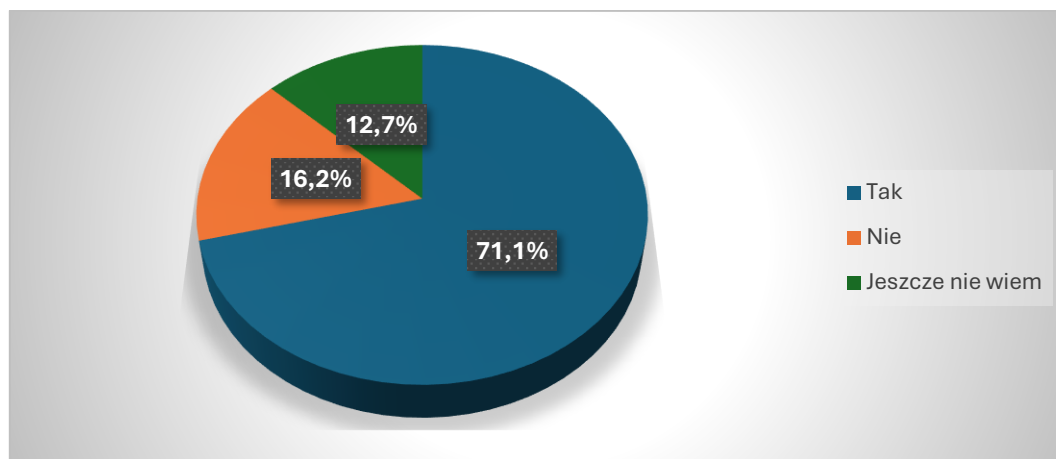
Ryc. 1. Uczęszczanie na zajęcia Szkoły rodzenia
Źródło: opracowanie własne

Na temat metod łagodzenia bólu porodowego kobiety dowiadywały się głównie z Internetu (75,6%, N=303). Drugim źródłem wiedzy o metodach łagodzenia bólu porodowego był personel medyczny (N=215), trzecim czasopisma medyczne (30,2%, N=121), a czwartym rodzina/ znajomi (25,7%, N=103) (ryc. 2.).



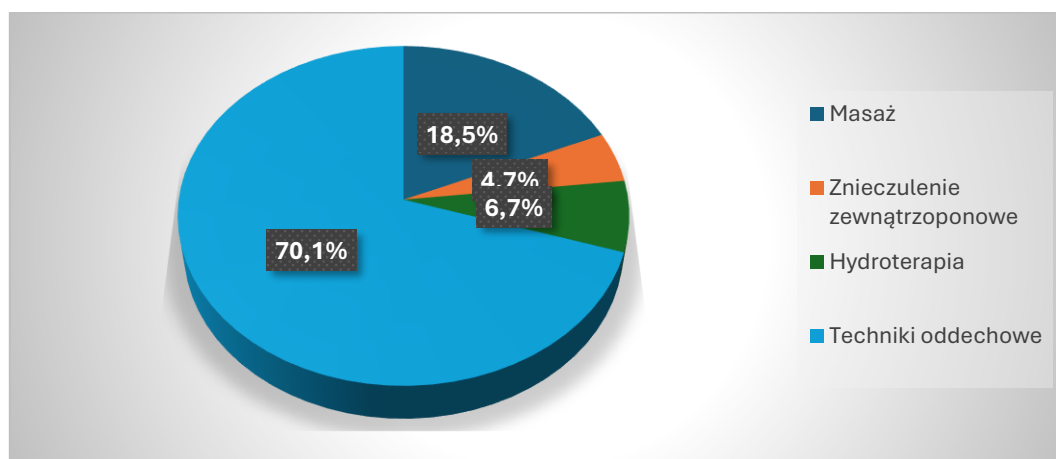
Ryc. 2. Źródła wiedzy na temat łagodzenia bólu porodowego
**możliwość wskazania więcej niż jednej opcji odpowiedzi*
Źródło: opracowanie własne

Chęć skorzystania z metod łagodzenia bólu w trakcie porodu wyrażało 71,1% badanych (N=285). Nie było zainteresowanych takim rozwiązaniem 16,2% kobiet (N=65), a jeszcze nie wiedziało, czy zdecyduje się na skorzystanie z metod łagodzenia bólu porodowego 12,7% respondentek (N=51) (ryc. 3.).



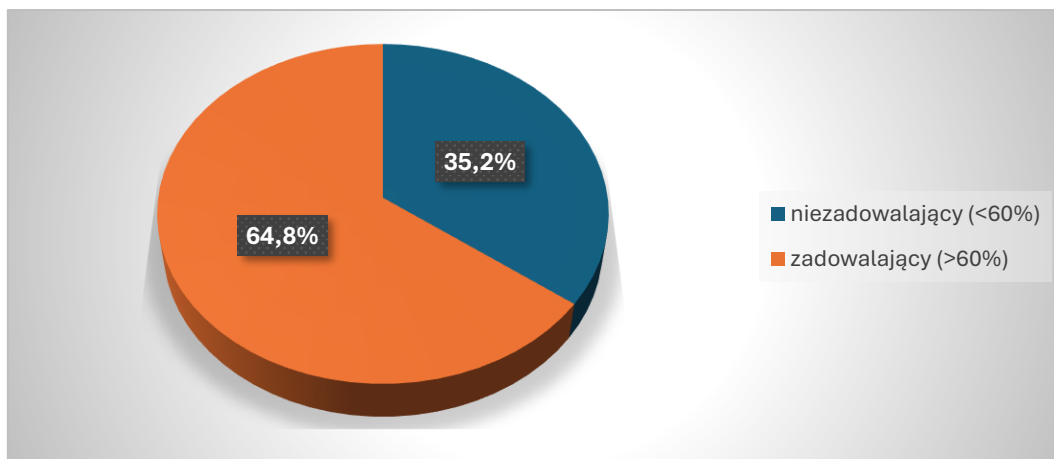
Ryc. 3. Chęć skorzystania z metod łagodzenia bólu w trakcie porodu
Źródło: opracowanie własne

Techniki oddechowe, to zdaniem 70,1% kobiet (N=281) metoda łagodzenia bólu porodowego, która może być stosowana przez każdą kobietę. Wskazanie to było słuszne. Pozostałe 29,9% kobiet wymieniało błędne odpowiedzi, najczęściej wskazując masaż (18,5%, N=74) (ryc. 4.).



Ryc. 4. Posiadanie wiedzy, która z metod łagodzenia bólu porodowego może być zastosowana przez każdą rodzącą
Źródło: opracowanie własne

Za zadowalający poziom wiedzy o farmakologicznych i nefarmakologicznych metodach łagodzenia bólu przyjęto uzyskanie przez kobiety powyżej 60% prawidłowych odpowiedzi na pytania dotyczące wiedzy (skala 0-13 pkt.). Wynik ten wskazujący na zadowalający poziom wiedzy uzyskało 64,8% kobiet (N=260) (ryc. 5.).



Ryc. 5. Poziom wiedzy na temat farmakologicznych i niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego
Źródło: opracowanie własne

Zadowalający poziom wiedzy o farmakologicznych i niefarmakologicznych metodach łagodzenia bólu porodowego stwierdzono częściej wśród kobiet uczestniczących w zajęciach Szkoły Rodzenia (77,5%) niż u kobiet nie biorących udziału w tych zajęciach (56,4%). Różnice były znaczące ($p < 0,0001$) (tab. 1).

Tab. 1. Poziom wiedzy na temat farmakologicznych i niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego wg uczęszczania na zajęcia Szkoły rodzenia

			Uczęszczanie na zajęcia Szkoły rodzenia		Ogółem
			Tak	Nie	
Poziom wiedzy na temat farmakologicznych i niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego	niezadowalający (<60%)	N	36	105	141
		%	22,5%	43,6%	35,2%
	zadowalający (>60%)	N	124	136	260
		%	77,5%	56,4%	64,8%
Ogółem		N	160	241	401
		%	100,0%	100,0%	100,0%
χ2=18,722; p<0,0001					

$\chi^2=18,722$; $p<0,0001$

Źródło: opracowanie własne

Zadowalający poziom wiedzy o metodach farmakologicznych i niefarmakologicznych łagodzenia bólu porodowego stwierdzono częściej wśród kobiet poniżej 30 roku życia ($p < 0,0001$) (tab. 2).

Tab. 2. Poziom wiedzy na temat farmakologicznych i niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego wg wieku

			Wiek					Ogółem
			<20	21-24	25-29	30-34	>35	
Poziom wiedzy na temat farmakologicznych i niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego	niezadowalający (<60%)	N	10	17	36	43	35	141
		%	25,0%	17,9%	29,8%	47,8%	63,6%	35,2%
	zadowalający (>60%)	N	30	78	85	47	20	260
		%	75,0%	82,1%	70,2%	52,2%	36,4%	64,8%

Ogółem	N	40	95	121	90	55	401
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0%
$\chi^2=41,632$; $p<0,0001$							

Źródło: opracowanie własne

Wykształcenie kobiet nie wpływało istotnie na poziom wiedzy o farmakologicznych i niefarmakologicznych metodach łagodzenia bólu ($p=0,7662$) (tab. 3).

Tab. 3. Poziom wiedzy na temat farmakologicznych i niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego wg wykształcenia

			Wykształcenie				Ogółem
			podstawowe	zasadnicze zawodowe	średnie	wyższe	
Poziom wiedzy na temat farmakologicznych i niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego	niezadowalające (<60%)	N	11	18	38	74	141
		%	28,2%	37,5%	37,3%	34,9%	35,2%
	zadowalający (>60%)	N	28	30	64	138	260
		%	71,8%	62,5%	62,7%	65,1%	64,8%
Ogółem		N	39	48	102	212	401
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
χ ² =1,145; p=0,7662							

Źródło: opracowanie własne

Dyskusja. Współczesna edukacja przedporodowa przygotowuje kobietę oraz coraz częściej całą jej rodzinę do okresu okołoporodowego i pełnego macierzyństwa, skupiając się przede wszystkim na powrocie do fizjologicznych procesów, przebiegających przy ograniczeniu do minimum niezbędnej medykalizacji. Bezpłatną edukację przedporodową kobieta ma możliwość rozpocząć od 21. tygodnia ciąży, spotykając się z położną 1 raz w tygodniu do osiągnięcia przez nią 31. tygodnia ciąży, a następnie ma możliwość odbywania spotkań 2 razy w tygodniu, aż do momentu porodu [23]. Dodatkowo istnieje coraz więcej prężnie działających, specjalnie wykwalifikowanych ośrodków tj. Szkoły rodzenia, które specjalizują się w przygotowaniu rodziców do porodu i wczesnego rodzicielstwa. Jednakże mimo jasno płynących korzyści z uczestnictwa w takich zajęciach, niewielki procent kobiet decyduje się na takie zajęcia. Według przeprowadzonych badań aż 61,1% badanych nie brało udziału w programie edukacyjnym Szkoły rodzenia. Podobne wyniki otrzymała Gałązka i wsp., gdzie 59,4% kobiet nie uczestniczyło w zajęciach Szkoły rodzenia w trakcie ciąży, co więcej 19,2% odpowiadających stwierdziło brak potrzeby edukacji przedporodowej [24]. Z kolei badania przeprowadzone przed Małecką i Nowaka określiły odsetek kobiet nie biorących udziału

w zajęciach Szkoły rodzenia na 87%, z czego 30% nie miało potrzeby uczestnictwa w tego typu zajęciach [25].

W badaniach własnych rodzące uczęszczające na zajęcia w Szkole rodzenia wykazały większą wiedzę na temat metod łagodzenia bólu porodowego, od kobiet nieuczęszczających. Zadawalający poziom wiedzy na temat farmakologicznych i nefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego stwierdzono częściej u badanych po zajęciach w Szkole rodzenia (77,5%), niż u kobiet nieuczęszczających (56,4%). W swoich badaniach takiej zależności nie zaobserwowała Gałązka i wsp., u których liczba punktów odnośnie wiedzy na temat porodu i metod łagodzenia bólu porodowego nie zwiększała się w zależności od uczestnictwa w Szkole rodzenia. Mogło to mieć jednak związek ze sposobem zadania pytania, które odnosiło się do obecnej ciąży ankietowanej, nie uwzględniając iż kobieta mogła uczestniczyć w edukacji przedporodowej na takich zajęciach w poprzedniej ciąży [24].

W celu wybrania najkorzystniejszej metody łagodzenia bólu podczas porodu, istotne jest wcześniejsze zgłębienie tematu dotyczącego metod łagodzenia bólu porodowego. Co więcej sprawia, iż kobieta nie czuje się wyobcowana na Sali porodowej. W autorskim badaniu rodzące najczęściej poszukiwały informacji na temat metod łagodzenia bólu porodowego. W Internecie, co stanowiło 75,6%. Z pomocy personelu medycznego korzystało 53,6%. Częstym wyborem były czasopisma medyczne, wyszukiwanie z nich informacji zadeklarowało 30,2% badanych. Jako źródło wiedzy ankietowane wymieniały również znajomych i rodzinę, takiej odpowiedzi udzieliło 25,7% wszystkich badanych. Zbliżone wyniki otrzymała Gałązka i wsp., gdzie Internet planował się na pierwszym miejscu podawanym przez ankietowane i stanowił 69,4% [24]. Również Doroszevska i Dmoch-Gajzlerska otrzymały, iż Internet był źródłem wiedzy dla 80% badanych [26]. W badaniach Puszczałowskiej - Lizis zaobserwowano zależność, iż pierworódki uczęszczające do Szkoły rodzenia najczęściej wskazywały położne jako źródło wiedzy, zaś ciężarne bez edukacji przedporodowej częściej wskazywały na Internet, ulotki oraz czasopisma medyczne [27].

Pośród farmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego wyróżnia się analgezje wziewną, blokady centralne, leki przeciwbólowe. Pośród nefarmakologicznych metod wymienia się techniki oddechowe, wykorzystanie ciepła i zimna, masaż, ruch, hydroterapię, zastosowanie stymulacji nerwowej TENS. Mniej popularnymi są aromaterapia, muzykoterapia, hipnoza, akupunktura i akupresura, czy chromoterapia [24]. Przeprowadzone badanie wykazało, iż znaczna większość ankietowanych myliła pojęcia odnośnie rodzaju metody łagodzącej ból. Do nefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego, aż 51,1% badanych zaliczyło głaskanie brzucha, a 26,4% wstrzymywanie powietrza. Zdarzyły się

wskazania gazu Entonox w 17,7%. Nieliczne kobiety zaznaczyły znieczulenie zewnątrzoponowe, tj 5,2% badanych oraz Dolargan w 1,7%. Co więcej znaczna część kobiet potrafiła jednak rozróżnić farmakologiczne środki. Spośród nich nieliczne badane uznały, że aromaterapia zalicza się do tej grupy, było ich 9,2% ankietowanych lub akupunktura, którą wybrało 6,0%. Do identycznych wniosków w badaniach doszli również Gałązk i wsp. u których wykazano, iż 48,2% ankietowanych poprawnie wskazuje niefarmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego oraz 65,8% badanych jest w stanie wskazać farmakologiczne sposoby łagodzenia bólu [24]. Analiza przeprowadzona przez Majchrzak i wsp. wykazała, że wśród uczestniczek Szkoły rodzenia występuje znacznie większy odsetek kobiet znających poszczególne metody łagodzenia bólu porodowego, w porównaniu do kobiety, które w takich zajęciach nie brały udziału. Zganie z tym spośród uczestniczek Szkoły rodzenia o masażu słyszało 78% badanych, o immersji wodnej 80%, o technikach oddechowych 93%, o lekach przeciwbólowych 28%, a o znieczuleniu zewnątrzoponowym 55% [1]. Takie same spostrzeżenia potwierdziła Chudobina i wsp. w swojej pracy, w której to kobiety uczestniczące w zajęciach Szkoły rodzenia miały większą wiedzę na temat niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego, dotyczyło to również ilości zastosowania tego rodzaju środków w trakcie porodu. Dowiedli również, iż niewiele kobiet przyporządkowuje TENS jako metodę niefarmakologiczną [28].

Wnioski.

1. Kobiety rodzące cechują się zadowalającym poziomem wiedzy na temat farmakologicznych i niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego.
2. Kobiety uczestniczące w zajęciach Szkoły rodzenia mają większy poziom wiedzy na temat metod łagodzenia bólu porodowego.
3. Posiadane wykształcenie nie wpływa na posiadanie wiedzy na temat łagodzenia bólu porodowego.
4. Kobiety rodzące mylą pojęcia niefarmakologicznych i farmakologicznych metod łagodzenia bólu.
5. Zdecydowana większość kobiet rodzących opiera swoją wiedzę na źródłach pochodzących z Internetu.

Literatura

1. Majchrzyk M, Mika M, Gałązka I i wsp. Sposoby łagodzenia bólu porodowego w doświadczeniu położnic. *Zdrowie i dobrostan* 2014; 2:91-99.

2. Hirsh AT, Hollingshead NA, Matthias MS et al. The influence of patient sex, provider sex, and sexist attitudes on pain treatment decisions. *J Pain* 2014; 15:551-55.
3. Janowski J, Zwierzyńska A, Adamczyk- Gruszka O. Historia leczenia bólu porodowego. *Journal of Education, Health and Sport* 2022;12(8):61-70.
4. Gülmezoglu AM, Oladapo OT. Optimal intrapartum care in the twenty-first century. *Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2020; 1-3.
5. Likis FE, Andrews JC, Collins MR. et al. Nitrous oxide for the management of labor pain: A systematic review. *Anesth. Analg.* 2014; 118, 153–167.
6. Chutkowski R, Wódarski B, Melec-Milewska M. Metody i organizacja analgezji porodu – doświadczenia własne. Warszawa 2015; 7-15.
7. Schrock SD, Harraway-Smith C. Labour Analgesia. *American Family Physician* 2019; 447-454.
8. Callahan EC, Lee W, Aleshi P. et al. Modern labor epidural analgesia: implications for labor outcomes and maternal-fetal health. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2023; 1260-1260.
9. Ranasinghe J, Davidson E, Birnbach DJ. Combined Spinal-Epidural Anesthesia. *Nysora* 2020.
10. Berghelli V. Położnictwo według zasad EBM. *Medycyna Praktyczna* 2017;155-171.
11. Hudziak D, Nowosielski K. Ocena poziomu satysfakcji rodzących ze stosowania różnych metod łagodzenia bólu okołoporodowego. *GinPolMedProject* 2018; 4(50): 61-72.
12. Ganji Z, Shirvani MA, Rezaei-Abhari F, Danesh M. The effect of intermittent local heat and cold on labor pain and child birth outcome. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 2013; 298- 303.
13. Iversen ML, Midtgaard I, Ekelin M, Hegaard HK. Danish women's experiences of the rebozo technique during labour: A qualitative explorative study. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2017; 79-85.
14. Sulima M, Golnik E. Alternatywne metody łagodzenia bólu porodowego. *European Journal of Medical Technologies* 2013; 1(1).
15. Kaden E. Alternatywne metody znoszenia bólu porodowego. *TENS. Położ Nauk Prakt* 2012; (1): 42–46.
16. Juda W, Madej M, Zalewski M i wsp. Personal experiences of water birth. *Zdr Publ* 2012;122:279–284.
17. Mallen-Perez L, Roé-Justiniano T, Ochoa NC, et al. Use of hydrotherapy during labour: Assessment of pain, use of analgesia and neonatal safety. *Enferm Clin (Engl Ed)* 2018; Sep-Oct;28(5):309-315.
18. Madden K, Middleton P, Cyna AM, et al. Hypnosis for pain management during labour and childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2016.
19. Suarez- Eston S, Erez O, Zafran N, et al. Pharmacologic and nonpharmacologic options for pain relief during labor: an expert review. *merican Journal of Obstetrics and Gynecology* 2023; S1246-S1259.
20. Vafaei H, Kasraeian M. Effects of LI-4 and SP-6 Acupuncture on Labor Pain, Cortisol Level and Duration of Labor. *J. Acupunct Meridian Stud* 2015; 8:249–254.
21. Dhany AL, Mitchell T, Foy C. Aromatherapy and massage intrapartum service impact on use of analgesia and anesthesia in women in labor: a retrospective case note analysis. *J. Altern Complement Med* 2012; 18: 932–938.
22. Krupa K, Kasica D, Wojtaszek M i wsp. Ocena poziomu bólu porodowego – doniesienie wstępne. *Pielęgniarstwo w anestezjologii i intensywnej opiece*, Poznań 2017; 3(1): 1-5.
23. Araszkiewicz A. Plagens-Rotman K. Edukacja przedporodowa jako przygotowanie kobiety do macierzyństwa. *Pielęgniarstwo Polskie* 2020; 77 (3):174-178

24. Gałązka M, Gałaś D, Trębacz M, Sieńko- Hans K. Ocena wiedzy kobiet ciężarnych na temat porodu oraz metod łagodzenia bólu porodowego. *Pielęgniarstwo Polskie* 2019; 3(79):271-276.
25. Małecka A, Nowak Z. Opinia badanych kobiet w ciąży dotycząca ważności uczestnictwa w szkole rodzenia jako formy przygotowania do porodu. *Prz Lek* 2014; 71 (8): 473–440.
26. Doroszevska A, Dmoch-Gajzlerska E. Internet jako źródło informacji o ciąży, porodzie, połogu i pielęgnacji dziecka – analiza wyników badań. *ZdrPub* 2011; 121(2): 129.
27. Puszczałowska-Lizis E, Mokrzycka K, Jandziś S. Wpływ edukacji przedporodowej na przebieg ciąży, porodu i wczesne macierzyństwo. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2016; 22 (4): 264-269.
28. Chudobina A, Woźniewski M, Mraz M. Wpływ szkoły rodzenia na praktyczne wykorzystywanie i skuteczność niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu podczas porodu. *Fizjoterapia* 2012; 20 (3): 21–29.

WPLYW WYBRANYCH CZYNNIKÓW SOCJODEMOGRAFICZNYCH I KLINICZNYCH NA POZIOM STRESU RODZICÓW DZIECI URODZONYCH PRZEDWCZEŚNIE

BARBARA ZYCH, ANNA KREMSKA, ANNA STASIOWSKA, KATARZYNA PILCH

Wstęp. Narodziny dziecka to wyjątkowy czas w życiu każdego rodzica, który może zostać zakłócony chorobą lub zmaganiem się z długoterminowymi objawami wcześniactwa [1,2]. Niezależnie od przyczyny przedwczesnego porodu większość rodziców ma poczucie krzywdy i niesprawiedliwości, które może towarzyszyć przez wiele tygodni, a nawet miesięcy, stając się aktem żałoby po stracie zdrowego dziecka [3,4]. Tej sytuacji często towarzyszą indywidualne, negatywne doświadczenia rodzicielskie (poronienie, strata dziecka), które w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka powodują bezradność i zagubienie. Dodatkowo atmosfera ciągłej mobilizacji otoczenia i obecność aparatury medycznej, podtrzymującej zdrowie i życie dziecka, potęguje poczucie lęku i zagrożenia [4,5].

A przecież w ostatnich kilkudziesięciu latach w perinatologii nastąpił duży postęp. Dostępność do wielu metod diagnostyki i monitoringu spowodowała przeżycie i poprawienie rokowań wielu dzieci obciążonych skrajnym wcześniactwem. Mimo to, częstość porodów przedwczesnych nie zmniejszyła się, w dalszym ciągu stanowi poważny czynnik determinujący umieralność i zachorowalność spowodowaną zaburzeniami rozwoju dziecka [6].

Hospitalizacja wcześniaka stanowi problem natury medycznej, ekonomicznej i psychologicznej, gdyż w czasie przebywania dziecka w Oddziale Intensywnej Terapii, pacjentem staje się również jego rodzic. Sytuacja ta, staje się ograniczeniem kształtowania więzi emocjonalnej w funkcjonowaniu rodziny, jeszcze długo obserwowanej po jej zakończeniu [7]. Toteż wsparcie rodziców dzieci jest niezwykle ważnym i trudnym zadaniem, wymagającym wyczucia, wrażliwości i wspierania więzi rodzicielskich (m.in. przez wczesny kontakt skóra do skóry) na każdym kroku hospitalizacji w OITN [8,9].

Cel pracy. Celem pracy jest ocena występowania wybranych czynników socjodemograficznych i klinicznych tj. wiek, wykształcenie, sposób zakończenia ciąży i urodzeniowa masa ciała dziecka na poziom stresu rodzicielskiego, którzy kangurowali swoje dzieci w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka.

Materiał i metody. Badaniem objęto 337 rodziców dzieci urodzonych przedwcześnie w 2016 roku we wschodniej części Polski (województwo podkarpackie, lubelskie, podlaskie). Rodzice od samego początku włączyli się w opiekę nad dzieckiem kangurować je. Tego rodzaju postępowanie, odgrywa ważną rolę w procesie opieki nad dzieckiem, a jego nazwa pochodzi

od podobieństwa pielęgnacji potomstwa przez kangury. Obecnie chore noworodki i wcześniaki często ze względu na stan zdrowia lub stosowane procedury medyczne są oddzielane od rodziców, a w tym przypadku brak możliwości kontaktu cielesnego między rodzicami i dzieckiem, może wpływać na wzrost poziomu lęku matek i ojców, ograniczając nawiązanie i wzmocnienie więzi z dzieckiem [10,11,12].

Badane osoby oceniano za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety i skali oceny poziomu stresu. Kwestionariusz PSS: NICU (*Parental Stressor Scale – Neonatal Intensive Care Unit*) składał się z trzech obszarów źródeł stresu związanych z procesem terapeutyczno-diagnostycznym (I obszar), wyglądem i zachowaniem dziecka (II obszar) oraz nietypową rolą rodziców związaną z hospitalizacją dziecka, stosowanym sprzętem i obecnością personelu medycznego (III obszar). Ankieta zawiera łącznie 34 pytania oceniane w 5-io stopniowej skali ilościowej (1- brak stresu, 2- niewielki stres, 3- umiarkowany stres, 4- silny stres, 5 – najwyższy stres) wraz z wariantem odpowiedzi „nie dotyczy” (0) [13]. Badanie zostało zatwierdzone przez Komisję Bioetyczną Uniwersytetu Rzeszowskiego i rozpoczęte po uzyskaniu pisemnej zgody rodziców biorących w nim udział. Analizę statystyczną przeprowadzono w pakiecie Statistica 13, stosując do oceny różnic test U Manna-Whitney’a, przyjmując za istotne statystycznie różnice na poziomie $p < 0,05$.

Wyniki. Ogółem w badaniu wzięło udział 337 rodziców w wieku $30,66 \text{ roku} \pm 5,16 \text{ roku}$. W grupie badanych rodziców deklarujących wykształcenie średnie było 44,5% badanych, z wykształceniem wyższym 55,5%. Aktywnych zawodowo było 89,3% badanych, spośród których pracę fizyczną wykonywało 56,1%, a pracę umysłową 49,8% osób.

Najczęściej rodzice wcześniaków rozpoczynali kangurowanie w 1 tygodniu życia dziecka (1 tydzień: 65,1% vs. 2-3 tydzień: 20,8% vs. powyżej 3 tygodnia: 10,4% vs. brak szczegółowych informacji: 3,7%), codziennie (codziennie: 56,0% vs. z przerwami: 40,6% vs. brak szczegółowych informacji: 3,4%), ponad godzinę dziennie (do 1 godz.: 42,6% vs. powyżej 1 godz.: 53,0% vs. 4,4%: brak szczegółowych informacji). Badanej grupie rodziców urodziło się 398 dzieci, urodzonych przedwcześnie, pochodzących zazwyczaj z ciąży pojedynczej (ciąża: pojedyncza 82,8% vs. bliźniacza 16,3% vs. trójaczka 0,9%) o umiarkowanie małej masie ciała ($\leq 1500 \text{ g}$: 42,2% vs. $> 1500 \text{ g}$: 47,0% vs. brak danych: 10,8%) w stanie ogólnym średnim (punktacja Apgar: 1 minuta życia $5,71 \pm 3,16 \text{ pkt.}$ vs. 3 minuta $5,21 \pm 3,27 \text{ pkt.}$ vs. 5 minuta $6,01 \pm 3,31 \text{ pkt.}$ vs. 10 minuta $6,28 \pm 3,49 \text{ pkt.}$).

Średnie wyniki uzyskane przez badanych rodziców w kwestionariuszu PSS:NICU przedstawia tabela 1. Przedstawia ona punktację przydzieloną poszczególnym sytuacjom w skali od 1 do 5 dla ogółu badanych rodziców. Niższa średnia ilość punktów oznacza mniejsze nasilenie stresu

związane z daną czynnością, zaś wyższa ilość punktów - wyższy odczuwany poziom stresu rodzicielskiego uwarunkowany daną sytuacją.

Tabela 1. Poziom odczuwanego stresu przez badanych rodziców

Stres odczuwany przez rodziców	$\bar{x} \pm SD$
Proces terapeutyczno-diagnostyczny	
Obecność sprzętu	2,80 ± 1,15
Hałas	2,58 ± 1,23
Alarmy	3,69 ± 1,11
Inni pacjenci	2,34 ± 1,17
Personel medyczny	1,77 ± 1,01
Sztuczna wentylacja	4,14 ± 1,10
Wygląd i zachowanie dziecka	
Czujniki, monitory	3,44 ± 1,14
Zasinienia, rany, wkłucia	3,75 ± 1,01
Nieprawidłowy kolor skóry	3,50 ± 1,18
Zaburzony oddech	4,23 ± 0,98
Bardzo mała masa ciała	3,67 ± 1,24
„Pomarszczona” skóra	2,70 ± 1,14
Igły, cewniki, rurki intubacyjne	3,73 ± 1,10
Karmienie dożylne, przez sondę	3,32 ± 1,14
Cierpienie dziecka	4,50 ± 0,85
Smutek dziecka	4,09 ± 1,08
Słabość dziecka	4,25 ± 0,99
Słaba lub nadmierna aktywność	3,68 ± 1,15
Zbyt cichy płacz	2,89 ± 1,28
Zbyt długi płacz	3,40 ± 1,26
Przestraszony wyraz twarzy	3,44 ± 1,25
Nagła zmiana koloru skóry	3,75 ± 1,28
Zatrzymanie oddechu	4,59 ± 0,94
Nietypowa rola rodziców w sytuacji związanej z hospitalizacją i leczeniem dziecka, stosowanym sprzętem i obecnością personelu medycznego	
Odizolowanie od dziecka	3,98 ± 1,15
Brak możliwości karmienia dziecka	3,57 ± 1,19
Brak możliwości pielęgnacji dziecka	3,56 ± 1,24
Brak możliwości przytulenia dziecka	4,00 ± 1,13
Brak możliwości ochrony przed bólem	4,33 ± 0,94
Brak możliwości pomocy dziecku	4,32 ± 0,93
Brak możliwości bycia z dzieckiem na osobności	3,13 ± 1,30
Zapominanie wyglądu dziecka	3,06 ± 1,43
Brak możliwości pokazania dziecka rodzinie	3,08 ± 1,36
Strach przed dotykiem i przytulaniem dziecka	2,70 ± 1,28
Silniejsza relacja dziecka z personelem niż z rodzicami	2,73 ± 1,41

W większości przypadków silny stres odczuwany przez rodziców dzieci hospitalizowanych w OITN w przeważającej ilości powodowały zmiany w wyglądzie i zachowaniu dziecka (zaburzony oddech lub jego zatrzymanie, cierpienie, smutek i słabość dziecka) oraz nietypowe sytuacje związane z hospitalizacją i leczeniem dziecka (brak możliwości przytulenia dziecka, jego ochrony przed bólem i pomocy mu). Nieco niższy wpływ na odczuwanie silnego stresu rodzicielskiego miał proces terapeutyczno-diagnostyczny (sztuczna wentylacja). Wśród wybranych zmiennych socjodemograficznych i klinicznych najniższy poziom stresu

rodzicielskiego w procesie terapeutyczno-diagnostycznym wywoływał personel medyczny (tabela 2 i 3).

W grupie czynników socjodemograficznych rodzica (wiek, wykształcenie), nie wykazano obecności istotnych różnic pomiędzy poziomem nasilenia stresu, za wyjątkiem dwóch sytuacji z każdego obszaru źródeł stresu. Młodzi rodzice (do 30 rż.) odczuwali silniejszy stres z powodu zatrzymania oddechu u dziecka ($p=0,026$), natomiast starsi rodzice (powyżej 30 rż.) bardziej stresogenne odczuwali zapominanie wyglądu swojego dziecka ($p=0,033$). Rodzice z wyższym wykształceniem odczuwali silniejszy stres spowodowany bardzo małą masą ciała dziecka ($p=0,016$) i jego nagłą zmianą koloru skóry ($p=0,013$), w porównaniu z rodzicami posiadającymi co najwyżej średnie wykształcenie (tabela 2).

Tabela 2. Poziom odczuwanego stresu rodzicielskiego a wybrane czynniki socjodemograficzne

Stres rodziców a wybrane zmienne	≤30 lat	>30 lat	p	wykształcenie średnie	wykształcenie wyższe	p
	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$		$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	
Obecność sprzętu	2,79 ± 1,18	2,81 ± 1,13	0,854	2,90 ± 1,17	2,73 ± 1,13	0,156
Hałas	2,53 ± 1,22	2,63 ± 1,24	0,461	2,53 ± 1,24	2,63 ± 1,23	0,481
Alarmy	3,73 ± 1,04	3,65 ± 1,17	0,752	3,72 ± 1,09	3,66 ± 1,12	0,687
Inni pacjenci	2,33 ± 1,20	2,35 ± 1,15	0,701	2,38 ± 1,22	2,29 ± 1,14	0,545
Personel medyczny	1,69 ± 0,98	1,85 ± 1,04	0,131	1,84 ± 1,06	1,72 ± 0,97	0,369
Sztuczna wentylacja	4,22 ± 1,00	4,06 ± 1,20	0,516	4,06 ± 1,17	4,21 ± 1,04	0,487
Czujniki, monitory	3,46 ± 1,14	3,43 ± 1,15	0,943	3,49 ± 1,17	3,40 ± 1,13	0,471
Zasinienia, rany, wklucia	3,78 ± 0,98	3,73 ± 1,03	0,806	3,75 ± 1,02	3,75 ± 1,01	0,959
Nieprawidłowy kolor skóry	3,51 ± 1,19	3,49 ± 1,18	0,888	3,41 ± 1,25	3,58 ± 1,12	0,399
Zaburzony oddech	4,33 ± 0,84	4,12 ± 1,10	0,255	4,20 ± 0,98	4,27 ± 0,96	0,548
Bardzo mała masa ciała	3,69 ± 1,30	3,66 ± 1,18	0,615	3,51 ± 1,23	3,86 ± 1,19	0,016*
„Pomarszczona” skóra	2,63 ± 1,13	2,77 ± 1,15	0,488	2,66 ± 1,19	2,74 ± 1,09	0,817
Igły, cewniki, rurki intubacyjne	3,83 ± 1,03	3,64 ± 1,15	0,217	3,61 ± 1,16	3,83 ± 1,03	0,167
Karmienie dożylnie, przez sondę	3,44 ± 1,09	3,20 ± 1,18	0,099	3,34 ± 1,21	3,30 ± 1,10	0,809
Cierpienie dziecka	4,55 ± 0,83	4,45 ± 0,87	0,153	4,43 ± 0,97	4,57 ± 0,72	0,539
Smutek dziecka	4,20 ± 1,05	3,98 ± 1,09	0,054	4,03 ± 1,21	4,15 ± 0,97	0,782
Słabość dziecka	4,29 ± 1,02	4,20 ± 0,96	0,241	4,14 ± 1,06	4,32 ± 0,94	0,170
Słaba lub nadmierna aktywność	3,65 ± 1,20	3,71 ± 1,10	0,852	3,59 ± 1,27	3,76 ± 1,05	0,493
Zbyt cichy płacz	2,96 ± 1,30	2,82 ± 1,25	0,395	2,97 ± 1,41	2,83 ± 1,16	0,450
Zbyt długi płacz	3,46 ± 1,32	3,34 ± 1,21	0,449	3,30 ± 1,36	3,56 ± 1,12	0,324
Przestraszony wyraz twarzy	3,49 ± 1,25	3,39 ± 1,26	0,507	3,40 ± 1,26	3,51 ± 1,24	0,580
Nagła zmiana koloru skóry	3,71 ± 1,29	3,79 ± 1,27	0,689	3,49 ± 1,34	3,97 ± 1,17	0,013*
Zatrzymanie oddechu	4,69 ± 0,87	4,47 ± 1,00	0,026*	4,51 ± 1,05	4,70 ± 0,72	0,354
Odizolowanie od dziecka	3,95 ± 1,21	4,02 ± 1,09	0,839	3,77 ± 1,38	4,12 ± 0,95	0,188
Brak możliwości karmienia dziecka	3,52 ± 1,23	3,62 ± 1,14	0,674	3,45 ± 1,31	3,65 ± 1,09	0,336
Brak możliwości pielęgnacji dziecka	3,54 ± 1,24	3,58 ± 1,23	0,818	3,48 ± 1,39	3,61 ± 1,11	0,645

Brak możliwości przytulenia dziecka	4,05 ± 1,10	3,95 ± 1,16	0,528	3,89 ± 1,25	4,07 ± 1,04	0,491
Brak możliwości ochrony przed bólem	4,35 ± 0,92	4,31 ± 0,96	0,743	4,34 ± 0,95	4,31 ± 0,94	0,612
Brak możliwości pomocy dziecku	4,31 ± 0,95	4,34 ± 0,92	0,817	4,26 ± 0,99	4,37 ± 0,89	0,443
Brak możliwości bycia z dzieckiem na osobności	3,07 ± 1,29	3,18 ± 1,30	0,521	3,17 ± 1,34	3,07 ± 1,26	0,510
Zapominanie wyglądu dziecka	2,71 ± 1,55	3,43 ± 1,21	0,033*	2,93 ± 1,48	3,24 ± 1,36	0,352
Brak możliwości pokazania dziecka rodzinie	3,00 ± 1,37	3,17 ± 1,35	0,296	3,05 ± 1,44	3,10 ± 1,31	0,742
Strach przed dotykaniem i przytulaniem dziecka	2,59 ± 1,33	2,80 ± 1,25	0,253	2,53 ± 1,34	2,83 ± 1,24	0,146
Silniejsza relacja dziecka z personelem niż z rodzicami	2,83 ± 1,46	2,64 ± 1,37	0,376	2,76 ± 1,49	2,67 ± 1,34	0,765

PSS: NICU – skala stresorów rodzicielskich: Oddział Intensywnej Opieki Neonatologicznej; $\bar{x}$ - średnia arytmetyczna; SD - odchylenie standardowe; p-poziom prawdopodobieństwa dla testu U Manna-Whitney'a; *p<0,05

Dla rodziców dzieci ważących <1500 g czynnikiem bardziej stresogennym była bardzo mała masa ciała dziecka (p=0,005), w porównaniu z rodzicami, których dzieci ważyły ponad 1500 g. Z kolei w grupie rodziców, których dzieci ważyły mniej niż 1500 g, bardziej stresogenne były zaburzony oddech (p=0,050), konieczność karmienia dożylnie lub przez sondę (p=0,011). Rodzice, których dzieci przyszły na świat drogami natury, odczuwali silniejszy stres spowodowany przebywaniem na sali innych pacjentów (p=0,015), niż to miało miejsce w sytuacji rodziców, których poród zakończył się cięciem cesarskim (tabela 3).

Tabela 3. Poziom odczuwanego stresu rodzicielskiego a wybrane czynniki kliniczne

Stres rodziców a wybrane zmienne	mc. dziecka ≤1500 g	mc. dziecka >1500 g	p	PSN	CC	p
	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$		$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	
Obecność sprzętu	2,79 ± 1,12	2,81 ± 1,18	0,912	2,86 ± 1,16	2,79 ± 1,15	0,829
Hałas	2,64 ± 1,29	2,53 ± 1,17	0,493	2,68 ± 1,18	2,56 ± 1,24	0,439
Alarmy	3,80 ± 1,02	3,59 ± 1,17	0,137	3,57 ± 1,01	3,72 ± 1,13	0,257
Inni pacjenci	2,24 ± 1,13	2,43 ± 1,21	0,160	2,65 ± 1,09	2,27 ± 1,18	0,015*
Personel medyczny	1,77 ± 1,04	1,77 ± 0,98	0,861	2,00 ± 1,14	1,72 ± 0,97	0,075
Sztuczna wentylacja	4,12 ± 1,05	4,17 ± 1,18	0,389	4,25 ± 0,95	4,12 ± 1,13	0,687
Czujniki, monitory	3,49 ± 1,10	3,40 ± 1,19	0,594	3,60 ± 1,03	3,41 ± 1,17	0,324
Zasinienia, rany, wkłucia	3,80 ± 0,93	3,70 ± 1,07	0,580	3,96 ± 0,88	3,71 ± 1,02	0,234
Nieprawidłowy kolor skóry	3,49 ± 1,11	3,51 ± 1,26	0,659	3,68 ± 1,07	3,47 ± 1,20	0,378
Zaburzony oddech	4,12 ± 1,03	4,34 ± 0,92	0,050*	4,37 ± 0,74	4,20 ± 1,02	0,560
Bardzo mała masa ciała	3,84 ± 1,19	3,40 ± 1,27	0,005*	3,65 ± 1,28	3,68 ± 1,23	0,927
„Pomarszczona” skóra	2,66 ± 1,11	2,75 ± 1,18	0,607	2,93 ± 1,17	2,66 ± 1,13	0,241
Igły, cewniki, rurki intubacyjne	3,69 ± 1,08	3,77 ± 1,12	0,506	3,92 ± 0,96	3,69 ± 1,12	0,299
Karmienie dożylne, przez sondę	3,17 ± 1,04	3,49 ± 1,24	0,011*	3,52 ± 1,02	3,28 ± 1,16	0,226
Cierpienie dziecka	4,51 ± 0,90	4,49 ± 0,79	0,280	4,59 ± 0,69	4,48 ± 0,87	0,617

Smutek dziecka	4,09 ± 1,11	4,10 ± 1,04	0,937	4,09 ± 1,04	4,10 ± 1,09	0,908
Słabość dziecka	4,23 ± 1,02	4,26 ± 0,96	0,920	4,20 ± 1,07	4,25 ± 0,98	0,977
Słaba lub nadmierna aktywność	3,66 ± 1,15	3,72 ± 1,16	0,711	3,73 ± 1,07	3,67 ± 1,17	0,893
Zbyt cichy płacz	2,94 ± 1,22	2,83 ± 1,35	0,464	3,18 ± 1,21	2,84 ± 1,28	0,128
Zbyt długi płacz	3,31 ± 1,31	3,52 ± 1,21	0,379	3,83 ± 1,07	3,32 ± 1,29	0,096
Przestraszony wyraz twarzy	3,34 ± 1,28	3,55 ± 1,22	0,328	3,61 ± 1,17	3,41 ± 1,27	0,523
Nagła zmiana koloru skóry	3,62 ± 1,33	3,91 ± 1,20	0,152	3,90 ± 1,21	3,72 ± 1,29	0,462
Zatrzymanie oddechu	4,61 ± 0,97	4,55 ± 0,90	0,196	4,67 ± 0,69	4,58 ± 0,97	0,951
Odizolowanie od dziecka	3,95 ± 1,17	4,02 ± 1,13	0,647	3,97 ± 1,05	3,98 ± 1,17	0,750
Brak możliwości karmienia dziecka	3,50 ± 1,17	3,65 ± 1,20	0,345	3,31 ± 1,21	3,62 ± 1,18	0,163
Brak możliwości pielęgnacji dziecka	3,53 ± 1,23	3,59 ± 1,25	0,662	3,59 ± 1,32	3,55 ± 1,22	0,735
Brak możliwości przytulenia dziecka	3,95 ± 1,10	4,05 ± 1,17	0,297	3,87 ± 1,25	4,02 ± 1,11	0,630
Brak możliwości ochrony przed bólem	4,32 ± 0,99	4,34 ± 0,90	0,816	4,27 ± 0,94	4,34 ± 0,94	0,581
Brak możliwości pomocy dziecku	4,33 ± 0,92	4,31 ± 0,95	0,917	4,23 ± 1,05	4,34 ± 0,91	0,646
Brak możliwości bycia z dzieckiem na osobności	3,02 ± 1,24	3,23 ± 1,34	0,158	2,91 ± 1,40	3,17 ± 1,27	0,205
Zapominanie wyglądu dziecka	2,86 ± 1,42	3,25 ± 1,43	0,233	2,60 ± 1,65	3,12 ± 1,40	0,313
Brak możliwości pokazania dziecka rodzinie	2,93 ± 1,38	3,24 ± 1,34	0,050	3,14 ± 1,43	3,07 ± 1,35	0,800
Strach przed dotykiem i przytulaniem dziecka	2,63 ± 1,19	2,79 ± 1,39	0,540	2,40 ± 1,41	2,76 ± 1,26	0,140
Silniejsza relacja dziecka z personelem niż z rodzicami	2,69 ± 1,38	2,77 ± 1,45	0,766	2,81 ± 1,47	2,71 ± 1,40	0,740

PSS: NICU – skala stresorów rodzicielskich; Oddział Intensywnej Opieki Neonatologicznej; $\bar{x}$ - średnia arytmetyczna; SD - odchylenie standardowe; p - poziom prawdopodobieństwa dla testu U Manna-Whitney'a; *p<0,05; mc. dziecka – masa ciała dziecka; PSN - poród siłami natury; CC- cięcie cesarskie.

Dyskusja. Według danych GUS w Polsce, w 2016 r. liczba żywych urodzeń wyniosła 382 tys. i była większa o 13 tys. w porównaniu z rokiem poprzednim, z czego porody dzieci z małą masą ciała stanowiły 0,55% żywych urodzeń [6]. Sytuacja ta, jest wynikiem wielu mechanizmów i powiązań kilkunastu czynników społecznych i medycznych. Jednym z nich jest wiek. Dane GUS wskazują, że coraz częściej rodzą kobiety w wieku powyżej 35 lat, które realizują odroczone zamierzenia prokreacyjne [6].

Odroczone macierzyństwo nie przeszkadza, w podejmowaniu przez matki wczesnego kontaktu „skóra do skóry”, ze względu na niezaprzeczalne dowody jego dobroczynnego wpływu na dziecko i rodziców [14]. Poza tym stanowi „normalne środowisko” gwarantujące ciągły, trwający prawie całą dobę kontakt „skóra do skóry” z częstym, wyłącznym lub prawie wyłącznym karmieniem piersią [15,16]. Kangurowanie jest efektywną i prostą formą stymulacji dziecka przez dotyk, zbliżoną do naturalnej opieki jaką powinna zapewnić dziecku

matka i ojciec, tak szybko jak to tylko będzie możliwe po jego urodzeniu [15,17]. Jest to kluczowa sytuacja, zwłaszcza dla mężczyzn. Większość ojców uzmysławia sobie swoje ojcostwo dopiero z chwilą gdy mogą zobaczyć, dotknąć lub po raz pierwszy przytulić swoje dziecko [18, 19]. Zjawisko to wiąże się z wydzielaniem oksytocyny [20,21] powodującej wzrost opiekuńczych zachowań rodzicielskich wobec dziecka [22], a u noworodka wpływa na zmniejszenie płaczu, uspokaja go, a także stabilizuje metabolizm obniżając poziom kortyzolu, stabilizuje tętno i wzrost ciepłoty ciała [23,24]. Oksytocyna wspomaga wytworzenie bezpiecznej więzi między rodzicem a dzieckiem. W sytuacji urodzenia skrajnie niedojrzałego wcześniaka, może wywoływać silny stres, związany z dużą różnorodnością procedur medycznych i specjalistyczną aparaturą w jego otoczeniu [1,19,25].

Sytuacje te potwierdzają wyniki badań własnych. Wskazując na silne źródło stresu związane z wyglądem i zachowaniem dziecka (cierpienie, smutek i słabość dziecka, zatrzymanie oddechu) z powodu jego hospitalizacji i leczenia (izolacja dziecka, brak możliwości przytulenia, ochrony i pomocy dziecku). I w tym przypadku, doświadczane przez rodziców emocje w głównej mierze zależą od stanu zdrowia dziecka, jego wyglądu i zachowania oraz dźwiękowych bodźców aparatury medycznej. Stwarzają one u rodziców poczucie niemożności wpływania na sytuację, zagubienie i bezradność, wpływając na relacje z personelem oddziału [25,26].

Zauważyliśmy również, że wygląd i zachowanie dziecka związane z zaburzonym oddechem, zmianą koloru skóry i małą masą ciała wiąże się z koniecznością podjęcia karmienia dziecka przez sondę, ale i istotnie częściej wywołuje silny stres u rodziców z wykształceniem wyższym, po 30 roku życia, którym urodziło się dziecko z małą masą ciała. Obserwacje nasze potwierdzają inni badacze [26,27].

W tej sytuacji niezwykle ważnym postępowaniem, obniżającym stres rodzicielski jest wczesny kontakt „skóra do skóry” z dzieckiem, który w miarę upływu czasu będzie się zmieniał [28, 29]. Podobne obserwacje poczynił zespół Nygvis KH [19]. Zauważyli oni, że kontakt „skóra do skóry” od pierwszego dnia opieki sprawowanej przez ojca istotnie częściej koreluje z masą urodzeniową wcześniaka, podczas gdy u matek pojawia się od drugiej doby życia dziecka i w obu przypadkach, jest krótszy dla każdego dodatkowego kilograma urodzeniowej masy ciała dziecka. Również średni czas kontaktu „skóra do skóry” wynosił średnio 14,8 godzin (zakres: 0,0-24,0) dla matki i 4,3 godziny (zakres: 0,0-14,0) dla ojców, malejąc w kolejnych dniach opieki. W drugiej dobie wynosił on odpowiednio 9,0 godzin (zakres 0,0-24,0) u matek i 2,5 godziny (zakres 0,0-13,0) u ojców [19].

W procesie diagnostyczno-terapeutycznym hospitalizowanego dziecka, duży niepokój i stres rodzicielski stwarza wentylacja mechaniczna [4,30,31]. Podobne obserwacje poczyniliśmy w

grupie badanych przez nas rodziców, jednak to obecność innych pacjentów okazała się istotnym źródłem stresu rodzicielskiego dla sposobu zakończenia ciąży. Przypuszczamy, że sytuacja ta, może wiązać się z rodzicami doświadczającymi bliskości i niczym nieograniczonego po naturalnym porodzie kontaktu z dzieckiem [18]. W tym czasie matka szczególnie reaguje na swoje potomstwo, skraca się czas pierwszej inicjacji karmienia piersią i skutecznej długości utrzymania karmienia, ograniczając skutki śmiertelności i zachorowalności niemowląt [32].

Poród przebiegający do tej pory z zapewnieniem wsparcia, intymności, przy minimalnym zaangażowaniu personelu i aparatury medycznej, zmienia się w czasie kiedy dziecko wymaga natychmiastowego leczenia w OITN, a poród kończy się cięciem cesarskim. Zaistniałe okoliczności stają się dla rodziców nową, nieznaną sytuacją, a więc stresującą [7,8,27]. W tym czasie, jeżeli stan dziecka na to pozwala, bezpośredni kontakt „skóra do skóry” przejmuje ojciec, a czas tej opieki wydłuża się średnio o 3,2 godziny (1,2-5,2), w porównaniu do dzieci urodzonych drogami natury ($p=0,003$) [19].

Przebywanie wcześniaka w OITN w pierwszych godzinach i dniach w oddziale, sprzyja wykonywaniu u niego wielu traumatycznych procedur medycznych. W tym czasie częsta bezzasadna rezygnacja rodziców z pierwszego kontaktu z dzieckiem, potęguje u niego podjęcie nieskutecznego ssania po porodzie, a zastosowanie interwencji nosowo-ustno-gardłowej skutecznie obniża efektywność jedzenia [17,32].

W badaniach własnych, tak nietypowa sytuacja związana z hospitalizacją dziecka towarzyszy odczuwaniu silnego stresu rodzicielskiego i wiąże się z niemożnością przytulenia dziecka, jego ochroną przed bólem i niemożnością pomocy mu. Szczególnie znaczenie w tej sytuacji przypisuje się zapominaniu wyglądu dziecka w grupie rodziców powyżej 30 roku życia.

Z naszymi badaniami korespondują wyniki Jopek i wsp. [30]. Wskazują one na poczucie bycia bezradnym w obliczu braku możliwości pomocy dziecku, klasyfikując tę sytuację na najwyższym poziomie stresu rodzicielskiego. Dlatego pielęgniarki i położne pracujące w OITN od pierwszych dni pobytu dziecka w oddziale, powinny otoczyć opieką też rodziców, aby wygląd ich potomka i wspierająca go aparatura medyczna, nie stały się dla nich długo rozpamiętywaną traumą [4,8]. Wskaźnikiem sukcesu w tym przypadku może okazać się postawa personelu pielęgniarskiego zachęcająca do wzmocnienia tego rodzaju kontaktu oraz otoczenie i wyposażenie oddziału [9], które będzie przekładać się na długość pobytu wcześniaka w oddziale i jego stabilność neurobehawioralną [2,16,25]. Ponadto świadomość rodziców co do znaczenia wczesnego kontaktu „skóra od skóry” z dzieckiem, i oczekiwanie tego rodzaju postępowania od pielęgniarek i położnych, spowoduje że personel będzie miał większą motywację do jej praktykowania [9,21]. Jest to sytuacja niezwykle ważna, zwłaszcza

że we wszystkich analizowanych przez nas grupach czynników, personel medyczny działa na rodziców najmniej stresogenne. Pomimo, że nie wykazaliśmy istotnych zależności w tym zakresie, to tego typu sytuacja utwierdza nas w przekonaniu, że personel medyczny OITN pracując w warunkach ciągłej mobilizacji może skutecznie wpływać na odczuwanie stresu rodzicielskiego. Dyskretne towarzyszenie rodzicom w opiece nad dzieckiem, wspieranie jego każdej formy kontaktu, a także wyjaśnianie konieczności stosowania procedur medycznych będzie obniżało poziom stresu [4,30,33]. Postawa, kompetencje i empatia pielęgniarek i położnych, będzie dodawała rodzicom nadziei, a budowanie w oddziale przyjaznych warunków, oprócz zgody na odwiedziny dziecka w określonych godzinach, zapewni im możliwość nieograniczonego kontaktu z dzieckiem, zbuduje ich pewności siebie (np. krzesło lub fotela przy inkubatorze) i przekonanie o profesjonalnej pomocy w walce ze stresem [26, 34, 35, 36] zachęci do opieki nad własnym dzieckiem [7,8,37].

Wnioski:

1. Hospitalizacja dziecka w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka jest dla rodziców czynnikiem stresogennym, tym większym im częściej wiąże się ze zmianami w wyglądzie i zachowaniu dziecka oraz nietypowymi sytuacjami związanymi z jego hospitalizacją.
2. Najmniejszy poziom stresu rodzicielskiego w procesie terapeutyczno-diagnostycznym dziecka wywołuje personel medyczny, który wspiera rodziców podejmujących kontakt z dzieckiem, wzmacniając ich kompetencje i wspierając ich emocjonalnie.

Piśmiennictwo:

1. Kochman D, Bogdanowicz A. Problemy rodziców dzieci urodzonych przedwcześnie. *Pediatr Pol.* 2010; 85 (1): 41-46.
2. De Bernardo G, Svelto M, Giordano M, Sordino D, Riccitelli M. Supporting parents in taking care of their infants admitted to a neonatal intensive care unit: a prospective cohort pilot study. *Ital J Pediatr.* 2017; 43(1): 36.
3. Bednarek A., Mianowana V, Jachorek M. Oczekiwania rodziców hospitalizowanych noworodków w zakresie realizowanej opieki. *Probl Pielęg.* 2011, 19 (1): 27-33.
4. Grosik C, Snyder D, Cleary GM, Breckenridge DM, Tidwell B. Identification of internal and external stressors in parents of newborns in intensive care. *Perm J.* 2013 17(3): 36-41.
5. Kmita G. Rodzice i ich przedwcześnie urodzone dziecko. (red.) Helwich E. Wcześniak. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002, 111-125.
6. Demographic Yearbook of Poland. Central Statistical Office. Warsaw 2017.

7. Phuma-Ngaiyaye E, Welcome Kalembo F. Supporting mothers to bond with their newborn babies: Strategies used in a neonatal intensive care unit at a tertiary hospital in Malawi. *International Journal of Nursing Sciences* 2016; 3(4): 362-366.
8. Busse M, Stromgren K, Thorngate L, Thomas KA. Parents' Responses to Stress in the Neonatal Intensive Care Unit. *Crit Care Nurse*. 2013; 33(4): 52-59.
9. Nahidi F, Tavafian SS, Heidarzadeh M, Hajizadeh E, Montazeri A. The Mother-Newborn Skin-to-Skin Contact Questionnaire (MSSCQ): development and psychometric evaluation among Iranian midwives. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014; 14: 85.
10. Charpak N, Ruiz JG, Zupan J, Cattaneo A, Figueroa Z, Tessier R et al. Kangaroo Mother Care: 25 years after. *Acta Paediatr*. 2005; 94 (5): 514-522.
11. Holditch-Davis D, White-Traut RC, Levy JA, O'Shea TM, Geraldo V, David RJ. Maternally administered interventions for preterm infants in the NICU: effects on maternal psychological distress and mother-infant relationship. *Infant Behav Dev*. 2014; 37(4): 695-710.
12. DiPietro JA, Goldshore MA, Kivlighan KT, Pater HA, Costigan KA. The ups and downs of early mothering. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2015; 36(3): 94-102.
13. Miles MS, Funk SG, Carlson J. Parental Stressor Scale: neonatal intensive care unit. *Nurs Res*. 1993; 42(3): 148-152.
14. Zych B, Błaż W, Kanadys K, Dmoch-Gajzlerska E, Nagórska M. Differences in parental stress in mothers and fathers of preterm infants: A prospective study in Poland. *Eur J Midwifery*. 2025; 9.
15. Als H., McAnulty GB. The Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) with Kangaroo Mother Care (KMC): Comprehensive Care for Preterm Infants. *Curr Womens Health Rev*. 2011; 7(3): 288–301.
16. Brimdyr K, Cadwell K, Stevens J, Takahashi Y. An implementation algorithm to improve skin-to-skin practice in the first hour after birth. *Matern Child Nutr*. 2018;14(2): e12571.
17. Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003; (2): CD003519.
18. Ulman-Włodarz I, Poręba A, Kwiatkowska E, Szafarczyk A. Husband's participation in the delivery-influence on family bond. *Klin. Perinatol. Ginekol*. 2007, 43 (3): 52-56.
19. Nyqvist KH, Rosenblad A, Volgsten H, Funkquist EL, Mattsson E. Early skin-to-skin contact between healthy late preterm infants and their parents: an observational cohort study. *PeerJ*. 2017 Oct 30;5: e3949. doi: 10.7717/peerj.3949. eCollection 2017
20. Matthiesen AS, Ransjö-Arvidson AB, Nissen E, Uvnäs-Moberg K. Postpartum maternal oxytocin release by newborns: effects of infant hand massage and sucking. *Birth* 2001; 28: 13–19.
21. Dalbye R, Calais E, Berg M. Mothers' experiences of skin-to-skin care of healthy full-term newborns – A phenomenology study. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2011(2): 107–111.
22. Bystrova K, Ivanova V, Edhborg M, Matthiesen AS, Ransjö-Arvidson AB, Mukhamedrakhimov R et al. Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. *Birth*. 2009; 36(2): 97-109.

23. Bystrova K, Widstrom AM, Matthiesen AS, Ransjo-Arvidson AB, Welles-Nystrom B, Wassberg C, et al. Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of “the stress of being born”: a study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St. Petersburg. *Acta Paediatr.* 2003; 92: 320–326.
24. Bergman NJ, Linley LL, Fawcus SR. Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization in 1200- to 2199-gram newborns. *Acta Paediatr.* 2004; 93: 779–785.
25. Noergaard B, Ammentorp J, Garne E, Fenger-Gron J, Kofoed PE. Fathers' Stress in a Neonatal Intensive Care Unit. *Adv Neonatal Care.* 2018 doi: 10.1097/ANC.0000000000000503.
26. Schappin R, Wijnroks L, Uniken Venema MM, Jongmans MJ. Rethinking stress in parents of preterm infants: a meta-analysis. *PLoS One.* 2013; 8(2): e54992.
27. Bursa J, Staśkiewicz K, Czerwińska D. Analiza problemów związanych z koniecznością prowadzenia przewlekłej hospitalizacji dzieci w oddziale intensywnej terapii. *Pediatr Pol.* 2011, 86 (1): 28-31.
28. Needle JS, O'Riordan M, Smith PG. Parental anxiety and medical comprehension within 24 hrs of a child's admission to the pediatric intensive care unit. *Pediatr Crit Care Med.* 2009;10(6): 668-74.
29. Samra HA, Dutcher J, McGrath JM, Foster M, Klein L, Djira G, et al. Effect of Skin-to-Skin Holding on Stress in Mothers of Late-Preterm Infants: A Randomized Controlled Trial. *Adv Neonatal Care.* 2015; 15(5): 354-64.
30. Jopek A, Gadzinowska-Szczucińska J, Szczapa T. Ocena percepcji stresu odczuwanego przez rodziców dzieci hospitalizowanych w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka. *Ginekol Pol.* 2009, 80: 367-373.
31. Morisod-Harari M, Borghini A, Hohlfeld P, Forcada-Guex M, Muller-Nix C. Influence of prenatal hospitalization on parental stressful experience in the case of a premature birth. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2013; 42(1): 64-70.
32. Cantrill RM, Creedy DK, Cooke M, Dykes F. Effective suckling in relation to naked maternal-infant body contact in the first hour of life: an observation study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014; 14: 20.
33. Dyga-Konarska M. Informacyjne i emocjonalne wsparcie pacjenta przez personel medyczny. *Stand Med.* 2004: 24-26.
34. Kmita G. Wybrane metody wsparcia wczesnych kontaktów pomiędzy rodzicami a hospitalizowanym noworodkiem. *Med Wieku Rozw.* 2000, 4: 413-422.
35. Bilecka D, Korbińska M, Popow A, Szewczyk MT. Oczekiwania rodziców względem opieki pielęgniarstwa nad dzieckiem w warunkach szpitalnych. *Pielęg Chir Angiol.* 2009, 1: 20-25.
36. Pukas A, Suda W, Kwitkowska-Gruca M, Behrendt J, Godula-Stuglik U. Poziom lęku u rodziców noworodków leczonych w oddziale intensywnej terapii a wsparcie ze strony rodziny i personelu medycznego. *Pediatr Pol.* 2010; 85 (4): 341-344.
37. Miles MS, Mathes M. Preparation of parents for the ICU experience: what are we missing? *Child Health Care.* 1991; 20 (3): 132–137.

ZESPÓŁ NAPIĘCIA PRZEDMIESIĄCZKOWEGO A JAKOŚĆ ŻYCIA MŁODYCH Kobiet

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

Wprowadzenie. Zespół napięcia przedmiesiączkowego, inaczej znany jako PMS, cechuje się występowaniem dokuczliwych objawów somatycznych lub psychicznych, które są związane z obecnością ciała żółtego oraz wpływem metabolitów steroidów jajnikowych na poziom oraz funkcjonowanie neurotransmiterów [1]. Zespół napięcia przedmiesiączkowego rozpoznaje się, gdy jego objawy występują systematycznie w okresie przedmiesiączkowym. Symptomy zazwyczaj trwają do 4 dnia cyklu miesięczkowego. Zespół ten najczęściej występuje u kobiet w okresie reprodukcyjnym, u których występują cykle owulacyjne. Częstość występowania PMS wynosi od 3 do 10%, jednak liczba ta jest zmienna [2].

Etiologia zespołu napięcia przedmiesiączkowego nie jest do końca znana. Wiadomą zmienną w tym zespole jest występowanie cyków owulacyjnych oraz zmiany w stężeniach żeńskich hormonów płciowych [3,4]. Na dzień dzisiejszy za prawidłową etiologię PMS uznaje się nieprawidłowości w działaniu neuroprzekaźników centralnego układu nerwowego. Te neuroprzekaźniki to: serotonina oraz kwas gamma-aminomasłowy (GABA). Kobiety, u których występuje Zespół napięcia przedmiesiączkowego, w czasie trwania fazy lutealnej, stwierdza się obniżone stężenie serotoniny we krwi oraz jej mniejszy wychwyt przez płytki krwi [5]. Natomiast w fazie folikularnej potwierdzono wzrost wrażliwości receptorów serotoninowych [6].

Czynnikami predysponującymi do wystąpienia Zespołu napięcia przedmiesiączkowego są:

- wiek powyżej 30 roku życia,
- stres,
- choroby psychiatryczne,
- spożywanie nabiału w dużych ilościach,
- spożywanie w dużych ilościach napoi z dodatkiem kofeiny tj.: kawa czy napoje energetyczne,
- konsumpcja produktów bogatych w cukry proste w dużych ilościach, po których szybko wzrasta poziom cukru we krwi obwodowej,
- wysokie stężenie estrogenów we krwi, które jest spowodowane pobieraniem stosunkowo dużej ilości tłuszczów, a co za tym idzie odkładaniem się go w organizmie.
- niskie stężenie progesteronu we krwi, który stabilizuje wpływ estrogenów na organizm,
- nadwaga,

- brak aktywności fizycznej,
- niedobory magnezu,
- stosunkowo małe stężenia witaminy C, witaminy E oraz selen [7].

Rozpoznanie Zespołu napięcia przedmiesiączkowego stawia się w oparciu o przeprowadzony wywiad z pacjentką, badanie przedmiotowe, które powinno zawierać badanie ginekologiczne w tym badanie piersi. Ważne jest również to, aby u kobiet, których menstruacja jest nieregularna sprawdzić czy występuje u nich owulacja. Rozpoznając Zespół napięcia przedmiesiączkowego można stwierdzić, gdy kobieta zgłasza przynajmniej 1 z 4 objawów fizycznych, bądź 1 z 6 objawów psychicznych, które występują do 5 dni przed rozpoczęciem menstruacji. Ocenę tą powinno się określić na przykładzie 3 wcześniejszych cykli menstruacyjnych bądź 2 kolejnych cykli menstruacyjnych [8]. Twierdzi się, iż objawy te powinny ustąpić do 4 dnia krwawienia miesięczkowego, ponadto ani jeden z tych symptomów nie może pojawić się aż przed fazą przedowulacyjną.

Objawy towarzyszące zespołowi napięcia przedmiesiączkowego dzieli się na 3 grupy: objawy fizyczne, objawy psychiczne oraz objawy behawioralne [9].

- objawy fizyczne: tkliwość piersi, bóle głowy, migrena, zaburzenia trawienia oraz uczucie wzdęcia, trądzik, obrzęki, napady objadania się,
- objawy psychiczne: częste zmiany nastroju, drażliwość, ospałość, uczucie niepokoju, napady gniewu, wycofanie się ze społeczeństwa,
- objawy behawioralne: obniżenie zdolności poznawczych, oraz analizy wzrokowo-przestrzennej [3].

Jakość życia kobiet z Zespołem napięcia przedmiesiączkowego głównie zależy od objawów, jakie towarzyszą kobiecie [10].

Leczenie w przypadku zespołu napięcia przedmiesiączkowego można podzielić na niefarmakologiczne oraz farmakologiczne. Leczenie w głównej mierze zależy od nasilenia odczuwanych objawów. Proponuje się najpierw rozpocząć od leczenia niefarmakologicznego, gdyż będzie ono mniej inwazyjne dla organizmu.

Do elementów leczenia niefarmakologicznego zaliczamy:

- aktywność fizyczną np. spacer, jogging, basen, aerobik,
- „higienę snu”,
- zmiana nawyków żywieniowych (zmniejszenie spożywania soli kuchennej, ograniczyć spożywanie produktów zawierających duże ilości kofeiny, cukrów prostych oraz tłuszczów nasyconych, wzbogacić dietę w produkty z błonnikiem oraz węglowodanami)[11].

- suplementacja: witamina B1 czy B6, wapń, potas czy magnez [12].
- stosowanie preparatów ziołowych np.: wiesiołek, miłorząb japoński czy niepokalanek pospolity [2].

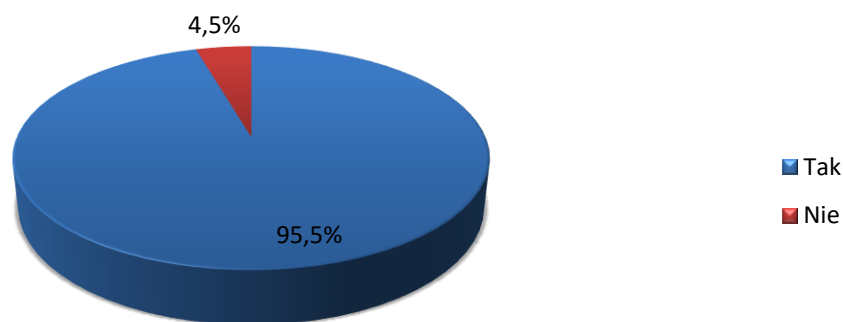
W sytuacji, kiedy symptomy PMS stają się bardziej odczuwalne w życiu codziennym oraz utrudniają normalne funkcjonowanie zalecane jest zastosowanie leczenia farmakologicznego. Pierwszym sugerowanym lekiem w leczeniu Zespołu napięcia przedmiesiączkowego są SSRI oraz SNRI (z ang. serotonin norepinephrine reuptake inhibitor) [13]. Drugim wyborem podczas leczenia farmakologicznego są środki, które hamują proces owulacji, czyli między innymi tabletki bądź plastry antykoncepcyjne zawierające progesteron drugiej generacji. Środki te są stosowane bardzo często pomimo tego, iż ich działanie nie zostało do końca potwierdzone [4].

Cel pracy. Głównym celem pracy była ocena jakości życia młodych kobiet z Zespołem napięcia przedmiesiączkowego.

Materiał i metoda. W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym była autorska ankieta, która składa się z 23 pytań, gdzie 4 pytania dotyczą danych metryczkowych. Natomiast druga część ankiety dotyczy tematu jakości życia kobiet, które borykają się z Zespołem napięcia przedmiesiączkowego. Badania za pomocą ankiety przeprowadzono od listopada 2022 roku do stycznia 2023 roku. Ankiety rozprowadzono w kontakcie bezpośrednim, w formie papierowej w Szpitalu Specjalistycznym Pro-Familia w Rzeszowie po uprzednim otrzymaniu zgody od Ordynatora oddziału ginekologiczno-położniczego oraz od Dyrektora szpitala. Badaniami objęto 400 ankietowanych w wieku 18 – 35 lat przebywających w tym okresie na oddziałach ginekologii i położnictwa szpitala Pro-Familia w Rzeszowie. Warunkami włączenia była: zgoda na ankietowanej na wypełnienie ankiety, kontakt logiczno-słowny z ankietowaną oraz ankietowane, które miesiączkują regularnie bądź nieregularnie. Wypełnienie ankiety było anonimowe oraz dobrowolne. Zebrany materiał poddano analizie oraz opracowaniu statystycznemu.

W opracowaniu użyto testu niezależności χ^2 , testu Manna-Whitney'a oraz testu Kruskala-Wallisa. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Obliczenia wykonano programem SPSS 22.

Wyniki. Objawy Zespołu napięcia przedmiesiączkowego odczuwało 95,5% kobiet (N=382) (ryc. 1).



Ryc. 1. Odczuwanie objawów Zespołu napięcia przedmiesiączkowego
Źródło: opracowanie własne

Najczęściej występujące objawy fizyczne podczas trwania Zespołu napięcia przedmiesiączkowego, to: ból brzucha (1,98 pkt.), tkliwość piersi (2,42 pkt.), napady objadania się (2,88 pkt.). Z mniejszym nasileniem występowały takie objawy PMS, jak: trądzik (3,11 pkt.), wzdęcia (3,16 pkt.), migrena (3,76 pkt.), obrzęki (3,82 pkt.), czy problemy ze snem (3,97 pkt.) (tab. 1).

Tab. 1. Częstość odczuwania objawów fizycznych podczas trwania Zespołu napięcia przedmiesiączkowego (N=382)

	Bardzo często		Często		Czasami		Rzadko		Nigdy		Średnia	SD
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Ból brzucha	157	41,1%	121	31,7%	64	16,8%	34	8,9%	6	1,6%	1,98	1,04
Migrena	32	8,4%	30	7,9%	85	22,3%	87	22,8%	148	38,7%	3,76	1,27
Tkliwość piersi	115	30,1%	96	25,1%	86	22,5%	65	17,0%	20	5,2%	2,42	1,23
Trądzik	49	12,8%	85	22,3%	88	23,0%	95	24,9%	65	17,0%	3,11	1,29
Obrzęki	22	5,8%	42	11,0%	65	17,0%	107	28,0%	146	38,2%	3,82	1,22
Wzdęcia	39	10,2%	85	22,3%	108	28,3%	75	19,6%	75	19,6%	3,16	1,26
Napady objadania się	61	16,0%	99	25,9%	106	27,7%	58	15,2%	58	15,2%	2,88	1,28
Problemy ze snem	12	3,1%	44	11,5%	47	12,3%	120	31,4%	159	41,6%	3,97	1,13

Źródło: opracowanie własne

*skala 1-5 pkt., gdzie 1-bardzo często, 5-nigdy; wyższe wartości średnie, to mniejsze nasilenie objawów

Objawy psychiczne związane z Zespołem napięcia przedmiesiączkowego u badanych kobiet, to najczęściej: drażliwość (2,00 pkt.), częste zmiany nastroju (2,16 pkt.), rzadziej napady gniewu (2,86 pkt.), ospałość (3,23 pkt.), uczucie niepokoju (3,27 pkt.), pogorszenie relacji społecznych (3,75 pkt.), czy wycofanie społeczne (3,75 pkt.) (tab. 2).

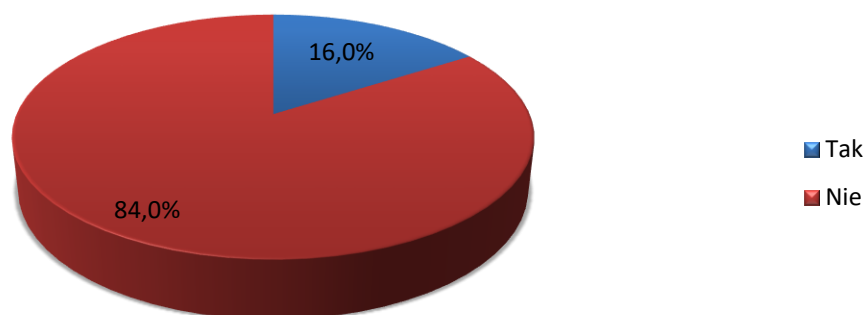
Tab. 2. Częstość odczuwania objawów psychicznych podczas trwania Zespołu napięcia przedmiesiączkowego (N=382)

	Bardzo często		Często		Czasami		Rzadko		Nigdy		Średnia	SD
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Częste zmiany nastroju	134	35,1%	109	28,5%	92	24,1%	36	9,4%	11	2,9%	2,16	1,10
Drażliwość	133	34,8%	143	37,4%	81	21,2%	22	5,8%	3	,8%	2,00	0,93
Uczucie niepokoju	41	10,8%	60	15,8%	111	29,2%	90	23,7%	78	20,5%	3,27	1,26
Napady gniewu	63	16,5%	89	23,3%	110	28,8%	79	20,7%	41	10,7%	2,86	1,23
Wycofanie społeczne	15	3,9%	40	10,5%	91	23,8%	114	29,8%	122	31,9%	3,75	1,13
Ospalność	25	6,5%	86	22,5%	110	28,8%	98	25,7%	63	16,5%	3,23	1,16
Pogorszenie relacji społecznych	18	4,7%	47	12,3%	71	18,6%	123	32,2%	123	32,2%	3,75	1,17

Źródło: opracowanie własne

*skala 1-5 pkt., gdzie 1-bardzo często, 5-nigdy; wyższe wartości średnie, to mniejsze nasilenie objawów

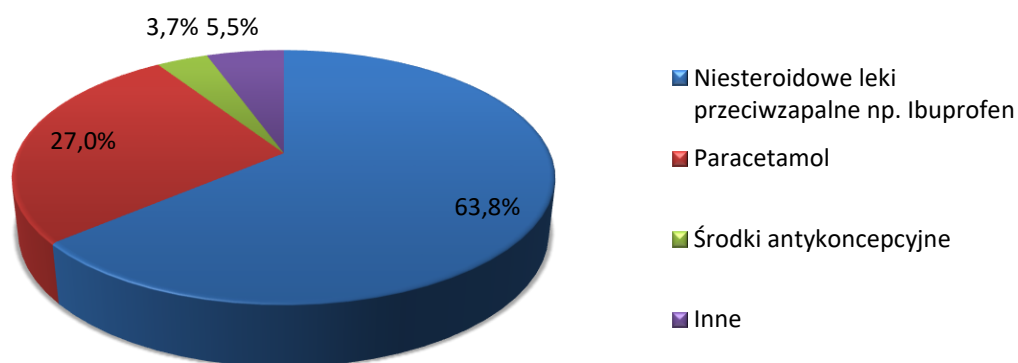
W związku z odczuwanymi objawami Zespołu napięcia przedmiesiączkowego skonsultowało się z lekarzem ginekologiem 16,0% kobiet (N=61) (ryc. 2).



Ryc. 2. Wizyta u lekarza ginekologa w związku z odczuwanymi objawami Zespołu napięcia przedmiesiączkowego (N=382)

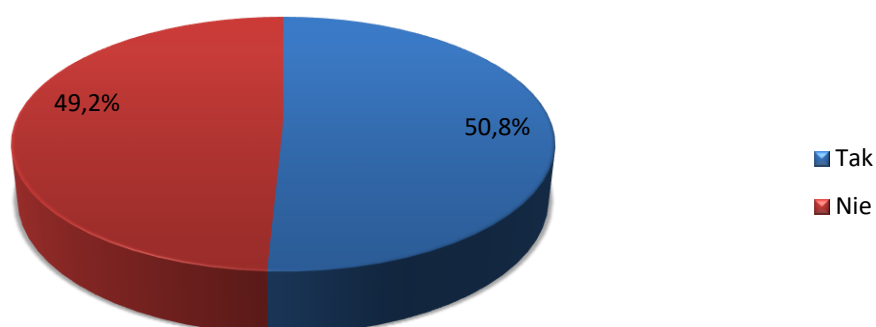
Źródło: opracowanie własne

Najczęściej stosowanymi lekami łagodzącymi objawy Zespołu napięcia przedmiesiączkowego były niesteroidowe leki przeciwzapalne (63,8%, N=104), rzadziej Paracetamol (27,0%, N=44), a niewielki odsetek respondentek sięgał po środki antykoncepcyjne (3,7%, N=6) lub inne (5,5%, N=9) (ryc. 3).



Ryc. 3. Leki stosowane w celu łagodzenia objawów Zespołu napięcia przedmiesiączkowego (N=163)
Źródło: opracowanie własne

Grupa 50,8% ankietowanych młodych kobiet (N=194) przyznała, że objawy Zespołu napięcia przedmiesiączkowego w znaczny sposób wpływały na ich codzienne życie (ryc. 4).



Ryc. 4. Odczuwanie znacznego wpływu objawów Zespołu napięcia przedmiesiączkowego na codzienne życie (N=382)
Źródło: opracowanie własne

W przypadku pojawienia się objawów Zespołu napięcia przedmiesiączkowego kobiety najczęściej, jeżeli musiały, wykonywały codzienne obowiązki (1,71 pkt.), spotykały się z partnerem/ partnerką (2,33 pkt.), brały ciepłą kąpiel (2,41 pkt.), czy kupowały ulubione przekąski (2,58 pkt.). Czasami respondentki decydowały się na spacer (3,11 pkt.), pozostanie w domu (3,25 pkt.), wyjście ze znajomymi (3,53 pkt.) lub nie chciały z nikim kontaktu (3,59 pkt.). Bardzo rzadko, gdy występowały objawy Zespołu napięcia przedmiesiączkowego kobiety chodziły na siłownię (4,22 pkt.) (tab. 3).

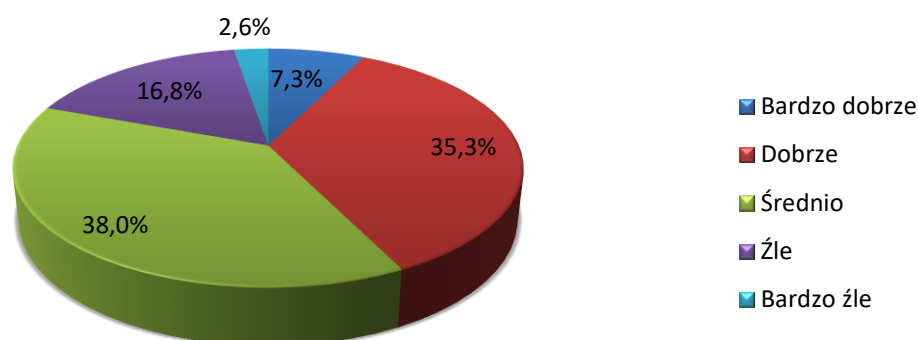
Tab. 3. Częstość wykonywania wybranych czynności, gdy pojawiają się objawy Zespołu napięcia przedmiesiączkowego (N=382)

	Bardzo często		Często		Czasami		Rzadko		Nigdy		Średnia	SD
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Zostaję w domu	45	11,8%	73	19,1%	85	22,3%	98	25,7%	81	21,2%	3,25	1,31
Wychodzę na spotkanie ze znajomymi	4	1,0%	46	12,0%	126	33,0%	154	40,3%	52	13,6%	3,53	0,91
Nie chcę mieć z nikim kontaktu	22	5,8%	44	11,5%	109	28,5%	101	26,4%	106	27,7%	3,59	1,17
Kupuję ulubione przekąski	75	19,6%	118	30,9%	104	27,2%	61	16,0%	24	6,3%	2,58	1,16
Spotykam się z partnerem/partnerką	134	35,1%	112	29,3%	55	14,4%	38	9,9%	43	11,3%	2,33	1,34
Biore ciepłą kąpiel	90	23,6%	142	37,2%	79	20,7%	45	11,8%	26	6,8%	2,41	1,17
Jeżeli muszę wykonuję codzienne obowiązki	188	49,2%	142	37,2%	32	8,4%	16	4,2%	4	1,0%	1,71	0,87
Idę na spacer	32	8,4%	81	21,2%	123	32,2%	105	27,5%	41	10,7%	3,11	1,11
Wychodzę na siłownię	20	5,2%	17	4,5%	36	9,4%	96	25,1%	213	55,8%	4,22	1,12

Źródło: opracowanie własne

*skala 1-5 pkt., gdzie 1-bardzo często, 5-nigdy; wyższe wartości średnie, to mniejsze nasilenie objawów

Jakość życia seksualnego w momencie wystąpienia objawów Zespołu napięcia przedmiesiączkowego była przez kobiety określana, jako średnia (38,0%, N=145) lub dobra (35,3%, N=135). Źle oceniło ją 16,8% badanych (N=64), a bardzo źle 2,6% kobiet (N=10). Tylko 7,3% ankietowanych (N=28) uważało, że w momencie wystąpienia objawów PMS jakość ich życia seksualnego była bardzo dobra (ryc. 5).



Ryc. 5. Ocena jakości życia seksualnego podczas występowania objawów Zespołu napięcia przedmiesiączkowego (N=382)
Źródło: opracowanie własne

Kobiety, które przyznały, że objawy Zespołu napięcia przedmiesiączkowego w znaczny sposób wpływały na ich codzienne życie jednocześnie z większą częstością odczuwały wszystkie psychiczne objawy PMS ($p < 0,0001$) (tab. 4).

Tab. 4. Częstość odczuwania objawów psychicznych podczas trwania Zespołu napięcia przedmiesiączkowego wg odczuwania znacznego wpływu objawów Zespołu napięcia przedmiesiączkowego na codzienne życie

Odczuwanie znacznego wpływu objawów Zespołu napięcia przedmiesiączkowego na codzienne życie		Częste zmiany nastroju	Drażliwość	Uczucie niepokoju	Napady gniewu	Wycofanie społeczne	Ospalność	Pogorszenie relacji społecznych
Tak	M	1,90	1,76	2,94	2,54	3,51	2,93	3,41
	SD	1,00	0,86	1,25	1,25	1,15	1,15	1,20
Nie	M	2,44	2,26	3,61	3,19	4,01	3,54	4,10
	SD	1,12	0,93	1,18	1,12	1,05	1,10	1,03
Ogółem	M	2,16	2,00	3,27	2,86	3,75	3,23	3,75
	SD	1,10	0,93	1,26	1,23	1,13	1,16	1,17
p		<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001

Źródło: opracowanie własne

Młode kobiety, które przyznały, że objawy Zespołu napięcia przedmiesiączkowego wpływają na ich codzienne życie jednocześnie częściej odczuwały takie objawy fizyczne, jak ból brzucha ($p < 0,0001$), migrena ($p < 0,0001$), obrzęki ($p = 0,0002$), wzdęcia ($p = 0,0003$), napady objadania się ($p < 0,0001$) oraz problemy ze snem ($p = 0,0006$) (tab. 5).

Tab. 5. Częstość odczuwania objawów fizycznych podczas trwania Zespołu napięcia przedmiesiączkowego wg odczuwania znacznego wpływu objawów Zespołu napięcia przedmiesiączkowego na codzienne życie

Odczuwanie znacznego wpływu objawów Zespołu napięcia przedmiesiączkowego na codzienne życie		Ból brzucha	Migrena	Tkliwość piersi	Trądzik	Obrzęki	Wzdęcia	Napady objadania się	Problemy ze snem
Tak	M	1,74	3,44	2,39	2,99	3,59	2,93	2,52	3,81
	SD	0,88	1,38	1,17	1,33	1,26	1,16	1,19	1,12
Nie	M	2,23	4,08	2,46	3,23	4,05	3,40	3,25	4,13
	SD	1,13	1,06	1,28	1,23	1,12	1,32	1,27	1,13
Ogółem	M	1,98	3,76	2,42	3,11	3,82	3,16	2,88	3,97
	SD	1,04	1,27	1,23	1,29	1,22	1,26	1,28	1,13
p		<0,0001	<0,0001	0,7293	0,0878	0,0002	0,0003	<0,0001	0,0006

Źródło: opracowanie własne

Dyskusja. Zespół napięcia przedmiesiączkowego w znacznym stopniu oddziałuje na jakość życia kobiet. Wiele z nich boryka się z objawami ze sfery psychicznej jak i fizycznej [4].

Analizując wyniki zebranych badań, można stwierdzić, że pierwsze objawy Zespołu napięcia przedmiesiączkowego kobiety odczuwały po 20 dniu cyklu (64,4%). U Kozłowskiej i wsp. również występuje korelacja w przypadku czasu występowania pierwszych objawów PMS podczas cyklu [14]. W badaniach własnych ankietowane odpowiadały, iż symptomy ustępowały najczęściej w dniu rozpoczęcia krwawienia miesięczkowego (53,4%), rzadziej natomiast odpowiadano, iż po zakończeniu krwawienia miesięczkowego (25,4%). Z kolei u Kozłowskiej i wsp. ankietowane odpowiadały, że symptomy PMS ustępowały kilka dni po pojawieniu się krwawienia miesięczkowego [14]. W obu przypadkach jest wspomniane o tym, iż symptomy pojawiły się przed krwawieniem miesięczkowym oraz, że ustąpienie objawów wystąpiło w trakcie trwania krwawienia miesięczkowego.

W przeprowadzonych badaniach otrzymano, iż kobiety były nieświadome faktu, że objawy Zespołu napięcia przedmiesiączkowego można leczyć. Jedynie 16,0% kobiet udało się do lekarza ginekologa z powodu odczuwanych objawów. Podobne wyniki otrzymała Kozłowska i wsp., gdzie tylko 23,0% respondentek skorzystało z porady lekarza ginekologa [14].

Najczęściej zgłaszanymi przez respondentki objawami Zespołu napięcia przedmiesiączkowego był: ból brzucha (41,1%), tkliwość piersi (30,1%), napady nadmiernego objadania się (16,0%), występowanie trądziku (12,8%), pojawienie się wzdęć (10,2%). W badaniach przeprowadzonych przez Kozłowską i wsp. najczęściej wspominanymi objawami był: wzrost masy ciała, wzdęcia, obrzęki nóg (69,8%), problemy z cerą (45,9%). Wiele z nich wskazywało,

bóle głowy bądź migreny (24,6%), zwiększony apetyt (14,8%) [14]. W badaniach przeprowadzonych przez Ejsymont i wsp. respondentki wskazywały na: problemy z cerą, nagłą chęć na konkretne artykuły spożywcze czy szybsze przetłuszczanie się włosów [12]. Porównując podane dane można stwierdzić, iż ankietowane odczuwały szereg objawów ze sfery fizycznej, jedne bardziej a drugie mniej. Nie mniej jednak można pokusić się o stwierdzenie, że w znacznym stopniu wpływały one na jakość życia codziennego każdej z respondentek.

Wiele kobiet zgłaszało występowanie objawów również ze sfery psychicznej. W badaniu własnym ankietowane odpowiadały, że najczęściej odczuwały: drażliwość (34,8%) oraz częste zmiany nastrojów (35,1%), o mniejszym nasileniu występowały: napady gniewu (16,5%), ospałość (6,5%), uczucie niepokoju (10,8%), pogorszenie relacji społecznych (4,7%). W badaniach przeprowadzonych przez Kozłowską i wsp. respondentki wskazywały, iż najczęściej towarzyszącymi objawami ze sfery psychicznej była drażliwość (90,2%) oraz obniżenie nastroju (73,8%). Z mniejszym nasileniem występowały dolegliwości takie jak: odczuwanie niepokoju (52,5%), płaczliwość (41,8) czy gniew (24,6%)[14]. W przypadku badań przeprowadzonych przez Ejsymont i wsp. najczęściej występującymi objawami były: drażliwość, złość oraz irytacja [12]. Podane dane pokazują, że kobiety najczęściej doświadczają drażliwości oraz zmienności nastrojów, które zostały najczęściej wymieniane przez respondentki w obu badaniach.

W związku z odczuwanymi objawami 42,7% młodych kobiet przyznało, iż stosuje środki, które łagodzą odczuwane symptomy. Ankietowane odpowiadały, iż najczęściej sięgały po niesteroidowe leki przeciwzapalne np. Ibuprofen (63,8%), drugim lekiem, którym wspomagały się respondentki był Paracetamol, po który sięgnęło 27,0% kobiet biorących udział w badaniu. Podobne wyniki otrzymano w badaniach przeprowadzonych przez Kozłowska i wsp., gdzie aż 71,3% respondentek wskazało zażywanie leków przeciwbólowych w celu złagodzenia odczuwanych objawów Zespołu napięcia przedmiesiączkowego [14]. Natomiast w przypadku badań przeprowadzonych przez Urbaną i wsp. po środki farmakologiczne sięgnęło tylko 17,8% respondentek, najczęściej wybieraną formą natomiast były ćwiczenia (24,4%) [15]. W badaniach przeprowadzonych przez Kruk i wsp. około 50% badanych podało, iż regularne ćwiczenia pomogły zmniejszyć odczuwanie objawów Zespołu napięcia przedmiesiączkowego [16].

Odczuwane przez kobiety objawy są na tyle dokuczliwe i w znacznym stopniu oddziałują na jakość życia, tego zadnia było 50,8% respondentek. Podobne wyniki otrzymała Kozłowska i wsp., gdzie 56,6% ankietowanych odpowiedziało twierdząco na pytanie dotyczące tego czy

odczuwane objawy zakłócają życie codzienne kobiet [15]. Analizując dostępne dane można stwierdzić, że odczuwane symptomy PMS w znacznym stopniu obniżają jakość życia młodych kobiet, które borykają się z tym schorzeniem.

Wnioski.

1. Do najczęstszych objawów Zespołu napięcia przedmiesiączkowego zalicza się: ból brzucha, tkliwość piersi, częste zmiany nastrojów oraz drażliwość.
2. Odczuwane objawy w znacznym stopniu wpływają na jakość życia młodych kobiet.
3. Respondentki określają ogólną jakość życia w momencie pojawienia się objawów PMS jako średnią.
4. Kobiety nie korzystają z pomocy lekarza ginekologa w leczeniu symptomów Zespołu napięcia przedmiesiączkowego.

Literatura

1. Skrzypulec-Plinta V, Drosdzol-Cop A. PMS i PMDD u dziewcząt. Ginekologia dziecięca i dziewczęca. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2021;142-145.
2. Hanyż M. Zespół napięcia przedmiesiączkowego. W: Maciejewski T, Filipp E. (red.). Ginekologia wieku rozwojowego. Medical Tribune Polska, Warszawa 2015;153-157.
3. Krawczyk W, Rudnicka-Drożak E. Zespół napięcia przedmiesiączkowego. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2011;17:145-147.
4. Tkaczuk-Włach J, Sobstyl M, Syty K. i wsp. Zespół napięcia przedmiesiączkowego. Przegląd Menopauzalny 2009;8:339-343.
5. Rapkin AJ, Edelmuth E, Chang LC. et al. Whole blood serotonin in the premenstrual syndrome. Obstet Gynecol 1987;70:533-537.
6. Mitwally M, Kahn L, Halbreich U. Pharmacotherapy of premenstrual syndromes and premenstrual dysphoric disorder: current practices. Expert Opinion Pharmacother 2012;3:1577-1590.
7. Datta M, Randall L, Holmes N. i wsp. Zespół napięcia przedmiesiączkowego. W: Bręborowicz G. (red.). Położnictwo i ginekologia błyskawicznie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006;200-201.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion number 310. Endometriosis in adolescents. Obstet Gynecol 2005;105:921-927.
9. Northrup C. Zespół napięcia przedmiesiączkowego. Ciało kobiety, mądrość kobiety. Wydawnictwo CoJaNaTo, Warszawa 2019;143-155.
10. Nowaczyk J, Bręborowicz G. Zespół napięcia przedmiesiączkowego. W: Bręborowicz G, Nowak-Markowitz E, Rechberger T. (red.). Sytuacje kliniczne w ginekologii, onkologii ginekologicznej i uroginekologii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017;133-135.
11. Rutkowska K. Wpływ diety roślinnej na złagodzenie objawów PMS. <https://dietetycy.org.pl/wpływ-diety-na-roslinnej-na-zlagodzenie-objawow-pms/> (22.08.2022).
12. Ejsymont, J, Zegan M, Michota-Katulska E. Wpływ spożycia witaminy D, B6, wapnia oraz magnezu na występowanie objawów zespołu napięcia przedmiesiączkowego. Problemy Higieny i Epidemiologii 2014;95:765-771.

13. Derman O, Kanbur N, Tokur T, et al. Premenstrual syndrome and associated symptoms in adolescent girls. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004;116:201-206.
14. Bielawska-Batorowicz E. Zdrowie prokreacyjne i zdrowie psychiczne – relacje w cyklu życia. W: Ogińska-Bulik N, Miniszewska J. (red.). *Zdrowie w cyklu życia człowieka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2012;27-40.
15. Pilińska A, Przestrzelska M. Zespół napięcia przedmiesiączkowego i przedmiesiączkowe zaburzenia dystroficzne. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia* 2019; 8 (2): 64-67.
16. Kruk J, Jachimowicz K. Styl życia a przeciwdziałanie zespołowi napięcia przedmiesiączkowego (PMS). *Journal of NutriLife* 2021;8:27-32.

PROBLEMY EMOCJONALNE KOBIEŃ PO URODZENIU DZIECKA WYMAGAJĄCEGO LECZENIA W ODDZIALE PATOLOGII NOWORODKA W DOBIE PANDEMII SARS-CoV-2

KAROLINA ZIMMER, NATALIA KUROWSKA, WIOLETTA POLLOK-WAKSMAŃSKA

Wstęp. Negatywne skutki pandemii SARS-CoV-2 dotyczą różnych sfer życia. Koronawirusy, grupa mikroorganizmów o dotychczas nieznacznym wpływie na zdrowie ludzkie, obecnie stanowią realne zagrożenie jego utraty. Poza szeroko występującymi skutkami pandemii na tle medycznym, istotne są także często obserwowane negatywne skutki psychiczne, powodujące zaburzenia emocjonalne wśród ludzi w różnym wieku [1,2,3]. Za najbardziej narażone na negatywne skutki pandemii grupy społeczne uważa się małe dzieci, osoby starsze, personel medyczny oraz kobiety. Notuje się ponad trzykrotnie częstsze występowanie problemów emocjonalnych u kobiet niż u mężczyzn [4]. Na wystąpienie problemów emocjonalnych w jeszcze większym stopniu niż do tej pory narażone są kobiety po urodzeniu dziecka wymagającego hospitalizacji. Od zawsze konieczność leczenia noworodka stanowiła ryzyko pojawienia się zaburzeń na tle psychologicznym, jednak w czasach pandemii wirusa SARS-CoV-2 i ograniczonej możliwości kontaktu matki z dzieckiem ze względu na obostrzenia, problem ten niewątpliwie jeszcze bardziej się nasilił [5,6]. Hospitalizacja dziecka w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka lub w Oddziale Neonatologicznym i związane z nią brak możliwości wypisu do domu matki i noworodka w jednym czasie oraz konieczność pozostawienia dziecka pod opieką personelu medycznego, wiążą się z pojawieniem się u matek poczucia bezsilności oraz braku kontroli nad własnym dzieckiem [7]. Dostępne dane literaturowe wykazują, że kobiety, których dzieci po urodzeniu wymagały hospitalizacji, są zwykle w większym stopniu narażone na wystąpienia depresji poporodowej i innych problemów emocjonalnych w porównaniu do kobiet, które urodziły zdrowe dziecko. Ryzyko pojawienia się zaburzeń na tle psychologicznym skorelowane jest także ze stanem zdrowia dziecka – u matek skrajnych wcześniaków, dzieci z poważnymi problemami zdrowotnymi lub w stanie zagrożenia życia, dużo częściej występują problemy emocjonalne w porównaniu do kobiet, których dzieci mierzą się z niewielkimi/ nietrwałymi zaburzeniami stanu zdrowia [8]. Siła stresu doświadczanego przez kobietę w związku z koniecznością przebywania jej dziecka w Oddziale, porównywalna jest do tego, jaki towarzyszy katastrofom. Dodatkowo u rodziców chorego dziecka, zwłaszcza u matek, nierzadko stwierdza się także wystąpienie zespołu stresu pourazowego (ang. PTSD, post traumatic stress disorder) [9,10]. Matki chorych noworodków często odczuwają bezpodstawne poczucie winy za stan zdrowia dziecka, a z powodu strachu

przed rozwojem infekcji lub wyrządzeniem krzywdy rezygnują z jakichkolwiek interakcji z dzieckiem, co w przyszłości może znaleźć swoje odzwierciedlenie w nieprawidłowych relacjach pomiędzy rodzicami a dzieckiem. Według danych literaturowych, matki częściej niż ojcowie biorą pod uwagę możliwość niepowodzenia terapii czy zgonu niemowlęcia [11]. Czynniki wyzwalającymi u kobiet poczucie strachu i zwiększającymi ryzyko pojawienia się problemów emocjonalnych poza stanem zdrowia dziecka, są także organizacyjne aspekty pobytu dziecka w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka lub Patologii Noworodka. Zalicza się do nich brak możliwości stałego, fizycznego kontaktu z dzieckiem, ograniczenie lub całkowitą niemożność wykonywania czynności pielęgnacyjnych noworodka, brak możliwości przystawiania dziecka do piersi, a w dobie pandemii SARS-CoV-2 dodatkowy zakaz odwiedzin pacjentów [12]. Aby uniknąć lub zminimalizować częstość występowania problemów emocjonalnych matek w opisywanej sytuacji, warto zwrócić uwagę na zapewnienie kobietom odpowiedniego wsparcia – nie tylko ze strony najbliższej rodziny, ale także przez personel medyczny. Kluczowe znaczenie ma opieka holistyczna zarówno nad noworodkiem, jak i jego rodziną, której część opiera się na stworzeniu dobrych relacji personelem medycznym, w szczególności pielęgniarkami, oraz matką dziecka. Personel powinien dostarczać rzetelnych i jasnych informacji o stanie zdrowia dziecka oraz tłumaczyć wykonywane procedury medyczne, co pozwoliłoby na zminimalizowanie stresogennych skutków hospitalizacji noworodka. Poza tym, w opiekę nad kobietą powinien być zaangażowany psycholog, który pomógłby odnaleźć się matce w tak trudnej sytuacji [13, 14].

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

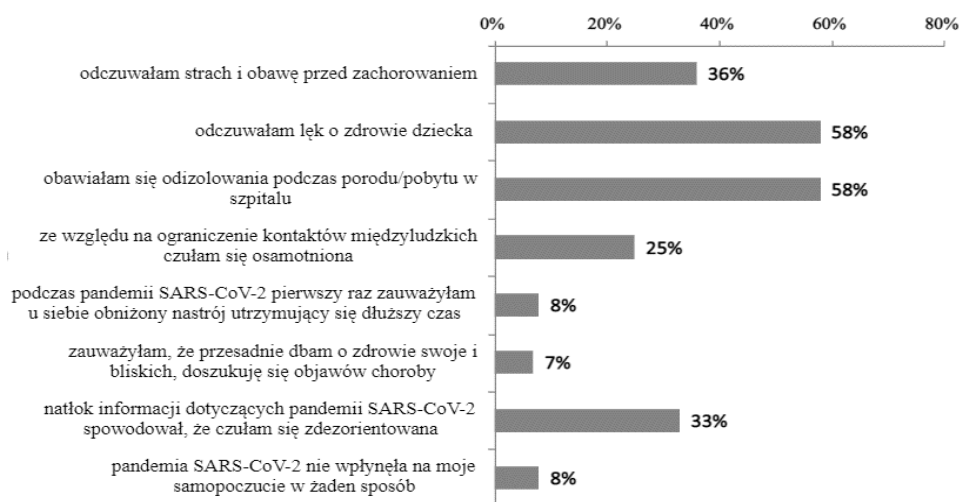
Materiał i metody. Grupę badaną stanowiło sto kobiet uczęszczających z dziećmi na wizyty lekarskie do Poradni Patologii Noworodka Szpitala Wojewódzkiego w Bielsku-Białej w następstwie wcześniejszej hospitalizacji w Oddziale Patologii Noworodka. Do przeprowadzenia badania wykorzystano anonimowy kwestionariusz ankiety składający się z 32 pytań jednokrotnego oraz wielokrotnego wyboru. Zgodę na przeprowadzenie badań ankietowych wydała Komisja ds. Etyki Badań Naukowych działająca przy Akademii Techniczno-Humanistycznej w Bielsku-Białej (Opinia Komisji Etyki Badań Naukowych nr 2022/7/13E/16). Wszystkie respondentki wyraziły świadomą zgodę na udział w badaniu.

Wyniki. Największa grupa ankietowanych kobiet mieściła się w przedziale wiekowym 31-40 lat, co wynosiło 47%, najmniej było osób powyżej 40 roku życia (3%). Na pytanie o stan cywilny większość ankietowanych zadeklarowała bycie w związku małżeńskim (78%), natomiast najmniejszy odsetek (1%) to samodzielne matki. Blisko połowa badanych to osoby o wykształceniu średnim (47%), odpowiedź „wykształcenie podstawowe” zaznaczyło tylko 1% kobiet. Co istotne, na pytanie dotyczące wcześniejszych (przed lub w czasie ciąży) problemów ze zdrowiem psychicznym, przeważająca ankietowanych udzieliła odpowiedzi przeczącej (98%), analogicznie w kwestii wcześniejszego korzystania z opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej – odpowiednio 97% i 99% badanych nie odczuwało potrzeby skorzystania z tego typu porady. Powyższe dane zestawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka grupy badanej.

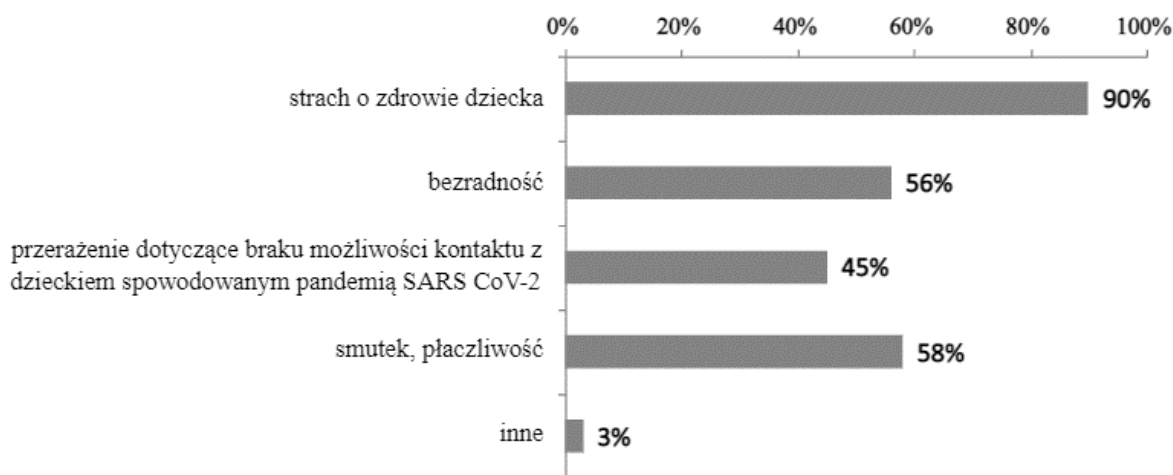
Wiek	18-25	26-30	31-40	>40
	18	32	47	3
Stan cywilny	Mężatka	W nieformalnym związku		Samotna
	78	21		1
Wykształcenie	Podstawowe	Średnie	Wyższe niepełne (licencjat)	Wyższe pełne (magister)
	2	47	17	34
Wcześniejsze problemy ze zdrowiem psychicznym	Tak		Nie	
	2		98	
Wcześniejsza pomoc psychologiczna	Tak		Nie	
	3		97	

Wpływ pandemii SARS-CoV-2 na samopoczucie ankietowanych był niezaprzeczalny (Ryc. 1). Najczęściej odczuwały one lęk o zdrowie dziecka oraz obawę przed izolacją podczas porodu lub pobytu w szpitalu (każdą z tych odpowiedzi wybrało 58% ankietowanych). Pozostałe odczucia wskazywane przez respondentki to m.in: strach i obawa przed zachorowaniem (36%), dezorientacja spowodowana natłokiem informacji (33%), czy osamotnienie wywołane ograniczeniem kontaktów międzyludzkich (25%). Co istotne, 8% ankietowanych kobiet podczas pandemii COVID19 pierwszy raz zaobserwowało u siebie obniżony nastrój utrzymujący się dłuższy czas.



Rycina 1. Wpływ pandemii SARS-CoV-2 na samopoczucie respondentek.

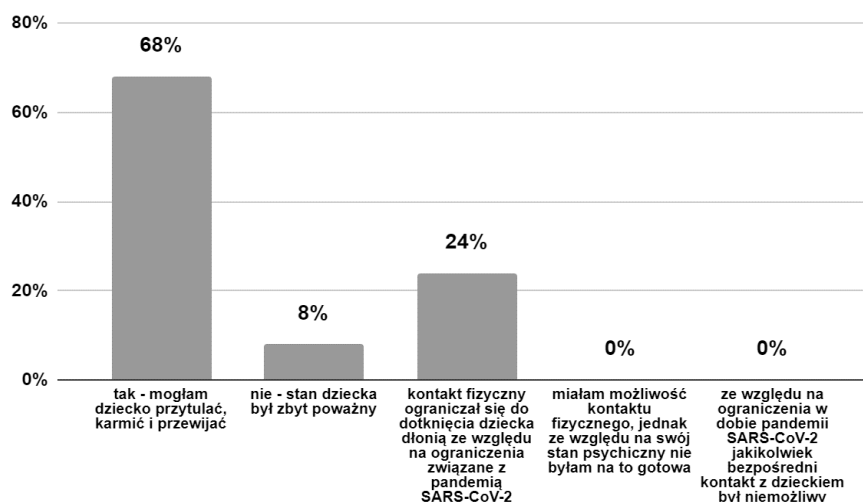
Przytłaczająca większość, bo aż 90%, badanych zareagowała lękiem w momencie otrzymania informacji o konieczności hospitalizacji dziecka w Oddziale Patologii Noworodka. Respondentki obserwowały u siebie także takie uczucia jak smutek i płaczliwość (58%) oraz bezradność (56%). 45% ankietowanych wyraziło silne obawy dotyczące braku możliwości kontaktu z dzieckiem spowodowanym pandemią SARS-CoV-2 (Ryc. 2).



Rycina 2. Reakcje matek na informację o konieczności hospitalizacji dziecka w Oddziale Patologii Noworodka.

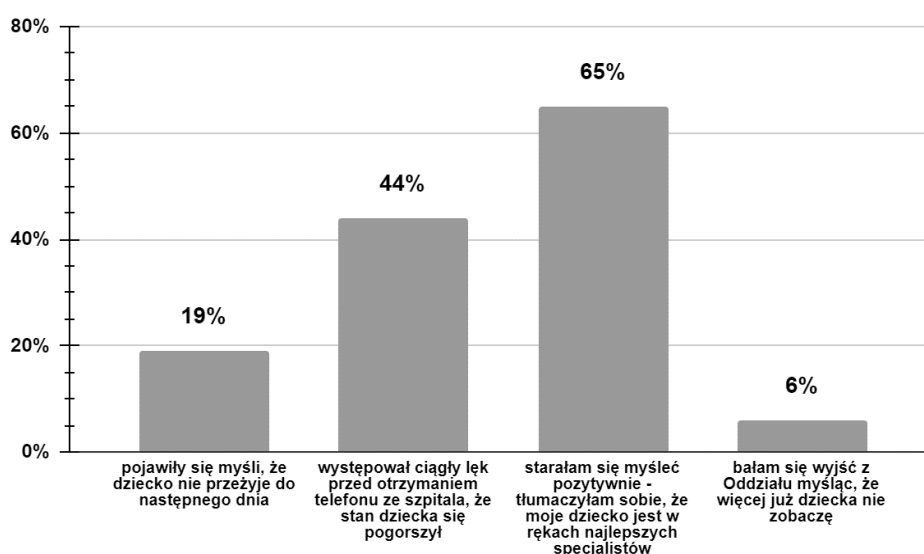
Obostrzenia związane z zachowaniem reżimu sanitarnego miały zdecydowany wpływ na sytuację ankietowanych kobiet. 99% badanych przyznało, że w czasie trwania pandemii SARS CoV-2 ogólny kontakt matki z dzieckiem był utrudniony (dane niezaprezentowane). Mimo to, podczas trwania hospitalizacji, 68% kobiet mogło dziecko przytulać, karmić oraz przewijać. W naszym badaniu 24% ankietowanych przyznało, że ze względu na ograniczenia związane

z pandemią SARS-CoV-2 kontakt fizyczny ograniczał się wyłącznie do dotknięcia dziecka dłonią, a 8% kobiet nie miało w ogóle możliwości kontaktu fizycznego z dzieckiem ze względu na jego zbyt poważny stan (Ryc. 3).



Rycina 3. Możliwość kontaktu fizycznego z dzieckiem podczas trwania jego hospitalizacji.

Pomimo negatywnego wydźwięku sytuacji aż 65% ankietowanych starało zachować optymizm. Nie zawsze było to jednak możliwe. U 44% kobiet występował ciągły lęk przed otrzymaniem informacji ze szpitala o pogorszeniu stanu zdrowia dziecka, a 19% badanych zadeklarowało, że pojawiły się u nich myśli, że dziecko nie przeżyje do następnego dnia. 6% respondentek bało się wyjść z Oddziału myśląc, że mogą już więcej nie zobaczyć dziecka (Ryc. 4).



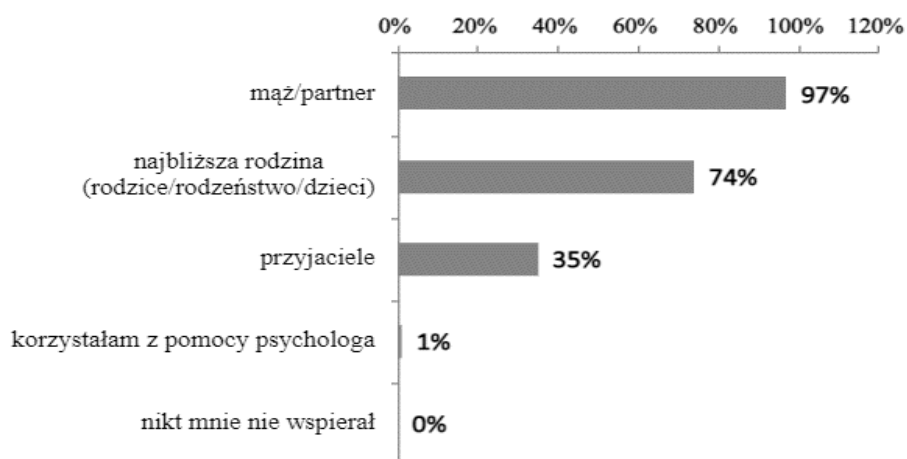
Rycina 4. Uczucia towarzyszące matkom podczas hospitalizacji dziecka.

Dodatkowo, większość badanych kobiet (51%) czuła, że wydarzenia związane z hospitalizacją dziecka „je przerastały” (dane niezaprezentowane). Wg ankietowanych uczucie niepokoju potęgowane było przede wszystkim przez brak możliwości spędzania z dzieckiem wystarczającej ilości czasu (78%) ze względu na wprowadzone w szpitalu restrykcje sanitarne. Wśród pozostałych czynników odpowiedzialnych za lęk u matek hospitalizowanych dzieci wymieniano obecność wysokospecjalistycznej aparatury medycznej (40%), brak informacji o stanie dziecka (6%) oraz brak wsparcia ze strony najbliższych (1%). 12% kobiet nie odczuwało niepokoju (Ryc. 5).



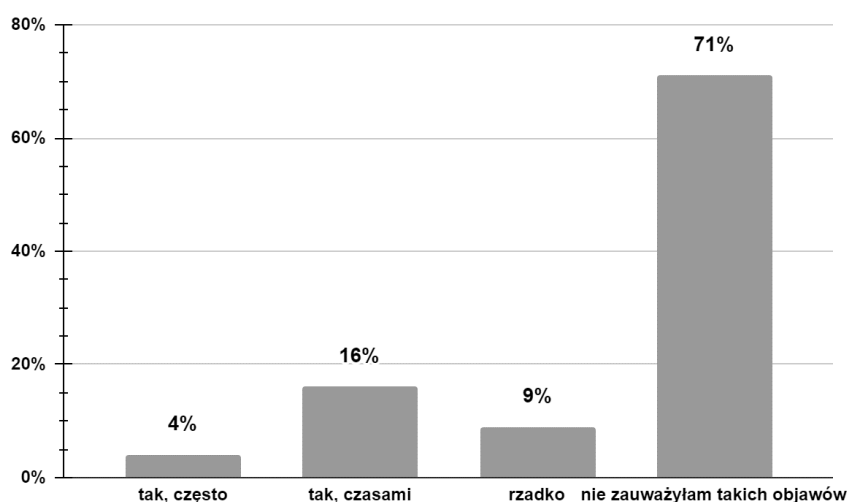
Rycina 5. Czynniki potęgujące uczucie niepokoju u ankietowanych kobiet.

Nie ulega wątpliwości, że w obliczu tak trudnych zdarzeń, otrzymanie wsparcia emocjonalnego jest kluczowe dla zachowania równowagi psychicznej. 97% ankietowanych przyznało, że otrzymało wsparcie od swojego męża lub partnera, 74% - od najbliższej rodziny, a 35% mogło polegać na przyjaciółach. Jedna osoba skorzystała z pomocy psychologa (Ryc. 6). Istotny jest również fakt, że 85% respondentek zadeklarowało otrzymanie wsparcia emocjonalnego ze strony personelu medycznego Oddziału Patologii Noworodka (dane niezaprezentowane).



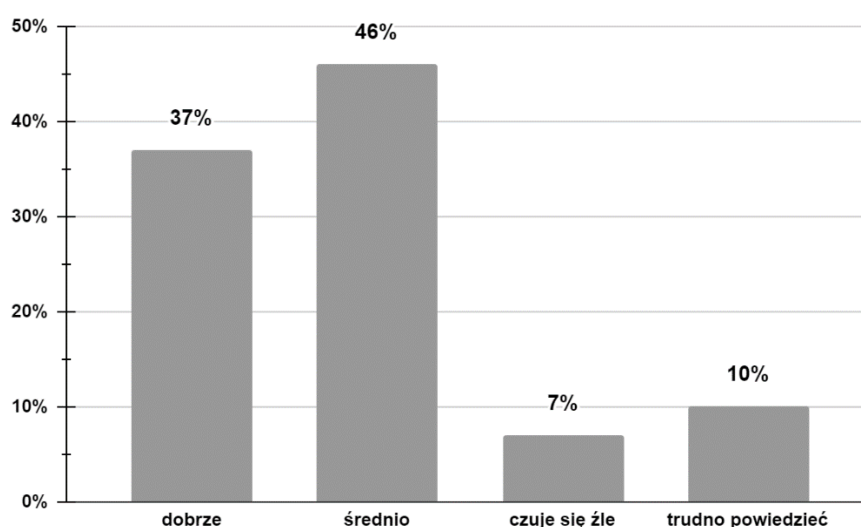
Rycina 6. Udział poszczególnych osób we wsparciu emocjonalnym matki dziecka hospitalizowanego w Oddziale Patologii Noworodka.

Wszystkie opisane powyżej kwestie nie pozostawały bez wpływu na codzienne życie badanych kobiet. 31% ankietowanych przyznało, że dość często czuło się samotne, 57% z nich odpowiedziało, że trochę rzadziej niż zwykle było zdolnych do dostrzegania pozytywnych stron życia, a 26% z nich zdecydowanie rzadziej niż zwykle potrafiło cieszyć się życiem. Podczas hospitalizacji dziecka 42% kobiet nie umiało zapanować nad nadmiernym zamartwianiem się nawet przez kilka dni z rzędu. Przekładało się to także na jakość snu. 92% respondentek stwierdziło, że w różnym stopniu miało trudności ze snem. U 47% kobiet wystąpiły również zaburzenia odżywiania w postaci braku lub nadmiernego apetytu (dane niezaprezentowane). Co ważne, 71% badanych nie zauważyło u siebie wystąpienie takich objawów zaburzeń psychosomatycznych jak duszność, kołatanie serca lub drżenie rąk (Ryc.7).



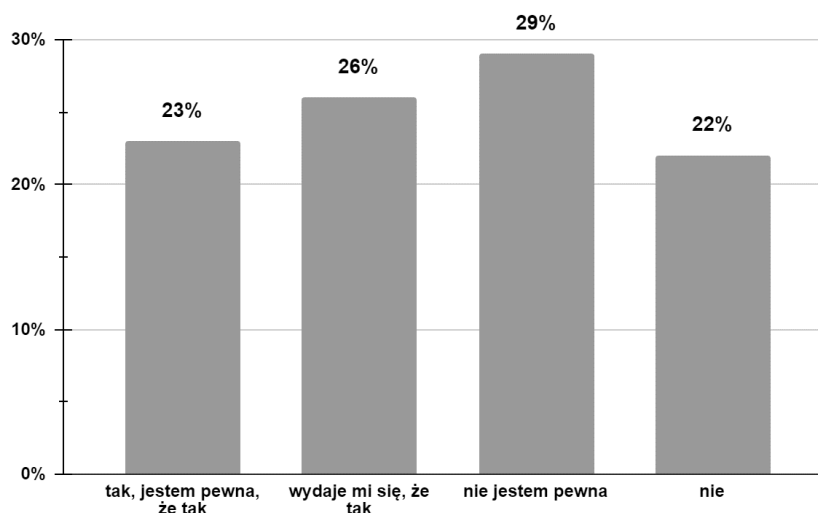
Rycina 7. Częstotliwość występowania objawów zaburzeń psychosomatycznych u ankietowanych kobiet.

Niemal połowa badanych (46%) oceniła swój stan psychiczny po porodzie oraz po przebytej hospitalizacji dziecka jako średni, a 37% uważało, że ich stan psychiczny był dobry (Ryc. 8). Jednocześnie zdecydowana większość kobiet nie uznała za konieczne skorzystać z pomocy psychologa lub psychoterapeuty (odpowiednio 79% i 95%), jedynie 3% badanych udało się na wizytę do poradni psychologicznej. Co ciekawe, 12% ankietowanych (5% w przypadku psychoterapeuty) nie skorzystało z pomocy psychologa z powodu strachu przed wizytą (dane niezaprezentowane).



Rycina 8. Subiektywna ocena własnego stanu zdrowia psychicznego matki po przebytej hospitalizacji dziecka.

Na podsumowujące pytanie brzmiące: “Czy uważa Pani, że pandemia wirusa SARS CoV-2 i ograniczenia występujące w szpitalu (np. brak stałego kontaktu z dzieckiem) przyczyniły się do pogorszenia Pani stanu zdrowia psychicznego?” 29% badanych odpowiedziało, że nie jest pewnych czy restrykcje sanitarne przyczyniły się do pogorszenia ich stanu zdrowia psychicznego. 26% kobiet przyznało, że ograniczenia mogły mieć wpływ na obniżenie ich stanu emocjonalnego, z kolei 23% było pewnych, że w związku z obostrzeniami ich stan psychiczny uległ pogorszeniu (Ryc. 9).



Rycina 9. Wpływ restrykcji sanitarnych związanych z pandemią SARS-COV-2 na pogorszenia stanu zdrowia psychicznego badanych kobiet

Dyskusja. Negatywne skutki pandemii koronawirusa SARS-CoV-2 są odczuwane przez kobiety ciężarne i rodzące w dużo większym stopniu niż przez resztę społeczeństwa. W badaniach własnych aż 58% kobiet w pytaniu dotyczącym wpływu pandemii SARS-CoV-2 na ich samopoczucie, wskazało, że w trakcie trwania pandemii, głównie towarzyszył im lęk o zdrowie dziecka lub najbliższych oraz lęk przed porodem w samotności. 36% ankietowanych kobiet towarzyszył również strach i obawa przed zachorowaniem przez nie same. Uzyskane wyniki są zgodne z danymi literaturowymi. W badaniu przeprowadzonym przez Bujalską i Kalbarczyk najczęściej wskazywanym odczuciem przez kobiety ciężarne był strach o zdrowie dziecka, własne oraz najbliższych [15]. Dymecka i współautorzy zaobserwowali dodatkowo występowanie lęku przed porodem [16]. Zaburzenia emocjonalne mogą wystąpić u kobiet zarówno w trakcie trwania ciąży, jak i po porodzie. Czynnikiem, który niewątpliwie wzmacnia wystąpienie problemów emocjonalnych u kobiet po urodzeniu dziecka jest konieczność hospitalizacji noworodka. Uzyskane przez nas wyniki badań pozwalają wnioskować, że matki w momencie otrzymania informacji o konieczności leczenia dziecka, najczęściej odczuwają strach o zdrowie dziecka, smutek, płaczliwość, a także bezradność. Ten stan rzeczy potwierdzają dane opublikowane przez liczne grupy badawcze. Lotterman i in. analizowali występowanie zaburzeń psychicznych u matek dzieci przebywających w Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej Noworodków. Autorzy zaobserwowali u badanych kobiet depresję, lęk oraz objawy zespołu stresu pourazowego, które utrzymywały się stale przez 6 miesięcy po porodzie [7]. Zgodne z powyższymi wyniki zostały opublikowane także przez dwie inne grupy badawcze: Gerstein i wsp. oraz Grunberg i in. Dowiedli oni istnienia związku pomiędzy

wystąpieniem depresji u matek [17] oraz u obojga rodziców [18], a faktem hospitalizacji ich dzieci w Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej Noworodków. W badaniach własnych większość respondentek, ze względu na obostrzenia pandemiczne, nie miało także możliwości spędzania z dzieckiem dużej ilości czasu. Odwiedziny były możliwe jedynie raz dziennie, przez określoną ilość czasu. Pomimo tego, że większość kobiet mogła dziecko karmić, przewijać i przytulać, to w niektórych przypadkach kontakt fizyczny ograniczał się wyłącznie do dotknięcia dziecka dłonią. Bezpośredni, fizyczny kontakt jest jednym z czynników pozwalających na budowanie więzi międzyludzkich. Pozbawienie matki tej możliwości może mieć negatywny wpływ jej na zdrowie psychiczne. Dodatkowo u 44% ankietowanych przez nas kobiet występował ciągły lęk przed otrzymaniem informacji ze szpitala o pogorszeniu stanu zdrowia dziecka. Dane te są zgodne z wynikami badania przeprowadzonego przez Kopeć i in. wśród rodziców dzieci hospitalizowanych w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka. Najczęściej pojawiające się emocje w relacjach rodziców to strach, szczęście, radość, niepewność, stres i szok. [9]. W tak trudnej sytuacji jaką jest hospitalizacja dziecka, zwłaszcza w dobie trwania pandemii COVID-19, bardzo istotnym elementem korzystnie wpływającym na psychikę kobiet jest otrzymywanie wsparcia. Zdecydowana większość (97%) ankietowanych przez nas kobiet zadeklarowało, że może liczyć na wsparcie ze strony najbliższych jej osób, głównie męża/partnera, najbliższej rodziny oraz przyjaciół. Dodatkowo aż 85% respondentek otrzymało wsparcie emocjonalne i psychologiczne ze strony personelu Szpitala. Uzyskane przez nas dane są zgodne z tymi, opublikowanymi przez Fejfer-Szpytko i współautorów. Autorzy przeanalizowali odpowiedzi udzielone w kwestionariuszach ankietowych przez grupę 244 kobiet zmagających się z zaburzeniami emocjonalnymi po porodzie. Respondentki również najczęściej (82,79%) szukały wsparcia u partnera, u przyjaciół lub znajomych (53,23%) oraz w rodzinie (51,23%), zaś u położnej/psychologa/lekarza jedynie 22,54% [19]. Pobyt noworodka w specjalistycznym Oddziale jest dla rodzica sytuacją nieznaną. Większość z matek odczuwa niepokój, który potęgowany jest przez wiele czynników. W badaniach własnych najliczniejsza grupa respondentek wskazywała, że uczucie to wzmagane było przez: brak możliwości spędzania z dzieckiem wystarczającej ilości czasu ze względu na ograniczenia związane z pandemią SARS-CoV-2, stan zdrowia noworodka oraz obecność wysoko wyspecjalizowanej aparatury medycznej. W przywołanym powyżej badaniu, przeprowadzonym w 2016 roku w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka, dotyczącym czynników potęgujących uczucie niepokoju, zostały przedstawione zbliżone wyniki [9]. Negatywne skutki procesu leczenia dziecka w Oddziale Patologii Noworodka przekładają się na codzienne życie matki. Na podstawie analizy uzyskanych przez nas danych można

wywnioskować, że aż 85% kobiet nie było zdolnych do czerpania radości z życia w takim samym stopniu jak wcześniej. 37% ankietowanych martwiło się o swoje dziecko niemal każdego dnia. Co zaskakujące, udzielone odpowiedzi wskazywały na brak problemów ze snem (57%) oraz brak zaburzeń odżywiania (53%) u większości kobiet. Stoi to w opozycji do wyników opublikowanych przez Fejfer-Szpytko i współautorów oraz Marthinsen i in., w których znaczna większość respondentek odczuwała problemy ze snem [19,20] oraz odżywianiem [19]. Obostrzenia związane z pandemią COVID19, takie jak niemożność stałego kontaktu z dzieckiem, według 49% kobiet miały wpływ na pogorszenie ich stanu psychicznego. Jednocześnie znaczna większość badanych uznała za niekonieczne skorzystanie z pomocy psychologa/psychoterapeuty, a część z nich, nie udała się do specjalisty z powodu strachu przed wizytą. Na podstawie wyników badań można z pewnością stwierdzić, że hospitalizacja dziecka jest dla matek trudnym przeżyciem, a ograniczenia obowiązujące w dobie pandemii potęgują jej negatywny wpływ na zdrowie psychiczne. Fakt ten należy mieć na uwadze w obliczu zachorowań i obostrzeń związanych z kolejną potencjalną pandemią.

Wnioski.

1. Najczęstszymi emocjami towarzyszącymi kobietom podczas leczenia szpitalnego ich dziecka były: strach, lęk o zdrowie dziecka, bezradność oraz poczucie winy.
2. W okresie hospitalizacji dziecka u matek występowały takie objawy jak: duszność, kołatanie serca, drżenie rąk, a także ogólny stan psychiczny pogarszał się.
3. Część kobiet odczuwało strach przed wizytą u psychologa lub psychoterapeuty pomimo poczucia potrzeby skorzystania z pomocy, co świadczy o kluczowym znaczeniu edukacji społeczeństwa w tym zakresie.
4. Bardzo istotnym elementem po urodzeniu dziecka wymagającego leczenia w Oddziale szpitalnym jest zapewnienie matce wsparcia emocjonalnego, co może przełożyć się na niższe ryzyko wystąpienia zaburzeń emocjonalnych w przyszłości.

Piśmiennictwo:

1. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *Gen Psychiatr.* 2020;33(2):e100213.
2. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet.* 2020 Mar;395(10227):912-20.
3. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *IJERPH.* 2020 Mar 6;17(5):1729.

4. Wang Y, Di Y, Ye J, Wei W. Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China. *Psychology, Health & Medicine*. 2021 Jan 2;26(1):13-22.
5. Gerstein ED, Njoroge WF, Paul RA, Smyser CD, Rogers CE. Maternal Depression and Stress in the Neonatal Intensive Care Unit: Associations with Mother–Child Interactions at Age 5 Years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2019 Mar;58(3):350-358.e2.
6. Polloni L, Cavallin F, Lolli E, Schiavo R, Bua M, Volpe B, et al. Psychological Wellbeing of Parents with Infants Admitted to the Neonatal Intensive Care Unit during SARS-CoV-2 Pandemic. *Children*. 2021 Aug 30;8(9):755.
7. Lotterman JH, Lorenz JM, Bonanno GA. You Can't Take Your Baby Home Yet: A Longitudinal Study of Psychological Symptoms in Mothers of Infants Hospitalized in the NICU. *J Clin Psychol Med Settings*. 2019 Mar;26(1):116-22.
8. Trumello C, Candelori C, Cofini M, Cimino S, Cerniglia L, Paciello M, Babore A. Mothers' depression, anxiety, and mental representations after preterm birth: a study during the infant's hospitalization in a neonatal intensive care unit. *Front Public Health*. 2018;6:359.
9. Kopeć A, Aftyka A, Humeniuk E, Rybojad B, Rozalska-Walaszek I. Hospitalization of a child in the Neonatal Intensive Care – parents' experiences. *Curr Probl Psychiatry*. 2016;17(1):24-30.
10. Kniaziew-Gomoluch K, Łosień T, Kita B, Sioma-Markowska U, Brzęk A. Maternal mental health and preterm infant development. *GinPolMedProject*. 2019;4(54):18-22.
11. Rozalska-Walaszek I, Aftyka A, Wróbel A, Karakuła-Juchnowicz H. Stres, jego skutki i emocje przeżywane przez rodziców dzieci hospitalizowanych w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka. *Curr Probl Psychiatry*. 2015;16(2):81-87.
12. Trombini E, Surcinelli P, Piccioni A, Alessandrini R, Faldella G. Environmental factors associated with stress in mothers of preterm newborns. *Acta Paediatrica*. 2008 Jul;97(7):894-8.
13. Kara S, Tan S, Aldemir S, Yılmaz AE, Tatlı MM, Dilmen U. Investigation of perceived social support in mothers of infants hospitalized in neonatal Intensive Care Unit. *Hippokratia*. 2013 Apr;17(2):130-135.
14. Heidari H, Hasanpour M, Fooladi M. The experiences of parents with infants in Neonatal Intensive Care Unit. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2013 May; 18(3): 208-213.
15. Bujalska B, Kalbarczyk K. Wybrane aspekty stanu zdrowia osób mieszkających na terenie Polski – przegląd i badania. Tom 1. Wydawnictwo Naukowe TYGIEL, 2021
16. Dymecka J, Gerymski R, Iszczuk A, Bidzan M. Fear of Coronavirus, Stress and Fear of Childbirth in Polish Pregnant Women during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(24):13111.
17. Gerstein ED, Njoroge WF, Paul RA, Smyser CD, Rogers CE. Maternal Depression and Stress in the Neonatal Intensive Care Unit: Associations with Mother–Child Interactions at Age 5 Years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2019 Mar;58(3):350-358.e2.
18. Grunberg VA, Geller PA, Hoffman C, Njoroge W, Ahmed A, Patterson CA. Parental mental health screening in the NICU: a psychosocial team initiative. *J Perinatol*. 2022 Mar;42(3):401-9.
19. Fejfer-Szpytko J, Włodarczyk J, Trąbińska-Haduch M. Rozpoznanie sytuacji matek małych dzieci w temacie depresji poporodowej i zaburzeń nastroju. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*. 2016;15(3).

20. Marthinsen GN, Helseth S, Fegran L. Sleep and its relationship to health in parents of preterm infants: a scoping review. *BMC Pediatr.* 2018;18:352. doi: 10.1186/s12887-018-1320-7.

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

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

Wstęp. Osoby transpłciowe i niebinarne, podobnie jak inne mniejszościowe grupy stygmatyzowane, są szczególnie narażone na niewłaściwe traktowanie w opiece zdrowotnej. Może to obejmować zarówno jawną dyskryminację i wykluczenie, jak i nieświadomione uprzedzenia, mikroagresje, ignorowanie preferowanych form językowych, brak wiedzy personelu czy zaniedbania edukacyjne [1].

Badania pokazują, że osoby transpłciowe są bardziej narażone na ryzyko samobójstwa, zakażenia wirusem HIV, doświadczania przemocy oraz ograniczony dostęp do opieki zdrowotnej [2-4]. Presja społeczna, by dopasować się do binarnego podziału płci (mężczyzna lub kobieta), oraz wewnętrzne zmagania z tożsamością płciową zwiększają prawdopodobieństwo prób samobójczych [3,4]. Jak wskazują wyniki badań, wiele osób transpłciowych jest zmuszonych do prostytucji, by zdobyć środki na życie, a także sięga po narkotyki, aby radzić sobie ze społeczną stygmatyzacją, co z kolei podnosi ryzyko zakażenia HIV [3,4,5]. Dodatkowo, ryzyko zakażenia HIV wzrasta także przez wspólne korzystanie z igieł przy podawaniu hormonów, które często są nabywane na nielegalnym rynku [5].

Osoby transpłciowe (osoby trans) to osoby, którym przy urodzeniu przypisano inną płeć niż ta, z którą się identyfikują. Termin ten obejmuje transpłciowe kobiety, transpłciowych mężczyzn oraz osoby niebinarne, przyjmując, że transpłciowość jest pojęciem parasolowym, obejmującym również niebinarność. Choć z definicji osoby niebinarne mogą być uznawane za transpłciowe, wiele z nich nie identyfikuje się z tym określeniem [1].

Personel medyczny powinien znać i prawidłowo stosować podstawowe pojęcia związane z transpłciowością. Trans kobieta to osoba, której przy urodzeniu przypisano płeć męską, ale identyfikuje się jako kobieta. Z kolei trans mężczyzna to osoba, której przypisano płeć żeńską, a identyfikuje się jako mężczyzna. Forma rozdzielna trans kobieta”, „trans mężczyzna”), jest wskazywana i stosowana w literaturze, aby podkreślić, że transpłciowość to tylko jedna z cech danej osoby, a nie jej pełna definicja. Łączna pisownia („transkobieta”, „transmężczyzna”) może nieświadomie sprowadzać tożsamość osoby wyłącznie do faktu bycia trans i wzmacniać fałszywe przekonanie, że „kobieta” lub „mężczyzna” oznacza jedynie osoby cispłciowe [1,6,7]. Kolejnym kluczowym terminem jest tranzycja (korekta płci), czyli złożony proces dostosowywania życia osoby transpłciowej do jej tożsamości płciowej. Może on obejmować trzy główne obszary: tranzycję społeczną, czyli życie zgodne z własną tożsamością w rodzinie,

pracy, szkole i innych relacjach społecznych; tranzycję medyczną, która może obejmować diagnostykę, hormonalną terapię zastępczą, zabiegi kosmetyczne i operacje chirurgiczne; oraz uzgodnienie płci prawnej, czyli zmianę oznaczenia płci w dokumentach tożsamości i aktach urzędowych. Istotne jest, aby unikać sformułowania „zmiana płci”, ponieważ osoba transpłciowa nie zmienia swojej tożsamości, lecz dostosowuje ekspresję płciową, ciało i status prawny do tej, którą odczuwa jako swoją [1,8].

Doświadczenia osób transpłciowych w korzystaniu z opieki ginekologicznej stanowią istotny temat w kontekście równości dostępu do usług zdrowotnych. Transpłciowość, jako zjawisko związane z tożsamością płciową, często wiąże się z wyzwaniem w zakresie opieki zdrowotnej, w tym również opieki ginekologicznej. Często spotykają się też z nieuzasadnionym wydłużaniem procedur diagnostycznych i procesu włączenia opieki afirmującej płeć, mogą również napotykać trudności w uzyskaniu odpowiedniej opieki, w tym doświadczać dyskryminacji, braku zrozumienia ze strony personelu medycznego oraz niewłaściwego dostosowania usług do ich specyficznych potrzeb [1,8].

Mężczyźni transpłciowi, czyli osoby przypisane przy urodzeniu jako kobiety, ale identyfikujące się jako mężczyźni, których narządy rozrodcze nie zostały usunięte, wymagają regularnego nadzoru ginekologicznego, w tym badań przesiewowych, które mają na celu zapobieganie chorobom zagrażającym życiu. Dodatkowo, mężczyźni transpłciowi, którzy decydują się na poczęcie dziecka, ciążę oraz poród, powinni przechodzić rutynowe badania ginekologiczne [9]. Amerykańskie Kolegium Położników i Ginekologów (ang. *American College of Obstetricians and Gynecologists*) zaapelowało do specjalistów o wsparcie mężczyzn transpłciowych poprzez tworzenie niedyskryminujących praktyk, pomoc w procesie zmiany płci oraz zapewnienie kompleksowej opieki zdrowotnej dostosowanej do ich potrzeb [10]. Mimo to potrzeby położnicze i ginekologiczne mężczyzn transpłciowych pozostają często niezaspokojone, a sami mężczyźni transpłciowi korzystają z usług położniczych i ginekologicznych, rzadziej niż inni pacjenci [10-12].

Jednym z przejawów dyskryminacji, z jakimi osoby transpłciowe mogą spotykać się zarówno w opiece zdrowotnej, jak i w codziennym życiu społecznym, są mikroagresje. Pozornie błahe gesty, komentarze czy uwagi, które jednak niosą ukryty przekaz wynikający z transfobii i są odbierane jako wrogie lub pogardliwe. Choć dla większości mogą wydawać się nieszkodliwe, osoby wykluczane często rozpoznają w nich głęboko raniący przekaz. Innym powszechnym zjawiskiem jest misgendering używanie wobec osoby transpłciowej nieodpowiednich form językowych, niezgodnych z jej tożsamością płciową i deklarowanymi zaimkami. Tego rodzaju

działania bywają celowe i mają na celu okazanie braku szacunku oraz odmowę uznania tożsamości danej osoby [1,8].

Wytyczne WPATH (ang. *World Professional Association for Transgender Health*) podkreślają fundamentalne znaczenie stosowania języka, który jest kulturowo adekwatny, inkluzywny i zgodny z zasadami etyki w kontaktach z osobami transpłciowymi oraz osobami o zróżnicowanej tożsamości płciowej. Zalecają one używanie terminologii, która odzwierciedla sposób, w jaki dana osoba identyfikuje swoją płć i siebie samego, w tym imienia, zaimków i form gramatycznych odpowiadających tożsamości płciowej pacjenta lub pacjentki [6].

Język ten powinien być oparty na trzech kluczowych wartościach: bezpieczeństwie, godności i szacunku. Oznacza to unikanie terminów przestarzałych, patologizujących lub nacechowanych negatywnie, które mogą prowadzić do stygmatyzacji, dyskomfortu lub poczucia wykluczenia. W praktyce klinicznej oznacza to nie tylko dostosowanie słownictwa, ale również sposób prowadzenia rozmowy – uwzględniający indywidualne potrzeby, unikający ocen i oparty na partnerskiej relacji między pacjentem a personelem medycznym [6-8].

WPATH zwraca również uwagę, że właściwy język jest nie tylko kwestią uprzejmości, ale istotnym elementem dobrostanu psychicznego i poczucia bezpieczeństwa osób transpłciowych w systemie opieki zdrowotnej. Brak poszanowania dla tożsamości płciowej pacjenta może prowadzić do retraumatyzacji, unikania kontaktów z systemem ochrony zdrowia i pogarszania się stanu zdrowia [6]. Wytyczne te stanowią podstawę dla tworzenia standardów opieki medycznej, edukacji personelu oraz budowania placówek zdrowotnych, które są przyjazne, dostępne i bezpieczne dla osób transpłciowych oraz niebinarnych.

Pielęgniarki, położne, lekarze oraz inni przedstawiciele personelu medycznego powinni znać i wprowadzać do codziennej praktyki Zalecenia Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego dotyczących opieki nad zdrowiem dorosłych osób transpłciowych – stanowiska panelu ekspertów [7]. Dokument ten stanowi ważne źródło wiedzy na temat standardów postępowania medycznego, psychologicznego i społecznego wobec osób transpłciowych, uwzględniając ich specyficzne potrzeby zdrowotne oraz kwestie związane z tożsamością płciową [7].

Zalecenia te obejmują m.in. zasady prowadzenia diagnozy, wsparcia psychoseksuologicznego, przygotowania do interwencji medycznych oraz znaczenie szacunku, godności i bezpieczeństwa w kontaktach z pacjentem transpłciowym. Stanowią one istotne narzędzie w pracy klinicznej, wspierając personel w udzielaniu opieki zgodnej z aktualną wiedzą, etyką zawodową i prawami pacjenta [7].

Cel pracy. Celem badań jest analiza doświadczeń osób transpłciowych w korzystaniu z opieki ginekologicznej poprzez analizę wyników dostępnych badań.

Materiał i metody: Wykonano niesystematyczny przegląd piśmiennictwa w trzech bazach: PubMed, Scopus oraz CINAHL, przy użyciu kombinacji słów kluczowych (*transgender, transgender men, gynecological care, healthcare access, healthcare discrimination, inclusivity, gender identity, barriers to healthcare, LGBTQ+ health, patient experiences, medical staff education*). Wyniki przeglądu zawężono do artykułów opublikowanych w języku polskim i angielskim, począwszy od 2010 roku.

Wyniki. Doświadczenie osób transpłciowych w opiece ginekologicznej. Nieujawnianie swojej transpłciowości w kontaktach z personelem medycznym. Wyniki badań przeprowadzonych przez Skrzypczak i współpracowników [13] wskazują, że osoby transpłciowe często decydują się na nieujawnianie swojej transpłciowości w kontaktach z personelem medycznym, zwłaszcza jeśli nie jest to niezbędne do udzielenia odpowiedniej opieki.

W praktyce oznacza to, że osoby te przedstawiają się danymi zgodnymi z dokumentami tożsamości, które mogą nie odzwierciedlać ich rzeczywistej tożsamości płciowej. Aby uniknąć niekomfortowych sytuacji oraz potencjalnej dyskryminacji czy niezrozumienia, badani często starają się formułować wypowiedzi tak, by unikać używania zaimków rodzajowych, które mogłyby ujawnić ich transpłciowość. Co więcej, w badaniu aż 77,2% osób transpłciowych zadeklarowało, że pracownicy ochrony zdrowia nie wiedzą o ich orientacji seksualnej ani tożsamości płciowej, 18,8% zadeklarowało że wie pewna część, a 4% nikt. Ten wysoki odsetek wskazuje na znaczny poziom ukrywania ważnych aspektów swojej tożsamości przed personelem medycznym, co może skutkować niedostosowaniem opieki do indywidualnych potrzeb pacjentów i potencjalnym pogorszeniem ich doświadczeń w systemie ochrony zdrowia. Wyniki te podkreślają konieczność tworzenia w placówkach medycznych bezpiecznego, wolnego od uprzedzeń środowiska, które zachęca do otwartości i szanuje tożsamość każdej osoby. Ponadto, na pytanie dotyczące doświadczania gorszego traktowania ze strony osób reprezentujących służbę zdrowia z powodu tożsamości płciowej lub orientacji seksualnej, w badaniu przeprowadzonym w latach 2019–2020 aż 24,4% badanych osób transpłciowych odpowiedziało twierdząco [13]. Fakt ten podkreśla potrzebę dalszej edukacji personelu medycznego oraz wprowadzania skutecznych działań mających na celu eliminację uprzedzeń i stygmatyzacji, aby zapewnić osobom transpłciowym bezpieczne, szanujące ich tożsamość i godność warunki opieki zdrowotnej.

Preferencje związane z płcią personelu medycznego. Badanie Lifshitz i wsp. [9] wykazało, że niewielka większość transpłciowych mężczyzn (54,1%) nie miała preferencji co do płci swojego ginekologa-położnika. Spośród pozostałych uczestników badania 42,9% preferowało

ginekologa-położnika płci żeńskiej, a 3,1% wskazało na lekarza płci męskiej. Większość mężczyzn transpłciowych, którzy mieli określone preferencje dotyczące płci, wybierała położne lub ginekologów płci żeńskiej zarówno podczas zabiegów inwazyjnych, jak i nieinwazyjnych. Powody takiego wyboru w przypadku zabiegów inwazyjnych obejmowały poczucie komfortu, zawstydzenie oraz przekonanie, że położne i ginekolożki są delikatniejsze. Transpłciowi mężczyźni preferujący kobiety jako położne lub ginekologów wymieniali jako najważniejsze cechy tych specjalistów umiejętności, tolerancję wobec orientacji seksualnej oraz akceptację tożsamości płciowej. Co więcej, transpłciowi mężczyźni preferujący kobiety postrzegali położne i ginekologów płci żeńskiej jako bardziej akceptujących tożsamość płciową w porównaniu do osób bez takiej preferencji [9].

Unikanie korzystania z opieki położniczej i ginekologicznej. Badania wskazują, że wiele osób transpłciowych doświadcza dyskryminacji ze strony położników i ginekologów, a te negatywne doświadczenia często przyczyniają się do nasilania dysforii [14-17]. W efekcie, pomimo specyficznych potrzeb i podwyższonego ryzyka, osoby te często unikają korzystania z opieki położniczej i ginekologicznej [14-17]. Frecker i wsp. [17.], stwierdzili, że mężczyźni transpłciowi uczestniczący w badaniu unikali leczenia ginekologicznego ze względu na nieprzyjazne nastawienie personelu medycznego wobec osób transpłciowych oraz z powodu niedostatecznej wiedzy pracowników służby zdrowia na temat transpłciowości [17].

Dutton i wsp. [15] zauważyli, że transpłciowi mężczyźni biorący udział w badaniu niechętnie korzystali z opieki ginekologicznej, co wynikało nie tylko z konieczności ekspozycji intymnych części ciała, lecz także z powodu silnego konfliktu emocjonalnego między własnym postrzeganiem siebie a anatomią ciała [15]. Najprawdopodobniej to właśnie problemy emocjonalne, które pojawiają się podczas wizyty u ginekologa-położnika, stanowią główną przyczynę preferencji respondentów dotyczących wyboru świadczeniodawcy tej samej płci w przypadku zabiegów nieinwazyjnych.

Mężczyźni transpłciowi mogą również zdecydować się na poczęcie i urodzenie dzieci, co wymaga dostępu zarówno do środków wspomagających płodność, jak i usług położniczych. Badania wykazują, że osoby transpłciowe często wskazują jako powód unikania opieki medycznej zbędne badania narządów płciowych przeprowadzane przez lekarzy [18-20].

Izolacja i wykluczenie. Brak wsparcia społecznego wobec starszych osób transpłciowych, które często żyją samotnie, prowadzi do ich społecznej izolacji oraz poczucia wykluczenia [21]. Izolacja ta ma poważne konsekwencje dla zdrowia psychicznego i fizycznego tych osób, pogłębiając ich poczucie osamotnienia i utrudniając dostęp do niezbędnej pomocy.

Dyskryminująca opieka zdrowotna oraz zawstydzające, nieodpowiednie zachowania personelu medycznego stanowią jedne z głównych powodów, dla których osoby transpłciowe często unikają korzystania z usług zdrowotnych. W efekcie, wielu z nich decyduje się na samodzielne leczenie i nie podejmuje regularnych działań profilaktycznych, co znacząco zwiększa ryzyko rozwoju poważnych problemów zdrowotnych. Taka sytuacja prowadzi do częstszego korzystania z pomocy medycznej w trybie nagłym oraz hospitalizacji na oddziałach ratunkowych, gdzie interwencje są już podejmowane w stanach nagłych i zaawansowanych [22].

Badania wykazują, że frustracja osób transpłciowych wynika przede wszystkim z trudności związanych z ograniczonym dostępem do odpowiednich usług medycznych i wsparcia psychospołecznego [23]. Bariery te obejmują zarówno niedostateczną dostępność specjalistycznej opieki, jak i przeszkody w korzystaniu z oferowanych form pomocy. Dodatkowo, wyzwania finansowe znacząco utrudniają dostęp do potrzebnego leczenia oraz wsparcia, szczególnie w przypadku osób korzystających z sektora publicznego opieki zdrowotnej. W ramach tego sektora możliwości leczenia i wsparcia psychospołecznego pozostają nadal bardzo ograniczone, co negatywnie przekłada się na ogólną jakość życia osób transpłciowych [23]. Badania podkreślają, że bez systemowych zmian i zwiększenia dostępności adekwatnych usług medycznych oraz wsparcia społecznego, sytuacja ta będzie się utrzymywać, pogłębiając wykluczenie i trudności zdrowotne tej grupy.

Brak wystarczającej wiedzy na temat profilaktyki i samoopieki. Wyniki przeglądu badań wskazują, że samoopieka kobiet transpłciowych jest ograniczona przede wszystkim z powodu niedostatecznej wiedzy na temat odpowiednich praktyk związanych z dbaniem o zdrowie i ciało. Kobiety transpłciowe często doświadczają deficytów w zakresie samoopieki, co utrudnia im realizację prawa do zdrowia zgodnie z ich własnym postrzeganiem tego, czym jest „zdrowe ciało” i jak je pielęgnować [24].

Ponadto, wyniki badań wskazują, że kobiety transpłciowe żyjące z HIV/AIDS często znajdują się w trudnej sytuacji zdrowotnej, wynikającej z niedostatecznej wiedzy oraz problemami w realizowaniu odpowiedniej samoopieki [25]. Badanie wykazało istnienie społecznych uprzedzeń i nieprzygotowania pracowników opieki zdrowotnej w placówkach podstawowej opieki medycznej do udzielania kompetentnej i wrażliwej pomocy, która uwzględnia specyfikę stylu życia oraz warunki społeczne tych pacjentek. Brak ciągłego kształcenia personelu medycznego w zakresie potrzeb osób transpłciowych dodatkowo utrudnia zapewnienie skutecznej, profesjonalnej i humanitarnej opieki zdrowotnej [25].

Potrzeby zdrowotne kobiet transpłciowych często pozostają niewłaściwie rozpoznane podczas korzystania z usług opieki zdrowotnej. Brak adekwatnej wiedzy oraz zrozumienia specyfiki ich sytuacji sprawia, że ich indywidualne potrzeby nie są odpowiednio uwzględniane ani adresowane przez personel medyczny, co może prowadzić do niewystarczającej jakości świadczonej opieki [26].

Badania wskazują, że istotnym problemem w opiece nad osobami transpłciowymi jest nadmierne skupianie się personelu medycznego na aspektach, które nie mają kluczowego znaczenia ani w procesie diagnostycznym, ani terapeutycznym, ani podczas udzielania wsparcia psychospołecznego. Taka nadmierna koncentracja na nieistotnych szczegółach może prowadzić do niepotrzebnego przedłużania procedur, a także powodować u pacjentów uczucie dyskomfortu czy niezrozumienia. W efekcie obniża to efektywność leczenia i osłabia relację zaufania między pacjentem a personelem medycznym, co z kolei negatywnie wpływa na jakość świadczonej opieki [27].

W przypadku osób, które nie otrzymały szczepionki przeciwko HPV, należy omówić kwestię poradnictwa i szczepień. Priorytetem jest również ocena praktyk seksualnych, które mogą się znacznie różnić w zależności od pacjentów. Jeśli pacjentki planują w najbliższej przyszłości histerektomię, można również rozważyć odroczenie badania cytologicznego i badania miednicy. Odroczenie badania podczas jednej wizyty może pozwolić pacjentkom na nawiązanie relacji z lekarzem, co może ułatwić badanie i badania przesiewowe w kierunku raka w późniejszym czasie [28].

Planowanie rodziny – okres okołoporodowy. Hoffkling i wsp. [29] wykazali, że uczestnicy badania postrzegali swoje ciążę jako bardzo pożądaną, niezbędną do założenia rodziny lub nieplanowaną. Nieplanowane ciążę zdarzały się nawet po rozpoczęciu identyfikacji jako mężczyzna, ale przed podjęciem działań medycznych lub chirurgicznych. Niektóre osoby akceptowały ciążę jako jedyną możliwość zostania rodzicem, podczas gdy inne aktywnie pragnęły zajść w ciążę i rodzić dzieci. Żaden z respondentów nie rozważał poważnie przerwania ciąży ani nie korzystał z opieki zdrowotnej związanej z jej przerwaniem.

W badaniu uczestnicy doświadczali napięcia między celami reprodukcyjnymi a potrzebą transformacji płciowej. Część z nich była przekonana, na podstawie doświadczeń innych mężczyzn transpłciowych, że testosteron nie wpłynie negatywnie na ich zdolność do zajścia w ciążę. Samodzielnie decydowali o czasie rozpoczęcia terapii testosteronem i momencie zajścia w ciążę, dopiero niektórzy zaczęli myśleć o ciąży po rozpoczęciu terapii. W badaniu uczestnicy opisali liczne wyzwania i bariery w dostępie do opieki zdrowotnej na każdym etapie od

planowania reprodukcji, przez poczęcie i ciążę, aż po poród i okres poporodowy. Większość tych trudności była związana transfobią [29].

Badanie wykazało również, że uczestnicy napotkali bariery w dostępie do opieki nawet ze strony pracowników ochrony zdrowia, takich jak terapia hormonalna czy operacje. Wiele osób musiało ukrywać swoje cele reprodukcyjne, aby otrzymać odpowiednią opiekę związaną z płcią. Ponadto uczestnicy zauważyli, że panujące wśród pracowników ochrony zdrowia normy, zakładające, że tylko kobiety decydują się na ciążę, prowadzą do odmowy świadczenia opieki mężczyznom transpłciowym ze względu na ich plany reprodukcyjne [29].

Podsumowanie. Zapewnienie odpowiedniej opieki osobom transpłciowym stanowi istotny obszar współczesnej praktyki ginekologicznej. Osoby te, podobnie jak kobiety cispłciowe, wymagają regularnych badań ginekologicznych oraz działań profilaktycznych w zakresie zdrowia reprodukcyjnego i ogólnoustrojowego. Liczne badania jednoznacznie wskazują, że osoby transpłciowe napotykały istotne trudności w dostępie do opieki ginekologicznej. Problemy te mają charakter zarówno systemowy, jak i interpersonalny, a ich źródłem są m.in. brak odpowiedniej wiedzy, kompetencji i wrażliwości personelu medycznego, a także niedostosowanie placówek i procedur do potrzeb osób o różnorodnych tożsamościach płciowych.

Transpłciowi pacjenci często doświadczają uprzedzeń, stygmatyzacji oraz dyskryminujących zachowań zarówno jawnych, jak i w formie mikroagresji, co skutkuje obniżonym poczuciem bezpieczeństwa i brakiem zaufania do systemu opieki zdrowotnej. Dodatkowo, ograniczony dostęp do wyspecjalizowanych usług i specjalistów zajmujących się zdrowiem osób transpłciowych może prowadzić do unikania wizyt i pogarszania się stanu zdrowia.

Zwiększenie świadomości i kompetencji personelu medycznego w zakresie opieki nad osobami transpłciowymi, a także systemowe dostosowanie usług do ich potrzeb, są niezbędne, aby poprawić dostępność, jakość i skuteczność opieki ginekologicznej. Tylko poprzez takie działania możliwe jest budowanie zaufania, zwiększenie poczucia godności i bezpieczeństwa pacjentów oraz realna poprawa ich zdrowia i dobrostanu.

Implikacje dla praktyki medycznej obejmują kilka kluczowych obszarów. Przede wszystkim istnieje pilna potrzeba regularnych szkoleń personelu medycznego, które będą uwzględniać stosowanie języka inkluzywnego i wrażliwego na kwestie transpłciowości.

Ważne jest również zwiększenie dostępności i zapewnienie poczucia bezpieczeństwa w opiece, co wymaga tworzenia przyjaznego i respektującego środowiska dla osób transpłciowych korzystających z usług ginekologicznych.

Niezbędne jest indywidualne podejście do pacjentek, które uwzględnia ich unikalne potrzeby i doświadczenia w planowaniu i realizacji opieki. Ponadto, warto dokonać zmian w formularzach i dokumentacji medycznej, tak aby były one bardziej inkluzywne i adekwatne do tożsamości płciowej pacjentek. Wreszcie, zwiększenie widoczności tematów związanych z transpłciowością w politykach zdrowotnych jest kluczowe dla poprawy jakości i dostępności opieki ginekologicznej dla osób transpłciowych.

Kluczowe elementy opieki obejmują stosowanie języka afirmującego tożsamość pacjenta, świadomość i wrażliwość na potencjalny dyskomfort psychiczny i fizyczny towarzyszący badaniu ginekologicznemu, a także otwartą rozmowę na temat indywidualnych oczekiwań i potrzeb zdrowotnych.

Bibliografia:

1. Dora M, Dziedziak M, Gawlik A, Grabski B, Kata J, Mazurczak A, Trofimiuk-Müldner M, Wiśniewska E. Zdrowie osób transpłciowych i niebinarnych – podręcznik psychoedukacyjny dla osób i pacjentów oraz ich bliskich. Grabski B, red. Warszawa: Trans-Fuzja, Fundacja na rzecz Osób Transpłciowych; 2022.
2. Mathy RM. On cultural competence and scientific rigor in transgender treatment. *Am J Public Health.* 2004;94(1):6–7. doi:10.2105/ajph.94.1.6.
3. Lombardi E. Enhancing transgender health care. *Am J Public Health.* 2001;91(6):869–72. doi:10.2105/ajph.91.6.869.
4. Kenagy G. Transgender health: Findings from two needs assessment studies in Philadelphia. *Health Soc Work.* 2005;30(1):19–26. doi:10.1093/hsw/30.1.19.
5. Clements-Nolle K, Marx R, Guzman R, Katz M. HIV prevalence, risk behaviors, health care use, and mental health status of transgender persons: Implications for public health intervention. *Am J Public Health.* 2001;91(6):915–21. doi:10.2105/ajph.91.6.915.
6. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, Ettner R, Fraser L, Goodman M, Green J, Hancock AB, Johnson TW, Karasic DH, Knudson GA, Leibowitz SF, Meyer-Bahlburg HFL, Monstrey SJ, Motmans J, Nahata L, Nieder TO, Reisner SL, Richards C, Schechter LS, Tangpricha V, Tishelman AC, Van Trotsenburg MAA, Winter S, Ducheny K, Adams NJ, Adrián TM, Allen LR, Azul D, Bagga H, Başar K, Bathory DS, Belinky JJ, Berg DR, Berli JU, Bluebond-Langner RO, Bouman MB, Bowers ML, Brassard PJ, Byrne J, Capitán L, Cargill CJ, Carswell JM, Chang SC, Chelvakumar G, Corneil T, Dalke KB, De Cuypere G, de Vries E, Den Heijer M, Devor AH, Dhejne C, D'Marco A, Edmiston EK, Edwards-Leeper L, Ehrbar R, Ehrensaft D, Eisfeld J, Elaut E, Erickson-Schroth L, Feldman JL, Fisher AD, Garcia MM, Gijs L, Green SE, Hall BP, Hardy TLD, Irwig MS, Jacobs LA, Janssen AC, Johnson K, Klink DT, Kreukels BPC, Kuper LE, Kvach EJ, Malouf MA, Massey R, Mazur T, McLachlan C, Morrison SD, Mosser SW, Neira PM, Nygren U, Oates JM, Obedin-Maliver J, Pagkalos G, Patton J, Phanuphak N, Rachlin K, Reed T, Rider GN, Ristori J, Robbins-Cherry S, Roberts SA, Rodriguez-Wallberg KA, Rosenthal SM, Sabir K, Safer JD, Scheim AI, Seal LJ, Schoole TJ, Spencer K, St Amand C, Steensma TD, Strang JF, Taylor GB, Tilleman K, T'Sjoen GG, Vala LN, Van Mello NM, Veale JF, Vencill JA, Vincent B, Wesp LM, West MA, Arcelus J.

- Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *Int J Transgend Health*. 2022 Sep 6;23(Suppl 1):S1-S259. doi: 10.1080/26895269.2022.2100644. PMID: 36238954; PMCID: PMC9553112.
7. Grabski B, Rachoń D, Czernikiewicz W, Dulko S, Jakima S, Müldner-Nieckowski Ł, Trofimiuk-Müldner M, Baran D, Dora M, Iniewicz G, Mijas M, Stankiewicz S, Adamczewska-Stachura M, Mazureczak A. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego dotyczące opieki nad zdrowiem dorosłych osób transpłciowych – stanowisko panelu ekspertów. *Psychiatr Pol*. 2021;55(3):701–8. doi:10.12740/PP/OnlineFirst/125785.
 8. Bouman WP, Arcelus J, red. *The transgender handbook. A guide for transgender people, their families and the professionals*. New York: Nova Science Publishers; 2018.
 9. Lifshitz D, Yaish I, Wagner-Kolasko G, Greenman Y, Sofer Y, Alpern S, Groutz A, Azem F, Amir H. Transgender men's preferences when choosing obstetricians and gynecologists. *Isr J Health Policy Res*. 2022;11:12. doi:10.1186/s13584-022-00522-z.
 10. Committee Opinion no. 512: health care for transgender individuals. *Obstet Gynecol*. 2011 Dec;118(6):1454–8.
 11. Sbragia JD, Vottero B. Experiences of transgender men in seeking gynecological and reproductive health care: a qualitative systematic review protocol. *JBIM Database Syst Rev Implement Rep*. 2019;17(8):1582–8.
 12. Nahata L, Tishelman AC, Caltabellotta NM, Quinn GP. Low fertility preservation utilization among transgender youth. *J Adolesc Health*. 2017;61(1):40–4.
 13. Skrzypczak E, Bilarzewska J, Niebudek A. Doświadczenia osób transpłciowych w korzystaniu z usług ochrony zdrowia. *J Sex Ment Health*. 2022;20:23–30.
 14. Houssayni S, Nilsen K. Transgender competent provider: identifying transgender health needs, health disparities, and health coverage. *Kans J Med*. 2018;11(1):1–18.
 15. Dutton L, Koenig K, Fennie K. Gynecologic care of the female-to-male transgender man. *J Midwifery Womens Health*. 2008;53(4):331–7.
 16. Mayhew AC, Cohen A, Gomez-Lobo V. Transgender men and the gynecologist. *Clin Obstet Gynecol*. 2020;63(3):588–98.
 17. Frecker H, Scheim A, Leonardi M, Yudin M. Experiences of transgender men in accessing care in gynecology clinics [24G]. *Obstet Gynecol*. 2018;131:66.
 18. Bauer GR, Zong X, Scheim A, Hammond R, Thind A. Factors impacting transgender patients' discomfort with their family physicians: a respondent driven sampling survey. *PLoS One*. 2015;10(12):e0145046.
 19. Bauer GR, Scheim BA, Deutsch MB, Massarella C. Reported emergency department avoidance, use, and experiences of transgender persons in Ontario Canada: Results from a respondent driven sampling survey. *Ann Emerg Med*. 2014;63(6):713–22.
 20. Cisero EC, Black BP. "I was a spectacle...a freak show at the circus": A transgender person's ED experience and implications for nursing practice. *J Emerg Nurs*. 2016;42(1):25–30.
 21. Zelle A, Arms T. Psychosocial effects of health disparities of lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2015;53(1):25–30.
 22. Lovison R, Ascari TM, Zocche DAA, Durand MK, Ascari RA. Travestis e transexuais: despindo as percepções acerca do acesso e assistência em saúde. *Enferm Foco*. 2020;10(5):167–72. doi:10.21675/2357-707x.2019.v10.n5.2370.

23. Mccann E. People who are transgender: Mental health concerns. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2014;22(1):76–81. doi:10.1111/jpm.12190.
24. Andrade CAA, Loureiro AR, Neto ERL, Vasconcelos EMR, Araújo EC. Selfcare requirements of transexual women using sex hormones, according to the Orem selfcare theory. *Cogitare Enferm.* 2018;23(3):e55748. doi:10.5380/ce.v23i3.55748.
25. Silva RG, Abreu PD, Araújo EC, Santana ADS, Sousa JC, Lyra J, Santos CB. Vulnerability in the health of young transgender women living with HIV/AIDS. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(5):e20190046. doi:10.1590/0034-7167-2019-0046.
26. Cornelius JB, Whitaker-Brown CD. African American transgender women's individual, family, and organizational relationships: Implications for nurses. *Clin Nurs Res.* 2016;26(3):318–36. doi:10.1177/1054773815627152.
27. Dora M. Niezgodność płciowa w najnowszej klasyfikacji chorób ICD-11. *Przegl Psychol.* 2022;65(2):35–40.
28. Ferrando CA. Gynecologic Care of Transgender and Gender-Diverse People. *Obstet Gynecol.* 2024;143(2):243–55. doi:10.1097/AOG.0000000000005440.
29. Hoffkling A, Obedin-Maliver J, Sevelius J. From erasure to opportunity: a qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;17(Suppl 2):332. doi:10.1186/s12884-017-1491-5.

OCENA WIEDZY KOBIET W WIEKU ROZRODCZYM NA TEMAT METOD ROZPOZNAWANIA PŁODNOŚCI

JULIA DYDEK, PAULINA WOJDYŁA, KATARZYNA SOBOLEWSKA, JOANNA BŁAJDA

Wstęp. Postawy i poglądy kobiet wobec planów prokreacyjnych są bardzo zróżnicowane i zależą od wielu czynników. Wyznawane wartości i światopogląd mają ogromny wpływ na wybór sposobu zapobiegania ciąży. Jednakże powszechna dostępność środków antykoncepcyjnych sprawia, że maleje zainteresowanie kobiet naturalnymi metodami rozpoznawania płodności. Aspiracje zawodowe kobiet, względy religijne, etyczne czy sytuacja ekonomiczna często determinują postawę wobec metod planowania rodziny. Wiele osób mylnie uważa, że metody rozpoznawania płodności są nieskuteczne. Bardzo często jest to spowodowane niedostatecznym poziomem wiedzy na ten temat. Dlatego bardzo istotną rolę w nauczaniu metod rozpoznawania płodności pełni wykwalifikowana położna. Metody te dostarczają także ogromnej wiedzy na temat zdrowia prokreacyjnego, warunkują odpowiedzialne rodzicielstwo oraz pozwalają odkryć funkcjonowanie organizmu kobiety. Metody rozpoznawania płodności są również szansą dla małżonków na budowanie dojrzałej postawy wobec swojej płodności i płciowości. Akt seksualny nie staje się rutyną, ale czymś upragnionym i wyczekany, co budzi wzajemny szacunek i zrozumienie [1].

Metody rozpoznawania płodności oparte są na obserwacji objawów fazy płodności i niepłodności w cyklu miesięczkowym kobiety, nie ingerując w naturalny rytm organizmu. Metody te są wykorzystywane zarówno w celu planowania potomstwa, jak i odkładania poczęcia dziecka na inny czas. W sytuacji, gdy para chce zapobiec ciąży, zachowuje wstrzemięźliwość seksualną w okresie płodności. Obserwacja cyklu miesięczkowego pozwala również wykryć różne zaburzenia w organizmie kobiety. Prowadzone przez kobietę karty obserwacji mogą stanowić istotną wskazówkę dla lekarza. Z tego powodu metody rozpoznawania płodności wykorzystuje się także do diagnostyki wielu chorób o podłożu endokrynologicznym oraz układu moczowo-płciowego. Natomiast prawidłowo postawiona diagnoza zwiększa szanse na skuteczne leczenie [2]. Metody te są w pełni bezpieczne dla zdrowia i pozwalają w sposób świadomy planować rodzicielstwo [1,3].

Cel pracy. Celem pracy była ocena poziomu wiedzy kobiet w wieku rozrodczym na temat metod rozpoznawania płodności.

Materiał i metody. Badaną grupę stanowiło 300 kobiet w wieku rozrodczym. W pracy wykorzystano dobór celowy. Kryteriami włączenia do projektu były: płeć żeńska, wiek 15-49 lat, kontakt logiczno-słowny oraz zgoda na udział w badaniu. Badanie zaprojektowano

w okresie od listopada 2022r. do marca 2023r. Zebranie materiału trwało od marca 2023r. do maja 2023r. Dane do badania były pozyskiwane poprzez kontakt internetowy za pomocą Facebook'a, głównie poprzez grupy na Facebook'u takie jak: „Poród Domowy Polska” to grupa obejmująca 7,6 tys. członków, „Rodzę w 2023” to grupa licząca 40 tys. członków oraz „Krakowskie mamy”, która liczy łącznie 35 tys. Osób. Metodą zastosowaną w pracy był sondaż diagnostyczny.

Wyniki. Badaniem zostało objętych 300 kobiet w wieku od 15 do 49 lat. Prawie połowa ankietowanych (49%) była w wieku 30-39 lat. Niewiele mniej (41,3%) kobiet było w wieku 21-29 lat. Grupa kobiet w wieku 40-49 lat stanowiła jedynie 6,3%. Najmniej liczną grupą badanych były respondentki w wieku 15-20 lat (tab. 1).

Tabela 1 . Wiek

Wiek	Liczba	%
30-39 lat	147	49,0
21-29 lat	124	41,3
40-49 lat	19	6,3
15-20 lat	10	3,3
Razem	300	100,0

Aż 175 respondentek (58,3%) mieszkało w mieście powyżej 100 tys. mieszkańców, w mieście poniżej 100 tys. mieszkańców 57 badanych – 19%, natomiast na wsi 68 kobiet – 22,7% (tab. 2).

Tabela 2. Podział badanych ze względu na miejsce zamieszkania

Miejsce zamieszkania	Liczba	%
Miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	175	58,3
Wieś	68	22,7
Miasto poniżej 100 tys. mieszkańców	57	19,0
Razem	300	100,0

Wykształcenie wyższe posiadały 232 kobiety – 77,3%, średnie 59 badanych – 19,7%, zawodowe 5 kobiet – 1,7%, natomiast podstawowe 4 kobiety – 1,3% (tab. 3).

Tabela 3 Podział badanych ze względu na wykształcenie

Wykształcenie	Liczba	%
Wyższe	232	77,3
Średnie	59	19,7
Zawodowe	5	1,7
Podstawowe	4	1,3
Razem	300	100,0

Najczęściej wymienianym źródłem wiedzy na temat metod rozpoznawania płodności wśród badanych był Internet – 29,5%. Kolejnym często wybieranym źródłem wiedzy były książki

i czasopisma – 20,9%. Lekarz ginekolog był również dość często wymienianym źródłem wiedzy – 13,4%. Kościół stanowił 10,2% uzyskanych odpowiedzi, natomiast położna zaledwie 7,6%. Innym źródłem wiedzy na temat metod rozpoznawania płodności była przyjaciółka – 6,4%. Najrzadziej wybieranym źródłem wiedzy byli rodzice – 4,3% (tab. 4).

Tabela 4 Źródła wiedzy badanych na temat metod rozpoznawania płodności

Źródła wiedzy	Liczba	%
Internet	213	29,5
Książki, czasopisma	151	20,9
Lekarz ginekolog	97	13,4
Kościół	74	10,2
Inne	56	7,7
Położna	55	7,6
Przyjaciółka	46	6,4
Rodzice	31	4,3
Razem	723	100,0

Spośród badanych było 218 mężatek – 72,6%, 41 panien – 13,7% oraz 41 kobiet w związkach nieformalnych – 13,7% (tab. 5).

Tabela 5 Podział badanych ze względu na stan cywilny

Stan cywilny	Liczba	%
Mężatka	218	72,6
Panna	41	13,7
Związek nieformalny	41	13,7
Razem	300	100,0

Wśród badanych aż 85 kobiet nie było nigdy w ciąży – 28,4%, 81 kobiet było dwa razy w ciąży – 27%, 73 badanych było trzy razy lub więcej w ciąży – 24,3%, natomiast 61 kobiet było tylko raz w ciąży – 20,3% (tab. 6).

Tabela 6 Podział badanych ze względu na liczbę przeżytych ciąż

Liczba przeżytych ciąż	Liczba	%
0	85	28,4
Dwie ciążę	81	27,0
Trzy ciążę i więcej	73	24,3
Jedna ciąża	61	20,3
Razem	300	100,0

Zdecydowana większość respondentek 244 (81,4%) wyznawała katolicyzm, 49 badanych wyznało ateizm – 16,3%, tylko 2 kobiety wyznawały protestantyzm – 0,7%, 1 z badanych kobiet była Świadkiem Jehowy – 0,3% oraz 4 kobiety były wyznawcami innych religii – 1,3% (tab. 7).

Tabela 7 Podział badanych ze względu na wyznawaną religię

Religia	Liczba	%
Katolicyzm	244	81,4

Ateizm	49	16,3
Inne	4	1,3
Protestantyzm	2	0,7
Świadek Jehowy	1	0,3
Prawosławie	0	0,0
Judaizm	0	0,0
Islam	0	0,0
Razem	300	100,0

Ponad połowa badanych kobiet (55%) zadeklarowała istotny wpływ wiary na ich życie, natomiast u 135 respondentek – 45% wiara nie miała istotnego wpływu na życie (tab.8).

Tabela 8 Wpływ wiary na życie badanych kobiet

Istotny wpływ wiary na życie	Liczba	%
Tak	165	55,0
Nie	135	45,0
Razem	300	100,0

Badane kobiety w większości (34%) oceniły swoją wiedzę na temat metod rozpoznawania płodności jako średnią. Tylko 8% respondentek oceniło swoją wiedzę jak bardzo dobrą, a 17% kobiet oceniło swoją wiedzę jako bardzo słabą (tab. 9).

Tabela 9 Ocena swojej wiedzy przez badane kobiety na temat metod rozpoznawania płodności

Ocena wiedzy	Liczba	%
Średnia	102	34,0
Dobra	64	21,3
Słaba	59	19,7
Bardzo słaba	51	17,0
Bardzo dobra	24	8,0
Razem	300	100,0

Większość badanych kobiet (34,7%) знаła definicję szczytu objawu śluzu i udzieliła prawidłowej odpowiedzi. Natomiast 29,7% respondentek nie posiadało wiedzy na temat szczytu objawu śluzu. Z kolei 23% badanych udzieliło błędnej odpowiedzi, iż jest to dzień wystąpienia największej ilości śluzu oraz 12,6% kobiet mylnie twierdziło, że jest to pierwszy dzień śluzu relatywnie najlepszej jakości (tab. 10).

Tabela 10 Wiedza badanych kobiet dotycząca szczytu objawu śluzu

Szczyt objawu śluzu	Liczba	%
To ostatni dzień śluzu relatywnie najlepszej jakości	104	34,7
Nie wiem	89	29,7
To dzień wystąpienia największej ilości śluzu	69	23,0
To pierwszy dzień śluzu relatywnie najlepszej jakości	38	12,6
Razem	300	100,0

Dyskusja. Planowanie rodziny stanowi niezwykle istotny element życia kobiet w wieku rozrodczym. Posiadanie wiedzy na temat fizjologii cyklu miesięczkowego oraz zdolność rozpoznawania objawów płodności umożliwia kobietom podejmowanie bardziej świadomych i odpowiedzialnych decyzji dotyczących zarówno poczęcia, jak i odkładania ciąży. Metody rozpoznawania płodności (MRP), oparte na obserwacji naturalnych objawów fizjologicznych, takich jak zmiany w charakterystyce śluzu szyjkowego, podstawowej temperatury ciała czy położenia, rozwarcia i konsystencji szyjki macicy, mogą być wykorzystywane zarówno w celu ułatwienia poczęcia, jak również jako naturalne metody planowania rodziny. Co istotne, regularna obserwacja objawów płodności może również pełnić funkcję diagnostyczną, pozwalając na identyfikację ewentualnych nieprawidłowości hormonalnych lub zaburzeń cyklu [1].

W badaniach własnych przeprowadzonych na próbie 300 kobiet w wieku rozrodczym wykazano, że aż 58,7% respondentek nigdy nie korzystało z metod rozpoznawania płodności. Wśród kobiet, które zadeklarowały ich stosowanie (41,3%), najczęściej wskazywaną metodą była metoda objawowo-termiczna opracowana przez Josefa Rötzera – wybierana przez 42,7% respondentek. Na drugim miejscu znalazła się metoda angielska, którą stosowało 17,3% kobiet. Podobne wyniki odnotowano w badaniu przeprowadzonym przez Stępkowską i wsp., w którym 53% ankietowanych nigdy nie stosowało MRP, a najczęściej wybieraną metodą była metoda termiczna (27%) [2].

Badanie Muzyczki i wsp. przeprowadzone wśród studentów kierunku lekarskiego wykazało, że jedynie 5% respondentów stosowało metody oparte na obserwacji objawów płodności, co sugeruje niski poziom ich znajomości nawet wśród osób z wykształceniem medycznym [3]. Podobną tendencję zaobserwowano w badaniach Bączek i wsp., w których 28% kobiet stosowało MRP, a największą popularnością cieszyła się metoda Billingsów [4]. Z kolei analiza wyników przedstawionych przez Rzepkę i wsp. wykazała, że metody te były najczęściej stosowane przez małżeństwa bezdzietne, co może sugerować ich wykorzystywanie nie tylko w celach antykoncepcyjnych, ale również prokreacyjnych [5].

Jeśli chodzi o źródła wiedzy, z których kobiety czerpały informacje na temat MRP, najczęściej wskazywano Internet (29,5%), a następnie literaturę specjalistyczną – książki i czasopisma (20,9%). Tylko 7,6% kobiet uzyskało informacje od położnej. W badaniu Wrońskiej i wsp. jedynie 8,7% respondentek wskazało położną jako źródło wiedzy, podczas gdy aż 58,4% wskazało rodziców [6]. W badaniach Bączek i wsp. 71% kobiet czerpało wiedzę z Internetu, a 16,3% zasięgało jej u położnej [4].

Głównymi powodami stosowania metod naturalnych były troska o zdrowie i bezpieczeństwo (30,6%) oraz zgodność z przekonaniami religijnymi i moralnymi (29,3%). Dla porównania, w badaniu Bączek i wsp. 49% respondentek jako najważniejszy czynnik podało skuteczność MRP [4].

W analizie poziomu wiedzy zaobserwowano, że zdecydowana większość kobiet potrafiła prawidłowo wskazać podstawowe objawy płodności – zmiany w śluzie szyjkowym oraz w temperaturze ciała. Znacznie rzadziej natomiast rozpoznawano zmiany w szyjce macicy. Podobne wyniki uzyskano w badaniach Muzyczki i wsp. oraz Dębskiej i wsp., w których również zauważono niską znajomość tego wskaźnika płodności [3,7].

Aż 69% kobiet zdawało sobie sprawę, że metody rozpoznawania płodności mogą być pomocne w wykrywaniu zaburzeń hormonalnych. W badaniu Stępkowskiej i wsp. odsetek ten był jeszcze wyższy i wynosił 86% [2].

Jeśli chodzi o wiedzę na temat szczytu objawu śluzu, 34,7% kobiet udzieliło prawidłowej odpowiedzi, a 35,6% błędnej. W odniesieniu do szyjki macicy jedynie 25,7% kobiet potrafiło poprawnie wskazać jej pozycję, rozwarcie i konsystencję w okresie płodnym.

Wysoki poziom wiedzy dotyczył śluzu płodnego – jego charakterystyczne cechy znało 82% kobiet. Wiedza na temat sposobu mierzenia temperatury również była zadowalająca – 75,3% respondentek wiedziało, że należy ją mierzyć codziennie rano, o tej samej porze, tuż po przebudzeniu. 47% kobiet poprawnie wskazało fazę lutealną jako fazę wyższych temperatur, choć część myliła ją z fazą owulacyjną [3,7].

78% badanych wiedziało, że owulacja ma miejsce około dwóch tygodni przed kolejną miesiączką. Analogiczne wyniki uzyskano w badaniach Muzyczki oraz Bączek i wsp. [3,4]. Termin „komputer cyklu” oraz sposób jego działania był znany jedynie 5,7% badanych, co może być związane z niską dostępnością i wysokim kosztem tego rodzaju urządzeń [7].

44% kobiet prawidłowo wskazało, że prawdopodobieństwo zajścia w ciążę w okresie niepłodności poowulacyjnej wynosi 0%. Dla porównania, w badaniu Dębskiej jedynie 29,5% respondentek udzieliło poprawnej odpowiedzi [7]. Większość kobiet była również świadoma, że MRP mogą być stosowane skutecznie nawet przy nieregularnych cyklach oraz niestabilnym trybie życia, co potwierdzają także wyniki badań Targan i wsp. [8].

W kontekście wpływu MRP na relacje partnerskie, 36,3% kobiet zadeklarowało poprawę jakości relacji, 42% nie zauważyło żadnych zmian, natomiast 21,7% odczuło jedynie niewielką poprawę. W literaturze naukowej, m.in. w badaniach Komorowskiej-Pudło oraz Jankowskiej i wsp., wskazuje się, że pary stosujące MRP częściej deklarują większą bliskość emocjonalną

oraz wyższy poziom zadowolenia z życia seksualnego i małżeńskiego w porównaniu z użytkownikami środków antykoncepcyjnych [9,10].

31,7% respondentek prawidłowo wskazało, że metoda objawowo-termiczna jest najskuteczniejszą z metod naturalnych. Jednakże w badaniach Targan oraz Bączek większość respondentek błędnie oceniła MRP jako mniej skuteczne od metod hormonalnych lub mechanicznych [4,8].

Dodatkowo, wyniki badań wykazały, że poziom wiedzy na temat MRP był istotnie wyższy wśród kobiet deklarujących przynależność do Kościoła katolickiego, pozostających w związkach małżeńskich oraz posiadających wyższe wykształcenie. Podobne zależności zaobserwowano w badaniach Rutkowskiej, Targan oraz Kamińskiej [8,11,12].

Wnioski.

1. Wykazano, że kobiety z wyższym wykształceniem mają wyższy poziom wiedzy na temat metod rozpoznawania płodności niż kobiety nieposiadające takiego wykształcenia.
2. Nie wykazano istotnych różnic w poziomie wiedzy kobiet na temat metod rozpoznawania płodności w zależności od ich miejsca zamieszkania.
3. Kobiety wyznania rzymskokatolickiego miały wyższy poziom wiedzy na temat metod rozpoznawania płodności niż kobiety innych wyznań.
4. Kobiety zamężne miały wyższy poziom wiedzy na temat metod rozpoznawania płodności niż kobiety pozostające w związku nieformalnym i panny.

Piśmiennictwo

1. Kamińska A. Analiza wielowymiarowa aspektów stosowania metod rozpoznawania płodności. *Gin Pol Med Project* 2020; 4(58): 53-61.
2. Stępkowska J., Przygodzka J. Metody rozpoznawania płodności jako narzędzie profilaktyki zdrowotnej wspierającej proces diagnostyczny zaburzeń zdrowia prokreacyjnego w opinii kobiet w wieku rozrodczym. *Fides et ratio* 2020; 3(43): 211-220.
3. Rutkowska A., Rolińska A., Milanowska J. i wsp. Metody zapobiegania ciąży w ocenie kobiet w wieku rozrodczym a deklarowana istotność wiary katolickiej – badania pilotażowe. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2012; 18(2): 113-117.
4. Bręborowicz G. *Ginekologia*. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2015, 571-591.
5. Suszczewicz N. Zrozumieć płodność 2014. <https://oplodnosci.pl/plodnosc/podstawy-plodnosci/189-zrozumiec-plodnosc> [data dostępu 20.03.2023]
6. Polskie Stowarzyszenie Nauczycieli Naturalnego Planowania Rodziny. Płodność kobiety. <https://psnnpr.com/plodnosc-kobiety> [data dostępu 21.03.2023]
7. Bull J.R., Rowland S.P., Scherwitzl E.B. et al. Real-world menstrual cycle characteristics of more than 600,000 menstrual cycles. *NPJ Digital Medicine* 2019; 2(1): 1-8.

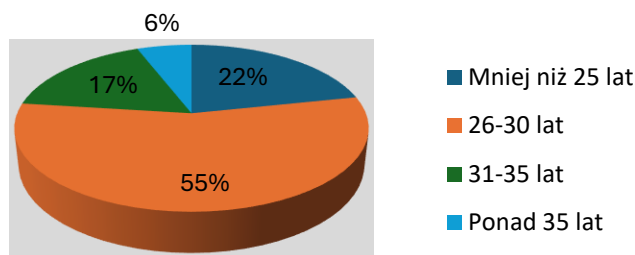
8. Mihm M., Gangooly S., Muttukrishna S. The normal menstrual cycle in women. *Animal Reproduction Science* 2011; 124: 229–236.
9. Wójcik E. Naturalne planowanie rodziny. Metoda objawowo-termiczna według prof. dra med. J. Röttera. Wydawnictwo Rubikon, Kraków 2013, 9-25.
10. Rötzer J. Sztuka planowania rodziny. Wydawnictwo Vocatio, Warszawa 2015, 18-40.
11. Napiórkowska-Orkisz M., Babińska Z. Położna wobec skuteczności, nauczania i promowania naturalnych metod planowania rodziny, na przykładzie metody objawowo-termicznej Josefa Röttera. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2017; 2(51): 242-243.
12. Gumussoy S. Natural and traditional family planning methods. *International Medicine* 2019; 1(3): 147-152.
13. Freundl G., Sivin I., Batar I. State-of-the-art of non-hormonal methods of contraception: IV. Natural family planning; *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 2010; 15: 113–123.

Wstęp. Połóg od wieków był uznawany za szczególny czas dla kobiety i dziecka. W średniowieczu kobieta po porodzie potrzebowała izolacji, aby chronić siebie i dziecko przed chorobami. Czas ten trwał zwykle 6 tygodni, co odpowiada współczesnej definicji połogu. Obecnie, mimo że edukacja dotycząca ciąży i laktacji jest powszechna, wiedza o połogu, jego przebiegu i dolegliwościach jest często pomijana. Kobiety często poszukują informacji w Internecie, które nie zawsze są wiarygodne, ale mimo to uznają je za pomocne. Choć rodzina i bliscy pozostają ważnym źródłem wsparcia, istotne jest, by kobiety korzystały z rzetelnych informacji opartych na medycynie opartej na dowodach (EBM). Edukację o połogu mogą wspierać spotkania z położną, które powinny obejmować przygotowanie do porodu, połogu, karmienia i rodzicielstwa.

Cel pracy. Głównym celem pracy było ocenienie poziomu wiedzy kobiet będących w pierwszej ciąży i rodzących po raz pierwszy na temat przebiegu połogu.

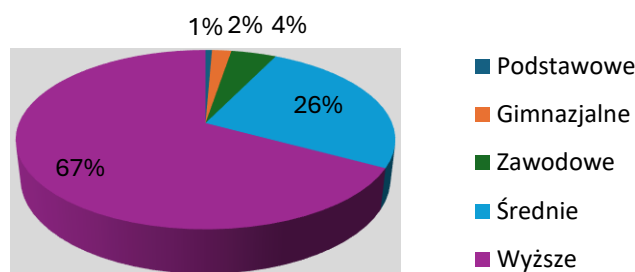
Materiał i metoda. Badania za pomocą autorskiej ankiety rozpoczęło się w styczniu 2023 i trwało do marca 2023 roku. W badaniu udział wzięło 152 kobiety, które uzupełniły prawidłowo kwestionariusz ankiety. Badane kobiety prezentowały różny wiek oraz poziom wykształcenia. Dane do badania zbierane były za pośrednictwem formularza internetowego docs.google.com, a udział w badaniu był dobrowolny. W pracy wykorzystano dobór celowy. Aby zakwalifikować się do uczestnictwa w badaniu, kobiety musiały być w pierwszej ciąży od 26 tygodnia lub po pierwszym porodzie. Ankieta była udostępniona w grupie na Facebooku „Rodzę w 2023 roku- Wyprawka dla niemowlaka” za zgodą jednej z administratorów grupy. W grupie znajduje się obecnie około 45 tysięcy użytkowników i ma zasięg ogólnopolski. Metodą zastosowaną w pracy był sondaż diagnostyczny przy wykorzystaniu techniki ankiety. Jako narzędzie badawcze użyto autorską ankietę, składającą się z 29 pytań. Znalazły się tam pytania jednokrotnego i wielokrotnego wyboru. Kwestionariusz rozpoczyna się wstępem informującym o celu badania, warunkach koniecznych do przystąpienia oraz sposobie wypełniania ankiety. Znajduje się również informacja, że udział w ankiecie jest dobrowolny i anonimowy. W opracowaniu wykorzystano test niezależności χ^2 . Obliczeń dokonano za pomocą programu IBM SPSS Statistics 22, przyjmując poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki: Badana grupa kobiet będących w pierwszej ciąży i rodzących po raz pierwszy, liczyła 152 osoby, najczęściej między 26. a 30 rokiem życia (55,3%, N=84) - Ryc. 1.



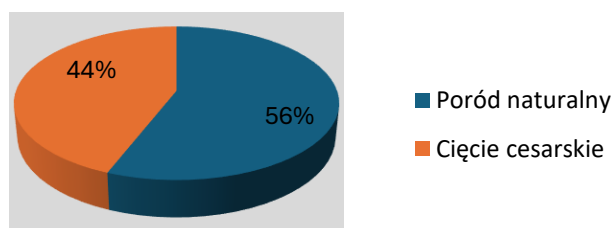
Ryc. 1 Wiek kobiet.

Ankietowane pierwiastki miały w większość wykształcenie wyższe (67,1%, N=102), co czwarta (25,7%, N=39) uzyskała wykształcenie średnie, a mniej niż co dziesiąta badana miała wykształcenie niższe niż średnie - Ryc. 2.



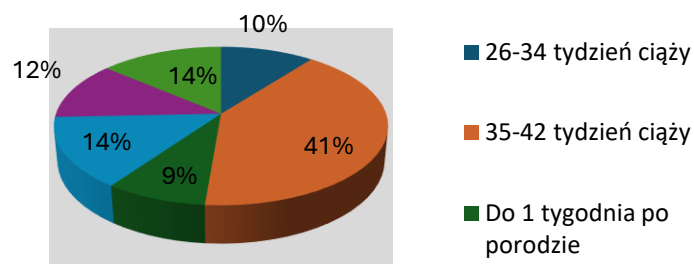
Ryc. 2 Wykształcenie badanych kobiet.

Na pytanie o sposób, w jaki została ukończona pierwsza ciąża odpowiedziało 74 kobiet, z czego 56,0% (N=41) rodziło naturalnie, a 44,0% (N=33) poprzez cesarskie cięcie - Ryc. 3.



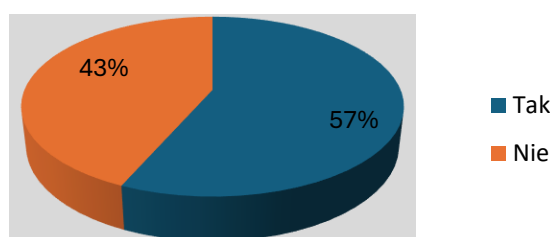
Ryc. 3 Sposób ukończenia ciąży u kobiet po pierwszym porodzie.

W 35-42 tygodniu ciąży było 40,8% kobiet (N=62), 2-3 tygodnie po położu 14,5% badanych (N=22), a powyżej 5 tygodnia położu było 13,8% respondentek (N=21). Niewielkie grupy badanych pierwiastek wskazywały inny obecny tydzień ciąży - Ryc. 4.



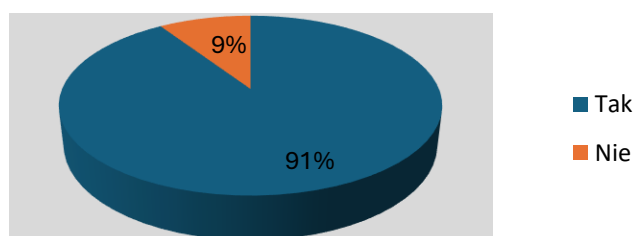
Ryc. 4 Obecny tydzień ciąży.

W zajęciach szkoły rodzenia uczestniczyło 56,6% kobiet (N=86) - Ryc. 5.



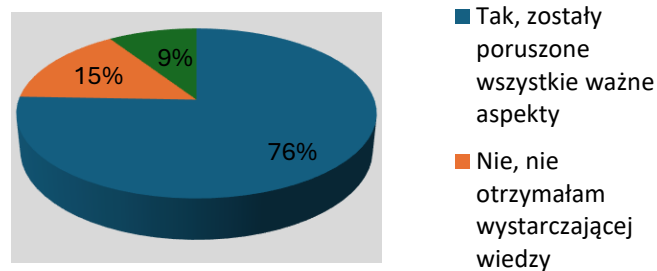
Ryc. 5 Uczestnictwo w zajęciach szkoły rodzenia.

Temat położnictwa był poruszany w trakcie zajęć szkoły rodzenia w opinii 90,7% kobiet biorących udział w tych zajęciach (N=78) - Ryc. 6.



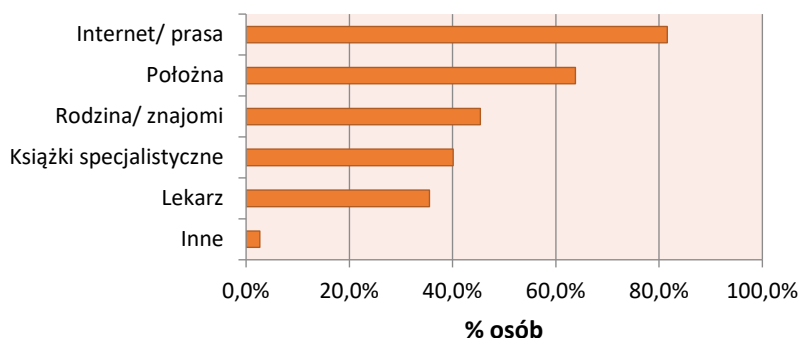
Ryc. 6 Poruszanie tematu położnictwa w trakcie zajęć szkoły rodzenia.

Kobiety biorące udział w zajęciach szkoły rodzenia w większości przyznały, że temat położnictwa został dogłębnie omówiony (75,6%, N=65). Wystarczającej wiedzy w tym zakresie nie otrzymało 15,1% kobiet (N=13), a 9,3% respondentek powtórzyło, że temat ten nie był poruszany - Ryc. 7.



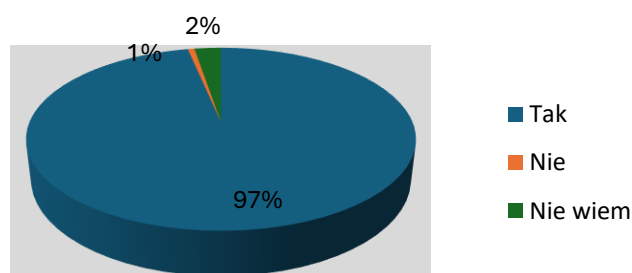
Ryc. 7 Wyrażanie opinii, że temat położu w szkole rodzenia był przedstawiony w sposób wyczerpujący.

Na temat położu pierwsiastki dowiadywały się przede wszystkim z Internetu/ prasy (81,6%, N=124). Inne źródła informacji o położu, to położna (63,8%, N=97), rodzina/ znajomi (45,4%, N=69), książki specjalistyczne (40,1%, N=61) lub lekarz (35,5%, N=54). Cztery kobiety (2,6%) wskazały inne źródła informacji - Ryc. 8.



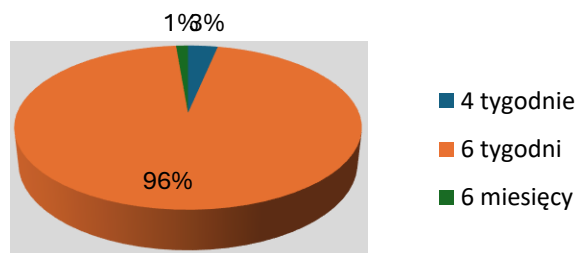
Ryc. 8 Źródła wiedzy na temat położu.

Badania wykazały, że kobiety były świadome, że połóg występuje u każdej kobiety po porodzie (96,7%, N=147) - Ryc. 9.



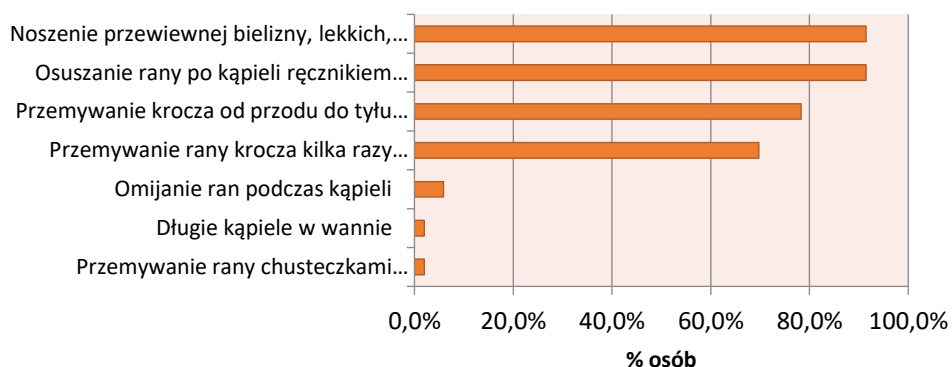
Ryc. 9 Posiadanie wiedzy, czy połóg występuje u każdej kobiety po porodzie.

Respondentki wiedziały, że połóg trwa 6 tygodni (95,4%, N=145) - Ryc. 10.



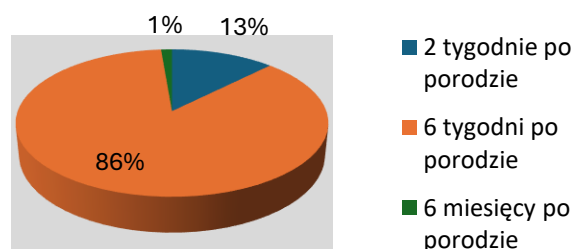
Ryc. 1 Posiadanie wiedzy, jak długo trwa połów.

Pielęgnacja rany po nacięciu krocza i po cięciu cesarskim w opinii pierwiastek powinna opierać się na noszeniu przewiewnej bielizny, lekkich, nie przylegających ubrań (91,4%, N=139), osuszaniu rany po kąpielach ręcznikiem papierowym, wietrzeniu rany (91,4%, N=139), przemywaniem krocza od przodu do tyłu (78,3%, N=119) oraz przemywaniem rany krocza kilka razy dziennie oraz po każdej wizycie w toalecie delikatnym mydłem (69,7%, N=106). Pojedyncze kobiety wskazywały inne, błędne odpowiedzi - Ryc. 11.



Ryc. 2 Posiadanie wiedzy, jak powinna wyglądać pielęgnacja rany po nacięciu krocza i po cięciu cesarskim.

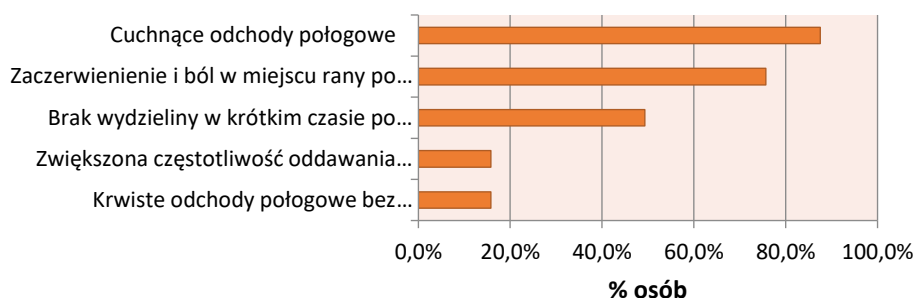
Większość pierwiastek wiedziała, że pierwsze wizyta u lekarza ginekologa powinna odbyć się 6 tygodni po porodzie (86,2%, N=131) - Ryc. 12.



Ryc. 3 Posiadanie wiedzy, kiedy powinna odbyć się pierwsza wizyta u lekarza ginekologa po porodzie

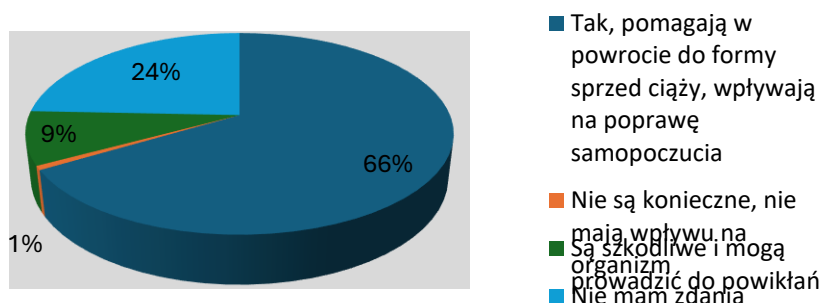
Objawy, które w opinii badanych kobiet powinny skłonić do wizyty u lekarza ginekologa, to cuchnące odchody połogowe (87,5%, N=133), zaczerwienienie i ból w miejscu rany po cięciu

cesarskim lub nacięciu krocza (75,7%, N=115), rzadziej brak wydzieliny w krótkim czasie po porodzie (49,3%, N=75). Wskazane odpowiedzi były prawidłowe, a niewielki odsetek kobiet wymienił inne - błędne odpowiedzi - Ryc. 13.



Ryc. 4 Posiadanie wiedzy, jakie objawy są wskazaniem do wizyty u lekarza ginekologa.

Ponad połowa kobiet będących w pierwszej ciąży i rodzących po raz pierwszy (66,4%, N=101) wiedziała, że ćwiczenia fizyczne dedykowane dla kobiet w połogu są korzystne, pomagają w powrocie do formy sprzed ciąży, wpływają na poprawę samopoczucia. Nie miało zdania na ten temat 24,3% respondentek (N=37). Za szkodliwe i mogące prowadzić do powikłań uznało ćwiczenia fizyczne dedykowane kobietom w połogu 8,6% ankietowanych (N=13), a jedna osoba uznała, że nie są one konieczne i nie mają wpływu na organizm - Ryc. 14.



Ryc. 5 Wyrażanie opinii, że ćwiczenia fizyczne dedykowane dla kobiet w połogu są korzystne dla zdrowia

Poziom wiedzy kobiet będących w pierwszej ciąży i rodzących po raz pierwszy na temat połogu określono, jako satysfakcjonujący (60,5%, N=92), zakładając 70% próg poprawności odpowiedzi na pytania testowe (skala 0-38 pkt.). Niesatysfakcjonujący poziom wiedzy o połogu miało 39,5% respondentek.

Satysfakcjonujący poziom wiedzy na temat połogu posiadały częściej kobiety w wieku 26-30 lat (67,9%), rzadziej badane poniżej 25 roku życia (57,6%), a w najmniejszym zakresie (45,7%) pierwszaki w wieku powyżej 30 lat. Różnice nie były istotne statystycznie ($p=0,0734$) - Tabela 1.

Tabela 1. Poziom wiedzy kobiet będących w pierwszej ciąży i rodzących po raz pierwszy na temat przebiegu połogu wg wieku.

		Wiek			Ogółem	
		Mniej niż 25 lat	26-30 lat	Ponad 30 lat		
Poziom wiedzy kobiet będących w pierwszej ciąży i rodzących po raz pierwszy na temat przebiegu porodu	niesatysfakcjonujący	N	14	27	19	60
		%	42,4%	32,1%	54,3%	39,5%
	satysfakcjonujący	N	19	57	16	92
		%	57,6%	67,9%	45,7%	60,5%
Ogółem		N	33	84	35	152
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2=5,224$; $p=0,0734$

Kobiety z wykształceniem wyższym nieznacznie częściej dysponowały satysfakcjonującym poziomem wiedzy o poroku (63,7%) niż kobiety nie posiadające wykształcenia wyższego (54,0%), ale różnice nie były znamienne statystycznie ($p=0,2491$) - Tabela 2.

Tabela 2. Poziom wiedzy kobiet będących w pierwszej ciąży i rodzących po raz pierwszy na temat przebiegu poroku wg wykształcenia

		Wykształcenie			Ogółem
		średnie lub niższe	wyższe		
Poziom wiedzy kobiet będących w pierwszej ciąży i rodzących po raz pierwszy na temat przebiegu poroku	niesatysfakcjonujący	N	23	37	60
		%	46,0%	36,3%	39,5%
	satysfakcjonujący	N	27	65	92
		%	54,0%	63,7%	60,5%
Ogółem		N	50	102	152
		%	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2=1,328$; $p=0,2491$

Kobiety, które brały udział w zajęciach Szkoły Rodzenia częściej posiadały satysfakcjonujący poziom wiedzy o poroku (67,4%) niż kobiety nie uczestniczące w tych zajęciach (51,5%). Różnice były istotne statystycznie ($p=0,0465$) - Tabela 3.

Tabela 3. Poziom wiedzy kobiet będących w pierwszej ciąży i rodzących po raz pierwszy na temat przebiegu poroku wg uczestnictwa w zajęciach Szkoły Rodzenia

		Uczestnictwo w zajęciach Szkoły Rodzenia			Ogółem
			Tak	Nie	
Poziom wiedzy kobiet będących w pierwszej ciąży i rodzących po raz pierwszy na temat przebiegu poroku	niesatysfakcjonujący	N	28	32	60
		%	32,6%	48,5%	39,5%
	satysfakcjonujący	N	58	34	92
		%	67,4%	51,5%	60,5%
Ogółem		N	86	66	152
		%	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2=3,965$; $p=0,0465$

Kobiety, które rodziły naturalnie częściej posiadały satysfakcjonujący poziom wiedzy na temat porodu (76,6%) niż kobiety rodzące poprzez cięcie cesarskie (45,9%). Różnice były istotne statystycznie ($p=0,0039$) - Tabela 4.

Tabela 4. Poziom wiedzy kobiet będących w pierwszej ciąży i rodzących po raz pierwszy na temat przebiegu porodu wg dotychczasowego sposobu rodzenia

		Dotychczasowy sposób rodzenia		Ogółem
		Poród naturalny	Cięcie cesarskie	
Poziom wiedzy kobiet będących w pierwszej ciąży i rodzących po raz pierwszy na temat przebiegu porodu	niesatysfakcjonujący	N	10	18
		%	23,4%	54,1%
	satysfakcjonujący	N	31	15
		%	76,6%	45,9%
Ogółem		N	41	33
		%	100,0%	100,0%

$\chi^2=8,352$; $p=0,0039$

Dyskusja. Ciąża, poród i połóg to wyjątkowy czas dla każdej kobiety, ale szczególnie niezwykły dla tych kobiet, które w ciążę zachodzą po raz pierwszy. Starając się o dziecko, przyszłe matki zwykle starają się dowiedzieć jak najwięcej, są ciekawe z czym wiąże się czas ciąży i jak wygląda poród. Swoją ciekawość starają się zaspokoić informacjami znalezionymi w Internecie, ale także kierują się do położnej czy rodziny [1,2].

Mimo iż Internet jest najczęściej wybieranym źródłem, co odzwierciedla badanie własne, gdzie aż 81,6% kobiet przyznaje, że to tam szukało wiadomości na temat porodu, to nie zawsze jest to wiarygodne źródło wiedzy, zwłaszcza na tematy tak złożone, jak przebieg porodu. Jako źródło wiedzy na temat porodu 63,8% ankietowanych wskazało położną, mimo to niewiele ponad połowa badanych (56,6%) uczestniczyła w zajęciach Szkoły Rodzenia, a 9,3% z uczestniczących przyznało, że temat porodu nie był poruszony w trakcie zajęć lub nie otrzymało wystarczającej wiedzy w tym zakresie (15,1%). Część kobiet, która nie brała udziału w takiej formie edukacji, uznała, że nie potrzebuje przygotowania (33,3%), a 28,8% wyraziła chęć samodzielnego przygotowania się do porodu i porodu. W badaniu Malon-Cychowską i wsp., wykazano, że pierworódki (51%) chętniej korzystały ze Szkoły Rodzenia niż wieloródki, a jednocześnie kobiety, które rezygnowały z tego typu zajęć zaznaczały, że jest to spowodowane chęcią samodzielnego przygotowania się do porodu i porodu (25,5%) [3].

W przygotowaniu do porodu i porodu rola Internetu jest mocno zarysowana. Zarówno w badaniu własnym, jak i badaniach przeprowadzonych przez Doroszewską i Dmoch-Gajzlerską, Internet stanowił źródło wiedzy zarówno o ciąży, jak i o porodzie, porodu czy pielęgnacji dziecka dla

80% badanych [1]. Nieco mniej licznie, ale nadal jako główne źródło wskazywały go także respondentki w badaniach Malon-Cychowskiej i wsp. oraz Rylewicz [3,4].

Wyniki badań wskazują, że kobiety są świadome czym jest połóg i jak długo trwa podobne wyniki uzyskano w badaniu Toporskiej [5]. W badaniu Mazurkiewicz i wsp. którego celem było zbadanie opinii położnych na temat wiedzy położnic w zakresie połogu. Położne stwierdziły, że wiedza kobiet jest średnia, na co wskazało 42,57% lub mało (34,65%). Jedynie 8,91% położnych uznało, że kobiety mają dużą wiedzę, a żadna nie wskazała opcji, że wiedza kobiet jest bardzo duża [6]. Wyniki tego badania różnią się znacząco od wyników uzyskanych w pracy własnej. Kobiety przebadane w badaniu autorskim wykazały się dużym poziomem wiedzy na temat połogu.

Wyniki badań wykazały, że 86,2% kobiet wiedziało, że pierwsza wizyta u lekarza ginekologa powinna odbyć się po zakończonym połogu. Pierwiastki wykazały się także dużą wiedzą na temat objawów, które powinny je zaniepokoić i skłonić do wcześniejszego udania się do lekarza. Podobne wyniki uzyskano w badaniu Toporskiej [5]. Aktywność fizyczna w czasie połogu jest ważnym aspektem rekonwalescencji, a kobiety, które urodziły naturalnie i czują się na siłach mogą wykonywać delikatne i nieobciążające ćwiczenia już w pierwszych godzinach po porodzie. Ćwiczenia przynoszą korzyści w postaci szybszej involucji macicy, a także zapobiegają powikłaniom zakrzepowo-zatorowym [7]. Ankietowane w badaniu własnym pierwiastki w większości (66,4%) wiedziały, że ćwiczenia fizyczne są korzystne, pomagają w powrocie do formy i wpływają na lepsze samopoczucie. Jednak tylko 35,5% kobiet wiedziało, że ćwiczenia po porodzie można wykonywać już w 1 dobie. Część badanych (28,9%) uznała, że powrót do ćwiczeń może nastąpić po miesiącu od porodu, podobna ilość (28,3%) podała, że czas ten to dwa tygodnie po porodzie.

W badaniu Krahel i wsp. w którym sprawdzano wpływ aktywności fizycznej w ciąży na przebieg porodu i na jakość życia po porodzie. Zauważono tam korelację z uczęszczaniem na zajęcia Szkoły Rodzenia i wykonywaniem ćwiczeń w czasie połogu. Sprawdzone również jak dużo z ankietowanych kobiet wykonywało zalecone ćwiczenia w połogu i było to 55% [8]. Jest to wyższy wynik niż wśród ankietowanych kobiet w badaniu własnym, mimo to należałoby zwrócić uwagę na lepszą edukację kobiet w zakresie powrotu do aktywności fizycznej i zachęcanie ich do lekkich ćwiczeń już w pierwszych dobach po porodzie.

Odpowiednie żywienie w trakcie połogu, a co za tym idzie, w czasie laktacji jest istotnym elementem i kobiety powinny wiedzieć w jaki sposób powinny komponować posiłki. Zachowane powinny być zasady racjonalnego żywienia z uwzględnieniem odpowiedniego nawodnienia, zawartość kwasów tłuszczowych omega-3, wapnia, pełnowartościowego białka

i węglowodanów złożonych. Zdanowski i wsp. zbadali kobiety z województwa mazowieckiego, które karmiły piersią. Wyniki tych badań wskazały, że aż 91% ankietowanych spożywało zbyt mało kaloryczne posiłki, a 96% piło zbyt mało wody. Kobiety przyjmowały także mniej węglowodanów niż zalecano, natomiast zbyt dużo cholesterolu było zbyt wysokie u 45% [9].

W badaniu własnym sprawdzono poziom wiedzy pierwiastek na temat prawidłowego odżywiania w czasie połogu. Respondentki uważały, że kobiety karmiące piersią powinny jeść zbilansowane posiłki, bogate w warzywa, owoce, a także produkty pełnoziarniste (89,5%), przyjmować odpowiednie ilości płynów, wapnia, kwasów tłuszczowych omega-3 i witamin (75%). Jednak prawie jedna na trzy badane uznała, że podczas karmienia powinno się jeść dania lekkostrawne aby zapobiegać kolkom i stosować dietę eliminującą potencjalne alergen. Powyższe badania są sygnałem, że zachodzi potrzeba dokładniejszej edukacji w zakresie żywienia podczas laktacji.

Seksualność po porodzie jest trudnym tematem i wymaga gotowości nie tylko fizycznej ale też psychicznej. Filippek i wsp. uznali, że powrót do aktywności seksualnej jest możliwy już po 14 dniach od porodu. Jednak zauważyli też, że przekonanie o 6-tygodniowej abstynencji jest powszechne na tyle, że może być uznane za dogmat. W badaniu objęli ponad 500 par, którym zadano pytania między innymi o zalecenia, jakie otrzymali od lekarzy i położnych. Aż 80,86% kobiet otrzymało takie wytyczne. Większość ankietowanych dostosowało się do zaleceń i 77,34% rozpoczęło współżycie po zakończonym połogu [10]. Badanie własne potwierdza tezę, że przekonanie o wstrzymaniu się od współżycia przez 6 tygodni po porodzie, jest powszechne. Aż 95,4% pierwiastek odpowiedziało, że dopiero po tym czasie można powrócić do aktywności seksualnej.

Przeprowadzone w Hiszpanii badanie Suárez-Cotelo i wsp., wykazało, że kobiety w zdecydowanej większości wiedzą jaki pokarm jest najlepszy dla noworodka. Co ciekawe, aż 61,2% uznało, że dziecko powinno być karmione wyłącznie piersią do 2 roku życia. WHO podaje, że jest to okres minimum 6 miesięcy. Prawie wszystkie kobiety (93%) wiedziały, że pierwsze karmienie powinno odbyć się zaraz po urodzeniu [11]. Badanie Toporskiej również wykazało, że prawie wszystkie kobiety (99%) wiedzą, że najlepszym pokarmem dla noworodka jest mleko matki, a pierwsze karmienie po porodzie powinno odbyć się zaraz po nim (79%). W kwestii zalecanej długości karmienia opinie badanych były rozbieżne. 57% kobiet zaznaczyło, że karmienie piersią powinno trwać do 1 roku życia, a 28% wskazało na czas 6 miesięcy. Inne odpowiedzi, które były wskazane przez kilka osób to: 3 miesiące, jak najdłużej lub do 3 roku życia [5]. Również w badaniach własnych wykazano, że wszystkie badane

kobiety wiedziały, że najlepszym pokarmem dla noworodków i niemowląt jest pokarm matki, a większość (82,2%) jest świadoma, że pierwsze karmienie powinno odbyć się od razu po porodzie, najlepiej do 2 pierwszych godzin. Zapytane o to, jak długo powinno się karmić dziecko wyłącznie piersią, 67,8% respondentek wskazało, że jest to czas 6 miesięcy.

Depresja poporodowa pojawia się najczęściej od 1 do 6 miesiąca po porodzie, jednak w skrajnych przypadkach może objawić się nawet rok po porodzie [12,13]. Co trzecia badana wiedziała, że może ona pojawić się do roku po porodzie, 30,3% pierwiastek wskazywało, że jest to czas do 6 tygodnia po porodzie, a 21,7% uważało, że objawy mogą wystąpić do 6 miesięcy od porodu. Ankietowane wiedziały jakie sygnały wskazują na depresję poporodową. Prawie każda wskazała, że jest to poczucie przygnębienia i niezdolność do przeżywania radości (97,4%). Kolejno wymieniane były poczucie winy (83,6%), drażliwość (73%), nieadekwatne do sytuacji reakcje czy zachowania (67,1%), senność lub brak snu (62,5%) i zaburzenia apetytu (59,9%). Wiedzę ankietowanych kobiet na temat zaburzenia psychicznego, jakim jest depresja poporodowa można uznać za dobrą, co może być sygnałem, że świadomość społeczeństwa na temat tych problemów rośnie.

Wyniki badań wykazały, że uczestnictwo w szkole rodzenia wpłynęło istotnie na poziom wiedzy zbadanych kobiet na temat położu. Odmienne wyniki uzyskano w badaniu Kaźmierczak i wsp. z 2009 r. nie wykazano istotnego związku między poziomem wiedzy położnic w zakresie położu a uczestnictwem w szkole rodzenia [14].

Wyniki badań podkreślają potrzebę zintensyfikowania rzetelnej edukacji dla kobiet, aby zapewnić im kompleksowe przygotowanie do okresu położu i świadomego macierzyństwa.

Wnioski:

1. Wiek pierwiastek nie miał istotnego wpływu na poziom wiedzy na temat położu.
2. Kobiety z wykształceniem wyższym wykazywały się nieznacznie większym poziomem wiedzy na temat przebiegu położu niż kobiety, które go nie posiadają.
3. Udział w Szkole Rodzenia istotnie zwiększył poziom wiedzy pierwiastek na temat położu.
4. Pierwiastki, które urodziły naturalnie posiadały większą wiedzę na temat przebiegu położu, niż kobiety, które urodziły przez cięcie cesarskie.

Piśmiennictwo:

1. Doroszeńska A, Dmoch-Gajzlerska E: Internet jako źródło informacji o ciąży, porodzie, położu i pielęgnacji dziecka – analiza wyników badań. *Zdr Publ* 2011, 121 (2): 129-134.
2. Stępień E, Dorofeeva U, Hdyrya O: Internet jako źródło wiedzy o przebiegu ciąży, porodu i położu kobiet ciężarnych. *EJMT*, 2015, 1: 6.

3. Malon-Cychowska A, Kulesza-Brończyk B, Piekut K. Czynniki determinujące przebieg porodu. W: Kulesza-Brończyk B, Piekut K (red.) *Od poczęcia do starości. Problemy zdrowotne kobiet: praca zbiorowa*. T.2. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2021; 56-77.
4. Rylewicz M, Jenczura A. Ocena stopnia przygotowania fizycznego i emocjonalnego kobiet do porodu, W: Jankowiak B, Kowalewska B, Krajewska-Kułak E (red.) *Promocja, edukacja zdrowotna oraz profilaktyka w naukach medycznych*. Uniwersytet Medyczny, Białystok 2022; 292-304.
5. Toporska A. Wiedza kobiet na temat zachowań zdrowotnych w okresie ciąży i porodu. *Chowanna* 31 (2):79-94.
6. Mazurkiewicz B, Marat L, Dmoch-Gajzlerska E. Wiedza położnic na temat okresu porodu w opinii położnych. *Zdrowie i dobrostan*. 2014, 1: 79-101.
7. Gablankowska M, Radziszewska S. Aktywność fizyczna kobiet w ciąży, w trakcie porodu oraz porodu. *Sztuka Leczenia* 2019, 1: 59-64.
8. Korzyńska-Piętas M, Dziaduszek K, Bolek B, Iwanowicz-Palus GJ, Bień A. Wpływ aktywności fizycznej na prawidłowy przebieg ciąży, porodu i porodu. *Med Og Nauk Zdr*. 2018;24(3):162-165.
9. Zdanowski K, Wawrzyniak A, Hamułka J, et.al. Ocena spożycia energii oraz składników podstawowych w grupie kobiet karmiących piersią. *Rocz Panstw Zakł Hig* 2012, 63, 3: 305-311.
10. Filipek K, Marcyniak ME, Kuran J. Rozpoczęcie współżycia płciowego po zakończonym porodu. *Seksuologia Polska* 2014, 12, 1: 8-14.
11. Suárez-Cotelo MDC, Movilla-Fernández MJ, Pita-García P, et.al. Breastfeeding knowledge and relation to prevalence. *Rev Esc Enferm USP*. 2019 Feb 28;53:e03433.
12. Wojdyła Z, Żurawiecka D, Łuczak I, Zimnowoda M. Zaburzenia zdrowia psychicznego u kobiet w okresie ciąży, porodu i porodu. *Wybrane Asp. Opieki Pielęgniarskiej I Położniczej W Różnych Spec. Med*, 2019, 7, 197-205.
13. Makara-Studzińska M. Psychologia w położnictwie i ginekologii. Red. Iwanowicz-Palus G. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie, 2008, 206-211.
14. Kaźmierczak M, Gebuza G, Gierszewska M, et. al. Ocena poziomu wiedzy położnic na temat okresu porodu. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, 2010: 3(4): 296-301.

WPLYW PANDEMII COVID-19 NA STAN EMOCJONALNY KOBIEĆ W OKRESIE OKOŁOPORODOWYM

POLNIK-LONC MAJA, KREMSKA ANNA, MOŹDŻAN JUSTYNA

Wstęp. Ciąża i narodziny dziecka to jeden z najbardziej przełomowych okresów w życiu kobiety oraz jej partnera. Wymagają one reorganizacji stylu życia, przewartościowania priorytetów i skupienia na zdrowiu oraz bezpieczeństwie nowego członka rodziny. Okres okołoporodowy, obejmujący czas ciąży, porodu i połogu, jest szczególnie podatny na występowanie zaburzeń emocjonalnych zarówno u kobiet, jak i ich partnerów. W tym czasie niezwykle istotna jest holistyczna opieka nad kobietą i jej rodziną, obejmująca wsparcie psychiczne, edukację oraz przygotowanie do nowej roli rodzicielskiej. Kluczową rolę odgrywa tu zespół terapeutyczny, w skład, którego wchodzi położna, lekarz położnik oraz inni specjaliści prowadzący szkoły rodzenia i edukację zdrowotną [1].

Od 2020 roku narodziny dzieci odbywały się w cieniu pandemii COVID-19, wywołanej przez wirusa SARS-CoV-2. Pojawienie się nowej choroby zakaźnej spowodowało niepewność co do jej wpływu na przebieg ciąży, zdrowie matek i dzieci, a także liczne zmiany w organizacji opieki zdrowotnej. Brak skutecznego leczenia, wysoka liczba zakażeń oraz restrykcje wywołały strach i ograniczyły dostęp do opieki medycznej. Przez pewien czas ochrona zdrowia ograniczała się do telemedycyny, wizyt zdalnych oraz izolacji matek i noworodków w szpitalach. Zalecenia dotyczące postępowania w okresie okołoporodowym zmieniały się dynamicznie, w miarę poznawania nowego wirusa i jego skutków dla zdrowia kobiet ciężarnych oraz dzieci. Wpływ tych zmian na zdrowie psychiczne kobiet i ich rodzin jest przedmiotem wielu współczesnych badań [1-3].

Cel pracy. Celem pracy jest przedstawienie najczęstszych zaburzeń psychicznych występujących w okresie okołoporodowym oraz ukazanie wpływu pandemii COVID-19 na ryzyko ich rozwoju. Dodatkowo, analizie poddano czynniki ryzyka oraz działania profilaktyczne podejmowane w celu ochrony zdrowia psychicznego kobiet w tym szczególnym okresie.

Material i metody. Artykuł opiera się na przeglądzie literatury naukowej z lat 2020–2024, analizie aktualnych wytycznych oraz standardów opieki okołoporodowej, a także na obserwacjach własnych autorek zdobytych podczas praktyk klinicznych. W pracy omówiono narzędzia diagnostyczne takie jak Edynburska Skala Depresji Poporodowej (ESDP), Skala Objawów Depresyjnych Becka (BDI) oraz inne testy przesiewowe stosowane w praktyce położniczej. Analizowano czynniki ryzyka, objawy oraz możliwości profilaktyki i wsparcia

psychologicznego kobiet w okresie okołoporodowym, ze szczególnym uwzględnieniem zmian wprowadzonych w czasie pandemii COVID-19.

Wyniki. Okres okołoporodowy jest czasem, w którym kobieta doświadcza wielu zmian – zarówno pozytywnych, jak i negatywnych – które mogą być silnymi stresorami. Kobiety w tym okresie mogą odczuwać stres zarówno w postaci ostrej, związanej z nagłą zmianą życiową, jak i przewlekłej, wynikającej z codziennych obowiązków i problemów. Reakcje organizmu na stres obejmują zarówno objawy fizjologiczne, jak i psychiczne, a ich nasilenie zależy od indywidualnych zasobów psychicznych, fizycznych, społecznych i materialnych [1-4].

Tabela 1. Zmiany emocjonalne w okresie okołoporodowym (wg trymestrów i połogu) [1].

Okres	Najczęstsze emocje i objawy
I trymestr	Niepewność, lęk, radość, zmęczenie
II trymestr	Stabilizacja emocji, wzrost poczucia bezpieczeństwa
III trymestr	Wzrost lęku przed porodem, niepokój, napięcie
Poród	Silny stres, lęk, ulga po zakończeniu porodu
Połów (do 6 tygodni)	Wahania nastroju, baby blues, zmęczenie, adaptacja
Połów (po 6 tygodniach)	Stabilizacja emocji, budowanie relacji z dzieckiem

W literaturze podkreśla się, że kobiety z neurotycznymi cechami osobowości mają większe ryzyko wystąpienia poporodowych zaburzeń nastroju. Brak wsparcia ze strony rodziny i otoczenia, a także niewystarczająca edukacja na temat zaburzeń psychicznych, mogą prowadzić do narastania objawów lęku i drażliwości. Zaburzenia psychiczne w okresie okołoporodowym mają również długofalowy wpływ na funkcjonowanie rodziny i relację matki z dzieckiem. U noworodków matek chorujących na depresję poporodową obserwuje się m.in. tachykardię i zaburzenia hormonalne, a dzieci te są bardziej narażone na zaburzenia psychiczne w późniejszym życiu [1-6].

Tabela 2. Najczęściej występujące zaburzenia psychiczne w okresie okołoporodowym [1-13].

Zaburzenie	Charakterystyka	Częstość występowania
Tokofobia	Patologiczny lęk przed porodem, często prowadzi do wyboru cięcia cesarskiego	6–14% ciężarnych
Baby blues	Przemijające obniżenie nastroju, drażliwość, płaczliwość, ustępuje do 2 tygodni	50–80% położnic
Depresja poporodowa	Utrzymujące się obniżenie nastroju, anhedonia, zaburzenia snu, myśli samobójcze	10–20% położnic
Psychoza poporodowa	Ostra psychoza, urojenia, halucynacje, wymaga pilnej interwencji	0,1–0,2% położnic
Zaburzenia stresowe pourazowe (PTSD)	Objawy lęku, nawracające wspomnienia traumy okołoporodowej	3–6% położnic

W okresie pandemii COVID-19 szczególnie nasiliły się czynniki ryzyka wystąpienia tych zaburzeń. Kobiety ciężarne i po porodzie doświadczały ograniczenia kontaktów społecznych, izolacji w szpitalach, braku możliwości uczestnictwa w szkołach rodzenia oraz ograniczonego dostępu do opieki medycznej. Zmiany te prowadziły do wzrostu poczucia lęku, niepewności oraz osamotnienia. Kobiety często obawiały się o zdrowie swoje i dziecka, oddzielenia od dziecka po porodzie, a także o możliwość zarażenia dziecka podczas pobytu w szpitalu. Połowa ankietowanych kobiet zgłosiła większe obciążenie emocjonalne podczas ciąży i porodu podczas pandemii COVID-19, porównując do poprzedniej ciąży przed rozpoczęciem pandemii. Wprowadzenie telemedycyny oraz ograniczenie wizyt osobistych wpłynęło negatywnie na poczucie bezpieczeństwa i komfortu psychicznego wielu kobiet. Powodem zaburzonego poczucia bezpieczeństwa oraz obciążenia emocjonalnego mogły być źródła, z których kobiety czerpały informację na temat COVID-19 – najczęściej podawane przez ankietowane: Internet oraz media, a także fakt, że ponad połowa ankietowanych zetknęła się w kręgu swojej najbliższej rodziny i przyjaciół z zachorowaniem na COVID-19 [1,7,8].

Tabela 3. Objawy depresji poporodowej wg Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej (ESDP)

Objaw	Opis
Obniżenie nastroju	Utrzymujące się przez większość dnia
Utrata zainteresowań	Brak radości z codziennych czynności
Zaburzenia snu	Bezsenna lub nadmierna senność
Utrata apetytu	Spadek masy ciała lub brak łaknienia
Myśli rezygnacyjne lub samobójcze	Poczucie beznadziei, myśli o śmierci
Nadmierny lęk o zdrowie dziecka	Utrudniający codzienne funkcjonowanie
Drażliwość, płaczliwość	Łatwe wybuchy płaczu, trudności w relacjach

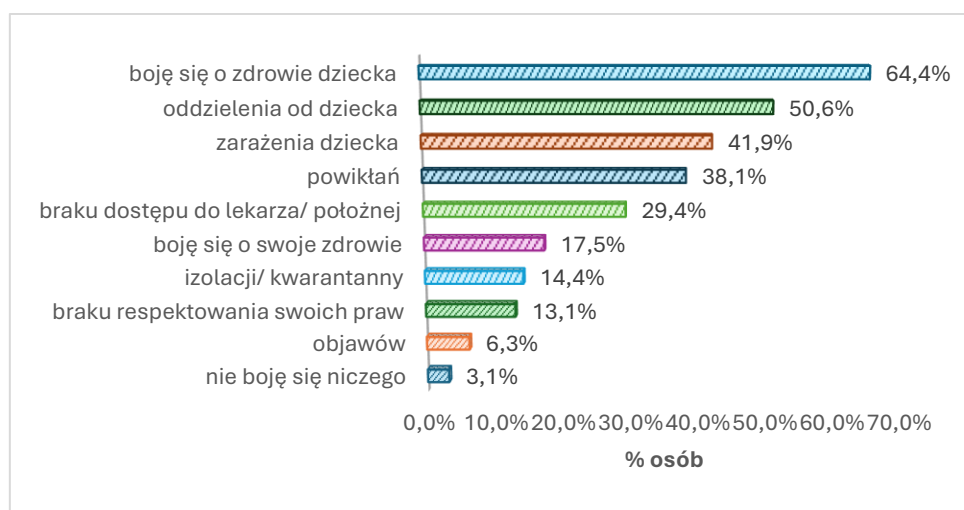
W pracy podkreślono, że w Polsce od 2019 roku przesiewowe badania w kierunku depresji ciążowej i poporodowej są elementem standardu opieki okołoporodowej. Najczęściej wykorzystywanym narzędziem jest Edynburska Skala Depresji Poporodowej (ESDP), która pozwala na wczesne wykrycie objawów depresji i skierowanie kobiety do specjalisty. Wprowadzenie psychoprophylaktyki do opieki nad kobietą obejmuje edukację zdrowotną, prawidłową komunikację oraz utrzymanie ciągłości opieki medycznej, a także wsparcie ze strony bliskich.

Do najważniejszych czynników ryzyka wystąpienia zaburzeń psychicznych w okresie okołoporodowym należą: uwarunkowania genetyczne, zmiany hormonalne, brak wsparcia społecznego i rodzinnego, zmiana relacji z partnerem, spadek libido, trudności w adaptacji do nowej roli, problemy z karmieniem piersią i laktacją, zmęczenie, zaburzenia snu, poczucie niepełnowartościowości w roli matki oraz izolacja społeczna i ograniczony dostęp do opieki medycznej w czasie pandemii COVID-19.

Tabela 4. Czynniki ryzyka depresji poporodowej

Grupa czynników	Przykłady
Genetyczne	Depresja poporodowa w rodzinie, choroby psychiczne u matki/babci/siostry
Biologiczne	Zmiany hormonalne, powikłania okołoporodowe, problemy z laktacją
Psychospołeczne	Brak wsparcia partnera/rodziny, samotność, trudna sytuacja materialna
Sytuacyjne	Izolacja podczas pandemii, brak obecności bliskich przy porodzie
Osobowościowe	Niska samoocena, cechy neurotyczne, wcześniejsze epizody depresji/lęku

Dyskusja. Analiza zgromadzonego materiału oraz przegląd literatury potwierdzają, że okres okołoporodowy jest czasem szczególnej podatności kobiet na wystąpienie zaburzeń emocjonalnych [1-13]. Zmiany hormonalne, adaptacja do nowej roli, przewartościowanie dotychczasowego życia oraz obciążenia związane z opieką nad noworodkiem mogą prowadzić do wyczerpania zasobów psychicznych i fizycznych. Nawet kobiety, które wcześniej nie wykazywały skłonności do zaburzeń psychicznych, mogą doświadczyć obniżenia nastroju, lęku, drażliwości czy epizodów depresyjnych.



*wyniki nie sumowały się do 100%, ponieważ badane wskazywały więcej niż jedną odpowiedź

Rycina 1. Obawy związane z przebiegiem COVID-19 [1].

Szczególnie istotnym czynnikiem ryzyka, szeroko omawianym w literaturze, jest brak wsparcia społecznego i rodzinnego. Kobiety pozbawione pomocy partnera, rodziny czy przyjaciół znacznie częściej zgłaszają objawy lęku, niepokoju, a nawet poczucia bezradności. Współczesny model opieki medycznej podkreśla rolę interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego, w którym kluczowe znaczenie mają nie tylko lekarz położnik i położna, ale również psycholog czy doradca laktacyjny. Współpraca tych specjalistów pozwala na szybszą

identyfikację kobiet z grupy ryzyka i wdrożenie odpowiednich działań profilaktycznych lub terapeutycznych. W przeprowadzonym badaniu kobiety najbardziej zgadzały się ze stwierdzeniem, że pomoc psychologa powinna być powszechna i ogólnie dostępna na oddziałach poporodowych, a także obawiały się tego, że rodzina nie będzie mogła odwiedzić ich w szpitalu, pomimo tego deklarowały pomoc personelu medycznego za wystarczającą. Zdecydowana większość ankietowanych nie mogła posiadać osoby towarzyszącej podczas porodu, z powodu obostrzeń nie doświadczyła też odwiedzin bliskich w szpitalu, co nasilało odczuwany strach i lęk [1,9,10].

Tabela 5. Działania profilaktyczne i wsparcie w okresie okołoporodowym

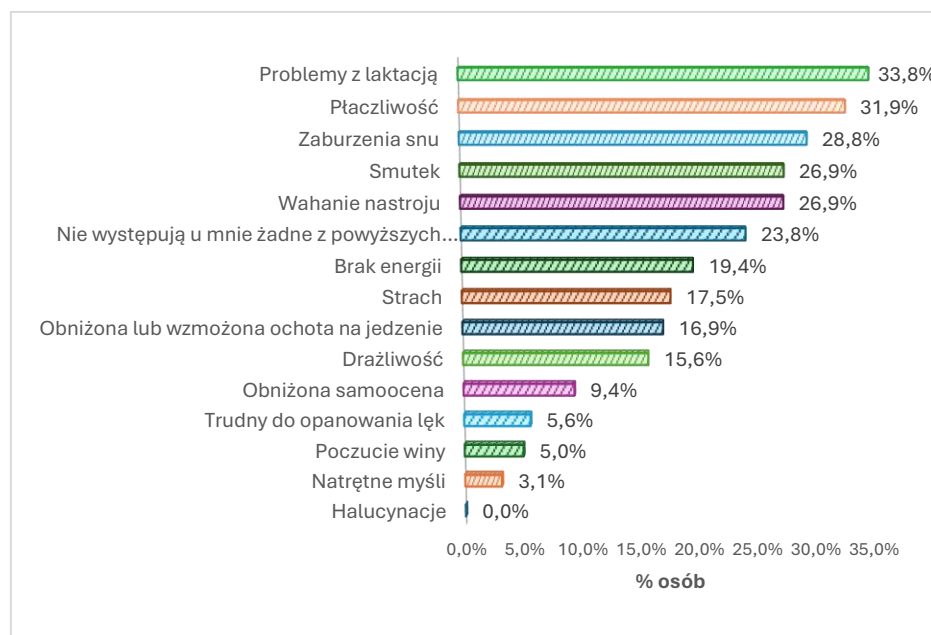
Działanie	Opis lub przykład
Przesiewowe badania w kierunku depresji	ESDP, BDI, wywiad lekarski
Edukacja zdrowotna i psychoprofilaktyka	Szkoły rodzenia, warsztaty dla rodziców
Wsparcie społeczne	Grupy wsparcia, kontakt z rodziną, wsparcie partnera
Stały kontakt z zespołem terapeutycznym	Położna środowiskowa, lekarz prowadzący, psycholog
Promocja technik radzenia sobie ze stresem	Relaksacja, techniki oddechowe, mindfulness
Dostęp do opieki psychologicznej	Konsultacje indywidualne, terapia grupowa
Kontynuacja opieki po porodzie	Wizyty poporodowe, monitorowanie stanu psychicznego

Pandemia COVID-19 wprowadziła dodatkowe, niespotykane dotąd czynniki ryzyka. Ograniczenie kontaktów społecznych, izolacja w szpitalach, brak możliwości uczestnictwa w szkołach rodzenia, a także ograniczony dostęp do opieki medycznej i psychologicznej, znacząco wpłynęły na wzrost poziomu stresu i poczucia osamotnienia u kobiet w ciąży i połogu. Strach przed zakażeniem, niepewność dotycząca zdrowia własnego i dziecka, a także dynamicznie zmieniające się zalecenia medyczne powodowały dezorientację i wzmacniały lęk. Wprowadzenie telemedycyny, choć pozwoliło na utrzymanie kontaktu z personelem medycznym, nie zawsze było w stanie zastąpić bezpośredni kontakt i wsparcie emocjonalne, jakiego kobiety oczekiwały w tym okresie [1].

Tabela 6. Wpływ pandemii COVID-19 na opiekę okołoporodową i zdrowie psychiczne kobiet

Obszar zmiany	Opis wpływu pandemii COVID-19
Dostęp do opieki medycznej	Ograniczenie wizyt osobistych, telemedycyna
Izolacja społeczna	Brak obecności bliskich przy porodzie, zamknięte szkoły rodzenia
Wsparcie emocjonalne	Ograniczony kontakt z rodziną, brak grup wsparcia
Poziom lęku i niepewności	Wzrost obaw o zdrowie własne i dziecka, niepewność przyszłości
Diagnostyka i profilaktyka	Utrudnione przesiewowe badania, opóźniona identyfikacja problemów
Edukacja i informacja	Utrudniony dostęp do rzetelnych informacji, dezinformacja

Zaburzenia emocjonalne, takie jak baby blues, depresja poporodowa, tokofobia czy zaburzenia stresowe pourazowe, mogą mieć poważne konsekwencje nie tylko dla zdrowia psychicznego matki, ale również dla rozwoju dziecka i funkcjonowania całej rodziny. W literaturze podkreśla się, że dzieci matek cierpiących na depresję poporodową częściej wykazują zaburzenia rozwoju emocjonalnego, trudności w nawiązywaniu więzi oraz problemy adaptacyjne w późniejszym życiu. Dlatego tak ważne jest, aby działania profilaktyczne i diagnostyczne były podejmowane już na etapie ciąży, a opieka nad kobietą miała charakter ciągły i zindywidualizowany [10-14].



**wyniki nie sumowały się do 100%, ponieważ badane wskazywały więcej niż jedną odpowiedź*

Rycina 2. Występowanie wybranych objawów [1].

Wprowadzenie w Polsce od 2019 roku przesiewowych badań w kierunku depresji okołoporodowej stanowi ważny krok w kierunku poprawy zdrowia psychicznego kobiet. Regularne stosowanie narzędzi takich jak Edynburska Skala Depresji Poporodowej umożliwia wczesne wykrycie niepokojących objawów i skierowanie pacjentki do odpowiedniego specjalisty. Jednak skuteczność tych działań zależy w dużej mierze od świadomości zarówno personelu medycznego, jak i samych kobiet, które często nie zgłaszają swoich problemów z obawy przed stygmatyzacją lub brakiem zrozumienia [9-14].

Warto również podkreślić znaczenie edukacji zdrowotnej i psychoprofilaktyki. Programy szkół rodzenia, warsztaty dla rodziców, grupy wsparcia czy kampanie informacyjne mogą przyczynić się do zwiększenia świadomości społecznej na temat zaburzeń psychicznych w okresie okołoporodowym [2]. Szczególną uwagę należy zwrócić na kobiety młode, samotne, po

niepowodzeniach położniczych oraz te, które mają w wywiadzie zaburzenia psychiczne – to właśnie one wymagają najbardziej zindywidualizowanej i intensywnej opieki.

Tabela 7. Ocena wybranych stwierdzeń (skala 1-5 pkt.) [1]

	Zdecydowanie nie zgadzam się		Raczej się nie zgadzam		Nie mam zdania		Raczej się zgadzam		Zdecydowanie się zgadzam		Średnia	SD
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Białam się na myśl, że mój poród mógłby odbyć się bez osoby towarzyszącej	25	15,6%	21	13,1%	25	15,6%	24	15,0%	65	40,6%	3,52	1,51
Białam się, że będę sama w szpitalu	18	11,3%	23	14,4%	13	8,1%	27	16,9%	79	49,4%	3,79	1,46
Nie spodobało mi się to, że rodzina nie będzie mogła mnie odwiedzić w szpitalu	10	6,3%	14	8,8%	14	8,8%	40	25,0%	82	51,3%	4,06	1,23
Pomoc personelu medycznego (położnych, pielęgniarek, lekarzy) okazała się dla mnie wystarczająca	9	5,6%	17	10,6%	6	3,8%	75	46,9%	53	33,1%	3,91	1,14
Obecna sytuacja epidemiologiczna wywołuje u mnie strach	6	3,8%	28	17,5%	31	19,4%	65	40,6%	30	18,8%	3,53	1,10
Czuję się przytłoczona informacjami dotyczącymi COVID-19	9	5,6%	20	12,5%	23	14,4%	51	31,9%	57	35,6%	3,79	1,21
Uważam, że powszechna obecność psychologa jest potrzebna na oddziałach położniczych	2	1,3%	6	3,8%	30	18,8%	58	36,3%	64	40,0%	4,10	0,92

Podsumowując, okres okołoporodowy, zwłaszcza w warunkach pandemii COVID-19, stanowi czas wzmożonego ryzyka wystąpienia zaburzeń emocjonalnych u kobiet. Kluczowe znaczenie mają tu wczesna identyfikacja grup ryzyka, interdyscyplinarna współpraca specjalistów oraz szeroko zakrojona edukacja i wsparcie psychologiczne [1]. Tylko takie podejście pozwoli na

skuteczną profilaktykę i leczenie zaburzeń psychicznych oraz zapewni kobietom i ich rodzinom poczucie bezpieczeństwa i dobrostan emocjonalny w tym szczególnym okresie życia.

Wnioski.

1. Okres okołoporodowy jest czasem szczególnego ryzyka wystąpienia zaburzeń emocjonalnych, zwłaszcza w warunkach pandemii COVID-19.
2. Pandemia nasiliła czynniki ryzyka poprzez ograniczenie wsparcia społecznego, utrudniony dostęp do opieki medycznej i wzrost poziomu stresu.
3. Czynnikiem ryzyka występowania problemów emocjonalnych w pandemii COVID-19 obawy o zdrowie swoje i dziecka, oddzielenie od dziecka oraz możliwość zarażenia dziecka.
4. Kluczowe znaczenie ma wczesna diagnostyka, edukacja oraz interdyscyplinarna opieka nad kobietą w okresie okołoporodowym, szczególną rolę odgrywają w tym zakresie położne.
5. Konieczne jest rozwijanie programów wsparcia oraz dostosowanie opieki do warunków epidemiologicznych, by zapewnić bezpieczeństwo i dobrostan emocjonalny kobiet i ich rodzin.

Piśmiennictwo:

1. Polnik M. Wpływ obecnej sytuacji epidemiologicznej na stan emocjonalny kobiet w okresie okołoporodowym. Praca magisterska. Uniwersytet Rzeszowski; 2022.
2. Davenport MH, Meyer S, Meah VL, Strynadska MC, Khurana R. Moms Are Not OK: COVID-19 and Maternal Mental Health. *Front Glob Womens Health*. 2020;1:1.
3. Ceulemans M, Hompes T, Foulon V. Mental health status of pregnant and breastfeeding women during the COVID-19 pandemic: A call for action. *Int J Gynecol Obstet*. 2020;151(1):146-147.
4. Polish Society of Gynecologists and Obstetricians (PTGiP). Recommendations for perinatal care during the COVID-19 pandemic. *Ginekol Pol*. 2021;92(5):370-377.
5. Lebel C, MacKinnon A, Bagshawe M, Tomfohr-Madsen L, Giesbrecht G. Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. *J Affect Disord*. 2020;277:5-13.
6. Hessami K, Romanelli C, Chiurazzi M, Cozzolino M. COVID-19 pandemic and maternal mental health: a systematic review and meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2022;35(20):4014-4019.
7. Polish Society of Gynecologists and Obstetricians (PTGiP). Standardy opieki okołoporodowej 2019–2022. *Ginekol Pol*. 2019;90(12):705-712.
8. Liu CH, Erdei C, Mittal L. Risk factors for depression, anxiety, and PTSD symptoms in perinatal women during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Res*. 2021;295:113552.
9. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014;28(1):3–12.

10. O'Connell MA, Leahy-Warren P, Khashan AS, Kenny LC, O'Neill SM. Worldwide prevalence and risk factors for tokophobia: A systematic review and meta-analysis. *BJOG*. 2022;129(9):1454-1464.
11. Ayaz R, Hocaoglu M, Günay T, Yardımcı OD, Turgut A, Karateke A. Anxiety and depression symptoms in the same pregnant women before and during the COVID-19 pandemic. *J Perinat Med*. 2020;48(9):965-970.
12. Shorey S, Chan V. Postpartum depression: A comprehensive review of risk factors, diagnosis, and treatment. *J Affect Disord*. 2022;308:107-121.
13. Sit D, Rothschild AJ, Wisner KL. A Review of Postpartum Psychosis. *J Women's Health (Larchmt)*. 2006;15(4):352-368.
14. Yildiz PD, Ayers S, Phillips L. The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2017;208:634-645.

BANKI MLEKA KOBIECEGO: WYZWANIA I DOŚWIADCZENIA KOBIET - PRZEGLĄD BADAŃ

AMELIA GRZYBOWSKA, KAMILA KRASUCKA, MAGDALENA DZIURKA

Wstęp. Mleko kobiece dostarcza noworodkom istotnych składników odżywczych, wspiera ich odporność i rozwój fizjologiczny [1]. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) oraz Fundusz Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci (UNICEF) rekomendują rozpoczęcie karmienia piersią w ciągu pierwszej godziny po narodzinach, wyłączenie karmienia piersią przez pierwsze sześć miesięcy życia oraz jego kontynuację przez co najmniej dwa lata, przy jednoczesnym wprowadzaniu żywności uzupełniającej odpowiedniej do wieku i wartości odżywczej. Dodatkowo, według WHO, karmienie piersią przyczynia się nie tylko do poprawy zdrowia, ale również odgrywa istotną rolę w zwalczaniu ubóstwa, wspieraniu rozwoju gospodarczego oraz ograniczaniu nierówności społecznych [2].

W wielu placówkach trzeciego stopnia referencyjności matki należące do grupy wysokiego ryzyka oraz ich nowo narodzone dzieci są rozdzielane tuż po porodzie. Często trafiają na oddzielne oddziały, piętra, a nawet do innych budynków. Nawet jeśli matka ma możliwość odciągania pokarmu, często brakuje odpowiednich systemów zapewniających jego bezpieczne przechowywanie, transport oraz podanie dziecku [3]. W przypadku braku mleka matki, WHO zaleca, jeśli to możliwe podawanie mleka od dawczyń mleka kobiecego pochodzącego z banku mleka kobiecego [4].

Banki Mleka Kobiecego (BMK) to wyspecjalizowane placówki, które gromadzą, przetwarzają, przechowują i udostępniają mleko kobiece wcześniakom/ noworodkom donoszonym/ niemowlętom, które nie mogą być karmione mlekiem przez matki. Ich głównym celem jest wspieranie zdrowia noworodków, w szczególności wcześniaków i dzieci z niską wagą urodzeniową, które potrzebują specjalistycznej opieki i odpowiedniego żywienia. Stosuje się je głównie ze wskazań klinicznych jako tymczasowe wsparcie, zastępujące mieszankę mleczną. W miarę wzrostu produkcji mleka przez matkę, dziecko stopniowo przechodzi na karmienie piersią lub mlekiem odciętym, a mleko z banku mleka kobiecego zostaje wycofywane [3]. Choć tradycja nieformalnego dzielenia się mlekiem pomiędzy matkami karmiącymi istnieje od wieków i stanowiła ważny element wsparcia w różnych kulturach, to formalne banki mleka kobiecego pojawiły się stosunkowo niedawno. Pierwszy taki ośrodek został uruchomiony w 1909 roku w Wiedniu, co zapoczątkowało systematyczne, zorganizowane gromadzenie, przetwarzanie oraz dystrybucję mleka dla niemowląt, zwłaszcza tych wymagających szczególnej opieki medycznej w ciężkim stanie klinicznym. Od tamtej pory liczba banków mleka kobiecego na całym świecie systematycznie wzrasta, a ich rola w ochronie zdrowia

noworodków oraz promocji karmienia piersią zyskuje coraz większe uznanie. Rozwój nowoczesnych technologii oraz standardów bezpieczeństwa przyczynił się do zwiększenia dostępności i jakości usług świadczonych przez BMK, co ma istotne znaczenie dla zdrowia niemowląt, zwłaszcza wcześniaków i dzieci z niską masą urodzeniową.

W 1980 roku WHO i UNICEF po raz pierwszy uznały mleko od dawczyń z banków mleka za alternatywę dla mleka matki [5]. Jednak odkrycie obecności wirusa HIV w mleku kobiecym w latach 80. [6] osłabiło zaufanie do bezpieczeństwa BMK, co na długi czas spowolniło rozwój banków mleka [5].

Dostępność mleka dawczyń jest ograniczona, dlatego jego przydział opiera się zazwyczaj na ocenie ryzyka zachorowalności i śmiertelności, z pierwszeństwem dla najmniejszych i najciężiej chorych noworodków, aby ograniczyć zagrożenia związane z użyciem preparatów zastępczych. W przypadku wcześniaków, noworodków z niską masą urodzeniową lub chorych dzieci decyzje o zastosowaniu mleka z BMK powinny być podejmowane indywidualnie, nawet gdy matka nie może lub nie chce karmić piersią [7]. W niektórych sytuacjach możliwe jest także długotrwałe podawanie mleka dawczyń, w zależności od stanu klinicznego dziecka i dostępności mleka w BMK.

Pasteryzowane mleko matki od dawczyń wykazuje istotne korzyści szczególnie dla wcześniaków. Zmniejsza ryzyko martwiczego zapalenia jelit nawet czterokrotnie oraz może przyspieszyć wypis ze szpitala [6]. Simmer i współautorzy [6] wskazali, że istnieją dowody na korzyści stosowania mleka od dawczyń u wcześniaków, takie jak obniżenie ryzyka sepsy oraz zaburzeń neurorozwojowych, dlatego grupa ta powinna pozostać głównym odbiorcą mleka z banków mleka kobiecego. Wyrażają jednak obawę, że udostępnianie mleka od dawczyń zdrowym niemowlętom lub pacjentom ambulatoryjnym może spowodować, że mleko to będzie traktowane jako zamiennik karmienia własnym mlekiem matki [6].

Obecnie działa ponad 700 banków mleka kobiecego w ponad 60 krajach (głównie w Ameryce Północnej, Europie i Brazylii) [3,8]. Z kolei w regionach takich jak Afryka Subsaharyjska i Azja Południowa, gdzie potrzeby są największe banki mleka kobiecego są wciąż nieliczne [3]. W Polsce funkcjonuje 16 banków mleka (w Warszawie, Lublinie, Gdyni, Poznaniu, Krakowie, dwa w Rzeszowie, Gdańsku, Zielonej Górze, Szczecinie, Opolu, Rudzie Śląskiej, Toruniu, Łodzi, Wrocławiu, Białymstoku), które jako profesjonalne laboratoria zajmują się zbieraniem, badaniem i dystrybucją mleka kobiecego dla najbardziej potrzebujących pacjentów oddziałów neonatologii i intensywnej terapii noworodka [9]. W przypadku włączenia banków mleka kobiecego do systemów opieki zdrowotnej, stanowią one mechanizm wzmacniający systemy

żywienia noworodków i sprzyjają sprawiedliwemu dostępowi do wyłącznej diety opartej na mleku matki [3].

Pandemia COVID-19 miała znaczący wpływ na funkcjonowanie banków mleka kobiecego na całym świecie [10]. Wzrost obaw o przenoszenie wirusa z matki na dziecko doprowadził do zwiększonego zapotrzebowania na mleko dawczyń. Jednocześnie banki mleka zmagają się z ograniczonymi dostawami spowodowanymi lockdownami oraz trudnościami operacyjnymi wynikającymi z braków kadrowych i zakłóceń organizacyjnych w czasie pandemii. Na początku pandemii COVID-19 obawy o możliwość przenoszenia wirusa przez mleko matki doprowadziły do oddzielania matek od noworodków i stosowania alternatywnych metod żywienia. Choć WHO nadal zalecała karmienie piersią, wiele krajowych polityk i instytucji przez długi czas nie podjęło podobnych działań [11]. Obawy te dotyczyły obecności SARS-CoV-2 w mleku matki, jednak badania wykazały, że wirus nie przenosi się tą drogą [12]. Wyniki uzyskane przez Perez i wsp. [12] wskazują, że przeciwciała przeciw SARS-CoV-2 obecne w mleku matki mogą być przekazywane niemowlętom nawet przez 6 miesięcy. Mleko od zaszczepionych dawczyń zawiera również przeciwciała IgG oraz zachowuje właściwości neutralizujące wirusa. Dodatkowo, pasteryzacja metodą Holdera skutecznie eliminuje wirusa, zapewniając bezpieczeństwo mleka [13].

W Polsce działa Fundacja Bank Mleka Kobiecego, która promuje bezpieczne dzielenie się przebadanym mlekiem kobiecym według wytycznych WHO/UNICEF i wspiera powstawanie regionalnych banków mleka. Fundacja pomaga w karmieniu mlekiem matki dzieci hospitalizowanych, zwłaszcza wcześniaków i chorych noworodków, dla których pokarm ten ma kluczowe znaczenie zdrowotne. Jest organizacją pacjencką zarejestrowaną przy Rzeczniku Praw Pacjenta, reprezentującą interesy dzieci i ich opiekunów w kwestii dostępu do mleka i finansowania terapii żywieniowej w Polsce [14].

Fundacja Bank Mleka Kobiecego powstała w 2009 roku. Misją Fundacji Bank Mleka Kobiecego jest zapewnienie bezpiecznego dostępu do mleka kobiecego dla dzieci wymagających szczególnej opieki, poprzez wspieranie i koordynowanie działalności Banków Mleka oraz promocję honorowego dawstwa mleka ludzkiego. Fundacja prowadzi badania naukowe, wspiera matki karmiące oraz realizuje kampanie edukacyjne promujące karmienie piersią. Współpracuje z władzami na różnych szczeblach, dążąc do poprawy jakości usług banków mleka w Polsce, a jako członek Europejskiego Stowarzyszenia Banków Mleka uczestniczy w pracach nad regulacjami prawnymi na poziomie Unii Europejskiej. Jako organizacja pacjencka reprezentuje interesy wcześniaków i dzieci chorych, działając na rzecz równego dostępu do mleka kobiecego i odpowiedniego finansowania terapii żywieniowej [14].

We wrześniu 2024 r. Fundacja Bank Mleka Kobiecego rozpoczęła realizację projektu MILKNET – sieć regionalnych banków mleka w Polsce, w ramach Rządowego Programu Rozwoju Organizacji Obywatelskich 2018–2030. Celem projektu jest autoewaluacja i profesjonalizacja działań Fundacji oraz banków mleka kobiecego, m.in. poprzez przegląd i aktualizację standardów operacyjnych oraz opracowanie Standardu Organizacyjnego Banków Mleka. Projekt zakłada również audyt i wzmocnienie sieci regionalnych placówek oraz integrację ich pracowników [14].

Cel pracy. Celem badań był zidentyfikowanie i analiza wyzwań oraz doświadczeń kobiet związanych z korzystaniem z Banków Mleka Kobiecego.

Materiał i metoda. Wykonano niesystematyczny przegląd piśmiennictwa w trzech bazach: PubMed, Scopus oraz CINAHL, przy użyciu kombinacji słów kluczowych (*Human milk banks, Breast milk, Premature infants, Breastfeeding, Challenges in neonatal care, Milk from human milk banks, Maternal and infant care, Lactation, Lactation support, Mother's milk, Breastfeeding difficulties, Milk storage, Literature review, Maternal experiences*). Wyniki przeglądu zawężono do artykułów opublikowanych w języku polskim i angielskim, począwszy od 2010 roku. Dodatkowo, przeszukano oficjalne strony Banków Mleka Kobiecego w celu pozyskania dodatkowej literatury i informacji uzupełniających.

Wyniki. Coraz większa liczba badań koncentruje się na analizie przyczyn, czynników sprzyjających oraz przeszkód związanych z oddawaniem mleka do banków mleka, ze szczególnym uwzględnieniem doświadczeń kobiet i ich rodzin. Wśród najczęściej wymienianych motywacji dominują przede wszystkim chęć niesienia pomocy potrzebującym niemowlętom, świadomość posiadania nadmiaru mleka, który można wykorzystać, oraz pragnienie uniknięcia marnotrawstwa tego cennego surowca. Istotną rolę w podejmowaniu decyzji o dawstwie odgrywa także wsparcie otrzymywane ze strony personelu ochrony zdrowia, instytucji zajmujących się bankami mleka oraz bliskich osób, co znacząco ułatwia i motywuje kobiety do oddawania mleka [15]. Z kolei bariery, które utrudniają lub wręcz uniemożliwiają oddawanie mleka, obejmują przede wszystkim niewystarczającą wiedzę na temat istnienia i funkcjonowania banków mleka, a także spadek produkcji własnego mleka, który może wynikać z różnych przyczyn fizjologicznych lub psychologicznych. Ponadto, trudności praktyczne związane z samym procesem oddawania mleka, takie jak znaczna odległość do najbliższego banku mleka, problemy z transportem odciągniętego mleka, a także wymogi dotyczące wykonywania badań serologicznych, stanowią poważne wyzwania, które często zniechęcają kobiety do kontynuowania dawstwa [16-18]. Wszystkie te czynniki razem

wpływają na efektywność i skalę funkcjonowania banków mleka oraz wymagają kompleksowego podejścia zarówno na poziomie edukacyjnym, jak i organizacyjnym.

Motywacja do oddawania mleka do banków mleka kobiecego. Chęć niesienia pomocy.

Analiza dostępnej literatury wykazała, że dawczynie z Ameryk, Europy i Azji najczęściej wskazywały na altruizm jako główną motywację do oddawania mleka, w tym pragnienie niesienia pomocy potrzebującym dzieciom stanowiło przyczynę do zaangażowania się w ten proces. Ponadto, wiele kobiet decydowało się na donację z powodu nadmiaru własnego mleka, który chciały wykorzystać w sposób pożyteczny, zamiast marnować. Ważnym czynnikiem wpływającym na ich decyzję były także zachęty oraz informacje przekazywane przez personel medyczny, wsparcie ze strony rodziny oraz dostęp do informacji za pośrednictwem Internetu, co pomagało im lepiej zrozumieć znaczenie i przebieg procesu dawstwa mleka [15,19].

Dzielenie się mlekiem matki zapewnia kobietom psychologiczną satysfakcję, zarówno w roli matki, jak i dawczyni [20]. Kobiety te często deklarowały potrzebę wsparcia innych rodzin, zwłaszcza że same miały doświadczenia z wcześniejszymi dziećmi lub bliskimi, które korzystały z mleka dawczyń podczas leczenia neonatologicznego. Dla wielu z nich oddawanie mleka było formą „odwdzięczenia się”, ponieważ chciały, by inne niemowlęta miały takie same szanse, jak ich własne dzieci lub krewni.

Wsparcie laktacyjne personelu medycznego. Część dawczyń wskazywała na korzyści osobiste płynące z procesu oddawania mleka. Otrzymywały one bowiem specjalistyczne wsparcie ze strony pracowników banków mleka kobiecego, co pomagało im rozwiązywać problemy z karmieniem piersią, takie jak ból czy obrzęk piersi [19,20].

Pomoc noworodkom w ciężkim stanie klinicznym była szczególnie często wskazywana jako ich motywacja do oddania mleka do banku mleka kobiecego. Niektóre kobiety, zdając sobie sprawę z niedoborów mleka ludzkiego w szpitalach, odczuwały silne pragnienie, by tę uzupełnić ich braki, a dla niektórych oddawanie mleka stało się porównywalne do darowizny krwi [21].

Pomoc w procesie żałoby. Analiza dostępnych badań wskazuje, że dawstwo mleka ludzkiego może odgrywać istotną rolę w procesie radzenia sobie z żałobą po stracie dziecka. Może nadać życiu zmarłego dziecka głębokie znaczenie, wzmocnić poczucie ciągłości życia oraz pomóc w odbudowie macierzyńskiej tożsamości matki [22]. W badaniu Fernández-Medina i wsp. kobieta, która straciła dziecko na oddziale intensywnej terapii noworodka, zdecydowała się przekazać mleko odciągane podczas pobytu w szpitalu, znajdując w tym źródło ukojenia [22].

Nadwyżki produkcji mleka. Z kolei badanie przeprowadzone w Wielkiej Brytanii wykazało, że 92% respondentek wskazało nadwyżkę mleka jako główną motywację do jego oddawania [23].

Podobne motywacje odnotowano także u kobiet uczestniczących w nieformalnej wymianie mleka [24,25].

Bariery związane z oddawaniem mleka do banków mleka kobiecego. Trudność w ustaleniu priorytetów. Badania dotyczące doświadczeń matek-dawczyń wykazały, że oddawanie mleka matki jest procesem czasochłonnym i trudnym do pogodzenia z innymi codziennymi obowiązkami, takimi jak karmienie piersią własnego dziecka, opieka nad starszymi dziećmi oraz prace domowe. Kobiety często miały problem z odpowiednim planowaniem odciągania mleka, co wymagało od nich dużej organizacji i elastyczności. Dodatkowo, wiele z nich doświadczało stresu i niepokoju w sytuacjach, gdy ich dziecko było głodne podczas procesu odciągania mleka, co powodowało konflikt między potrzebą wsparcia innych niemowląt a koniecznością zaspokojenia własnych dzieci. [21,26].

Brak wsparcia emocjonalnego i organizacyjnego. Analiza wyników badań wykazała, że część uczestniczek skarżyła się na podejście personelu medycznego oraz brak uznania dla ich zaangażowania. Kobiety często czuły się pozostawione same sobie, nie mając jasnych informacji na temat tego, z kim się kontaktować ani jak przebiega procedura oddawania mleka [21,26]. Co więcej, ich postawy i opinie na temat dzielenia się ludzkim mlekiem były kształtowane nie tylko przez pracowników banków mleka kobiecego, ale również przez personel innych placówek ochrony zdrowia, co miało istotny wpływ na sposób, w jaki odbierały i doświadczały ten proces [19].

Normy społeczne oraz przekonania religijne. Postrzeganie oddawania mleka matki było silnie uwarunkowane normami społecznymi oraz przekonaniami religijnymi. Wiele osób odczuwało potrzebę zasięgnięcia opinii autorytetu religijnego, aby rozwiązać wątpliwości dotyczące dopuszczalności takiego działania. W niektórych sytuacjach wymagane było również spełnienie określonych warunków religijnych [27]. Przykładowo, w islamie panuje przekonanie, że dziecko, które było karmione mlekiem od dawczyni co najmniej pięć razy, staje się w sensie religijnym rodzeństwem dzieci tej dawczyni, co skutkuje zakazem zawierania małżeństw między nimi [28].

Niewystarczająca dostępność informacji. Analiza wyników badań włączonych do przeglądu wykazała, że wiele uczestniczek napotykało na poważne trudności związane z dostępem do rzetelnych i aktualnych informacji dotyczących oddawania mleka matki. W placówkach medycznych, zarówno w szpitalach, jak i w przychodniach, często brakowało niezbędnych materiałów edukacyjnych, które mogłyby kompleksowo wyjaśnić procedury i korzyści związane z dawstwem mleka. Dodatkowo, niedobór wykwalifikowanego personelu, który posiadałby odpowiednią wiedzę i kompetencje do udzielania wsparcia oraz profesjonalnych

porad, powodował, że kobiety czuły się pozostawione same sobie. W konsekwencji wiele z nich było zmuszonych do samodzielnego poszukiwania informacji, co w warunkach opieki nad noworodkiem, nierzadko wymagającym szczególnej troski, stanowiło znaczące obciążenie emocjonalne i fizyczne. Niewystarczająca dostępność rzetelnych i aktualnych informacji na temat oddawania mleka kobiecego znacząco podnosiła poziom stresu u matek, które często czuły się zagubione i niepewne, jak prawidłowo postępować. Brak wsparcia informacyjnego wpływał negatywnie na ich komfort psychiczny, co z kolei mogło osłabiać ich motywację do dalszego angażowania się w proces dawstwa mleka. Takie trudności mogły prowadzić do poczucia frustracji i zniechęcenia, a w efekcie ograniczać chęć kontynuowania oddawania mleka, co stanowiło barierę w rozwoju banków mleka i ograniczało korzyści dla potrzebujących wcześniaków, niemowląt [21].

Problemy logistyczne i proceduralne. W literaturze przedmiotu często wskazywane są bariery, które mogą wpływać na decyzję kobiet o dawaniu mleka do banków mleka. Do najczęściej wymienianych przeszkód należą m.in. znaczna odległość do szpitala, brak dostępnych miejsc parkingowych oraz konieczność wykonywania powtarzających się badań krwi przy przenoszeniu mleka między różnymi placówkami. W odpowiedzi na te problemy kobiety zgłaszały potrzebę wprowadzenia ułatwień, takich jak możliwość odbioru mleka bezpośrednio z domu lub dostarczania go do pobliskiej przychodni, co znacznie poprawiłoby komfort i dostępność oddawania mleka [21,26].

Często zgłaszanym problemem w USA i Wielkiej Brytanii były obowiązkowe badania serologiczne. Brak miejsca do przechowywania mleka również stanowił przeszkodę [25]. Sterylizacja sprzętu po każdym użyciu była dla wielu kobiet wyczerpująca i stresująca. Obawiały się, czy przestrzegają wszystkich zaleceń prawidłowo, a cały proces uznawały za bardzo czasochłonny [21,26].

Dokładne zrozumienie tych barier, które wynikają z kontekstu społecznego, kulturowego czy ekonomicznego, może okazać się kluczowe dla banków mleka kobiecego. Pozwoli to nie tylko na ich wcześniejsze zidentyfikowanie, ale również na opracowanie skutecznych strategii ich eliminacji lub minimalizacji. W efekcie banki mleka kobiecego będą mogły lepiej dostosować swoje działania i komunikację do potrzeb oraz oczekiwań potencjalnych dawczyń, co przełoży się na zwiększenie efektywności i stabilności systemu pozyskiwania mleka [29].

Kwestia wynagrodzenia za oddawane mleko była poruszana stosunkowo rzadko, a zdecydowana większość badanych dawczyń wyrażała brak poparcia dla takiej formy gratyfikacji finansowej. Warto jednak podkreślić, że znacznie więcej uczestniczek badania opowiadało się za możliwością otrzymania rekompensaty, przede wszystkim z tytułu

poniesionych kosztów związanych z czasem poświęconym na oddanie mleka oraz zakupem niezbędnych materiałów. Podobne wnioski przedstawili Palmquist i współpracownicy [30], którzy w swoich badaniach wskazali, że większe poparcie wzbudza zwrot kosztów materiałów niezbędnych do pobrania i przechowywania mleka (51,6%) niż zwrot wydatków na podróż do punktu poboru (21,6%) czy też na wysyłkę mleka (45,1%). Z kolei badanie jakościowe Pineau [31] wykazało, że kobiety o średnich i wysokich dochodach częściej wyrażały chęć otrzymywania wynagrodzenia. Należy zwrócić uwagę, że na te postawy mogą mieć wpływ nie tylko czynniki ekonomiczne, ale również szeroko pojęte uwarunkowania kulturowe, które różnią się w zależności od kraju czy regionu. W związku z tym, aby dokładniej zrozumieć motywacje i bariery związane z kwestią wynagrodzenia dawczyń mleka, niezbędne są dalsze, pogłębione analizy uwzględniające kontekst kulturowy i społeczny.

Świadomość na temat BMK. Pomimo globalnego rozwoju banków mleka, świadomość na ich temat wśród dawczyń pozostaje ograniczona. W badaniu Dos Santos i wsp. [15] kobiety deklarowały średnio zaledwie 1,2–1,3 źródła informacji o bankach mleka, znacznie mniej niż w przypadku karmienia piersią (2,8 źródła) czy odciągania pokarmu (1,8–2,0). Głównie źródło informacji stanowiły Internet i media społecznościowe, a pracownicy ochrony zdrowia byli wskazywani jako źródło przez 30–40% uczestniczek – zgodnie z wcześniejszymi danymi z Wielkiej Brytanii [23]. Dostępne dane na temat udziału karmiących kobiet w różnych formach wymiany mleka takich jak oddawanie do banków, dzielenie się z innymi matkami czy sprzedaż są ograniczone. Badanie Palmquist i wsp. [32] wykazało, że 10% kobiet dzielących się mlekiem prywatnie, przekazywało je także do banków mleka. W najnowszym badaniu autorów aż 51% dawczyń z USA i 39% z Wielkiej Brytanii zgłosiło przekazywanie mleka poza oficjalne instytucje. Dla porównania, analiza kart dawczyń z *Hearts Milk Bank* z lat 2020–2021 wykazała jedynie 3% takich przypadków [23].

Podsumowanie. Dawcy mleka kobiecego odczuwali satysfakcję i spełnienie, wiedząc, że dają nadzieję niemowlętom i ich rodzinom. Personel medyczny odgrywał kluczową rolę, wspierając i motywując kobiety do darowizny, zapewniając odpowiednie warunki. Motywacje do oddawania mleka do banków mleka kobiecego obejmują przede wszystkim altruizm, nadmiar pokarmu oraz wsparcie ze strony personelu medycznego, rodziny lub informacji dostępnych online. Kobiety często kierowały się chęcią niesienia pomocy innym noworodkom, osobistymi doświadczeniami wcześniactwa w rodzinie lub potrzebą symbolicznego „odwdzięczenia się”. Oddawanie mleka bywało także formą wsparcia psychicznego w żałobie po stracie dziecka. Główne bariery obejmowały trudności z ustaleniem priorytetów między karmieniem własnego dziecka a odciąganiem mleka, brak wsparcia emocjonalnego i organizacyjnego, niedostępność

rzetelnych informacji oraz obciążenia logistyczne i proceduralne, takie jak wymagania higieniczne, odległość do szpitala czy powtarzające się badania. Normy społeczne i religijne mogły również wpływać na decyzje kobiet, a niektóre dawczynie potrzebowały konsultacji z autorytetami religijnymi. Świadomość społeczna na temat banków mleka wciąż pozostaje niska, a głównym źródłem informacji są media społecznościowe, podczas gdy rola pracowników ochrony zdrowia jest ograniczona. Część dawczyń opowiadała się za zwrotem kosztów ponoszonych w związku z donacją, choć kwestia wynagrodzenia budziła mieszane odczucia i była zależna od czynników kulturowych i ekonomicznych.

Simmer i wsp. [6] rekomendują uznanie istniejących dowodów za wskazujące na realne i uzasadnione korzyści kliniczne wynikające ze stosowania mleka od dawczyń u wcześniaków oraz hospitalizowanych niemowląt. Obecne dane są wystarczające, by promować rozwój banków mleka kobiecego funkcjonujących zgodnie z właściwymi standardami. Zalecają także, aby banki mleka oraz oddziały noworodkowe, które korzystają z ich produktów, angażowały się w prowadzenie badań mających na celu dokładniejszą ocenę korzyści oraz doskonalenie jakości mleka dostarczanego przez banki [6].

Rekomenduje się podjęcie działań mających na celu zwiększenie dostępności banków mleka kobiecego, szczególnie poprzez rozszerzenie ich sieci na mniejsze miejscowości i szpitale, które często borykają się z ograniczonym dostępem do tego rodzaju wsparcia. Istotne jest, aby banki mleka zostały zintegrowane z krajowym systemem opieki zdrowotnej, co pozwoli na lepszą koordynację działań oraz zapewnienie ciągłości i jakości usług. Ponadto, konieczne jest uproszczenie i uelastycznienie procedur związanych z oddawaniem mleka, tak aby proces ten był jak najbardziej wygodny dla kobiet, w tym poprzez zapewnienie odpowiedniego wsparcia psychologicznego oraz organizację efektywnego transportu mleka od dawczyń do banków. Ważnym elementem strategii pozostaje edukacja obejmująca kampanie informacyjne skierowane do społeczeństwa, szkolenia dla personelu medycznego, a także promowanie wartości karmienia piersią i korzystania z banków mleka w lokalnych społecznościach. Tego rodzaju działania mogą znacząco zwiększyć świadomość oraz akceptację dawstwa mleka, a w konsekwencji wpłynąć na poprawę zdrowia i dobrostanu noworodków. Dodatkowo, zaleca się wprowadzenie mechanizmów wsparcia finansowego, takich jak refundacja kosztów związanych z pozyskiwaniem mleka czy jego transportem, co pozwoli zminimalizować bariery ekonomiczne i uczyni proces dawstwa bardziej dostępnym dla większej liczby kobiet. Równocześnie niezwykle ważne jest zapewnienie najwyższych standardów jakości oraz bezpieczeństwa funkcjonowania banków mleka poprzez wdrażanie nowoczesnych technologii związanych z przechowywaniem, przetwarzaniem i dystrybucją mleka.

Bibliografia

1. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N, Rollins N. CBreastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475–90.
2. Adhanom Ghebreyesus T, Lake A. Breastfeeding is not a one-woman job. World Health Organization Newsroom; 2017.
3. Israel-Ballard K, LaRose E, Mansen K. The global status of human milk banking. *Matern Child Nutr*. 2024;20:e13592.
4. World Health Organization. WHO recommendations for care of the preterm or low-birth-weight Infant. 2022.
5. Moro GE. History of milk banking: From origin to present time. *Breastfeed Med*. 2018;13(S1):S16–7.
6. Simmer K, Hartmann B. The knowns and unknowns of human milk banking. *Early Hum Dev*. 2009;85(11):701–4.
7. Brandstetter S, Mansen K, DeMarchis A, Nguyen Quynh N, Engmann C, Israel-Ballard K. A decision tree for donor human milk: An example tool to protect, promote, and support breastfeeding. *Front Pediatr*. 2018;6:324.
8. Human Milk Bank Global Map. 2019. Dostępne: https://public.tableau.com/app/profile/human.milk.bank.global.map/viz/HumanMilkBankGlobalMap_0/HumanMilkBankGlobalMap.
9. Znajdź bank mleka. Bank Mleka Kobiecego. Dostępne: <https://bankmleka.pl/znajdz-bank-mleka/>.
10. Shenker N, Staff M, Vickers A, Aprigio J, Tiwari S, Nangia S, Sachdeva RC, Clifford V, Coutoudis A, Reimers P, Israel-Ballard K, Mansen K, Mileusnic-Milenovic R, Wesolowska A, Goudoever J, Hosseini M, Klotz D, Grøvslien AH, Weaver G, Virtual Maintaining human milk bank services throughout the COVID-19 pandemic: A global response. *Matern Child Nutr*. 2021;17(3):e13131. doi:10.1111/mcn.13131.
11. Spatz DL, Davanzo R, Müller JA, Powell R, Rigourd V, Yates A, Geddes DT, van Goudoever JB, Bode L. Promoting and protecting human milk and breastfeeding in a COVID-19 world. *Front Pediatr*. 2020;8:633700.
12. Perez SE, Luna Centeno LD, Cheng WA, Marentes Ruiz CJ, Lee Y, Congrave-Wilson Z, owell RL, Stellwagen L, Pannaraj PS. Human milk SARS-CoV-2 antibodies up to 6 months after vaccination. *Pediatrics*. 2022;149(2):e2021054260.
13. Unger S, Christie-Holmes N, Guvenc F, Budyłowski P, Mubareka S, Gray-Owen SD, O'Connor DL. Holder pasteurization of donated human milk is effective in inactivating SARS-CoV-2. *CMAJ*. 2020;192(31):E871–4.
14. Bank Mleka Kobiecego. Dostępne: <https://bankmleka.pl/>.
15. Gutierrez dos Santos B, Perrin MT. What is known about human milk bank donors around the world: A systematic scoping review. *Public Health Nutr*. 2021;25(2):1–11.
16. Cole J, Schwarz J, Farmer MC, Coursey AL, Duren S, Rowson M, Prince J, Oser M, Spatz DL. Facilitating milk donation in the context of perinatal palliative care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2018;47(4):564–70.
17. Machado RDS, Campos Calderón CP, Montoya Juárez R, Schmidt RioValle J. Experiences of human milk donation in Andalucía-Spain: A qualitative study. *Enfermería Global*. 2015;14(37):114–24.

18. Miranda WD, Passos MC, Freitas MIF, Bonolo PF. Representations of women milk donors on donations for the human milk bank. *Cad Saúde Colet*. 2016;24:139–44.
19. Alves VH, Rodrigues DP, Branco M, de Souza RDP, de Souza RRB, Medeiros FDA. Human milk bank under the perspective of the donating woman. *Rev Rede Enferm Nordeste*. 2013;14(6):1168–76.
20. Benevenuto de Oliveira MM, Aparecida Silva I. Representações sociais de doadoras sobre a doação de leite humano em um hospital universitário. *Cienc Cuid Saude*. 2020;19:1–9.
21. Olsson E, Diderholm B, Blomqvist YT. “Paying it Forward” . Swedish Women's Experiences of Donating Human Milk. *J Hum Lact*. 2021;37(1):87–94.
22. Fernández-Medina IM, Jiménez-Lasserrotte MDM, Ruíz-Fernández MD, Granero-Molina J, Fernández-Sola C, Hernández-Padilla JM. Milk donation following a perinatal loss: a phenomenological study. *J Midwifery Womens Health*. 2022.
23. Griffin S, Watt J, Grimwade-Mann M, Brown A, Weaver G, Shenker N. Who are the donors? A characterisation of two years of volunteer milk donors to a community-based UK milk bank. 2023.
24. Gribble KD. “I’m happy to be able to help:” Why women donate milk to a peer via Internet-based milk sharing networks. *Breastfeed Med*. 2014;9(5):251–6.
25. Perrin MT, Goodell LS, Fogleman A, Pettus H, Bodenheimer AL, Palmquist AEL. Expanding the supply of pasteurized donor milk: Understanding why Peer-to-Peer milk sharers in the United States do not donate to milk banks. *J Hum Lact*. 2016;32(2):229–37.
26. Candelaria LM, Spatz DL, Giordano N. Experiences of Women Who Donated Human Milk. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2018;47(4):556–63.
27. Karacan E, Çelikkanat Ş, Güngörmüş Z. Beliefs and views of breastfeeding mothers regarding human milk banking: a qualitative study. *Nutrition*. 2024;119.
28. Din Isleri Yuksek Kurulu. Milk kinship: what is the measure of intimacy due to milk? Dostene: <https://kurul.diyaret.gov.tr/Cevap-Ara/830/sut-sebebiyle-olusan-mahremiyette-olcu-nedir>.
29. dos Santos BG, Shenker N, Weaver G, Perrin MT. Donation barriers, enablers, patterns and predictors of milk bank donors in the United States and United Kingdom. *Matern Child Nutr*. 2024;20:e13652.
30. Palmquist AE, Doehler K. Human milk sharing practices in the U.S. *Matern Child Nutr*. 2016;12(2):278–90.
31. Pineau M. Giving milk, buying milk: The influence of mothering ideologies and social class in donor milk banking. In: *Breastfeeding: Global practices, challenges, maternal and infant health outcomes*. Nova Biomedical; 2013.
32. Palmquist AEL, Perrin MT, Cassar-Uhl D, Gribble KD, Bond AB, Cassidy T. Current trends in research on human milk exchange for infant feeding. *J Hum Lact*. 2019;35(3):453–77.

ROZWÓJ PIELĘGNIARSTWA ŚRODOWISKOWEGO W POWIECIE CIESZYŃSKIM

BEATA KUDLACIK, MALGORZATA FRAŚ, M. NOGOWCZYK, BOGUSŁAWA RYŚ,
KORNELIA SKOCZYLAS, KATARZYNA KROCZEK

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

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

Cel pracy. Celem pracy było zaprezentowanie rozwoju pielęgniarstwa środowiskowego na terenie Powiatu Cieszyńskiego.

Rozwój lecznictwa w powiecie cieszyńskim. Pierwszy szpital w Cieszynie, w którym leczono i opiekowano się chorymi wzniesiono w 1700r. z siedmioma łózkami, który założony został dzięki fundacji Adama Borka Marszałka Księstwa Cieszyńskiego. W testamencie swoje włości ofiarował na założenie klasztoru i szpitala Ojców Bonifratów. Pierwsze instytucje sanitarne i medyczne powstały w Cieszynie za panowania cesarzowej Marii Teresy w 1753r. W tym samym roku cieszyńskich chirurgów i golarzy przypisano do jednego cechu. W 1832 roku w mieście było dwóch medyków, 4 chirurgów, 6 akuszek i 1 aptekarz [1].

W latach 1895-1898 wybudowano nowy szpital z 60 łózkami, który zatrudniał 4 lekarzy. Ksiądz Theodor Hasse wystąpił w 1882r. z oficjalnym projektem założenia w Cieszynie szpitala ewangelickiego, mającego służyć wszystkim mieszkańcom Księstwa Cieszyńskiego. Po 9 latach zakończono prace budowlane a otwarcie szpitala nastąpiło 14 czerwca 1892 roku pod nazwą Szpital Śląski. Posiadał on izbę przyjęć, 2 sale operacyjne, oddział chirurgiczny z 50 miejscami łózkowymi oraz 24 łózkami w izolacji, ambulatorium, prosektorium, składnice leków i materiałów opatrunkowych. W szpitalu zaczęło brakować miejsc dla kolejnych pacjentów, dlatego w 1900r. rozpoczęto budowę nowych dwóch pawilonów, w których mieściły się oddział zakaźny, oddany w październiku 1900r. i oddział wewnętrzny rozpoczynający działalność od 1902 roku [1]. W 1899r. w szpitalu cieszyńskim pracowało około 6 do 29 pielęgniarek [2].

W 1918r. Polacy na Śląsku Cieszyńskim wyrazili chęć przyłączenia się do państwa polskiego. Po dwóch latach walk prawobrzeżna część Cieszyna oraz Szpital Śląski znalazły się w granicy II Rzeczypospolitej. W okresie dwudziestolecia międzywojennego personel pielęgniarski stanowiły przede wszystkim ewangelickie siostry zakonne. W 1919r. Rząd Krajowy Śląska Cieszyńskiego podjął uchwałę o przejęciu przez polską administrację szpitala, ponieważ wcześniej podlegał on Rządowi w Opawie [3]. Zachowane budynki szpitalne podczas drugiej wojny światowej służyły narodowości niemieckiej. Po wojnie stan wyposażenia, zaopatrzenia był ubogi, wiele sprzętu zostało wywiezione ze Śląska Cieszyńskiego, ale dzięki takim ludziom jak Alojzy Grządziela - technik, udało się odzyskać sprzęt rentgenowski. Brakowało personelu medycznego, zwłaszcza lekarzy. Do pracy w szpitalu powróciły diakonisy z Dzięgielowa [3]. W okresie powojennym niezbędne okazało się kształcenie pielęgniarek, które od 1951r. prowadzone było również na terenie Szpitala Śląskiego. Organizowano kursy pielęgniarskie dla salowych z dłuższym stażem pracy. W Szpitalu Śląskim w pierwszej połowie lat 50 XX-tego wieku, zgodnie z potrzebami zwiększono ilość etatów pielęgniarskich. Przyjmowano absolwentki kursów a następnie dwuletnich szkół asystentek pielęgniarstwa. Powołanie początkiem lat 60 ubiegłego wieku czteroletnich liceów medycznych w Polsce spowodowało otwarcie w 1962r. liceum medycznego w Cieszynie. Było ono jednym z pierwszych w kraju a zamknięcie nastąpiło w 1996r. w związku z decyzją resortu zdrowia [3].

W Polsce, w roku 1948 przyjęto ustawę o zakładach społecznych służby zdrowia. Dwa lata później służba zdrowia została odwzorowana na model radziecki z 1917r. Dostęp do placówek i lekarzy miał być powszechny i zupełnie bezpłatny. Początkowo dotyczyło to pracowników sektora państwowego, a od 1972r. także rolników [3]. W latach 1945-1950 nadzór nad ochroną zdrowia ludności sprawował lekarz powiatowy, będący zarówno administratorem placówek i lekarzem sanitarnym. W powiecie cieszyńskim tworzone również izby porodowe, której działalność zapoczątkowała otwarta w 1949r. placówka w Istebnej. Kolejne izby porodowe powstały w latach 1950 -1965 w miejscowościach: Brenna, Wisła i Zebrzydowice [2]. W Cieszynie funkcjonowało pogotowie ratunkowe; początkowo w ramach Polskiego Czerwonego Krzyża a od 1950r. włączone w strukturę państwowej służby zdrowia i przekształcone w Powiatową Stację Pogotowia Ratunkowego. Funkcję pomocniczą dla placówek służby zdrowia pełniła zorganizowana w 1951r. Powiatowa Kolumna Transportu Sanitarnego oraz powstała w 1954r. Państwowa Inspekcja Sanitarna, przekształcona w 1967r. w Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną [3]. W Ustroniu, w okresie powojennym otworzono ambulatorium Zakładu Przyrodoleczniczego. Duże znaczenie miało również powstanie państwowego prewentorium dla dzieci w Ustroniu Poniwcu. W Skoczowie w 1952r.

zlikwidowano najstarszy skoczowski szpital "szpitolek", który działał od 1795 roku - obecnie kościół pw. Znalezienia Krzyża Świętego. Funkcjonowało tutaj również kilka mniejszych przychodni. Na profesjonalną przychodnię POZ Skoczów musiał czekać do okresu powstawania niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej [3].

Rozwój pielęgniarstwa środowiskowego w Polsce. Na rozwój pielęgniarstwa środowiskowego i rodzinnego w Polsce miały wpływ określone wydarzenia historyczne. Zaliczamy do nich powstałą w roku 1890 na Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie, pierwszą Katedrę Higieny, której celem było ukazanie związku między zdrowiem rodziny a higieną w środowisku zamieszkania. Natomiast w 1906r. w Łodzi powołano Towarzystwo Opieki nad Matką i Dzieckiem „Kropla Mleka”. Organizacja obejmowała opieką dzieci z ubogich rodzin robotniczych. Poprzez działalność towarzystwa „Kropla Mleka” sprawowano nadzór higieniczno-lekarski ubogiej grupy społeczeństwa. Kolejne działania pielęgniarek w środowisku to praca z ludźmi chorymi jak również przygotowanie rodziny do opieki prowadzone przez Lwowskie Towarzystwo Walki z Gruźlicą w 1909r [4].

Pierwsza powojenna instrukcja dotycząca pielęgniarek środowiskowych ukazała się w Dzienniku Urzędowym MZiOS dopiero 10 sierpnia 1966r. Natomiast kolejna instrukcja, nadawała formalny początek pielęgniarstwu rodzinnemu. W roku 1985 określenie „środowisko” zastąpiono słowem „rodzina”. Działania pielęgniarek miały koncentrować się na rodzinie i środowisku domowym [5].

W pielęgniarstwie środowiskowym możemy wyodrębnić cztery etapy, gdzie pierwszy z nich to wczesna opieka domowa obejmująca pierwszą połowę XIX wieku. Kolejny to pielęgniarstwo lokalne oraz rozwój opieki państwowej, usług leczniczych oraz początki profilaktyki sprawowane przez centra opieki w latach 1860-1900. Podmiotem opieki wówczas była osoba chora. Trzeci z etapów dotyczy rozwoju pielęgniarstwa społecznego obejmującego opieką całą rodzinę. Podmioty państwowe i wolontariat realizowały zakres usług leczniczych i profilaktycznych w latach 1900-1970. Czwartym jest etap, gdzie pielęgniarstwo środowiskowo-rodzinne obejmuje opieką całą społeczność [6].

Rozwój pielęgniarstwa na ziemi cieszyńskiej. W XIX wieku dużą rolę w opiece nad chorymi odegrały zakony żeńskie. Na terenie Śląska najstarszym zakonem zajmującym się opieką było Zgromadzenie Szarych Sióstr św. Elżbiety. W 1753r. pierwsze siostry podjęły się pracy w Cieszynie. Pierwszy klasztor wraz ze szpitalem znajdował się na cieszyńskim Rynku. Zakon po licznych przeprowadzkach ostatecznie osiadł w 1903r. na ulicy Katowickiej w Cieszynie, gdzie znajduje siedzibę do dnia dzisiejszego. Szpital zgromadzenia sióstr został przekształcony w Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Ogólny i Psychiatryczny [7]. Siostry z rodzimych

zgrupowań śląskich prowadziły kilkaset stacji opieki ambulatoryjnej, zapewniając elementarną opiekę zdrowotną dla dużej części wsi i miasteczek. Siostry zakonne współtworzyły rodzący się wówczas na Śląsku system ochrony zdrowia, przeciwdziałały chorobom, skrajnemu ubóstwu poprzez dostarczanie odzieży czy jedzenia, uczyły miejscowych ludzi podstaw higieny w życiu codziennym. Dzięki zaangażowaniu sióstr ze zgrupowań zakonnych, pełniących rolę pielęgniarek opieka medyczna docierała do najuboższych grup społecznych [8]. Dokumentacja klasztorna, do której zaliczane są akty normatywne i konstytucje zawierały opisy oraz zasady postępowania sióstr z osobami chorymi. Jednym z takich dokumentów były „zwyczajniki” zawierające opis prac siostry zakonnej-pielęgniarki przy chorym i w jego otoczeniu. Zawierały również sposób postępowania ze zmarłym. Praca sióstr ze zgrupowań obejmowała opiekę i kierownictwo nie tylko w domach osób chorych i domach dla ubogich ale i w szpitalach. Przekazy pisemne odnoszące się do zestawień rocznych zawierały informacje zawierające liczbę osób objętych pomocą, statystykę efektywności udzielonej pomocy osobom, które zostały wyleczone, zmarły bądź pozostały pod opieką sióstr w kolejnym roku kalendarzowym [8].

Innym zgrupowaniem opiekującym się chorymi było zgrupowanie sióstr miłosierdzia św. Karola Boromeusza, działające na Śląsku od 1857 roku. Boromeuszki dążyły do zaspokojenia potrzeb fizycznych i duchowych swoich podopiecznych. Reguła zgrupowania sióstr boromeuszek brzmiała „powołanie do posługiwania ubogim, do pielęgnowania chorych i do nieustannego pełnienia uczynków miłości chrześcijańskiej” [9]. Siostry boromeuszki posiadały wykształcenie pielęgniarskie. Wzmianka o ich wykształceniu pojawia się już w 1875r., gdzie proces pielęgnowania i postępowania z człowiekiem chorym, siostry zdobywały w różnych placówkach medycznych w tym czasie istniejących. Na przełomie XIX/XX wieku w przemysłowych dzielnicach Śląska Cieszyńskiego, głównie obejmujące osiedla robotnicze dochodziło często do wybuchu epidemii tyfusu czy cholery i to siostry boromeuszki były osobami pomagającymi w pielęgnacji chorych. Prowadzony był przez siostry miejski Caritas. Zapoczątkowały w 1940r. opiekę nad osobami w wieku senioralnym, która po II wojnie światowej znalazła kontynuację w postaci Domu Opieki [9]. Ta forma działalności jest prowadzona do dnia dzisiejszego, gdzie pracują zarówno siostry z wykształceniem pielęgniarskim i pielęgniarki świeckie. Cieszyńscy dominikanie i bernardyni w pojedynczych przypadkach udzielali doraźnej pomocy chorym [10]. Podsumowując na terenie Śląska Cieszyńskiego pierwszymi „zawodowymi” pielęgniarkami były osoby z zakonów takich jak elżbietanki, boromeuszki czy benedyktyni i dominikanie.

Pionierki pielęgniarstwa środowiskowego na terenie Śląska Cieszyńskiego. Duży udział w rozwoju pielęgniarstwa środowiskowego na terenie powiatu cieszyńskiego przypadł siostrom Diakonissom z diakonatu dzięgielowskiego. Ksiądz Karol Kulisz, proboszcz parafii w Cieszynie, w latach 20; XX wieku podjął działania zmierzające do utworzenia zakładów opiekuńczo-wychowawczych. W 1923r. nastąpiło otwarcie Polskiego Diakonatu Ewangelickiego Eben-Ezer w Dzięgielowie [11]. Diakoniat w ówczesnej Rzeczypospolitej okazał się niezwykle potrzebną instytucją. Zakres zadań diakonatu był bardzo szeroki od wychowania osieroconych i opuszczonych dzieci, przez opiekę nad chorymi, niepełnosprawnymi i bezdomnymi, po resocjalizację osób oraz prowadzenie działalności misyjnej. Oprócz powyższych działań siostry z diakonatu pracowały również w Szpitalu Śląskim, w żłobku w Cieszynie oraz sanatorium przeciwgruźliczym w Bystrej [11]. Podczas drugiej wojny światowej działalność stowarzyszenia diakonatu żeńskiego Eben Ezer została zakończona, którą wznowiono w okresie powojennym. Jedną z nich była siostra Lidia Gottschalk, obecnie 84- letnia diakonisa z Zakonu Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego, która związana była z początkami działalności pielęgniarek środowiskowych na terenie powiatu cieszyńskiego. Z relacji siostry wynikało, że każda z kobiet w zakonie kończyła roczny kurs przygotowujący do zadań pielęgniarstkich, prowadzony przez siostrę przełożoną z wykształceniem pielęgniarstkim. Siostra Lidia rozpoczęła pracę w 1959r., w Szpitalu Śląskim, w Cieszynie. Ponadto pracując zawodowo jednocześnie uczęszczała na roczny kurs asystentek pielęgniarstwa, zakończony w 1965r. egzaminem państwowym w Toszku. W związku ze wzrostem zapotrzebowania na personel pielęgniarstki w 1968r. otwarta została w Cieszynie czteroletnia szkoła pielęgniarstka dla osób pracujących, w systemie wieczorowym. Do szkoły pielęgniarstkiej siostry zakonne mogły zostać przyjęte po uzyskaniu pisemnego pozwolenia z Ministerstwa Zdrowia. Po zdobyciu wymaganego wykształcenia siostra Lidia rozpoczęła pracę w środowisku czyli uczęszczanie do domów osób chorych. Opieką domową obejmowani byli pacjenci po zakończonym pobycie szpitalnym, a także zgłaszane osoby chore przez rodzinę i znajomych bezpośrednio do parafii Ewangelicko-Augsburskiej przy Kościele Jezusowym w Cieszynie. Siostra zborowa wpisywała chorych na listę, następnie realizowano wizyty w środowisku zamieszkania pacjenta. Najczęściej wykonywanymi czynnościami z relacji siostry były iniekcje domięśniowe. Do obowiązków należały także wykonywanie czynności pielęgnacyjno-higienicznych. Do osób chorych siostry chodziły na piechotę a sprzęt, w który były wyposażone wówczas było to metalowe pudełko nazywane sterylizatorem a w nim igła i strzykawka wielokrotnego użytku. Przed wykonaniem iniekcji pacjentowi w domu, sprzęt każdorazowo był poddawany wyjaławianiu poprzez gotowanie. Siostra Lidia zlecenia

zapisywała w zeszycie, zdając comiesięczny raport, dotyczący wykonanych czynności u pacjenta w domu. W okresie, w którym pracowała siostra Lidia nie było wymogu prowadzenia żadnej dokumentacji medycznej. Osobiste zapiski siostry ułatwiały weryfikację wykonanych wówczas zabiegów pielęgniarских. Zlecenia na wykonywanie konkretnych zabiegów siostra Lidia otrzymywała od lekarza stacjonującego w Szpitalu Śląskim. Leki, natomiast rodzina chorego lub siostry pozyskiwały z punktu aptecznego na „Szczukówce”.

Kolejną relacją związaną z pracą pielęgniarki w środowisku domowym uzyskano od sióstr diakonis Ireny Morawiec lat 78 oraz Henryki Stebel lat 99. Diakonisa Irena wspominała, że ukończyła kurs pielęgniarский w 1969r. a następnie została przeniesiona do Domu Wypoczynkowego „Betania” w Wapiennicy. Oprócz pracy w „Betani” również pracowała w środowisku domowym pacjenta, gdzie zajmowała się głównie wykonywaniem iniekcji domięśniowych, najczęściej penicyliny. Do chorego przychodziła dwa lub trzy razy w ciągu dnia. Z jej opowiadań wynikało, że podanie leków nie było pozbawione powikłań takich jak m.in. utrata świadomości czy drgawki u pacjenta. Inne zadania podejmowane przez nią to zmiany opatrunków u osób z ranami przewlekłymi lub odleżynami. Dzięki powstawaniu ośrodków zdrowia pracę, którą wykonywały siostry diakonisy w domu chorego zaczęły przejmować zatrudnione w nich pielęgniarki. Podobnie w swojej relacji dotyczącej zadań pielęgniarских przekazała najstarsza siostra diakonisa Henryka. Teren, na którym działały siostry diakonisy był rozległy. Najważniejsze w ich pracy według relacji sióstr było niesienie pomocy osobom jej potrzebującym ale również i osobom umierającym. Były także wzywane celem potwierdzenia zgonu oraz wykonania toalety pośmiertnej. Obowiązkiem sióstr było zgłoszenie zgonu zarówno lekarzowi jak i w parafii. Siostry podczas pracy w terenie poznawały problemy podopiecznych, którymi najczęściej wówczas była: bieda, ciężka choroba, ułomności czy po okresie wojennym niepełnosprawności. Pełniły także role pierwszych edukatorów czy pomagały w rozwiązywaniu bieżących problemów rodzinny jak np. problemy z alkoholem czy przemocą domową. W okresie powojennym występowały niedobory kadrowe w zakresie zatrudnienia pielęgniarek i lekarzy zarówno w lecznictwie otwartym jak i zamkniętym, co potwierdzają dane z protokołu Komisji Zdrowia, Zatrudnienia i Pomocy Społecznej z listopada 1959 roku [12].

Przeprowadzone zostały również wywiady z dyplomowanymi pielęgniarkami, pracującymi w środowisku, a obecnie przebywającymi na emeryturze, paniami Krystyną Grubecką i Marią Legierską. Z relacji pani Mari swoją przygodę z pielęgniarstwem środowiskowym rozpoczęła w latach 80, XX wieku. Była pierwszą pielęgniarką dyplomowaną, która rozpoczęła pracę w środowisku obejmującym obszar Istebnej, Koniakowa i Jaworzynki. Jako pielęgniarka

zatrudniona była w ośrodku zdrowia, w gabinecie zabiegowym. Ośrodki zdrowia, w latach 80-ych ubiegłego wieku, podlegały pod szpital w danym powiecie. W tamtym okresie Zakład Opieki Zdrowotnej w Cieszynie przesłał do podległych mu ośrodków zdrowia pisma związane ze szkoleniami z zakresu pielęgniarstwa środowiskowego, na które zdecydowała się pani Maria. Szkolenie realizowano w szpitalu, w formie wykładów prowadzonych przez lekarzy oraz pielęgniarki, w tym przez pielęgniarkę naczelną a także pracownika socjalnego. W 1982 roku przełożona pielęgniarek z działu dotyczącego opieki środowiskowej przekazała każdej z kursantek obowiązki, w których wymienione były osoby do współpracy m.in: lekarze rejonowi z poradni ogólnych oraz poradni specjalistycznych, oddziały szpitalne, pracownik socjalny przychodni, ośrodka zdrowia i szpitala, organizacje społeczne. Wymieniona była również współpraca z policją, pielęgniarką szkolną, nauczycielami, domami opieki społecznej. Na czas trwania kursu, z relacji pani Mari, pielęgniarki zostały oddelegowane i „nie podejmowały pracy w ośrodku zdrowia tylko uczestniczyły w zajęciach”. Kurs kończył się egzaminem, który uprawniał do rozpoczęcia pracy w charakterze pielęgniarki środowiskowej. Ponadto poza pracą z pacjentem w terenie, do obowiązków pielęgniarki środowiskowej należało przebywanie w gabinecie na terenie przychodni po dwie godziny dziennie od poniedziałku do piątku. W tym czasie była uzupełniana zaległa i bieżąca dokumentacja dotycząca wizyt domowych. Wszystkie wyjścia pielęgniarek musiały być zgłaszane i zapisywane w zeszycie wyjść. Odnotowywano w nim, gdzie pielęgniarka wychodzi, w jakim celu, na jak długo. Ułatwiało to szybsze znalezienie pracownika, który w danym momencie był wezwany na pilną interwencję. Na terenie Trójwsi do dyspozycji był samochód, którym jeżdżono na wizyty do pacjentów w środowisku zamieszkania. Głównie był używany do dalekich tras, bądź gdy było dużo „wizyt”. Z rozmowy z panią Marią wynikało, że jeżeli wizyty domowe zostały ułożone miejscami zamieszkania, w miarę blisko, trasę pokonywały na piechotę. Były sytuacje kiedy to rodzina chorego przyjeżdżała po pielęgniarkę. Czas trwania wizyt był uzależniony od stanu pacjenta. Dziennie pielęgniarki realizowały 4-5 wizyt w różnych środowiskach domowych, niezależnie czy to był dzień powszedni czy święto. Na wsi często towarzyszył pielęgniarce pracownik socjalny, ponieważ w środowisku dochodziło do sytuacji zaniedbań pacjentów, nadużywania przemocy, problemów z niedożywieniem wśród dzieci, nie dopełnieniem obowiązku szkolnego czy nadużywania alkoholu lub gwałtów. We wszystkich powyższych sytuacjach było obowiązkiem pielęgniarki odnotowanie w dokumentacji i zgłoszenie odpowiednim organom. Jako pielęgniarka środowiskowa również z położną uczęszczała na wizyty patronażowe, podczas których sprawdzano stan noworodka, pod kątem czystości, zadbania, odpowiedniego odżywiania. Oceniano także stan mieszkania,

warunki sanitarne oraz czystość. Pani Maria w rozmowie przekazała, że po ukończonym kursie przygotowującym do pracy w środowisku same pozyskiwały pacjentów, najczęściej przez informacje uzyskane od lekarza lub weryfikację kart pacjentów. Zgłaszano do niej również konieczność wizyty przez samych pacjentów lub ich rodziny. Procedury medyczne w środowisku domowym były wykonywane na zlecane lekarza z rejonu. Zdarzały się zlecenia bezpośrednio po szpitalu, jednak nie należały one do częstych. Dotyczyły one pacjentów leżących, po długim pobycie w szpitalu. U chorych w środowisku domowym wykonywano pobranie materiałów do badań takich jak: krew, mocz, kał. Podejmowana również była współpraca w środowisku szkolnym z higienistką, pedagogami i nauczycielami. Problemy, z którymi spotykała się pani Maria to złe traktowanie dzieci w domu, podejmowanie przez nich pracy fizycznej, nieuczęszczanie do szkoły czy przemoc w formie bicia. Wszystkie rażące formy znęcania się nad dziećmi musiały zostać zweryfikowane przez pielęgniarkę. Z czasem stworzono grupy dyspanseryjne oraz wprowadzono badania bilansowe realizowane przez lekarza opieki podstawowej z pomocą podległych pielęgniarek z poradni lub higienistek szkolnych. Stwierdzone przez lekarza wady lub inne odchylenia od prawidłowego stanu zdrowia były odnotowane według ustalonej klasyfikacji, z zastosowaniem odpowiednich symboli grup i podgrup dyspanseryjnych. Z relacji pani Mari wynikało, że ukończyła kurs uzupełniający z pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego wówczas obowiązujący. Kurs był organizowany przez Izby Pielęgniarskie w Bielsku-Białej. Szkolenie trwało trzy tygodnie „.....na zakończenie którego, pisało się pracę przedstawianą przed komisją..”. Kurs kończył się również egzaminem.

W kolejnej rozmowie uczestniczyła pani Krysia Grubecka, która ukończyła Liceum Medyczne w Cieszynie jako pierwszy rocznik. Pracowała w poradni dziecięcej przez sześć lat i z jej ramienia realizowała wizyty patronażowe w domach. Z jej relacji wynikało, że w szkołach była akcja szczepienia, na które zgłaszały się matki z małymi dziećmi. W razie wątpliwości zaszczepiania dziecka, pani Krysia wysyłała matkę z dzieckiem do lekarza. „...Było to ułatwienie dla matek z groni, bo kiedyś nie było tyle samochodów aby z dzieckiem przyjechać do ośrodka...”. W 1969 roku pani Krystyna ukończyła kurs dla pielęgniarek środowiskowych we Wrocławiu, gdzie przebywała na miesięcznym oddelegowaniu. Kolejno pracowała w poradni chirurgicznej wykonując zarówno zadania pielęgniarki poradni jak i w środowisku. Zadania, które wykonywała w środowisku opisuje następująco „...kroplówki podłączało się po uprzednim przygotowaniu w aptece lub ściągano się ze szpitala. Opatrunki przygotowywało się samemu z gazy i innych dostępnych wówczas materiałów. Każdego pacjenta opisywało się z czynności, które zostały u niego wykonane. Ostrożność była bardzo ważna w pracy

z ludźmi...”. Nadzór nad pracą pielęgniarki środowiskowej sprawował lekarz rejonowy z poradni ogólnej na obszarze, którego pracowała. Ponadto pielęgniarka pracująca w środowisku podlegała starszej pielęgniarce przychodni rejonowej lub ośrodka zdrowia, przełożonej pielęgniarek obwodu oraz naczelnej pielęgniarek z cieszyńskiego ZOZ-u. Pani Krysia opisywała, że jako pielęgniarkę środowiskową wówczas obowiązywała ją następująca dokumentacja taka jak: kartoteka środowiska przydzielonego rejonu, składająca się z kart środowiska rodziny, ułożonych ulicami z numerami domów, którą przechowywało się w pomieszczeniu przeznaczonym dla pielęgniarki środowiskowej, karta odwiedzin pielęgniarek w środowisku, którą dołączono do kopert środowiskowych zawierających dokumentację lekarza, książka pracy terenowej pielęgniarki, w której odnotowano zlecone przez lekarzy zabiegi i odwiedziny, czynności wynikające z zaplanowanej pracy w środowisku, zeszyt - skorysownik alfabetyczny służący do odnotowywania osób wymagających opieki pielęgniarskiej lub też załatwienia przez pielęgniarkę spraw istotnych dla środowiska a rzutujących na jego stan zdrowotny[13].

Pielęgniarka środowiskowa w roku 1982 obowiązana była prowadzić następującą dokumentację: kartę wywiadu środowiskowego, książkę pracy terenowej, ewidencję zabiegów i zadań, kartę środowiska rodziny[14]. W 1994 roku komitet do spraw zapobiegania powstawania odleżyn z Szpitala Śląskiego, przesłał do placówek medycznych skalę punktową oceny ryzyka rozwoju odleżyn według, której należało ocenić pacjenta czy istnieje możliwość ich rozwoju. Do oceny ryzyka rozwoju odleżyn zalecano używać skali punktowej wg Dutch Consensus Prevention of Bedsores (CBO).

Współcześnie wiele pielęgniarek rodzinnych pracuje na terenie śląska cieszyńskiego na umowach kontraktowych.

Kompetencje i zadania pielęgniarki środowiskowej. Do jednych z wcześniejszych obowiązków pielęgniarki środowiskowej należało przejęcie zadań pielęgniarki szkolnej w przypadku jej braku. Ponadto do działań pielęgniarki włączono również opiekę nad dzieckiem do 1 roku życia i środowiskiem domowym, w którym rozpoznano gruźlicę. Wizyty domowe miały cel profilaktyczny m.in. dotyczący higieny osobistej i otoczenia oraz cel zabiegowy, do których zaliczano zmianę opatrunku czy toaletę pacjenta.

Zadania pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej w zależności od przyjętej definicji zdrowia można przedstawić jako:

- gdy zdrowie to brak choroby. Pielęgniarka jest pośrednikiem między chorym a lekarzem. Głównym zadaniem jest koncentracja nad pacjentem w celu likwidacji choroby.
- gdy zdrowie to dobre samopoczucie bio-psycho-społeczne. Do zadań w teorii i praktyce

została włączona rola ekspresyjna, mająca na celu poprawę kondycji psychicznej, fizycznej osoby chorej, wzrost poczucia bezpieczeństwa i dobrego funkcjonowania społecznego.

- zdrowie jako sprawność w czynnościach życia codziennego. Pielęgniarka podejmuje działania mające na celu odzyskanie, niezależnie od poziomu ograniczenia sprawności, pomoc w samoobsłudze, niwelowanie barier architektonicznych.
- zdrowie jako samodzielne, aktywne, twórcze życie. Zadania obejmują aktywizację chorego i jego rodziny, w celu osiągnięcia samodzielności [15].

Kompetencje pielęgniarki rodzinnej wynikają z art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, gdzie planuje realizuje kompleksową opiekę pielęgniarską i pielęgnacyjną nad świadczeniobiorcą [16]. Opieka jest sprawowana w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób, świadczeń pielęgnacyjnych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych [17]. Pielęgniarka rodzinna w zakresie promocji zdrowia ma za zadanie: rozpoznanie, ocenę i zapobieganie zagrożeniom zdrowotnym, zdiagnozowanie potrzeb pielęgnacyjnych i rozpoznanie problemów zdrowotnych, prowadzenie edukacji zdrowotnej oraz poradnictwa z zakresu zdrowego stylu życia. Świadczenia diagnostyczne obejmują zbieranie wywiadów środowiskowych. Przeprowadzanie badania fizykalnego wykonywanie pomiarów parametrów życiowych i ich analiza. Wykonywanie testów w kierunku wykrywania chorób, schorzeń. Prowadzenie bilansu wodnego oraz monitoring stanu ogólnego chorego oraz procesu jego zdrowienia. W opiece paliatywnej ocena i monitorowanie bólu. Świadczenia pielęgnacyjne powinny być wykonywane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i współczesnymi standardami opieki pielęgniarskiej. Realizacja opieki u pacjentów w różnych etapach życia i choroby. Kluczowe zadanie to nauka samoopieki i samopielęgnacji w chorobie i niepełnosprawności. Świadczenia lecznicze obejmują wybór diety w żywieniu przewlekłe chorych, w tym wybór techniki karmienia dostosowany do stanu chorego. Wykorzystanie zabiegów z zastosowaniem ciepła i zimna, cewnikowanie pęcherza moczowego oraz wykonywanie wlewów doodbytniczych, podawanie leków, wykonywanie zleceń lekarskich. Dobór i zakładanie opatrunków oraz organizowanie zabiegów pielęgnacyjno-leczniczych w obrębie stomii, przetok i ran trudno gojących się. Doraźne podawanie tlenu, wykonywanie inhalacji, usuwanie szwów, stawianie baniek lekarskich. Kolejnymi zadaniami jest udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia, prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Świadczenia usprawniające z kolei obejmują koordynację i współdziałanie w rehabilitacji przyłóżkowej w celu zapobiegania powikłaniom wynikającym z procesu chorobowego, długotrwałego

unieruchomienia i stosowania udogodnień, drenaż ułożeniowy, prowadzenie gimnastyki oddechowej.

Obecnie w związku ze zmianami demograficznymi, szczególną rolę odgrywa pielęgniarka środowiskowa w opiece nad osobami starszymi. Realizowane są świadczenia opiekuńcze, terapeutyczne, diagnostyczne oraz edukacyjne. Z badań przeprowadzonych w ramach projektu europejskiego PROGRESS, wynika, że szczególnie istotnym zadaniem pielęgniarki jest udzielanie wsparcia informacyjnego i emocjonalnego starszym podopiecznym i ich rodzinom [15, 18]. Zlecone czynności są ukierunkowane na człowieka, do którego podchodzimy indywidualnie, z większą niż w opiece szpitalnej ekspozycją jego sytuacji rodzinnej, zawodowej i środowiskowej. Zadania obejmują również rodzinę będącą „przedmiotem” i „podmiotem” opieki zdrowotnej [15].

Podsumowanie. Pielęgniarka środowiskowo-rodzinna najczęściej realizuje zadania samodzielnie. Wielorakość działań sprawia, że pielęgniarka jest przedstawicielem ochrony zdrowia w strukturach podstawowej opieki zdrowotnej, która w sposób bezpośredni, ciągły i najdłuższy kontaktuje się z jednostką, rodziną i środowiskiem, a jej kontakt ma charakter rzeczowy i osobowy. Rozwój pielęgniarstwa środowiskowego/rodzinnego pozwala zauważyć coraz większą możliwość samodzielnego podejmowania decyzji przez pielęgniarkę. Realizacja etapów procesu pielęgnowania wymaga samodzielných, profesjonalnych działań pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej opartych na zasadach współpartnerstwa, gdzie lekarz jest jednym z członków zespołu interdyscyplinarnego.

Piśmiennictwo:

1. Szymik J. Lecznictwo ludowe na ziemi cieszyńskiej. Czeski Cieszyn, Archiwum Państwowe w Katowicach, oddział w Cieszynie:197-201, 228-241
2. Chlebowczyk J. (red.) Cieszyn zarys rozwoju miasta i powiatu. Wydawnictwo Śląsk, Katowice 1973
3. Panica I, Świąs W. Dzieje Śląska Cieszyńskiego od zarania do czasów współczesnych. Ochrona zdrowia: 237- 250
4. Kawczyńska-Butrym Z. Podstawy pielęgniarstwa rodzinnego. PZWL, Warszawa 1995
5. Kawczyńska-Butrym Z. Rodzina-zdrowie-choroba. Koncepcje i praktyka pielęgniarstwa rodzinnego. Czelej, Lublin 2001: 20
6. Ślusarska B, Zarzycka D, Zachradniczek K. *et.al.* Podstawy pielęgniarstwa. Założenia teoretyczne. Tom I. Czelej, Lublin 2004: 39 - 42
7. Makowski M, Nowosielska S.M. 250-lat Klasztoru Sióstr Elżbietanek w Cieszynie. Wydawnictwo Zet, Wrocław 2003: 13, 44

8. Dyrda MJ, Gruszka B, Maziarz A. Dzieje górnośląskiej medycyny w świetle zasobów źródłowych. Zasoby źródłowe śląskich żeńskich zgromadzeń zakonnych dotyczące opieki nad chorymi w XIX wieku, Katowice 2007: 120-141 Dostępny w Internecie: https://www.sbc.org.pl/dlibra/publication/4548/edition/4207/content?format_id=2 [dostęp:3.05.2023]
9. Izydorczyk SF, Spyra J. Dzieje Miłosierdzia. Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia św. Karola Boromeusza w Cieszynie (1876-2001), Wydawnictwo Salwator, Kraków 2002: 10,49,50,99,100,
10. Poloczkowa B. Cieszyńskie lecznictwo w dawnych czasach - Pielęgniarki. Głos Ziemi Cieszyńskiej, T.III.199, Nr 1991/9
11. Gajdacz E, Giemza B, Rączkowiak J. Powołane. Wydawnictwo Warto, Dzięgielów 2017
12. Poloczkowa B. Łaziebnicy i chirurdzy. Głos Ziemi Cieszyńskiej, 21.XII.1990, Nr 1990/51
13. Instrukcja Nr 21/66 Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30.VI.1966r w sprawie pielęgniarek środowiskowych. Podstawa prawna Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 10.VIII.1966r.
14. Instrukcja Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej nr 3/82 z dnia 17.2.1982r. Dostępne w Internecie; <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WMP19820230204> [dostęp:20.02.2023]
15. Zaczek I, Brzyska M, Stypuła A, Tobiasz-Adamczyk B. Zadania pielęgniarki środowiskowej związane z potrzebami ludzi starszych na podstawie wyników grup fokusowych przeprowadzonych w ramach projektu europejskiego PROGRESS: „Zwiększenie dostępu do środowiskowych form opieki dla osób starszych, mieszkających we własnych gospodarstwach domowych.” Problemy Pielęgniarstwa 2011; 19 (2): 239-243 Dostępne w Internecie; <https://ruj.uj.edu.pl/server/api/core/bitstreams/fd1f366d-ff5a-40aa-baa9-6c59ad3082cd/content> [dostęp:20.02.2023]
16. Art. 28 ust. 1 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. O świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, planuje realizuje kompleksową opiekę pielęgniarską i pielęgnacyjną, nad świadczeniobiorcą. Dostępny w Internecie: http://oipip.gorzow.pl/kolegium/index_pliki/kompetencje.htm [dostęp:5.04.2023]
17. Bartnik A, Szelaż E, Kopański Z, Brukwicka I, Wojciechowska M. Profesjonalizacja pielęgniarstwa polskiego. Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue 1/2012: 3-6 Dostępny w Internecie <https://ruj.uj.edu.pl/server/api/core/bitstreams/4dc41213-2206-476d-9382-0eaf9daaa356/content> [dostęp:5.04.2023]
18. Ślusarska B, Marcinowicz L, Kocka K. Pielęgniarstwo rodzinne i opieka środowiskowa. PZWL, Warszawa 2019: 6

ANTROPOZOONOZY JAKO WYZWANIE ZDROWIA PUBLICZNEGO W KONTEKŚCIE KONCEPCJI ONE HEALTH

MARIA KOSEK, MARIOLA MENDRYCKA, AGNIESZKA WOŹNIAK-KOSEK

Wstęp. Pojęcie **zoonozy** wywodzi się z języka greckiego od słów *zôon* – zwierzę oraz *nósos* – choroba. Termin ten został zdefiniowany przez Wspólny Komitet Ekspertów ds. Zoonoz Organizacji ds. Wyżywienia i Rolnictwa (FAO) oraz Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) jako choroby i zakażenia, które mogą być naturalnie przenoszone pomiędzy zwierzętami a ludźmi. W definicji tej nie dokonano rozróżnienia kierunku transmisji patogenów, uwzględniając zarówno zakażenia ze zwierząt na ludzi, jak i odwrotnie [1].

Zoonozy obejmują szeroki zakres chorób przenoszonych naturalnie nie tylko ze zwierząt na ludzi, ale również między zwierzętami oraz z człowieka na zwierzęta. Pojęcie to ma charakter ogólny, sugerując, że mechanizmy transmisji oraz czynniki ryzyka są tożsame niezależnie od kierunku zakażenia. W rzeczywistości jednak różnice te mogą być znaczące i zależą, m.in. od gatunku zwierzęcia – inne ryzyko dotyczy zwierząt domowych, inne zwierząt gospodarskich, a jeszcze inne dzikiej fauny [2].

Złożoność zagadnienia staje się szczególnie widoczna w kontekście **odwrotnej zoonozy** (antropozoonozy), w której człowiek pełni rolę rezerwuaru i źródła patogenów dla zwierząt. Zrozumienie tego dwukierunkowego przepływu czynników zakaźnych ma kluczowe znaczenie dla właściwej oceny zagrożeń epidemiologicznych oraz planowania skutecznych strategii prewencyjnych zgodnie z założeniami podejścia One Health [3].

W piśmiennictwie naukowym coraz częściej podkreśla się znaczenie odwrotnej zoonozy, definiowanej jako naturalna transmisja chorób zakaźnych z człowieka na zwierzęta. W tym kontekście człowiek staje się źródłem zakażenia, co odróżnia ten proces od klasycznej zoonozy. Termin ten funkcjonuje obok innych pojęć, takich jak **zooantropozonoza**, opisująca przenoszenie patogenów ze zwierząt na ludzi – czy **amfiksenozę**, odnoszącą się do sytuacji, w której patogen przenosi się z równą łatwością w obu kierunkach – między ludźmi a zwierzętami [2].

Współczesne wyzwania zdrowia publicznego, potęgowane przez globalizację oraz intensywny rozwój środków transportu, znacząco komplikują działania prewencyjne i kontrolę chorób zakaźnych. Patogeny mogą być przemieszczane na znaczne odległości nie tylko wraz z ludźmi, ale także z towarami, zwierzętami i produktami pochodzenia zwierzęcego. Wysoki poziom mobilności istotnie utrudnia monitorowanie nowych ognisk zakażeń i planowanie skutecznych interwencji, co wymaga ścisłej międzynarodowej i interdyscyplinarnej współpracy. Niezbędne

jest również pogłębione rozumienie wpływu procesów ekologicznych i antropogenicznych na powstawanie oraz rozprzestrzenianie się nowych chorób zakaźnych [4].

Dotychczasowe badania skupiały się głównie na patogenach odzwierzęcych odpowiedzialnych za liczne choroby ludzi. Znacznie rzadziej analizowano zagrożenie wynikające z przenoszenia czynników zakaźnych z człowieka na zwierzęta, pomimo rosnącej skali zjawiska. Zainteresowanie tym problemem wzrosło szczególnie w ostatniej dekadzie, w kontekście pandemii COVID-19 wywołanej przez wirusa SARS-CoV-2 [5], a także przypadków ptasiej grypy [6].

Z perspektywy zdrowia publicznego odwrotna zoonoza stanowi poważne wyzwanie, gdyż zwierzęta zakażone przez ludzi mogą stać się nowym rezerwuarem patogenów, umożliwiając ich dalszą cyrkulację i potencjalny powrót do populacji ludzkiej. Przykładem jest wykrycie zakażeń SARS-CoV-2 u nerek hodowlanych, co w niektórych krajach europejskich doprowadziło do masowej likwidacji ferm [7]. Podobne ryzyko dotyczy również zwierząt towarzyszących człowiekowi, które w bliskim kontakcie z ludźmi mogą ulegać zakażeniom wywołanym przez takie patogeny jak *Staphylococcus aureus* (MRSA), *Escherichia coli*, wirusy grypy czy koronawirusy [8].

Zagadnienie to nabiera szczególnego znaczenia w kontekście współczesnych strategii w pielęgniarstwie, które coraz silniej akcentują interdyscyplinarny charakter opieki zdrowotnej oraz konieczność uwzględniania czynników środowiskowych i zwierzęcych w ocenie ryzyka epidemiologicznego. Nowoczesna praktyka pielęgniarstwa, oparta na założeniach koncepcji One Health, zakłada potrzebę edukacji pacjentów w zakresie możliwych dróg transmisji chorób zakaźnych nie tylko między ludźmi, ale również pomiędzy ludźmi a zwierzętami. Pielęgniarki odgrywają istotną rolę w monitorowaniu stanu zdrowia pacjentów z grup ryzyka, planowaniu działań profilaktycznych oraz promowaniu odpowiedzialnej opieki nad zwierzętami towarzyszącymi [9].

Wdrażanie koncepcji One Health w praktyce pielęgniarstwa obejmuje, m.in. prowadzenie szkoleń z zakresu profilaktyki zoonoz i odwrotnych zoonoz, współpracę z lekarzami weterynarii oraz aktywny udział w programach zdrowia publicznego monitorujących pojawianie się nowych i reemergentnych patogenów. Kompleksowe podejście do zdrowia ludzi, zwierząt i środowiska staje się niezbędne w obliczu globalnych zagrożeń epidemiologicznych oraz rosnącej liczby ludzi i zwierząt współzysujących w tym samym środowisku.

Cel artykułu. Celem niniejszego artykułu jest analiza problemu narażenia zwierząt, zarówno towarzyszących człowiekowi, jak i gospodarskich - na kontakt z chorym na chorobę zakaźną

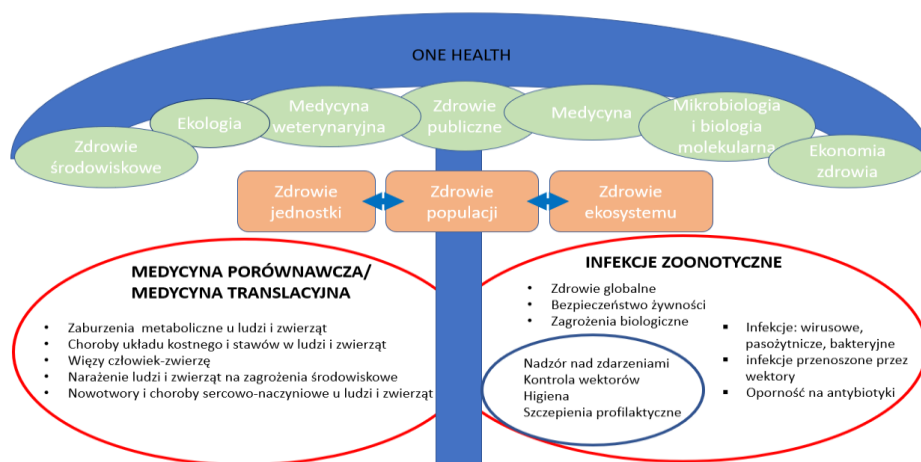
człowiekiem w kontekście podejścia One Health. Zagadnienie to, mimo rosnącego znaczenia w perspektywie zdrowia publicznego i weterynarii, pozostaje nadal niedostatecznie opisane w piśmiennictwie naukowym. Szczególny nacisk położono na omówienie potencjalnych dróg transmisji patogenów z człowieka na zwierzęta oraz możliwych konsekwencji epidemiologicznych wynikających z takiego przepływu czynników zakaźnych w kierunku zwierząt, a następnie ich powrotu do populacji ludzkiej. W pracy przedstawiono wybrane przykłady patogenów bakteryjnych, wirusowych i pasożytniczych, w tym *Staphylococcus aureus* (MRSA), prątki gruźlicy, *Escherichia coli*, wirusy grypy, SARS-CoV-2 oraz wybrane pasożyty, jako potencjalne zagrożenia związane z odwrotną zoonozą.

Korzyści wynikające z podejścia One Health. Współczesna opieka zdrowotna coraz silniej akcentuje znaczenie profilaktyki oraz promocji zdrowia ludzi, zwierząt i środowiska jako strategicznego wyzwania cywilizacyjnego. Koncepcja One Health została oficjalnie przyjęta w 2008 roku w raporcie grupy zadaniowej Amerykańskiego Stowarzyszenia Lekarzy Weterynarii (AVMA) i do dziś stanowi aktualną mapę drogową dla wdrażania zintegrowanego podejścia do zdrowia na poziomie krajowym i międzynarodowym.

Zintegrowane podejście One Health przynosi wymierne korzyści, w szczególności w obszarze [10]:

- wzmacniania interdyscyplinarnej współpracy specjalistów z zakresu medycyny, weterynarii, ochrony środowiska oraz zdrowia publicznego;
- poszerzania wiedzy naukowej w celu opracowywania innowacyjnych programów poprawy zdrowia ludzi, zwierząt i środowiska.

Symboliczny model koncepcji One Health, opracowany w Szwecji w formie parasola (Rys. 1), ilustruje wzajemne powiązania i współzależności zdrowia ludzi, zwierząt oraz środowiska.



Rys. 1. Schemat ilustrujący koncepcję One Health w odniesieniu do ludzi, zwierząt i środowiska

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [4]

Pomimo dynamicznego rozwoju medycyny, współczesny świat mierzy się z wyzwaniami wynikającymi ze zmian klimatycznych, wzrostu liczby ludności oraz zwiększającego się zapotrzebowania na energię, żywność, wodę i schronienie. Zapewnienie zrównoważonej przyszłości wymaga holistycznego podejścia, które uwzględnia nierozterwalne powiązania między zdrowiem ludzi, zwierząt i ekosystemów.

Zdrowie jest kształtowane przez wiele czynników środowiskowych, społecznych i ekonomicznych, z których znacząca część wynika z działalności człowieka. Zrozumienie złożonej epidemiologii i mechanizmów transmisji patogenów między rezerwuarami i żywicielami wymaga podejścia uwzględniającego ściśle powiązanie zdrowia ludzi, zwierząt oraz stanu środowiska naturalnego [10].

Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) jako czynnik zakaźny w kontekście One Health – zagrożenie dla ludzi i zwierząt. Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) jest jednym z istotnych przykładów patogenu o potencjale zarówno zoonotycznym, jak i antropozoonotycznym, co doskonale wpisuje się w koncepcję One Health. MRSA został po raz pierwszy opisany u zwierząt już w 1972 roku, jednak przełomowe znaczenie dla zdrowia publicznego miało wykrycie w 2000 roku klonalnego kompleksu 398 (CC398), powiązanego z hodowlą zwierząt gospodarskich, zwłaszcza bydła i trzody chlewnej [11].

Linia CC398, określana jako *livestock-associated MRSA (LA-MRSA)*, zaczęła kolonizować stada bydła i świń, prowadząc do wzrostu przypadków zakażeń u ludzi narażonych zawodowo na kontakt ze zwierzętami hodowlanymi [12]. Początkowo szczep ten został przeniesiony z ludzi na zwierzęta, gdzie doszło do nabycia oporności na metycylinę oraz tetracyklinę. Badania genomowe i epidemiologiczne sugerują, że szczepy CC398 pochodzenia zwierzęcego charakteryzują się niższą zdolnością transmisji z powrotem na człowieka oraz potencjalnie mniejszą wirulencją w porównaniu do typowo ludzkich szczepów MRSA [13].

Obecnie zakażenia MRSA klasyfikuje się w oparciu o źródło ekspozycji na:

- zakażenia związane z opieką zdrowotną (HA-MRSA),
- zakażenia środowiskowe (CA-MRSA),
- zakażenia mieszane,
- oraz zakażenia związane z ekspozycją na zwierzęta hodowlane (LA-MRSA).

Rosnąca liczba przypadków LA-MRSA, szczególnie w Europie Północnej, wskazuje na wyraźne ryzyko transmisji krzyżowej na styku człowiek-zwierzę. Zakażenia te stanowią istotne wyzwanie epidemiologiczne, zwłaszcza w kontekście osób pracujących w sektorze hodowlanym i weterynaryjnym. Kompleks klonalny CC398 pozostaje przykładem patogenu, którego zdolność do przekraczania barier gatunkowych ma znaczenie zarówno dla zdrowia

ludzi, jak i zwierząt, potwierdzając potrzebę zintegrowanego podejścia One Health w monitorowaniu i kontroli tego typu zakażeń [11,14].

Gruźlica – *Mycobacterium tuberculosis complex* (MTBC) jako przykład odwrotnej zoonozy. Bakterie należące do rodziny *Mycobacteriaceae*, w tym kompleks *Mycobacterium tuberculosis* (MTBC), obejmują zarówno *M. tuberculosis* – główny czynnik etiologiczny gruźlicy u ludzi, jak i *M. bovis* – patogen odpowiedzialny za gruźlicę bydła (*bovine tuberculosis*, bTB). Chociaż zoonotyczna transmisja *M. bovis* z bydła na ludzi została rozpoznana i udokumentowana ponad sto lat temu, odwrotny kierunek zakażenia, czyli przeniesienie prątków MTBC z człowieka na bydło, jest rzadko opisywany i wciąż niedostatecznie poznany [15].

W ostatnich latach pojawiły się jednak raporty wskazujące na możliwość takiej transmisji, szczególnie w krajach o niskiej zapadalności na gruźlicę, ale z intensywną produkcją zwierzęcą. W Stanach Zjednoczonych od 2013 roku odnotowano co najmniej trzy prawdopodobne przypadki przeniesienia MTBC z człowieka na bydło, z których dwa miały miejsce w stanach Dakota Północna i Wisconsin [16].

Gruźlica pozostaje jedną z głównych przyczyn zgonów ludzi na świecie, odpowiadając za około 1,2 miliona zgonów wśród osób niebędących nosicielami wirusa HIV w 2019 roku [17]. W analizowanych przypadkach kontakt osób chorych na gruźlicę z bydlęm mlecznym poprzedzał lub pokrywał się z momentem wykrycia bTB w stadzie. W Dakocie Północnej prątka gruźlicy wykryto u trzech krów mlecznych w ciągu zaledwie dwóch miesięcy od rozpoznania choroby u człowieka. W Wisconsin proces ten trwał dłużej – upłynęły trzy lata od diagnozy gruźlicy u pracownika do wykrycia bTB w stadzie [16].

Badania epidemiologiczne wykazały, że pozostali pracownicy ферmy oraz członkowie ich rodzin pozostawali wolni od zakażenia, co wykluczało bydło jako pierwotne źródło infekcji. Wyniki te, w połączeniu z zaawansowanym stadium gruźlicy u chorego pracownika, wskazują na wysokie prawdopodobieństwo antropozoonotycznego charakteru transmisji, gdzie człowiek był źródłem zakażenia dla zwierząt [16,18].

Opisane przypadki potwierdzają konieczność dalszych badań nad odwrotną zoonozą w kontekście gruźlicy oraz podkreślają znaczenie koncepcji One Health w ocenie ryzyka epidemiologicznego w nowoczesnej produkcji zwierzęcej.

***Escherichia coli* w kontekście One Health – potencjał odwrotnej zoonozy.** Jednym z istotnych przykładów patogenów o wysokim potencjale transmisji międzygatunkowej jest *Escherichia coli* produkująca β -laktamazy o rozszerzonym spektrum działania (ESBL), w szczególności enzym CTX-M-15. Szczep ten, szeroko rozpowszechniony w populacji

ludzkiej, odegrał istotną rolę w rozwoju globalnej pandemii oporności na antybiotyki β -laktamowe [19,20].

W badaniu przeprowadzonym w 2010 roku zidentyfikowano ten sam szczep *E. coli* ESBL-CTX-M-15 nie tylko u ludzi, ale również u zwierząt towarzyszących, zwłaszcza psów. Wyniki te wskazują na możliwość transmisji wielolekoopornych szczepów *E. coli* między ludźmi a zwierzętami, co stanowi istotne zagrożenie w kontekście zdrowia publicznego oraz realizacji założeń podejścia One Health [20].

Analizą objęto łącznie 177 ESBL-dodatnich izolatów pochodzących ze zwierząt z ośmiu krajów europejskich, głównie Niemiec, a także Włoch, Holandii, Francji, Hiszpanii, Danii, Austrii i Luksemburga. Izolaty pochodziły od psów, kotów, koni, bydła, świnki morskiej, królika karłowatego, świni oraz pustułki amerykańskiej. Co istotne, nie były one powiązane ze specyficznymi zakażeniami układowymi, co może sugerować kolonizację bezobjawową lub potencjał do rozwoju zakażeń w przyszłości [20].

Sześć z badanych zwierzęcych izolatów wykazywało zdolność produkcji enzymu CTX-M-15 oraz cechy fenotypowe ESBL. Wykazały one ponad 85% podobieństwa w analizie PFGE (*Pulsed-Field Gel Electrophoresis*) do ludzkiego referencyjnego szczepu DSM22664 – szczepu o wysokiej zakaźności i oporności. Co istotne, szczepy te pochodziły z pięciu różnych krajów, co wskazuje na szeroki zasięg geograficzny transmisji [20,21].

Dodatkowo dwa szczepy, zidentyfikowane we Francji i Hiszpanii, powiązano z lokalnymi ogniskami zakażeń w instytucjach opieki zdrowotnej, co dodatkowo potwierdza możliwość dwukierunkowej transmisji pomiędzy ludźmi a zwierzętami. Wyniki te podkreślają znaczenie *E. coli* ESBL jako przykładu patogenu o wysokim potencjale antroponotycznym, który może odgrywać istotną rolę w przenoszeniu oporności na antybiotyki w środowisku człowiek–zwierzę [21].

Antroponotyczne zakażenia bakteryjne u goryli – przykład wpływu człowieka na zdrowie dzikich zwierząt. Coraz więcej badań wskazuje na rosnące zagrożenie dla dzikich zwierząt wynikające z bezpośredniego lub pośredniego kontaktu z człowiekiem, co sprzyja transmisji patogenów o charakterze antroponotycznym. Przykładem są badania prowadzone przez Nizeyi i wsp., dokumentujące bakteryjne zakażenia u goryli górskich (*Gorilla beringei beringei*) w Ugandzie [22].

Pierwsza izolacja bakterii z rodzaju *Shigella* (*S. sonnei*, *S. boydii* i *S. flexneri*) u wolno żyjących goryli górskich miała miejsce w 2001 roku, na podstawie analizy próbek kału pobranych od 62 osobników zamieszkujących Parki Narodowe Bwindi oraz Mgahinga. Dodatkowo, w 19%

próbek wykryto obecność *Campylobacter* spp., natomiast *Salmonella* spp. stwierdzono w 13% badanych próbek [22].

Uzyskane wyniki jednoznacznie potwierdzają wpływ działalności człowieka i kontaktu z ludzkimi patogenami na zaburzenia bioty jelitowej dziko żyjących goryli. Bakterie te, powszechnie odpowiedzialne za choroby układu pokarmowego u ludzi, stanowią poważne zagrożenie także dla populacji nizinnych goryli i innych dziko żyjących naczelnych [23]. Przypadki te stanowią istotny przykład przenoszenia patogenów z człowieka na zwierzęta w naturalnym środowisku i podkreślają znaczenie podejścia One Health w ochronie zdrowia dzikiej fauny.

Ptasia grypa – Influenza A Virus (IAV) jako przykład odwrotnej zoonozy. Jednym z najlepiej udokumentowanych przykładów odwrotnej zoonozy jest transmisja wirusa grypy typu A (IAV) z człowieka na zwierzęta. Pierwsze doniesienia naukowe dotyczące takiej transmisji pochodzą z 1998 roku i koncentrują się głównie na przenoszeniu IAV z ludzi na świnię [24]. Wirusy o potencjale odwrotnej zoonozy to zwykle te, które wykazują szerokie spektrum gospodarzy, cechujące się wysokim tempem mutacji oraz dużą zdolnością do replikacji - właściwości charakterystyczne dla wirusów RNA. Umożliwia im to adaptację do nowych żywicieli, choć skuteczna transmisja międzygatunkowa nie zawsze gwarantuje dalsze rozprzestrzenianie się w nowej populacji, co zależy m.in. od czynników środowiskowych i mechanizmów transmisji właściwych dla danego gospodarza.

Wirusy grypy należą do rodziny *Orthomyxoviridae*, a IAV klasyfikowany jest według dwóch glikoprotein powierzchniowych – hemaglutyniny (HA) i neuraminidazy (NA). Naturalnym rezerwuarem tych wirusów są dzikie ptaki wodne, a najczęściej występującym podtypem hemaglutyniny jest H3, charakteryzujący się szerokim zakresem gospodarzy [3].

Wirus IAV wykazuje znaczną podatność na mutacje oraz rekombinacje genetyczne, co prowadzi do powstawania wariantów o zwiększonej wirulencji i nowych typach antygenowych. Szczególną rolę w tej dynamicznej wymianie materiału genetycznego odgrywają świnię, uznawane za „naczynie mieszające” (mixing vessel) dla wirusów grypy pochodzenia ludzkiego i ptasiego. W niektórych przypadkach również człowiek może pełnić funkcję rezerwuaru wirusów, zwłaszcza gdy dochodzi do bezpośrednich zakażeń wirusami grypy ptaków [25].

Od 1996 roku udokumentowano transmisję co najmniej 11 podtypów wirusa grypy ptaków bezpośrednio z drobiu na człowieka. Człowiek może następnie odgrywać rolę źródła zakażenia dla innych gatunków – świń, drobiu, kotów czy psów – co jednoznacznie wskazuje na mechanizm odwrotnej zoonozy. Spośród tych przypadków najczęściej i najlepiej

udokumentowaną formą odwrotnej transmisji wirusa grypy pozostaje przenoszenie IAV z ludzi na świnię [24,26].

Szczególnie niepokojący przykład potencjalnej adaptacji wirusa grypy do nowych ssaczych gospodarzy odnotowano w 2022 roku w Hiszpanii, gdzie doszło do transmisji wysoko zjadliwego wirusa ptasiej grypy H5N1 pomiędzy norkami hodowanymi. Sekwencjonowanie wykazało obecność mutacji wcześniej zidentyfikowanych u mew w Holandii i Belgii, powstałych w wyniku rekombinacji z podtypem A(H13), charakterystycznym dla ptaków morskich [27].

Wszystkie cztery izolaty wirusa z norek zawierały metioninę w pozycji 396 w regionie 2SBS (*Secondary Sialic Acid-Binding Site*) glikoproteiny NA. Region ten jest silnie konserwatywny wśród ptasich wirusów grypy, natomiast ulega mutacji w pandemicznych szczepach ludzkich. Obecność metioniny w tej pozycji, bądź jej mutacja w obrębie 2SBS, może być istotnym czynnikiem warunkującym adaptację wirusa do nowych żywicieli i stanowić sygnał wczesnej adaptacji międzygatunkowej [24-27].

Zjawiska te podkreślają konieczność *genomicznego monitoringu* nowych wariantów wirusa grypy w celu wczesnego wykrywania mutacji o potencjale zoonotycznym i pandemicznym. Należy jednak pamiętać, że analiza genomów nie dostarcza jednoznacznej odpowiedzi co do zdolności patogenu do wywoływania choroby w nowym gospodarzu, lecz stanowi istotny element oceny ryzyka epidemiologicznego.

Koronawirus SARS-CoV-2 jako czynnik odwrotnej zoonozy – zagrożenia i możliwości przeciwdziałania. Pandemia COVID-19, wywołana przez wirusa SARS-CoV-2, stanowi jedno z najbardziej bezprecedensowych wyzwań dla zdrowia publicznego we współczesnej historii, generując poważne zagrożenie o zasięgu globalnym. SARS-CoV-2 jest wirusem odzwierzęcym (zoonotycznym), zdolnym do wywoływania ciężkiej niewydolności oddechowej u ludzi. Jego pochodzenie zoonotyczne istotnie zwiększa zarówno prawdopodobieństwo, jak i tempo rozprzestrzeniania się patogenu, również w mechanizmie odwrotnej zoonozy (antropozoonozy) [28].

Liczne badania serologiczne, molekularne oraz eksperymentalne potwierdziły zdolność SARS-CoV-2 do zakażenia wielu gatunków zwierząt na całym świecie, co potwierdza zarówno jego potencjał zoonotyczny, jak i antropozoonotyczny [8,29]. Udokumentowano naturalne zakażenia u zwierząt domowych i dzikich, w tym kotów, psów, norek, tygrysów, lwów, lampartów śnieżnych oraz pum. W warunkach laboratoryjnych wykazano również podatność na zakażenie u kotów, frettek, chomików, egipskich nietoperzy owocowych oraz niektórych gatunków naczelnych [29]. Dane te jednoznacznie wskazują, że zwierzęta żyjące w bliskim

kontakcie z osobami chorującymi na COVID-19 są narażone na zakażenie i mogą potencjalnie stanowić źródło dalszej transmisji wirusa w populacji zwierzęcej [28].

Pierwszy udokumentowany przypadek transmisji SARS-CoV-2 z człowieka na kota odnotowano w Belgii 6 marca 2020 roku, bezpośrednio po rozpoznaniu zakażenia COVID-19 u właściciela. Sekwencjonowanie pełnego genomu wirusa od zakażonego kota wykazało pięć polimorfizmów pojedynczego nukleotydu (SNP) w porównaniu z najbliższą ludzką sekwencją SARS-CoV-2 z Wielkiej Brytanii, co potwierdza transmisję międzygatunkową [30].

W odpowiedzi na zagrożenie epidemiologiczne związane z SARS-CoV-2 opracowano również szczepionki dla zwierząt domowych, w tym dla psów, które mogą pełnić rolę ogniwa w potencjalnym łańcuchu odwrotnej zoonozy [31]. Przykładem jest szczepionka zawierająca rekombinowane białko S1 wirusa SARS-CoV-2 oraz domenę wiążącą receptor (RBD), istotne dla wywołania odpowiedzi immunologicznej. Szczepionka, pozbawiona całego wirusa, eliminuje ryzyko replikacji i wtórnych mutacji patogenu, co czyni ją bezpieczną i skuteczną alternatywą [31].

W badaniach przedklinicznych podanie szczepionki psom rasy beagle w dwóch dawkach podskórnych w odstępie trzech tygodni skutkowało wytworzeniem poziomu przeciwciał porównywalnego do obserwowanego u ludzi po szczepieniu. Wyniki te potwierdzają skuteczność immunizacji w ochronie zwierząt przed zakażeniem SARS-CoV-2 [31].

Choć aktualne dane nie wskazują, by zakażenia zwierząt miały istotny wpływ na rozwój pandemii COVID-19, wdrożenie szczepień zwierząt domowych może przyczynić się do ograniczenia ryzyka odwrotnej zoonozy oraz ochrony zwierząt żyjących w bliskim kontakcie z człowiekiem.

Ospa małpia – ryzyko odwrotnej zoonozy i wpływ na zdrowie zwierząt

Wirus ospy małpiej (*Monkeypox virus*), należący do rodziny *Poxviridae* i rodzaju *Orthopoxvirus*, jest patogenem odzwierzęcym wywodzącym się z Afryki Środkowej i Zachodniej. Po raz pierwszy przypadki transmisji zakażenia poza Afryką odnotowano w 2003 roku w Stanach Zjednoczonych, gdzie zakażenie powiązano z kontaktem ludzi ze świstakami będącymi nosicielami wirusa [32].

W lipcu 2022 roku doszło do wybuchu epidemii ospy małpiej, która objęła 7604 przypadki zakażeń, głównie w krajach Europy [33]. Skala epidemii wzbudziła obawy o możliwość rozwoju mechanizmu odwrotnej zoonozy, czyli transmisji wirusa z człowieka na zwierzęta, co mogłoby prowadzić do powstania nowych rezerwuarów wirusa wśród zwierząt domowych i dzikich.

Szczególne ryzyko transmisji dotyczy osób zakażonych bezobjawowo oraz dzieci, które poprzez częsty i bliski kontakt ze zwierzętami domowymi mogą ułatwiać przeniesienie wirusa. Chociaż dostępne dane sugerują, że psy i fretki wykazują niską podatność na zakażenie wirusem ospy małpiej, to koty oraz bydło są wskazywane jako potencjalnie wrażliwe na infekcję [34].

Naturalne zakażenia ospą małpią potwierdzono u królików albinosów i szczurów, a badania *in vitro* wykazały podatność myszy domowych. Wciąż jednak trwają dyskusje nad rzeczywistą skalą podatności dzikich populacji zwierząt na zakażenie w warunkach naturalnych [35]. Istnieje realne zagrożenie, że w przypadku rozwoju odwrotnej zoonozy wirus mógłby doprowadzić do redukcji liczebności lub nawet wyginięcia niektórych populacji dzikich zwierząt, co stanowiłoby istotne zagrożenie dla lokalnych ekosystemów [34].

Opisane mechanizmy podkreślają znaczenie monitorowania i oceny ryzyka transmisji ospy małpiej w kontekście koncepcji One Health, uwzględniającej ścisłe powiązania zdrowia ludzi, zwierząt i środowiska.

***Cryptosporidium spp.* i *Giardia duodenalis* – pasożyty o potencjale zoonotycznym i antropozoonotycznym.** *Cryptosporidium spp.* oraz *Giardia duodenalis* to powszechnie występujące pasożyty pierwotniacze, odpowiedzialne za zaburzenia funkcjonowania układu pokarmowego u ludzi i zwierząt na całym świecie. U ludzi główną drogą transmisji obu patogenów pozostaje droga fekalno-oralna – bezpośredni kontakt z osobą zakażoną lub spożycie wody i żywności skażonej oocystami pasożyta. Objawy kliniczne są często niespecyficzne i obejmują apatię oraz wodnistą biegunkę trwającą zazwyczaj około dwóch tygodni [36].

Oocysty *Cryptosporidium spp.* charakteryzują się wysoką odpornością na działanie wysokiej temperatury oraz standardowych środków dezynfekcyjnych, co umożliwia im długotrwałe przetrwanie w środowisku. U zwierząt towarzyszących człowiekowi zwykle izoluje się gatunki pasożyta o wysokiej specyficzności względem gospodarza. Jednak coraz większe zainteresowanie naukowców budzi potencjał zoonotyczny związany z transmisją *Cryptosporidium* z cieląt na ludzi, zwłaszcza w kontekście kontaktu bezpośredniego (rolnicy, weterynarze, personel ZOO) oraz pośredniego – np. poprzez skażoną kałem wodę powierzchniową [37].

Co istotne, pojawiają się także doniesienia o możliwej transmisji odwrotnej – z człowieka na zwierzęta (antropozoonoza). U bydła opisano cztery gatunki *Cryptosporidium* [36]. *Cryptosporidium parvum* cechuje się najszerszym zakresem żywicieli i uznawany jest za główny gatunek o znaczeniu zoonotycznym, odpowiedzialny za liczne przypadki infekcji

u ludzi. Pozostałe gatunki – *C. bovis* i *C. ryanae* – są specyficzne dla bydła i nie stanowią zagrożenia zoonotycznego. *Cryptosporidium andersoni* odnotowano jedynie w kilku przypadkach ludzkich zakażeń [38].

Zaobserwowano również zależność pomiędzy występowaniem poszczególnych gatunków pasożyta a wiekiem zwierząt: *C. parvum* dominuje u młodych cieląt przed odsadzeniem, natomiast *C. bovis*, *C. ryanae* i *C. andersoni* występują głównie u starszych osobników. Ze względu na trudności w utrzymaniu hodowli *in vitro* *Cryptosporidium spp.*, dotychczas nie opracowano w pełni skutecznej terapii farmakologicznej [37,38]. Z tego względu kryptosporydioza stanowi istotne zagrożenie, zwłaszcza dla osób z obniżoną odpornością.

Giardia duodenalis wykazuje bardzo podobny mechanizm zakażenia jak *Cryptosporidium spp.* – transmisja następuje drogą fekalno-oralną. Zakażenie tym pasożytem może odgrywać istotną rolę w rozwoju zespołu jelita drażliwego (IBS) oraz przewlekłego zmęczenia u ludzi [39]. Choć badania nad pełnym potencjałem zoonotycznym różnych szczepów *G. duodenalis* wciąż trwają, patogen ten wykrywany jest zarówno u zwierząt gospodarskich, jak i towarzyszących, w tym bydła i królików [40].

Dzieci, ze względu na bliski kontakt ze zwierzętami domowymi, oraz osoby sprawujące nad nimi opiekę, stanowią grupy podwyższonego ryzyka zakażenia. U bydła wyróżniono trzy molekularne grupy *G. duodenalis*: typ A i niedawno zidentyfikowany typ B – o szerokim zakresie żywicieli, obejmującym również człowieka – oraz typ E, swoisty dla przeżuwaczy i często identyfikowany u bydła. Doniesienia naukowe sugerują istnienie predylekcji gatunkowej zwierząt do poszczególnych grup patogenu, choć wyniki badań pozostają niespójne.

Obecność *G. duodenalis* potwierdzono także u zwierząt towarzyszących [41]. Ze względu na potencjał zoonotyczny monitorowanie zakażeń u zwierząt domowych ma istotne znaczenie dla zdrowia publicznego. Badania przeprowadzone w Polsce w latach 2006-2017 wykazały, że częstość występowania *G. duodenalis* u psów wynosiła od 2% do 36%, natomiast u kotów wahała się od 3,2% do 15,1% [41]. U psów i kotów wykryto zarówno genotypy specyficzne dla tych gatunków, jak i genotyp A – o charakterze zoonotycznym, stwierdzony u kotów. Zauważono również silny związek między wiekiem psów a częstością zakażeń – najwyższą prevalencję notowano u zwierząt poniżej pierwszego roku życia. Większą podatność na zakażenie obserwowano u psów rasy buldog francuski w porównaniu do innych ras [42].

Powyższe dane podkreślają znaczenie *Cryptosporidium spp.* i *Giardia duodenalis* jako istotnych patogenów na styku zdrowia ludzi i zwierząt, których monitorowanie i kontrola są kluczowe w kontekście podejścia One Health.

Malaria – *Plasmodium simium* jako przykład zoonotycznego i antropozoonotycznego zagrożenia. Pomimo znaczących postępów w globalnej eliminacji malarii, choroba ta wciąż pozostaje istotnym problemem zdrowia publicznego w Ameryce Północnej i Południowej, gdzie rocznie odnotowuje się ponad 700 000 przypadków zakażeń. Szacuje się, że około 72% z nich wywołuje *Plasmodium vivax*, tradycyjnie uznawany za pasożyta specyficznego dla człowieka [43,44]. Uważa się, że *P. vivax* pojawił się na kontynencie amerykańskim wraz z migracją ludzi około 15 000 lat temu, prawdopodobnie jako wynik wcześniejszych transmisji od naczelnych lub wspólnego przodka zakażającego wielkie małpy i hominidy w Afryce [45]. Najnowsze badania wykazały jednak istnienie blisko spokrewnionego gatunku – *Plasmodium simium*, naturalnie infekującego neotropikalne małpy szerokonose w Ameryce Południowej [46]. Co istotne, *P. simium* posiada udokumentowany potencjał zoonotyczny i może przenosić się na ludzi, co stanowi wyzwanie dla skutecznej eliminacji malarii w regionie.

Ważnym elementem ułatwiającym transmisję jest zachowanie wektora – komarów z rodzaju *Anopheles*, które żerują zarówno w koronach drzew zamieszkiwanych przez małpy, jak i na poziomie gruntu, gdzie znajdują się ludzie [43]. Taka ekologia wektora umożliwia skuteczne pokonywanie barier międzygatunkowych i sprzyja rozwojowi ognisk choroby w strefach styku ludzi z naturalnym środowiskiem dzikich naczelnych.

Zidentyfikowane szczepy *P. simium* u ludzi i małp należą do linii określanej jako New World types, co dodatkowo wskazuje na trwające cyrkulacje patogenu pomiędzy gatunkami [46]. Obecność tego pasożyta na obrzeżach dużych ośrodków miejskich w Ameryce Południowej znacząco utrudnia regionalne strategie ograniczania i eliminacji malarii, stwarzając realne zagrożenie nawrotów choroby w obszarach uznawanych wcześniej za niskiego ryzyka.

Przypadek *P. simium* doskonale ilustruje złożoność wyzwań związanych z odwrotną zoonozą i znaczenie koncepcji One Health w projektowaniu skutecznych programów prewencji i zwalczania chorób zakaźnych na styku ludzi, zwierząt i środowiska.

Otyłość jako wspólne wyzwanie zdrowotne ludzi i zwierząt – perspektywa One Health.

Zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia otyłość jest uznawana za przewlekłą chorobę cywilizacyjną. Współczesny styl życia, dzielenie wspólnego środowiska oraz podobne nawyki żywieniowe i aktywności fizyczne sprawiają, że problem ten dotyczy nie tylko ludzi, ale również zwierząt towarzyszących. Zjawisko to doskonale wpisuje się w koncepcję One Health, uwzględniającą wzajemne powiązania zdrowia ludzi, zwierząt i środowiska [47].

W ostatnich latach obserwuje się wyraźny wzrost częstości występowania otyłości zarówno u ludzi, jak i u zwierząt domowych, takich jak psy i koty. Otyłość jest złożonym zaburzeniem, którego etiologia obejmuje wiele czynników – od diety, aktywności fizycznej i zachowań, przez

warunki socjoekonomiczne i środowiskowe, po uwarunkowania genetyczne, metaboliczne i związane z mikrobiomem [48].

W przypadku zwierząt towarzyszących, kluczową rolę w rozwoju otyłości odgrywają czynniki związane bezpośrednio z właścicielem. Badania wskazują, że poziom dochodu gospodarstwa domowego wpływa na wybory żywieniowe – właściciele otyłych psów częściej sięgają po tańszą karmę, bogatą w zboża i wysoko kaloryczną, co niekorzystnie oddziałuje również na mikrobiom zwierzęcia [49].

Podobną zależność zaobserwowano w kontekście aktywności fizycznej. Właściciele kotów o prawidłowej masie ciała istotnie częściej angażują się w zabawę ze swoimi zwierzętami, w porównaniu z właścicielami kotów z nadwagą lub otyłych. Sugeruje to, że regularna aktywność i interakcje z opiekunem mogą odgrywać istotną rolę w prewencji otyłości u zwierząt domowych [48].

Otyłość ludzi i ich zwierząt towarzyszących staje się zatem wspólnym wyzwaniem zdrowotnym, wymagającym holistycznego podejścia i strategii profilaktycznych obejmujących obydwie gatunki.

Podsumowanie. Współczesne badania coraz wyraźniej wskazują na istnienie licznej grupy patogenów o potwierdzonym potencjale antroponotycznym, czyli zdolnych do przenoszenia się z człowieka na zwierzęta. Mimo że dostępne dane dotyczące międzygatunkowej transmisji patogenów pozostają nadal ograniczone, w ostatnich latach obserwuje się dynamiczny rozwój badań w tym obszarze. Zjawisko to nabiera szczególnego znaczenia w kontekście zmieniających się warunków ekologicznych, gospodarczych i społecznych, które sprzyjają intensyfikacji kontaktów człowieka ze zwierzętami – zarówno dzikimi, gospodarskimi, jak i towarzyszącymi [2].

W nadchodzących dekadach czynniki takie jak globalny rozwój hodowli zwierząt, ekspansja rynku zwierząt domowych, zmiany klimatyczne, degradacja i zakłócenia naturalnych ekosystemów, a także wzrost liczby międzynarodowych podróży i wymiany handlowej będą sprzyjać zwiększaniu się ryzyka transmisji patogenów w obu kierunkach – zoonotycznym i antroponotycznym [3].

Zrozumienie wspólnych źródeł chorób infekcyjnych, w szczególności tych o udokumentowanej zdolności do pokonywania barier międzygatunkowych, jest istotne dla skutecznej prewencji, wczesnego wykrywania oraz opracowywania strategii leczenia. Konieczne jest również pogłębienie wiedzy na temat mechanizmów adaptacji patogenów do nowych gospodarzy oraz ocena potencjału patogenów ludzkich do kolonizacji i zakażenia zwierząt [4].

Wyzwania te wymagają podejścia systemowego, opartego na ścisłej współpracy interdyscyplinarnej – integrującej medycynę ludzką, weterynarię, biologię molekularną, epidemiologię, ekologię oraz nauki społeczne i ekonomiczne. Bardzo ważne znaczenie ma wdrażanie i rozwijanie strategii zgodnych z ideą One Health, uwzględniających wzajemne powiązania zdrowia ludzi, zwierząt i środowiska naturalnego [50].

Tylko takie podejście umożliwi stworzenie skutecznych systemów wczesnego ostrzegania, monitorowania i reagowania na nowe zagrożenia epidemiologiczne, zarówno w kontekście klasycznych zoonoz, jak i coraz częściej identyfikowanych zagrożeń wynikających z odwrotnej zoonozy. Wzmacnianie tej perspektywy staje się niezbędne w dobie globalnych zmian, które kształtują nowe oblicze zdrowia publicznego i bezpieczeństwa biologicznego na świecie.

Wnioski praktyczne

1. **Zwiększenie świadomości o odwrotnej zoonozie.** Zjawisko transmisji patogenów z człowieka na zwierzęta (antropozoonozy) jest wciąż niedostatecznie rozpoznane w praktyce klinicznej i zdrowiu publicznym. Istnieje potrzeba edukacji pracowników ochrony zdrowia, weterynarii, właścicieli zwierząt oraz decydentów w zakresie ryzyka i profilaktyki zakażeń odwrotnych.
2. **Włączenie zagadnienia odwrotnej zoonozy do krajowych i regionalnych strategii zdrowia publicznego.** Programy nadzoru epidemiologicznego powinny uwzględniać nie tylko klasyczne zoonozy, ale także ryzyko transmisji patogenów od ludzi do zwierząt, szczególnie w środowiskach wysokiego ryzyka (np. gospodarstwa rolne, ogrody zoologiczne, domy prywatne, hodowle przemysłowe).
3. **Zacieśnienie współpracy międzysektorowej.** Skuteczna kontrola i profilaktyka antropozoonoz wymaga zintegrowanej współpracy pomiędzy lekarzami, weterynarzami, mikrobiologami, epidemiologami, specjalistami ochrony środowiska oraz instytucjami zdrowia publicznego – zgodnie z założeniami podejścia One Health.
4. **Wdrożenie działań profilaktycznych w relacji człowiek–zwierzę.** Osoby chore na choroby zakaźne powinny unikać bliskiego kontaktu ze zwierzętami domowymi i gospodarskimi, szczególnie jeśli zwierzęta należą do gatunków podatnych na zakażenie (np. fretki, koty, norki). W przypadku wysokiego ryzyka transmisji należy rozważyć tymczasowe ograniczenia kontaktu i działania dezynfekcyjne.
5. **Wzmocnienie nadzoru molekularnego i genomowego nad patogenami.** W przypadku patogenów RNA (np. SARS-CoV-2, wirusy grypy) należy rozwijać systemy wczesnego wykrywania mutacji zoonotycznych i antropozoonotycznych. Genomiczny monitoring

może wspierać szybkie identyfikowanie szczepów zdolnych do pokonywania barier międzygatunkowych.

6. **Edukacja właścicieli zwierząt domowych.** Konieczne jest prowadzenie kampanii informacyjnych na temat odpowiedzialnej opieki nad zwierzętami, higieny, diety, profilaktyki chorób zakaźnych oraz roli opiekunów w zapobieganiu otyłości i transmisji drobnoustrojów na linii człowiek–zwierzę.
7. **Włączenie aspektów One Health do programów kształcenia medycznego i weterynaryjnego.** Uczelnie medyczne i weterynaryjne powinny uwzględniać w programach nauczania tematykę wspólnych zagrożeń zdrowotnych ludzi i zwierząt oraz promować myślenie systemowe w duchu One Health.

Piśmiennictwo:

1. Messenger A.M., Barnes A.N., Gray G.C. (2014). Reverse zoonotic disease transmission (zoonanthroponosis): a systematic review of seldom-documented human biological threats to animals. *PloS One*, 9(2): e89055. doi.org/10.1371/journal.pone.0089055.
2. Rabinowitz P.M., Conti L.A. (2021). Human-animal medicine: clinical approaches to zoonoses, toxicants, and other shared health risks. 2nd ed. Elsevier Book review, *Parasites and Vectors*, 3(1):1-2. doi:10.1186/1756-3305-3-20.
3. Kibenge F. S. (2023). A One Health approach to mitigate the impact of influenza A virus (IAV) reverse zoonosis is by vaccinating humans and susceptible farmed and pet animals. *American Journal of Veterinary Research*, 84(6): 1-9. doi.org/10.2460/ajvr.23.03.0053.
4. Pramod R.K., Nair A.V., Tambare P.K., Chauhan K., Kumar T.V., Rajan R. A., ... and Pandey A.K. (2021). Reverse zoonosis of coronavirus disease-19: Present status and the control by one health approach. *Veterinary World*, 4(10):2817-2826. doi: 10.14202/vetworld.2021.2817-2826.
5. Damas J., Hughes G.M., Keough K. C., Painter C. A., Persky N. S., Corbo M., ... and Lewin H.A. (2020). Broad host range of SARS-CoV-2 predicted by comparative and structural analysis of ACE2 in vertebrates. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 117(36): 22311-22322. doi:10.1073/pnas.2010146117.
6. Kibenge F.S. (2023). A One Health approach to mitigate the impact of influenza A virus (IAV) reverse zoonosis is by vaccinating humans and susceptible farmed and pet animals. *American Journal of Veterinary Research*, 84(6):1-9. doi.org/10.2460/ajvr.23.03.0053.
7. De Morais H.A., Dos Santos A.P., Do Nascimento N.C., Kmetiuk L.B., Barbosa D.S., Brandão P.E., ... and Biondo A.W. (2020). Natural infection by SARS-CoV-2 in companion animals: a review of case reports and current evidence of their role in the epidemiology of COVID-19. *Frontiers in Veterinary Science*, 7:591216. doi:10.3389/fvets.2020.591216.
8. Oreshkova N., Molenaar R.J., Vreman S., Harders F., Munnink B.B.O., Hakze-van Der Honing R.W., ... and Stegeman A. (2020). SARS-CoV-2 infection in farmed minks, the Netherlands, April and May 2020. *Euro Surveillance*, 25(23):2001005. doi:10.2807/1560-7917.ES.2020.25.23.2001005.

9. World Health Organization. One Health. Joint Plan of Action 2022-2026. Geneva: WHO; 2022. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240064033>.
10. Destoumieux-Garzón D., Mavingui P., Boetsch G., Boissier J., Darriet F., Duboz P., ... and Voituren Y. (2018). The one health concept: 10 years old and a long road ahead. *Frontiers in Veterinary Science*, 5:14. doi: 10.3389/fvets.2018.00014.
11. Price L.B., Stegger M., Hasman H., Aziz M., Larsen J., Andersen P.S., ... and Aarestrup F.M. (2012). *Staphylococcus aureus* CC398: host adaptation and emergence of methicillin resistance in livestock. *MBio*, 3(1): e00305-11. doi.org/10.1128/mbio.00305-11.
12. Crespo-Piazuelo D., Lawlor P.G. (2021). Livestock-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (LA-MRSA) prevalence in humans in close contact with animals and measures to reduce on-farm colonisation. *Irish Veterinary Journal*, 74(21): 1-12. doi.org/10.1186/s13620-021-00200-7.
13. Cuny C., Wieler L. H., Witte W. (2015). Livestock-associated MRSA: the impact on humans. *Antibiotics*, 4(4): 521-543. doi:10.3390/antibiotics4040521.
14. Khairullah A.R., Widodo A., Riwu K.H.P., Yanestria S.M., Moses I.B., Effendi M.H., ... and Afnani D.A. (2024). Spread of livestock-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in poultry and its risks to public health: A comprehensive review. *Open Veterinary Journal*, 14(9):2116-2128. doi: 10.5455/OVJ.2024.v14.i9.1.
15. Michel A.L., Müller B., Van Helden P.D. (2010). *Mycobacterium bovis* at the animal-human interface: A problem, or not?. *Veterinary Microbiology*, 140(3-4):371-381. doi:10.1016/j.vetmic.2009.08.029.
16. Lombard J.E., Patton E.A., Gibbons-Burgener S.N., Klos R.F., Tans-Kersten J.L., Carlson B.W., ... and Robbe-Austerman S. (2021). Human-to-cattle *Mycobacterium tuberculosis* complex transmission in the United States. *Frontiers in Veterinary Science*, 12(8):691192. doi: 10.3389/fvets.2021.691192.
17. World Health Organization. *Global tuberculosis report 2020*. Geneva: WHO; 2020. Available from: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports>
18. Jajou R., Neeling A.D., Hunen R.V., Vries G.D., Schimmel H., Mulder A., ... and Soolingen D.V. (2018). Epidemiological links between *Tuberculosis* cases identified twice as efficiently by whole genome sequencing than conventional molecular typing: a population-based study. *PloS One*, 13(4): e0195413. doi.org/10.1371/journal.pone.0195413.
19. Nicolas-Chanoine M.H., Bertrand X., and Madec J.Y. (2014). *Escherichia coli* ST131, an intriguing clonal group. *Clinical Microbiology Reviews*, 27(3): 543-574. doi:10.1128/CMR.00125-13.
20. Ewers C., Grobbel M., Stamm I., Kopp P.A., Diehl I., Semmler T., et al. Emergence of human pandemic O25:H4-ST131 CTX-M-15 extended-spectrum- β -lactamase-producing *Escherichia coli* among companion animals. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 65(4): 651-660. doi:10.1093/jac/dkq004.
21. Damborg P., Broens E.M., Chomel B.B., Guenther S., Pasmans F., Wagenaar J.A., ... and Guardabassi L. (2016). Bacterial zoonoses transmitted by household pets: state-of-the-art and future perspectives for targeted research and policy actions. *Journal of Comparative pathology*, 155(1), S27-S40. doi:10.1016/j.jcpa.2015.03.004.
22. Nizeyi J.B., Mwebe R., Nanteza A., Cranfield M.R., Kalema G.R.N.N., Graczyk T.K. (2001). Campylobacteriosis, salmonellosis, and shigellosis in free-ranging human-habituated mountain gorillas of Uganda. *Journal of Wildlife Diseases*, 37(2):239-244. doi:10.7589/0090-3558-37.2.239.

23. Goldberg T.L., Gillespie T.R., Rwego I.B., Wheeler E., Estoff E.L., and Chapman C.A. (2007). Patterns of gastrointestinal bacterial exchange between chimpanzees and humans involved in research and tourism in western Uganda. *Biological Conservation*, 135(4): 511-517. doi:10.1016/j.biocon.2006.10.048.
24. Nelson M.I., Vincent A.L. (2015). Reverse zoonosis of influenza to swine: new perspectives on the human–animal interface. *Trends in Microbiology*, 23(3): 142-153. doi:10.1016/j.tim.2014.12.002.
25. Lycett S.J., Pohlmann A., Staubach C., Caliendo V., Woolhouse M.E.J., Beer M., et al. (2016). Global Consortium for H5N8 and Related Influenza Viruses. Role for migratory wild birds in the global spread of avian influenza H5N8. *Science*, 354(6309): 213-217.
26. Lewis N.S., Russell C.A., Langat P., Anderson T.K., Berger K., Bielejec F., ... and Vincent A.L. (2016). The global antigenic diversity of swine influenza A viruses. *Elife*, 5: e12217. doi:10.7554/eLife.12217.
27. European Food Safety Authority (EFSA), European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), European Union Reference Laboratory for Avian Influenza (EURL). Avian influenza overview September – December 2022. *EFSA Journal*, 21(1): EFSA-Q-2022-00747. doi.org/10.2903/j.efsa.2023.7786
28. Ga E., Won Y., Hwang J., Moon S., Yeom M., Lyoo K., ... and Na W. (2022). A COVID-19 vaccine for dogs prevents reverse zoonosis. *Vaccines*, 10(5): 676. doi.org/10.3390/vaccines10050676.
29. Shi J., Wen Z., Zhong G., Yang H., Wang C., Huang B., ... and Bu Z. (2020). Susceptibility of ferrets, cats, dogs, and other domesticated animals to SARS-coronavirus 2. *Science*, 368(6494): 1016-1020. doi:10.1126/science.abb7015.
30. Sailleau C., Dumarest M., Vanhomwegen J., Delaplace M., Caro V., Kwasiborski A., ... and Le Poder S. (2020). First detection and genome sequencing of SARS-CoV-2 in an infected cat in France. *Transboundary and Emerging Diseases*, 67(6): 2324-2328. doi:10.1111/tbed.1365.
31. Bosco-Lauth A.M., Hartwig A.E., Porter S.M., Gordy P.W., Nehring M., Byas A.D., ... and Bowen R.A. (2020). Experimental infection of domestic dogs and cats with SARS-CoV-2: Pathogenesis, transmission, and response to reexposure in cats. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 117(42):26382-26388. doi:10.1073/pnas.2013102117.
32. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2003). Multistate outbreak of monkeypox-Illinois, Indiana, and Wisconsin, 2003. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.*, 52(23):537-540.
33. World Health Organization (WHO). (2022). Multi-country outbreak of monkeypox, External Situation Report 2 – 25 July 2022. Geneva: WHO; 2022.
34. McCollum A.M., Damon I.K. (2014). Human monkeypox. *Clinical Infectious Diseases*, 58(2):260-267. doi:10.1093/cid/cit703.
35. Afrooghe A., Rayati D.A., Ahmadi E. (2022). Reverse zoonosis and monkeypox: Time for a more advanced global surveillance system for emerging pathogens. *New Microbes New Infections*, 48: 101013. doi: 10.1016/j.nmni.2022.101013.
36. Dixon B., Parrington L., Cook C., Pintar K., Pollari F., Kelton D., Farber J. (2011). The potential for zoonotic transmission of *Giardia duodenalis* and *Cryptosporidium* spp. from beef and dairy cattle in Ontario, Canada. *Veterinary Parasitology*, 175(1-2):20-26. doi.org/10.1016/j.vetpar.2010.09.032.
37. Shrivastava A.K., Kumar S., Smith W.A., Sahu P.S. (2017). Revisiting the global problem of cryptosporidiosis and recommendations. *Tropical Parasitology*, 7(1):8-17. doi:10.4103/2229-5070.202290.

38. Zhu G., Yin J., Cuny G.D. (2021). Current status and challenges in drug discovery against the globally important zoonotic cryptosporidiosis. *Animal Diseases* 1(3): 48-57. doi.org/10.1186/s44149-021-00002-y.
39. Horton B., Bridle H., Alexander C.L., Katzer F. (2019). *Giardia duodenalis* in the UK: current knowledge of risk factors and public health implications. *Parasitology*, 146(4):413-424. doi:10.1017/S0031182018001683.
40. Projekt EpiBaza - Udostępnienie zasobów Ogólnopolskiego Systemu Nadzoru Epidemiologicznego i Środowiskowego nad Bezpieczeństwem Ludności <https://epibaza.pzh.gov.pl/story/informacja-o-zachorowaniach-na-giardioze>. Dostęp 15.02.2025
41. Piekara-Stępińska A., Piekarska J., Gorczykowski M., Bania J. (2021). Genotypes of *Giardia duodenalis* in household dogs and cats from Poland. *Acta Parasitologica*, 66:428-435. doi.org/10.1007/s11686-020-00292-1.
42. Arussi D., Salant H., Rojas A., Dvir E. (2024). Prevalence and molecular characterization of *Giardia duodenalis* in companion dogs, domestic livestock and wildlife in the Jordan Basin, Israel. *Veterinary Parasitology: Regional Studies and Reports*, 52:101042. doi: 10.1016/j.vprsr.2024.101042.
43. de Oliveira T.C., Rodrigues P.T., Early A.M., Duarte A.M.R.C., Buery J.C., Bueno M.G., Catão-Dias J.L., Cerutti C., Rona L.D.P., Neafsey D.E., Ferreira M.U. (2021). *Plasmodium simium*: population genomics reveals the origin of a reverse zoonosis. *The Journal of Infectious Diseases*, 224(11):1950-1961. doi.org/10.1093/infdis/jiab214.
44. Howes R.E., Battle K.E., Mendis K.N., Smith D.L., Cibulskis R.E., Baird J.K., Hay S.I. (2016). Global epidemiology of *Plasmodium vivax*. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 95(6 Suppl):15. doi: 10.4269/ajtmh.16-0141.
45. Loy D.E., Liu W., Li Y., Learn G.H., Plenderleith L.J., Sundararaman S.A., ... and Hahn B.H. (2017). Out of Africa: origins and evolution of the human malaria parasites *Plasmodium falciparum* and *Plasmodium vivax*. *International Journal for Parasitology*, 47(2-3): 87-97. doi.org/10.1016/j.ijpara.2016.05.008.
46. Brasil P., Zalis M.G., de Pina-Costa A., Siqueira A. M., Júnior C.B., Silva S., ... and Daniel-Ribeiro C.T. (2017). Outbreak of human malaria caused by *Plasmodium simium* in the Atlantic Forest in Rio de Janeiro: a molecular epidemiological investigation. *The Lancet Global Health*, 5(10): e1038-e1046.
47. German A. J. (2006). The growing problem of obesity in dogs and cats. *The Journal of Nutrition*, 136(7): 1940S-1946S. doi.org/10.1093/jn/136.7.1940S.
48. Chandler M., Cunningham S., Lund E.M., Khanna C., Naramore R., Patel A., Day M.J. (2017). Obesity and associated comorbidities in people and companion animals: a one health perspective. *Journal of Comparative Pathology*, 156(4): 296-309. <https://doi.org/10.1016/j.jcpa.2017.03.006>.
49. Day M.J. (2017). One Health approach to preventing obesity in people and their pets. *Journal of Comparative Pathology*, 156(4): 293-295. doi.org/10.1016/j.jcpa.2017.03.009.
50. Destoumieux-Garzón D., Mavingui P., Boetsch G., Boissier J., Darriet F., Duboz P., ... and Voituron Y. (2018). The one health concept: 10 years old and a long road ahead. *Frontiers in Veterinary Science*, 5:14. <https://doi.org/10.3389/fvets.2018.00014>.

MOWA OSOBY CHOREJ PSYCHICZNIE (NA PRZYKŁADZIE SCHIZOFRENII) W OCENIE PIELĘGNIARKI PSYCHIATRYCZNEJ

WOJCIECH LIPSKI KATEDRA, KATARZYNA KOCIUBA-ADAMCZUK

Wstęp. Przedmiotem artykułu jest kwestia odbioru i oceny wypowiedzi pacjentów ze schizofrenią dokonywana przez personel pielęgniarski pracujący na oddziałach szpitalnych. Pielęgniarstwo psychiatryczne stanowi specjalność pielęgniarstwa skupiającą się na opiece nad osobami dotkniętymi chorobami psychicznymi lub zaburzeniami zdrowia psychicznego, takimi jak schizofrenia, choroba afektywna dwubiegunowa, psychoza, depresja, demencja i in. Pielęgniarstwo psychiatryczne dotyczy opieki nad osobami w każdym wieku, dziećmi, młodzieżą, dorosłymi a także pacjentami w okresie senioralnym [1, 2].

Na pierwszej linii w leczeniu szpitalnym pacjentów chorujących na schizofrenię i inne choroby psychiczne stoją pielęgniarki i pielęgniarze psychiatryczni. Pielęgniarki psychiatryczne czy pielęgniarze psychiatryczni to specjaliści w dziedzinie pielęgniarstwa, którzy zajmują się opieką nad pacjentami z zaburzeniami psychicznymi. Dla zapewnienia pacjentowi odpowiednich warunków do zdrowienia ważnym staje się model komunikacji z pacjentem. Komunikacja z osobą chorą psychicznie stanowić może wyzwanie dla personelu medycznego [3]. Niestety do tej pory na oddziałach szpitalnych, a psychiatrycznych szczególnie panuje model komunikacji instytucjonalnej będący wypadkową komunikacji bezosobowej, infantylnej, zdystansowanej, pozorowanej, fatycznej i instrumentalnej [4]. Znajomość narzędzi i metod badania wypowiedzi osób chorujących klinicznie może znacznie przysłużyć się do uszczegółowienia diagnozy i w rezultacie bardziej precyzyjnego dostosowania leczenia do pacjenta.

Cel pracy. Zaburzenia mowy i komunikacji wpisują się w spektrum objawów większości chorób psychicznych. Zgodnie ze stwierdzeniem Andrew Simsa „język jest oknem do umysłu” [5], dlatego odpowiednia ocena wypowiedzi pozwala wnikać w wewnętrzny świat przeżyć osoby chorej. Propozycja oceny zaburzeń językowych zostanie przedstawiona na podstawie schizofrenii. Zaburzenia językowe w schizofrenii zgodnie z klasyfikacjami ICD-11 [6] oraz DSM-5 [7] stanowią objaw osiowy tej psychozy. W psychiatrii od samego początku budowy refleksji naukowej na temat schizofrenii podkreślano ważność tego typu objawów. Ich obraz określano metaforycznie jako „sałatka słowna” [8]. Obecnie w nomenklaturze naukowej określane są one pojęciem schizofazji. W artykule zaprezentowano narzędzia do oceny poziomu i charakteru zaburzeń językowych w schizofrenii, które mogą zostać wykorzystane przez personel pielęgniarski i lekarski. Zaburzenia językowe, odpowiednio ocenione, wskazują

na poziom rozwoju choroby oraz są znaczącym faktem stanowiącym o pogorszeniu bądź polepszeniu stanu pacjenta [9].

Zaburzenia językowe w schizofrenii zgodnie z podejściem medycznym. Dobra komunikacja z chorym stanowi dla niego jeden z elementów zabezpieczających jego bezpieczeństwo w czasie pobytu na oddziale psychiatrycznym [10].

Ocena wypowiedzi pacjenta może być dokonywana w każdej sytuacji kontaktu chorego ze służbą zdrowia. Ocenę mowę pacjenta należy przy przyjęciu, kiedy trafia na oddział szpitalny, kiedy na nim przebywa, kiedy ma być wypisany ale także wtedy kiedy ma kontakt ze służbą zdrowia wyłącznie w formie ambulatoryjnej.

Diagnostując schizofrenię zgodnie z klasyfikacją DSM-5, diagnosta musi stwierdzić występowanie dwóch (lub więcej) spośród niżej wymienionych objawów, z których każdy jest obecny przez znaczną część czasu w ciągu miesiąca (lub krócej, jeśli wdrożono skuteczne leczenie). Te objawy to:

1. Urojenie.
2. Omamy.
3. Dezorganizacja mowy (np. częste ześlizgiwanie się lub niespójności)
4. Zachowania rażąco zdeorganizowane lub katatoniczne.
5. Objawy negatywne (np. spłycenie afektywne lub awolicja).

Przy czym musi wystąpić jeden z objawów (1), (2) lub (3) [7,11,12].

Jak podaje Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne nasilenie poszczególnych objawów schizofrenii na ogół jest różne u pacjentów i zmienia się w trakcie leczenia chorego.

Osoba pracująca w placówkach służby zdrowia jako personel pielęgniarstwa powinna:

- ☐ wnikliwie obserwować zachowania werbalne i pozawerbalne występujące w różnych zaburzeniach, m.in. w schizofrenii, chorobach afektywnych (w depresji, manii bądź hipomanii), w zagrożeniu samobójstwem;
- ☐ być empatyczna i otwarta;
- ☐ umieć stawiać granice;
- ☐ przewidywać i antycypować zachowania pacjentów;
- ☐ radzić sobie z lękiem;
- ☐ umiejętnie reagować w sytuacjach trudnych (agresji pacjenta, samookaleczeń, samobójstw);
- ☐ być sprawna ruchowo [1,3].

Aby móc we właściwy sposób ocenić poziom funkcjonowania psychicznego pacjenta należy przyrzeć się jego zachowaniu i wypowiedziom. Wypowiedzi powinny być oceniane ze względu na swoją treść jak również formę [9,13] i strukturę tekstu [14].

Aby dokonać oceny pełnej struktury wypowiedzi często potrzebna jest fachowa wiedza z zakresu językoznawstwa. Jednak wykorzystując odpowiednie narzędzia może tego dokonać osoba bez lingwistycznego przygotowania.

Jako jedno z podstawowych zadań pielęgniarki psychiatrycznej jest ocena werbalnych i niewerbalnych zachowań występujących u pacjentów z różnymi chorobami psychicznymi [1,3]. Jest ona kluczowa w ocenie stanu pacjenta i może stanowić jeden z ważniejszych elementów diagnozy.

Schizofazja – lingwistyczna ocena zaburzeń językowych w schizofrenii. Pojęcie schizofazji pojawiło się w polskiej literaturze za sprawą T. Bilikiewicza, który zrównał to pojęcie z popularnym w psychiatrii określeniem „sałatka słowna” [8]. *Schizofazja* w polskiej literaturze definiowana jest jako ‘zaburzenie komunikacji, charakteryzujące się postępującym zanikiem spójności wypowiedzi, jej dezintegracją na poziomie pragmatycznym, semantycznym i formalnogramatycznym’ [14,15,16,17,18]. Takie postrzeganie schizofazji wpisuje się koncepcję strukturalizmu [19].

Za kliniczne rozumienie schizofazji można przyjąć: „Szczególne zjawiska językowe, których znaczne nagromadzenie w wypowiedziach schizofreników pozwala je traktować jako ważne kryterium diagnostyczne schizofrenii” [17,20]. „Istotą tak klinicznie rozumianej schizofazji są: ubóstwo formy i treści wypowiedzi, zmniejszenie jej spójności, patologiczne nagromadzenie neologizmów.”

Dwa główne systemy diagnostyczne ICD (Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych WHO - 1994) oraz DSM (Podręcznik Diagnostyczno-Statystyczny Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego) definiują schizofazję jako:

- 1) „zubożenie ilości i treści wypowiedzi, upośledzenie komunikacji werbalnej i pozawerbalnej, upośledzenie modulacji głosu” (ICD-10) [21];
- 2) „rozkojarzenie, wyraźne ubóstwo treści wypowiedzi, wypowiedzi dziwne, dygresyjne, metaforyczne, oboczne” (DSM-IV) [22];
- 3) „częste wykojeżenia i niespójności (...) wykojeżenia i luźne skojarzenia; odpowiedzi na pytania mogą być częściowo powiązane lub zupełnie niezwiązane z tematem – uskokowe. Mowa może być tak poważnie zdezorganizowana, że jest prawie niezrozumiała i przypomina przez tę dezorganizację językową afazję czuciową (niespójność lub „sałatka słowna”). Ponieważ lekko chaotyczna mowa jest powszechna

i niespecyficzna, objaw może być wystarczająco ciężki, by znacznie osłabić skuteczną komunikację. (...) Mniej zdezorganizowane myślenie i mowa, może wystąpić, podczas prodromalnych i rezydualnych okresów schizofrenii” (DSM-5) [7];

- 4) (...) styczność i luźne skojarzenia, nieistotne wypowiedzi, neologizmy. W ciężkich przypadkach mowa danej osoby może być tak niespójna, że aż niezrozumiała („sałatka słowna”) (ICD-11) [6].

Metody badania zaburzeń językowych w schizofrenii – skala KSOS i skala TLC. Krótką Skala Oceny Schizofazji (KSOS) – to narzędzie, skonstruowane przez polskich badaczy. Wymaga od diagnosty elementarnej wiedzy z zakresu językoznawstwa. Powstała na potrzeby badań lingwistycznych w oparciu o medyczne kryteria diagnostyczne (ICD-10, DSM-IV) [15,16,23]. Badacze zwrócili uwagę, że zaburzenia językowe w schizofrenii ujawniają się na różnych poziomach relacji znaków:

- znak – znak – to poziom gramatyczny,
- znak – znaczenie to poziom semantyczny,
- znak – użytkownik to poziom pragmatyczny [24].

Oceny zaburzeń schizofatycznych dokonuje się w następujących kategoriach:

A. Spójność gramatyczna.

1. Ocena zaburzeń składni. – 1 pkt.
2. Ocena zaburzeń konotacji linearnej [25, 26]. – 1 pkt.

B. Spójność semantyczna.

1. Występowanie neologizmów idiolektalnych (wyrazów niemotywowanych systemem języka). – 2 pkt.
2. Występowanie paronimów (budowanie wypowiedzi na podstawie podobieństwa brzmień). – 2 pkt.

C. Spójność pragmatyczna (strategie budowania dyskursu).

1. Ocena zrozumiałości wypowiedzi. – 3 pkt.
2. Ocena konkretności wypowiedzi. – 3 pkt.
3. Utrzymywanie się co najmniej dwu objawów z pkt. A i B w dłuższych fragmentach wypowiedzi – 3 pkt. [15,16,17,23].

Kryteria oceny „schizofatyczności” wypowiedzi na podstawie KSOS:

0 punktów – oznacza brak schizofazji;

1 punkt – oznacza brak schizofazji, zaburzenia gramatyczne z możliwym obniżeniem sprawności umysłowej;

2 – 3 – 4 punkty – prawdopodobieństwo występowania zaburzeń o typie schizofazji;

5 – 6 punktów – schizofazja w stopniu lżejszym;

7 – 15 punktów – schizofazja w stopniu ciężkim.

Skala do oceny Myślenia, Języka i Komunikacji (*Scale for the Assessment of Thought, Language, and Communication*) TLC stanowi najpopularniejsze na świecie narzędzie do oceny zaburzeń mowy w chorobach psychicznych. Zostało opracowane w 1979 r. przez Nancy C. Andreasen z Uniwersytetu w Iowa City [20,27,28,29,30]). TLC jest indeksem potencjalnych objawów klinicznych schizofazji, wyróżnianych z pozycji specjalisty bez przygotowania lingwistycznego. Jest to narzędzie mające charakter psychometryczno-kliniczny, niewystandaryzowany. Skala ta obejmuje opis 18 fenomenów językowych, które są oceniane na podstawie obserwacji lub zapisu cyfrowego rozmowy.

1. Ubóstwo mowy (UM) - zmniejszenie ilości mowy spontanicznej, co powoduje, iż odpowiedzi na pytania są krótkie i pozbawione dodatkowych informacji.
2. Ubóstwo treści (UT) - wypowiedzi są adekwatne co do długości, ale przynoszą małą ilość informacji; język staje się dziwny, nadmiernie abstrakcyjny lub nadmiernie konkretny, występują repetycje i stereotypie.
3. Natłok mowy (NM) - wzrost ilości mowy spontanicznej w porównaniu z oczekiwaniami sytuacyjnymi lub społecznymi; wypowiedzi głośne, emfatyczne, trudne do przerwania, przy tempie przekraczającym 150 słów na minutę.
4. Mowa roztargniona (R) - w czasie wypowiedzi lub dyskusji nadawca przerywa nagle tekst lub zdanie, ogniskując swoje zainteresowanie na aktualnych bodźcach zewnętrznych.
5. Uskokowość (U) - odpowiedź na pytanie od jej początku jest oboczna (uskokowa) lub w ogóle nie związana z tematem pytania.
6. Zbaczanie wypowiedzi (ZW) - wzorce mowy spontanicznej, w której wypowiedzenia zbaczają z głównego wątku; w jednej wypowiedzi obserwuje się kilka niepowiązanych ze sobą tekstów.
7. Rozkojarzenie (RK) - wzorce mowy, w których tekst rozbity jest na poziomie zdań (wypowiedzeń), często z zaprzeczeniem regułom gramatyki.
8. Nielogiczność (NL) - wzorce mowy, w których wnioski nie są wyciągane w logiczny sposób.
9. Dźwięczenie (D) - wzorce mowy, w których dźwięki mają decydujące znaczenie przy doborze słów.
10. Neologizmy (N) - nowe formacje słowne, których pochodzenie wydaje się niezrozumiałe.

11. Przybliżenia słowne (PS) (metonimie) - używanie zwykłych słów w nowy, często prywatny sposób lub tworzenie nowych terminów ze słów ogólnie znanych.
12. Drobiazgowość (DR) - wzorce mowy niebezpośredniej, przeładowanej detalami (ale bez cech natłoku mowy).
13. Utrata celu (UC) - niezdolność wypowiedzi do osiągnięcia naturalnego finału tekstu (ale bez wyraźnych cech zbaczania wypowiedzi).
14. Persewercje (P) - ciągłe używanie słów lub zdań na zasadzie repetycji (poza repetycjami uwarunkowanymi społecznie).
15. Echolalia (E) - wzorce mowy, w których odbiorca jak echo powtarza frazy pytającego, zwykle z jego intonacją.
16. Blokowanie (B) - przerywanie ciągów zdaniowych co najmniej kilkusekundowymi blokami, przy czym nadawca nie uświadamia sobie obecności tych przerw.
17. Mowa sztuczna (MS) - wypowiedzi sztuczne, formalne, frazeologiczne, kaznodziejskie, z innym niż oczekiwano genrem mowy.
18. Odnoszenie do siebie (OS) - nawracanie tematyczne wypowiedzi do osoby mówcy, pomimo ogólnego czy neutralnego tematu zadanego tekstu [17,20].

Schizofazja w przewlekłej schizofrenii. Poniżej podaję przykłady, które można poddać interpretacji korzystając z dostępnych narzędzi

Pan K.O.: wykształcenie średnie ogólne nieukończone (brak matury), ur. 05.01.1949 r., ponad 40 hospitalizacji, początek choroby 1966 rok, stan cywilny: kawaler, zamieszkiwał z rodzicami, źródło utrzymania: renta, przyjęty pierwszy raz do szpitala w 1969 roku

Przykładowa wypowiedź:

A – a dlaczego pan jest pierwszym (bogiem)?

B – pamiętam urodzenie/ i badałem sumienie na granaty ręczne/ i wychodzi że jestem/ trzysta tryliony/ lat świetlnych/ mierzone na mrzonki na helikoptery/ i kwaśne jabłko chowałem na cylindra nie piję alkoholu/ ważniejszy więk... ważniej... większy do minus stu tysięcy/ to niech pan sobie wyobraża tryliony lat świetlnych to na mrzonki to tak/ to tak lata świetlne to tak samo jak kilogramy/ do minus stu tysięcy to niech pan sobie wyobraża [26]

Pan R.T.: wykształcenie podstawowe, ur. 25.12.1962 r., około 20 hospitalizacji, początek choroby 1988 rok, stan cywilny: kawaler, zamieszkuje w DPS, źródło utrzymania: renta, przyjęty pierwszy raz do szpitala w 1988 roku

Przykładowa wypowiedź:

A – dlaczego ludzie wierzą w boga?

B – ja sam nieraz nie wiem o jakiego boga chodzi/ to było w domu/ i miałem obrazek chrystusa w białych włosach/ się patrzył na mnie/ gdzie ja się nie ruszę to ten obrazek się na mnie patrzył/ wreszcie wzięłem połamałem wyrzuciłem do ubikacji/ matka mówi synu tego nie wolno ruszać/ nie dotykaj się do tego / [26]

Tabela 1. Patologia językowa według skali KSOS u badanych pacjentów

		Pacjent K.O.	Pacjent R.T.	Ocena maksymalna
1. Spójność gramatyczna	1.1. Zaburzenie składni	1 pkt.	1 pkt.	1 pkt.
	1.2. Zaburzenie konotacji linearnej	1 pkt.	1 pkt.	1 pkt.
2. Spójność semantyczna	2.1. Neologizmy idiolektałne	2 pkt.	2 pkt.	2 pkt.
	2.2. Paronimia	2 pkt.	2 pkt.	2 pkt.
3. Spójność pragmatyczna	3.1. Zrozumiałość wypowiedzi	3 pkt.	3 pkt.	3 pkt.
	3.2. Konkretność wypowiedzi	3 pkt.	3 pkt.	3 pkt.
	3.3. Powszechność występowania zjawisk	3 pkt.	3 pkt.	3 pkt.
Suma:		15 pkt.	15 pkt.	15 pkt.

Opracowanie własne.

Tabela 2. Patologia językowa wg skali TLC u badanych pacjentów

Fenomeny językowe wg TLC	Wyniki pacjenta K.O.	Wyniki pacjenta R.T.	Średnie wyniki badań A. Czernikiewicza [12]		Punktacja
			Wysokiej schizofazji	Niskiej schizofazji	
1. Ubóstwo mowy (UM)	1	1	0,55	0,25	0-4
2. Ubóstwo treści (UT)	3	1	2,72	0,73	0-4
3. Natłok mowy (NM)	3	2	0,98	0,33	0-4
4. Mowa roztargniona (MR)	2	2	1,08	0,32	0-4
5. Uskokowość (U)	3	2	1,83	0,43	0-4
6. Zbaczanie wypowiedzi (ZW)	4	4	3,13	0,85	0-4
7. Rozkojarzenie (RK)	3	2	1,13	0,03	0-4
8. Nielogiczność (NL)	2	1	2,60	0,95	0-4
9. Dźwięczenie (D)	2	0	0,73	0,00	0-3
10. Neologizmy (N)	3	2	0,68	0,03	0-3
11. Przybliżenie słowne (PS)	3	2	1,25	0,28	0-3
12. Drobiazgowość (DR)	2	1	0,53	0,38	0-3
13. Utrata celu (UC)	3	2	1,80	0,75	0-3
14. Persewercje (P)	2	1	0,38	0,03	0-3
15. Echolalia (E)	0	1	0,05	0,03	0-3
16. Blokowanie (B)	1	1	0,53	0,25	0-3
17. Mowa sztuczna (MS)	3	1	1,25	0,45	0-3
18. Odnoszenie do siebie (OS)	3	3	0,68	0,25	0-3

Opracowanie własne.

Kategorie patologii językowej wg TLC:

FUT- fenomeny ubytkowe na poziomie tekstu (ubóstwo mowy + ubóstwo treści + blokowanie)
 FWT- fenomeny wytwórcze na poziomie tekstu (natłok mowy + drobiazgowość + mowa sztuczna);

FN – fenomeny „niespójność” (roztargnienie + uskokowość + zbaczanie wypowiedzi + utrata celu + odnoszenie do siebie) – te trzy kategorie reprezentują patologię językową na poziomie wypowiedzi (tekstu)

FS – fenomeny syntaktyczne (rozkojarzenie + nielogiczność) – ta kategoria reprezentuje patologię na poziomie wypowiedzenia (zdania)

FL – fenomeny leksykalne (dźwięczenie + neologizmy + przybliżenia słowne + persewercje + echolalia) – patologia związana z morfemem (słowem)

Tabela 3. Porównanie średnich wyników pacjentów do wyników grup Wysokiej i Niskiej schizofazji w odniesieniu do kategorii schizofazji wg TLC

Kategorie	Pacjent K.O.	Pacjent R.T.	Średnia W	Średnia N
Fenomeny ubytkowe na poziomie tekstu	0,28	0,28	1,27	0,41
Fenomeny wytwórcze na poziomie tekstu	0,89	0,39	0,92	0,38
Fenomeny „niespójności”	0,85	0,73	1,7	0,5
Fenomeny syntaktyczne	0,62	0,63	1,84	0,49
Fenomeny leksykalne	0,53	0,67	0,59	0,07

Opracowanie własne.

Badania wykonane za pomocą skali KSOS oraz skali TLC pokazują jak znaczne jest natężenie objawów schizofatycznych. Skala KSOS najlepiej opisuje mowę pacjentów, u których wystąpił zespół dezorganizacji. Z kolei Skala TLC pozwala na badanie formalnych zaburzeń myślenia i różnych typów schizofazji, także wtedy, kiedy występuje ona poza schizofrenią.

Schizofazja czy schizofazje? O typologii zaburzeń językowych w schizofrenii. W latach 90. XX wieku dzięki badaniom w oparciu o neuroobrazowanie pojawiła się koncepcja, zakładająca związek pomiędzy miejscowymi aberracjami w funkcjonowaniu mózgu osób chorujących na schizofrenię a zaburzeniami językowymi. Zgodnie z tą koncepcją wskazana została lokalizacji zaburzeń językowych w schizofrenii. Twórcą koncepcji jest P.F. Liddle [23,31,32].

W ramach tej klasyfikacji wyróżniono:

- 1) Zespół zaburzenia psychomotorycznego (*psychomotor poverty*), który wynika ze zmniejszenia regionalnego przepływu krwi mózgowej (rCBF) w korze przedczołowej (prefrontal cortex). Pola według Brodmanna: 10, 11.

- 2) Zespół dezorganizacji (*disorganisation*), który spowodowany jest zmniejszenie rCBF w przedniej korze czołowej, pola według Brodmanna: 12; oraz okolicy obręczy, pola według Brodmanna: 24, 33, 32.
- 3) Zespół błędnej oceny rzeczywistości (*reality distortion*), spowodowany zwiększeniem rCBF w zakręcie parahipokampalnym lewego płata skroniowego, 28 pole według Brodmanna [23,31,32].

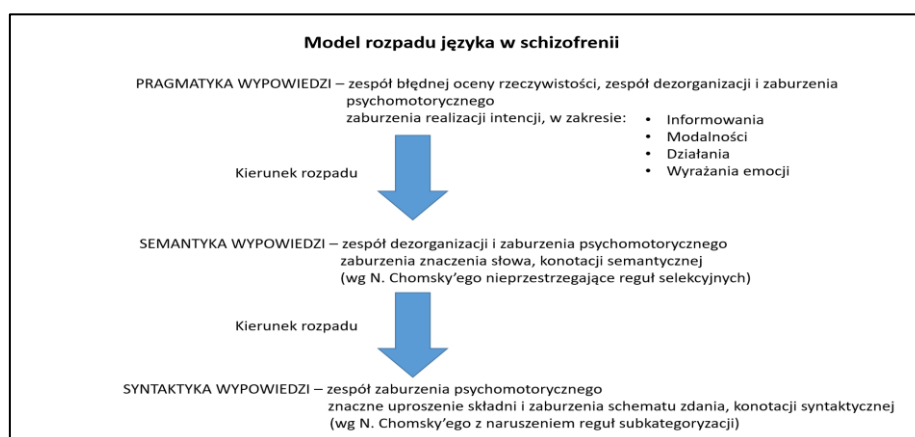
Tabela 4. Podstawowe objawy schizofatyczne dla każdego typu schizofazji

Typ zespołu schizofrenicznego	Podstawowe objawy schizofatyczne
Zespół zubożenia psychomotorycznego	Zaburzenia kompetencji językowej, komunikacyjnej i poznawczej Zaburzenia formy i treści wypowiedzi Obniżony poziom złożoności składniowej Zaburzenia konotacji Neologizmy idiolektalne TLC: Ubóstwo mowy, ubóstwo treści, blokowanie, echolalia
Zespół dezorganizacji	Zaburzenia kompetencji językowej, komunikacyjnej i poznawczej Zaburzenia formy i treści wypowiedzi Zaburzenia konotacji Neologizmy idiolektalne Werbigeracje Neosemantyzmy TLC: Natłok mowy, zbaczanie wypowiedzi, uskokowość, utrata celu, roztargnienie, rozkojarzenie, nielogiczność, drobiazgowość, odnoszenie do siebie, dźwięczenie, przybliżenia słowne
Zespół błędnej oceny rzeczywistości	Zaburzenia kompetencji komunikacyjnej i poznawczej Zaburzenia treści wypowiedzi (nawiązania do omamów i urojeń) Rezonerstwo TLC: Natłok mowy, nielogiczność, drobiazgowość, odnoszenie do siebie, mowa sztuczna

Opracowanie własne.

Tabela przedstawia wykaz najbardziej charakterystycznych objawów w mowie pacjentów z różnymi typami schizofazji. Zmiany mają charakter ilościowy i jakościowy. Poniżej przedstawiam własną koncepcję dotyczącą deterioracji języka w przebiegu schizofrenii.

Wykres 1. Model rozpadu języka w schizofrenii



Opracowanie własne

Powyższy model pokazuje, jak objawy zaburzeń językowych występujących w schizofrenii korelują z przebiegiem choroby oraz wskazują na ewentualną poprawę. Im głębszy poziom dezintegracji mowy tym rokowania w leczeniu pacjenta są gorsze. Poszczególne poziomy wpisują się w stadia rozpadu mowy i języka w schizofrenii. Wskazują na zaburzenia treści i formy wypowiedzi [33].

Podsumowanie. Autor artykułu stoi na stanowisku, że wykorzystując dostępne narzędzia, oceny zaburzeń językowych w schizofrenii (schizofazji) może dokonać pielęgniarka lub pielęgniarz psychiatryczny. Nie wymaga to zawsze wiedzy stricte językoznawczej. Ocena poziomu rozpadu języka powinna być uwzględniona w diagnozie i terapii osób z zaburzeniami schizofatycznymi [34,35].

Najważniejsze tezy:

- Badania nad mową osób chorujących na schizofrenię pokazują różnorodność objawów językowych zarówno ilościowo jak i jakościowo. Poszczególne fenomeny występują z różną częstotliwością.
- Rozpad języka w schizofrenii dokonuje się od poziomu pragmatycznego użycia języka (zaburzenia realizacji intencji w zakresie: informowania, modalności, działania i wyrażania emocji. Następnie rozpadowi ulega semantyka (znaczenie) wypowiedzi. Na najniższym poziomie umieszczam zaburzenia syntaktyki (gramatyki) wypowiedzi.
- Poziom rozpadu języka wyznacza poziom występujących w schizofrenii formalnych zaburzeń myślenia.
- Objawy językowe stanowią grupę objawów osiowych w schizofrenii.
- Odpowiednia ocena zaburzeń językowych pozwala określić stan pacjenta oraz jego rokowanie.
- Rodzaj schizofazji determinuje model pracy terapeutycznej.
- W schizofazji w sposób swoisty ujawniają się formalne zaburzenia myślenia – objawy psychotyczne, to odróżnia schizofazję od innych jednostek patologii mowy (afazja, demencja, oligofazji, ASD i in.).
- Na obraz schizofazji wpływ ma poziom funkcjonowania poznawczego, emocjonalnego, społecznego i in.
- Schizofazja nie utrzymuje się stale, pod wpływem farmakoterapii możliwa jest pełna remisja.
- Schizofazja to objaw, świadczący o mniej korzystnym rokowaniu pacjenta.

Literatura:

- [1] Górna K, Jaracz K, Kochański A, red. Pielęgniarstwo psychiatryczne. Warszawa: PWN; 2024.
- [2] Łoza B, Markiewicz R, Szulc A, Wrońska I, red. Pielęgniarstwo psychiatryczne. Lublin: Wyd. UM; 2014.
- [3] Wilczek-Różyczka E, red. Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego. Warszawa: Wyd. Czelej; 2019.
- [4] Tarkowski Z., Humeniuk E., Dunaj-Tarkowska J., Porozumiewanie się z osobami chorymi psychicznie w instytucjach totalnych. W: Tarkowski Z., red. Patologia mowy. Gdańsk: Harmonia; 2017: 195-209.
- [5] Sims A. Speech and Language Disorders in Psychiatry. London: Gaskell; 1995.
- [6] WHO, ICD-11. International Classification of Diseases 11th Revision. The global standard for diagnostic health information. [cytowana 20 maja 2006]. Dostępna z: <https://icd.who.int/en/>
- [7] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: APA; 2013.
- [8] Bilikiewicz T., Psychiatria kliniczna. Warszawa: PZWL; 1957.
- [9] Grabias S. Typologie zaburzeń mowy. Narastanie refleksji logopedycznej. Logopedia. 1996; 23:79–90.
- [10] Wilczek-Różyczka E., Komunikowanie się z chorym psychicznie. Warszawa: PZWL; 2019.
- [11] Toomey R, Kremen W, Simpson J, Samson J, Seidman L, Lyons M, Faraone S, Tsuang M. Revisiting the factor structure for positive and negative symptoms: Evidence from large heterogeneous group of psychiatric patients. Am J Psychiatry. 1997;154:371–377.
- [12] Von Knorring L., Linstrom E., Principal components and further possibilities with the PANSS. Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum. 1995: 5–10.
- [13] Kaczmarek L. Korelacyjna klasyfikacja zaburzeń słownego i pisemnego porozumiewania się. Logopedia. 1975; 12:5–13.
- [14] Woźniak T., Zaburzenia języka w schizofrenii. Lublin: Wyd. UMCS; 2000
- [15] Czernikiewicz A, Woźniak T. Schizofazja. Logopedia. 2001;29:7–36.
- [16] Czernikiewicz A, Woźniak T. Teksty schizofatyczne. Zagadnienia diagnozy zaburzeń mowy w schizofrenii. Lublin: Wyd. UMCS; 2023.
- [17] Czernikiewicz A. Przewodnik po zaburzeniach językowych w schizofrenii. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2004.
- [18] Woźniak T., Standard postępowania logopedycznego w schizofazji. Logopedia. 2008; 37: 227–234.
- [19] de Saussure F. Kurs językoznawstwa ogólnego. Przekład K. Kasprzyk. Warszawa: PWN; 2002.
- [20] Czernikiewicz A. Językowy wymiar przewlekłej schizofrenii. Lublin: Wyd. AM; 1998.
- [21] WHO, ICD-10. Inwentarz objawów zaburzeń psychicznych. pol. red. J. Wciórka. Warszawa : Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1997.
- [22] American Psychiatric Association. Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR, pol. red. J. Wciórka. Wrocław : Elsevier Urban & Partner; 2008.
- [23] Czernikiewicz A, Woźniak T. Diagnoza psychogennych zaburzeń mowy. W: Milewski S, Czaplewska E, red. Diagnoza logopedyczna. Gdańsk: GWP; 2012: 415–480.
- [24] Cardella V. Language in schizophrenia. Perspectives from Psychology and Philosophy. London: Routledge; 2018.
- [25] Lipski W. Wieloznaczność rozumienia terminu „konotacja” i jego aplikatywność w badaniach nad zaburzeniami mowy. Logopedia Silesiana. 2017;6:57–72.

- [26] Lipski W. Zaburzenia konotacji w schizofrenii. Lublin: Wyd. UMCS; 2018.
- [27] Andreasen N, Grove W. Thought, language, and communication in schizophrenia: Diagnosis and prognosis. *Schizophr Bull.* 1986;12:348–358.
- [28] Andreasen N, Olsen S. Negative vs positive schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 1982;39:789–794.
- [29] Andreasen N. Thought, language, and communication disorders. I: Clinical assessment, definition of terms, and evaluation of their reliability. *Arch Gen Psychiatry.* 1979;36:1315–1321.
- [30] Andreasen N. Thought, language, and communication disorders. II: Diagnostic significance. *Arch Gen Psychiatry.* 1979;36:1325–1330.
- [31] Liddle P. Syndromes in schizophrenia and their neuropsychological and neuroanatomical correlates. In: Pantelis C, Nelson H, Barnes T, editors. *Schizophrenia: A neuropsychological perspective.* New York: [Wydawnictwo]; 1996: 299–316.
- [32] Liddle P. The symptoms of chronic schizophrenia. A reexamination of negative-positive dichotomy. *Br J Psychiatry.* 1987;151:145–151.
- [33] Panasiuk J, Woźniak T. Pojęcie tekstu a zaburzenia mowy. W: Grabias S., red. *Zaburzenia mowy. Mowa – Teoria – Praktyka.* T. 1. Lublin: Wyd. UMCS; 2001: 108–132.
- [34] Grabias S. Postępowanie logopedyczne. Standardy terapii. W: Grabias S, Panasiuk J, Woźniak T, red. *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego.* Lublin: Wyd. UMCS; 2015: 13–35.
- [35] Lipski W., Disturbances in the form and content of utterances in dialogue and schizophrenic narrative. Therapeutic implications. *Logopedia Silesiana.* 2022; 11/2: 15-28.

Wstęp. Śmierć z pewnością jest elementem życia, który łączy w sobie dwie sprzeczności. Z jednej strony jest zjawiskiem powszechnym dotyczącym każdego człowieka, z drugiej zaś przeżyciem bardzo indywidualnym, którym nie można się z nikim podzielić. Śmierć to zawsze jest doświadczana w samotności, nawet wówczas, kiedy dokonuje się w obecności najbliższych. Proces umierania jest bardzo indywidualny i z nikim nie można się z nim podzielić. Niemniej jednak ludzie umierający potrzebują kontaktu z innymi, wsparcia i opieki, bo wszystko co nieznane budzi obawy [1]. Opiekując się osobą umierającą koniecznie trzeba pamiętać o podmiotowości chorego, nawet wówczas gdy istnieją poważne wątpliwości odnośnie stopnia świadomości, możliwości odbierania bodźców zewnętrznych np. dotyku, słyszenia wypowiedzianych słów itp. Warto pamiętać, że zadaniem personelu medycznego nie jest bezwzględna i zagorzała walka ze śmiercią, bowiem z punktu widzenia etyki życie nie jest absolutnym dobrem a śmierć nie jest całkowitym złem [2]. Nikt nie ma prawa w sposób nienaturalny przedłużać gasnącego życia, podobnie jak nikt nie ma prawa odbierać życia człowiekowi śmiertelnie choremu. We współczesnej świecie, kiedy śmierć i umieranie zostały zepchnięte jakby na margines życia warto zadbać o godność umierania i szanować autonomię każdego człowieka w ostatniej fazie życia wykluczając zarówno przyspieszenia śmierci jak oraz opóźnienia przez tak zwaną uporną terapię [2,3]. Umierający pacjenci zazwyczaj nie są decyzyjni i nie są w stanie wziąć odpowiedzialności za siebie i swoje zdrowie. W takich sytuacjach personel medyczny odgrywa ogromną rolę w zachowywaniu należytej godności umierających ludzi [4].

Cel pracy. Celem pracy jest przedstawienie zadań personelu medycznego w procesie umierania i śmierci.

Rozwinięcie. Proces umierania jest najtrudniejszym doświadczeniem człowieka który odchodzi, ale i tego który w tym procesie współuczestniczy. Według definicji zaproponowanej przez J.R. Cavanagha umieranie to czas w toku nieuleczalnej choroby w którym leczenie nie ma już na nią wpływu. Z definicji tej wynika że proces umierania może rozpocząć się nie tylko u pacjenta w stanie głębokiej i długotrwałej śpiączki ale także w przypadku pacjenta o przyćmionej świadomości np. w trakcie zaawansowanej choroby nowotworowej [5]. Cavanagha wymienia trzy specyficzne okresy w trakcie trwania choroby nowotworowej o niepomyślnym rokowaniu:

- przed terminalnym - to zaawansowany stopień choroby, która sprawia, że nie ma już możliwości przedłużania życia pacjenta poprzez stosowanie środków powstrzymujących rozwój nowotworu. Jednocześnie stan pacjenta jest dobry, ma on dobre samopoczucie i taka sytuacja może utrzymywać się nawet kilka miesięcy.
- terminalnym - radykalnie i wyraźnie pogorsza się stan ogólny pacjenta, nasilają się dolegliwości fizyczne, a więc zdecydowanie pogarsza się samopoczucie. Zwykle w tym okresie pojawiają się nieodwracalne zmiany organiczne. W okresie terminalnym, który trwa 4-6 tygodni kontrolowanie rozwoju choroby, oraz podjęcie interwencji medycznej staje się bardzo trudne, a niejednokrotnie niemożliwe.
- okres umierania – jest to ostatni etap życia człowieka, o zróżnicowanej długości. Proces umierania może trwać od kilku godzin do kilku dni [5].

W kontekście tak zdefiniowanych etapów umierania warto zadać sobie pytanie jaką rolę odgrywa personel medyczny? Czy jest przygotowany do współuczestnictwa w procesie umierania? Jaki jest zakres czy poczucie obowiązku w kontakcie z pacjentem umierającym? Czy wystarczy podstawowa opieka i łagodzenie cierpienia fizycznego czy trzeba też dodawać otuchy i być blisko człowieka który odchodzi? W literaturze czytamy, że w opiece nad pacjentem chorym terminalnie chodzi o zauważenie takiego pacjenta, a zdecydowanie ważniejsza od terapii aktywnej jest obecność naznaczona afirmacją człowieka umierającego. W opiece nad pacjentem terminalnie chorym podstawowym zadaniem personelu medycznego jest dbanie o godność człowieka w ostatnim etapie życia. W związku z tym metody leczenia i postępowania, które są właściwym sposobem leczenia chorób o ostrym przebiegu, w przypadku umierania staje się niewłaściwe [6]. Istotnym wkładem w teorię i praktykę opieki nad osobami umierającymi jest stworzony przez Elizabeth Kubler Ross model etapowego umierania zakładający 5 stadiów: zaprzeczenia, gniewu, targowania się, depresji i pogodzenia się. Każdemu z tych etapów towarzyszy nadzieja [7]. Osobą która udzieliła wielu cennych wskazówek na temat opieki nad osobami nieuleczalnie chorymi jest polski duchowny ks. Jan Kaczkowski, jeden z założycieli Puckiego Hospicjum. Kaczkowski sam chorował na glejaka mózgu i niejednokrotnie zwracał się do personelu medycznego z informacją na temat potrzeb i wrażliwości osób nieuleczalnie chorych. Swoje przemyślenia, oparte na własnych doświadczeniach pozostawił w kilku publikacjach. W jednej z nich pisze: „śmierć jest momentem w którym człowiek staje się wyjątkowo kruchy i bezbronny. Jest jak noworodek, który przychodzi na świat. Dlatego umierających należy otoczyć czułą troską” [8].

Najbardziej właściwym miejscem do realizacji opieki nad umierającymi jest dom, otoczenie najbliższej rodziny, przyjaciół. Takie środowisko daje poczucie bezpieczeństwa, które

niewątpliwie jest zaburzone w ostatnich godzinach życia, kiedy człowiek staje w obliczu tajemnicy. Jednak nie każda rodzina może zapewnić opiekę osobie umierającej, co wynika bardzo często z obiektywnych uwarunkowań. Kubatura małych domów, mieszkań w bloku, emigracja za granicę pokolenia dzieci sprawia, że stworzenie umierającemu odpowiednich warunków w miejscu zamieszkania staje się niemożliwe. Przeszkodą staje się także brak profesjonalnego sprzętu i wyposażenia niezbędnego do opieki nad człowiekiem terminalnie chorym. Poza czynnikami obiektywnymi dochodzą do głosu także opory psychologiczne, wynikające z nieumiejętności obcowania z cierpieniem i agonią. We współczesnym świecie śmierć została zepchnięta na margines życia, trudno się z nią oswoić ponieważ coraz rzadziej się o niej mówi, słyszy, coraz rzadziej się z nią obcuje. Śmierć jest obecna w świecie wirtualnym, fikcyjny, jest jej dużo, ale na odległość, fikcyjna, nieprawdziwa. Uciekamy od okazji kontaktu z tematem śmierci w świecie rzeczywistym np. unikamy rozmów o śmierci zwłaszcza swojej czy swoich najbliższych, a przecież próba zapominania o niej wcale nie sprawi że staniemy się nieśmiertelni. Bezpośrednich doświadczeń ze śmiercią jest niewiele. Dobrowolne towarzyszenie umierającym jest rzadkością. Ludzie umierają samotnie, z dala od domu, rodziny, w miejscach obcych, publicznych. Najczęściej w naszej kulturze umieranie dokonuje się w szpitalu, wśród ludzi, ale jednocześnie w samotności. Rodzina nie potrafi, nie może lub nie chce opiekować się chorym, starym i umierającym człowiekiem. Pod względem medycznym szpital jest najlepszym miejscem, bo jest szansa na złagodzenie wszelkich dolegliwości fizycznych. W kwestii samopoczucia psychicznego decydująca znaczenie ma zachowanie personelu medycznego, jego bezpośrednia bliskość i gotowość wsparcia pod względem emocjonalnym aby w każdej chwili nieść pomoc choremu.

Głównymi czynnikami warunkującymi postawy pielęgniarek wobec pacjentów umierających są emocje, zachowania i doświadczenia. Mogą one wpływać negatywnie na traktowanie pacjenta i objawiać się uprzedmiotowieniem podopiecznych, czy ignorowaniem ich potrzeb [9]. Te same czynniki mogą mieć pozytywny wpływ na zachowania wobec pacjentów, wyrażony poszanowaniem wszelkich praw przy reagowaniu i zaspakajaniu potrzeby pacjenta. Pozytywne zachowania wobec osób umierających to zachowania partnerskie, w którym pielęgniarka nie wyręcza pacjenta w czynnościach samoobsługowych, ale stara się mu pomóc zgodnie z wymaganymi potrzebami podtrzymują w ten sposób jego sprawność i samowystarczalność maksymalnie długo na najwyższym możliwym poziomie. Takie postępowanie daje osobie umierającej poczucie sprawczości i możliwość decydowania o sobie. Pracownicy ochrony zdrowia znacznie częściej niż inni mają kontakt ze śmiercią. Niejednokrotnie są świadkami śmierci swoich pacjentów, z którymi czują się związani i za

których czują się odpowiedzialni. Zatem mogą odczuwać lęk i dyskomfort z związany towarzyszeniem osobie umierającej. Pielęgniarki w tym bardzo trudnym zadaniu współuczestnictwa w procesie umierania przyjmują wiele różnych postaw względem swoich pacjentów. Sleziona i Krzyżanowski [10] wskazują następujące postawy:

- postawa partnerska- pacjenta traktowany jest jak partner w oparciu o wzajemny szacunek i zrozumienie. Postawa taka zakłada że osoba umierająca posiada własne przekonania oraz zdolność decydowania o tym co się z nią dzieje, a personel medyczny nie ma prawa tego negować. Pielęgniarka nie wyręcza pacjenta w wykonywaniu czynności dnia codziennego, tylko pomaga w tych których sam nie może wykonać z powodu swojego samopoczucia.

- postawa filozoficzna heterocentryczna w której najważniejszym celem staje się poczucie bycia potrzebnym dla umierającego. Czasem postawa taka jest w pełni akceptowalna także przez pacjent, choć niewątpliwie w motywacji do podejmowanego działania schodzi on jakby na drugi plan.
- postawa religijna determinowana stosunkiem do wiary osoby wykonującej czynności opiekuńczo pielęgnacyjne, gdzie opieka nad pacjentem może stać się środkiem do osiągnięcia celu.
- postawa obojętna kiedy czynności opiekuńczo pielęgnacyjne wykonywane są bez nawiązywania kontaktu z pacjentem przy jednoczesnym unikaniu najbliższych osób z kręgu człowieka będącego u kresu życia [10]. W postawie tej zauważalne są wyraźnie zachowania prowadzące do uprzedmiotowienia pacjenta.

W literaturze wymienia się 4 postawy jakie pielęgniarki mogą przyjmować w kontakcie z pacjentem umierającym:

- wzmożony lęk w odpowiedzi na jego pytania, spojrzenia, refleksje
- wyraźne unikanie kontaktu z umierającym, z członkami jego rodziny oraz unikanie rozmów na tematy związane ze śmiercią
- zaprzeczenie przejawiające się całkowitym brakiem akceptacji śmierci, bezwzględną walką o życie do samego końca, zaprzeczanie negatywnym uczuciom chorego oraz przekazywaniem wyłącznie informacji budzących nadzieję
- dojrzała akceptacja śmierci jako zjawiska naturalnego, które trzeba brać pod uwagę, walczyć z nim dopóki to możliwe, oraz z którym trzeba się pogodzić [11,12]

Analizując przedstawione powyżej postawy rodzi się pytanie, czy wszyscy którzy stają przed zadaniem towarzyszenia w umieraniu drugiemu człowiekowi są do tego gotowi? W 1969 roku Elizabeth Kubler Ross wydała książkę „Rozmowy o śmierci i umieraniu”, która stała się

kamieniem milowym we współczesnej psycho patologii i psychoonkologii. Znaczną część książki stanowią rozmowy z chorymi terminalnie, którzy dzielą się ze studentami i personelem medycznym swoimi refleksjami na temat cierpienia i przemijania wyrażając swoje potrzeby, oczekiwania i emocje [13]. Niewątpliwie duży wpływ na uświadomienie procesu umierania mają refleksje wcześniej wspomnianego ks. Kaczkowskiego. W oparciu o opisane teorie i modele umierania, a także praktykowane zachowania w procesie współtowarzyszenia osobom umierającym pozwalają postawić tezę, że właściwe działania personelu medycznego, przyjaciół, członków rodziny oraz obcych osób inspirowane potrzebami osoby umierającej mogą mieć bardzo duży wpływ na podniesienie jakości życia człowieka w ostatnim etapie życia, a szczególnie z opanowaniem strachu przed śmiercią [8].

Według niemieckiej gerontolog Ulrike Marwedel wysoki standard opieki nad umierającym można osiągnąć spełniając następujące warunki:

- poświęcić dużo czasu na przygotowanie do współtowarzyszenia osobom umierającym podczas kształcenia personelu medycznego
- zadbać o kształcenie uzupełniające dla tych, którzy pracują z osobami w ostatnim etapie życia, towarzysząc im i ich rodzinom.
- zdecydowanie więcej czasu należy poświęcić na problemy związane z umieraniem i śmiercią w codziennym życiu zawodowym personelu medycznego np. zagwarantować wystarczająco dużo czasu i właściwe miejsce na omówienie przypadków z praktyki. Personel medyczny i rodzina nie powinni tłumić swoich uczuć, ale nie mogą być też zmuszani do ich uzewnętrzniania.
- higiena psychiczna personelu opiekuńczego jest niezwykle ważna i można o nią zadbać na przykład poprzez supervizję, a także organizowanie mu uczenia się właściwych strategii radzenia sobie w sytuacjach trudnych.
- standardy związane z towarzyszeniem człowiekowi w obliczu śmierci powinny być realizowane według idei, biorącej pod uwagę potrzeby fizyczne, społeczne i psychiczne [14].

W piśmiennictwie możemy spotkać pięć zasad determinujących opiekę nad osobami terminalnie chorymi: [15]

1. Odnoszenie się przede wszystkim do mocnych stron pacjenta, jego możliwości i zachowanej sprawności, a nie do obciążających go braków.
2. Rozeznanie problemów przy jednoczesnym poszukiwaniu sposobów ich rozwiązania.

3. Bezwarunkowa akceptacja stanu pacjenta z poszanowaniem godności i szczerością, a poprzez to budowanie osobistych relacji.
4. Pomaganie choremu w nadawaniu obiektywnych znaczeń możliwych do wykonania przez niego czynnościom oraz doświadczeniom.
5. Pomaganie pacjentowi w rozwoju szeroko pojmowanej nadziei, nieustawaniu w życiu nadzieją.

Wymienione działania mają bardzo duży wpływ głównie na samopoczucie chorego, a nie tylko na jego faktyczny stan zdrowia. Personel medyczny obdarzony zwykle bardzo dużym zaufaniem powinien czuć się zobowiązany również do działań pozamedycznych przygotowujących do śmierci, które łagodzą uczucie leku, strachu, przerażenia.

Celem opieki w terminalnej fazie choroby jest zapewnienie jak najlepszej jakości życia, stabilizacja stanu chorego oraz przekonanie jego i jego najbliższych, że walka wcale nie została zakończona, że trwa nieustannie, ale teraz ma ona inny cel i jest to walka o jak najwyższy komfort życia. Leczenie paliatywne niewątpliwie wydłuża życie, ale przede wszystkim podnosi jego jakość. Wiedza i prawda na temat rzeczywistego stanu pacjenta w stanie terminalnym sprawia że on i jego rodzina będą dobrze funkcjonować, bowiem będą mieć możliwie optymalną kontrolę nad postępem choroby [16].

„Kodeks etyki lekarskiej” obowiązujący w Polsce od 1 stycznia 2025 roku podaje w art. 14:

1. Obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia.
2. Lekarz ma obowiązek poinformować pacjenta o korzyściach i ryzyku proponowanych działań diagnostycznych i leczniczych, a także o możliwościach zastosowania innego postępowania medycznego.
3. Informacja udzielona pacjentowi powinna być sformułowana w sposób dla niego zrozumiały [17].

Zapisy Kodeksu etyki lekarskiej wymagają, aby spojrzeć na pacjenta jako na konkretnego człowieka, a nie zespół objawów czy rozpoznanie choroby. Konieczne jest nawiązując relacje z pacjentem wziąć pod uwagę zawód, poziom wykształcenia czy potencjalny zakres wiedzy medycznej. W kontakcie z pacjentem należy pamiętać o dostosowaniu języka do rozmówcy, czasem o używaniu bardzo prostego języka do wytłumaczenia bardzo skomplikowanych spraw, tak aby być zrozumianym. Poziom percepcji informacji u człowieka, który dowiaduje się że choruje na ciężką chorobę jest często mocno ograniczony, ponieważ targają silne emocje. Bardzo ważne jest, aby pozwolić pacjentowi je wyrazić w sposób, który jest dla niego najlepszy.

Choroba i rokowania nie mogą być tajemnicą, tematem tabu o którym wszyscy wiedzą, a nikt nie ma odwagi rozmawiać [18]. E Kubler Ross twierdzi, że nie ma takich umierających, którzy by nie wiedzieli, że umierają [13]. Chory przeczuwa swój stan, a gdy spotka się z tajemnicą, konspiracją i niedomówieniami wokół siebie czuje się wyizolowany i samotny [19,20]. Niemniej jednak w przypadku niepomyślnej prognozy dla pacjenta powinien on być o niej poinformowany ostrożnie z taktem. Lekarze powinni troszczyć się nie tylko o stan fizyczny ale także psychiczny chorego. Niewątpliwie jest to trudne zadanie dla lekarza którego nikt tego nie nauczył. Niezwykle ważne jest zastosowanie właściwej metody przekazu, odpowiedni dobór słów, gesty, mimika, miejsce przekazywania trudnej informacji. Chory powinien wiedzieć jakie kroki będą podejmowane w dalszym postępowaniu. Warto poświęcić pacjentowi odpowiednio dużo czasu, tak by mógł zapytać o wszystko czego nie zrozumiał. Jednak koniecznie trzeba pamiętać, że prawda jest jak lekarstwo które należy dawkować w zależności od indywidualnych potrzeb. Niewłaściwe policzona dawka leku może być przyczyną pogorszenia stanu zdrowia lub nawet śmierci chorego. Podobnie jest z prawdą, źle przekazana może wpłynąć negatywnie na stan psychiczny pacjenta, a nawet całkowicie zabić w nim chęć do życia, do walki o każdy dzień dobrze przeżyty.

Przygotowanie się pacjenta na śmierć jest procesem, który daje pewne możliwości - szanse o ile umierający uzyska pomoc ze strony osób go otaczających. Bardzo ważna jest tutaj rola personelu medycznego. Dotarcie z tzw. prawdą graniczną do pacjenta możliwe jest wyłącznie na drodze budowania więzi poprzez obcowanie i bycie z chorym. Kluczowe jest znalezienie odpowiedniego czasu na nawiązanie kontaktu, oraz ciągła gotowość do współpracy z pacjentem terminalnie chorym. Bardzo ważne jest rozumienia zaszyfrowanego, zawoalowanego języka ludzi śmiertelnie chorych, który stosuje go nie tylko dlatego aby uciec od prawdy. Pacjent obciążony trudną prawdą o swoim stanie zdrowia, o nadchodzącej nieznanej rzeczywistości szuka osoby, która będzie mu towarzyszyć i tę trudną prawdę wraz z nim uniesie. Współuczestnicząc w procesie umierania można poznać wyobrażenie chorego o chorobie, dostrzec potrzebę i wartość czasu spędzonego w kontakcie z chorym, oraz zróżnicować wpływ usposobienia osoby rozmawiającej z chorym [5]. Warto pamiętać że nie ma możliwości pomocy śmiertelnie choremu pacjentowi naprawdę skutecznie bez włączenia w tę pomoc rodziny. Rodzina bowiem odgrywa bardzo ważną rolę podczas choroby, a jej reakcja przyczynia się do tego jaka będzie postawa pacjenta. Niezwykle istotne jest zapewnienie pacjentowi prawdziwie holistycznej opieki przywracając harmonię we wszystkich obszarach życia. Człowiek jest jednością bio-psycho-społeczno-duchową, dlatego też nie należy skupiać się na leczeniu tylko dolegliwości fizycznych. Każda z tych sfer: fizyczna, psychiczna,

duchowa i społeczna jest równie ważna ponieważ są ze sobą połączone, a także wzajemnie na siebie oddziałują np. ból fizyczny wywołuje złe emocje (strach, lęk) a zmniejszenie bólu powoduje radość i nadzieję. Poczucie bezsilności i bezsensu może być powodem poczucia samotności i wzmacniać cierpienie fizyczne i psychiczne. Niemożliwe wręcz jest zaspokojenie potrzeb duchowych, czy społecznych, jeśli nie skupimy się na potrzebach niższego rzędu czyli fizjologicznych [20]. Warunki umierania w godności można podzielić na cztery obszary, które wyrażają holistyczne podejście do pacjenta. Kolejność tych obszarów jest bardzo ważna, ponieważ wynika z hierarchii potrzeb człowieka i przedstawia się następująco:

- A-akceptowalny poziom cierpienia; minimalizowanie objawów fizycznych i psychicznych do poziomu akceptowalnego, który pozwoli na spokojne przeżywanie czasu odchodzenia. Niwelowanie cierpienia to podstawowy warunek godnego umierania. Zminimalizowanie bólu ma pozytywny wpływ na każdego człowieka, zwłaszcza umierającego, ponieważ nasilający się ból może wywołać myśli i zachowania rezygnacyjne, oraz negatywnie wpływać na samopoczucie psychiczne.
- T- życzliwe towarzyszenie; człowiek umierający nie boi się samej śmierci lecz okresu izolacji i bezsilności który temu towarzyszy. Dlatego bardzo ważna jest obecność osób najbliższych, które otaczają chorego obecnością skupioną na nim, a więc wsparciem, ciepłem, empatią, poświęceniem i życzliwością. Osoba umierająca jest często całkowicie zależna od innych osób i nie ma możliwości odwzajemnienia. Sytuacja ta sprawia, że niejednokrotnie ma poczucie winy z powodu bycia ciężarem dla innych. W ostatnim etapie życia człowiek nie potrzebuje wielkich gestów, ale oczekuje podania wody, poprawienia pościeli, bliskości i dotyku drugiego człowieka. To jest czas w którym potrzeba taktu, spokoju i ciszy.
- O- odpowiedzialność za swoje życie i świadomość umierania; Poszanowanie autonomii człowieka w każdym aspekcie to możliwość decydowania o sobie i odpowiedzialność za swoje życie. Chęć ratowania terminalnie chorego pacjenta za wszelką cenę, bez realnych korzyści dla niego samego jest nie poszanowaniem praw pacjenta. Drugim przykładem braku szacunku wobec pacjenta i jego praw jest przekazywanie prawdy w taki sposób, który odbiera nadzieję. Trudną prawdę należy koniecznie dawkować i przekazywać z taktem i delikatnością. Trzeba najpierw poznać potrzeby pacjenta w tym zakresie, jego gotowość do poznania prawdy i jaki może być jej zakres. Pacjent powinien być świadomy o zbliżającej się śmierci, aby móc wyrazić ostatnią wolę. Zatajenie tego faktu nie daje możliwości osobie umierającej świadomego podjęcia decyzji dotyczących np. okoliczności umierania, pogrzebu oraz kwestii majątkowych.

Jest to także przykład uprzedmiotowienia człowieka, za którego inni chcieliby podejmować ważne decyzje. Warto także pamiętać, że jeśli podtrzymywanie życia jest krótkotrwałe, nie przynosi stałych i długotrwałych efektów osobie cierpiącej, a jest realizacją ambicji personelu lub odpowiedzią na potrzeby najbliższych jest moralnie nieuzasadnione.

- S-sens życia, cierpienia, umierania i śmierci; w tym aspekcie potrzebne jest wsparcie duchowe i psychologiczne. Ono może pomóc choremu odnaleźć sens przeżywanego cierpienia, którego znaczenie trudno jest zrozumieć. Dzięki tej pomocy osoba cierpiąca może dostrzec sens życia. W okresie poprzedzającym śmierć człowiek podsumowuje swoje życie, zastanawia się nad własnymi wyborami czy działaniami, oraz pragnie dokończyć niezakończonych spraw. Spotkanie ze śmiercią może wywołać różnorodne emocje i uczucia a wśród nich także poczucie niesprawiedliwości [20].

W medycynie obowiązują 4 podstawowe zasady etyczne dotyczące opieki medycznej:

- szacunek dla autonomii pacjenta,
- zakaz szkodenia,
- zasada czynienia dobra,
- poszanowanie zasady sprawiedliwości.

W medycynie kresu życia do tych zasad należy dodać

- szacunek dla życia,
- akceptacja nieuchronności śmierci [21].

Zwykle ludzie różnicują śmierć na dobrą, czyli taką która spotyka człowieka w gronie najbliższej rodziny, przyjaciół, jest pozbawiona cierpienia, nadmiernych męczeń i bólu. Śmierć zła określana jest jako odejście w bólu i samotności. Niewiele wspólnego z godnym umieraniem ma śmierć zła, którą można zobaczyć w samotności za szpitalnym parawanem [22].

Primum non nocere oznacza: po pierwsze nie szkodzić. To pojęcie łączy się ze zjawiskiem uporczywej terapii, które budzi problemy moralne. Faktem jest, że uporczywa terapia, której zadaniem jest wydłużenie życia ludzkiego często prowadzi do wydłużenia całego procesu umierania. Oczywiście nikt nie ma prawa odbierać życia śmiertelnie chorej osobie, ale tak samo nikt nie ma prawa wydłużać czasu agonii. Uporczywa terapia to nie są podstawowe zabiegi pielęgnacyjne, łagodzące ból, to nie jest karmienie, nawadnianie, czy wszystkie inne czynności których celem jest przyniesienie choremu ulgi. Niezwykle ważne przecież jest, aby podczas chorowania i umierania personel medyczny dbał o higienę pacjenta, uśmierzenie bólu i innych dolegliwości takich jak duszności czy też suchość w jamie ustnej. Karmienie i pojenie powinno

być obowiązkowe pod warunkiem, że służy dobru pacjenta. Personel medyczny jest zobowiązany postępować na korzyść i dla dobra pacjenta umierającego analizując czy podejmowane działania nie mają skutku odwrotnego niż zamierzony, bo przecież czasem karmienie w pacjenta stanie agonalnym może być przyczyną większego cierpienia. Jeśli lekarz zdecyduje o rezygnacji lub ograniczeniu karmienia i nawadniania pacjenta koniecznie trzeba wytłumaczyć choremu i jego rodzinie dlaczego jest taka decyzja. Należy rozwiać wszelkie wątpliwości, że pacjent umiera z powodu braku jedzenia i wody, ale z powodu śmiertelnej choroby. Każdą terapię należy indywidualnie dopasować do chorego, aby była jak najbardziej optymalna. W opiece paliatywnej bardzo ważna jest dbałość o podmiotowość chorego, o prawidłową komunikację oraz mówienie prawdy [2]. Zawsze należy próbować podejmować trudne rozmowy, kiedy medycyna nie zapewnia wyzdrowienia. Najlepszym sposobem jest sugerowanie prawdy bez odbierania nadziei. Nie jest to zadanie łatwe. Chory powinien otrzymać informacje, które minimalizują strach, dają uspokojenie i zapewnią że wszystkie możliwe środki zostały wykorzystane. Zadaniem lekarza nie jest bezwzględna i zagorzała walka ze śmiercią [23]. Lekarze niejednokrotnie starają się podtrzymać życie które gaśnie. Wygląda to tak jakby śmierć pacjenta była dla nich rodzajem osobistej porażki. Dochodzi do swoistego konfliktu interesów. Z jednej strony pojawia się czynnik ambicji lekarza a z drugiej strony pojawia pacjent i jego prawo do godnej śmierci, kiedy nie pozwala się na zakończenie życia w odpowiednim momencie i w godny sposób [24]. Zawsze należy postępować tak, aby mieć świadomość, że zrobiło się wszystko co tylko człowiek był w stanie by pomóc i ulżyć osobie umierającej. Zdecydowana większość pacjentów nie oczekuje cudu wyleczenia, lecz w ostatnich momentach życia odczuwa potrzebę bezpieczeństwa, troski oraz serdeczności przy opiece.

Zdecydowanie najwięcej czasu przy łóżku chorego spędza pielęgniarka i to ona ma z nim najlepszy kontakt, nawiązuje z nim relację, poznaje go lepiej i jest w stanie określić jaką postawę ów człowiek ma wobec śmierci. Czy jest osobą gotową na spokojne spotkanie ze śmiercią, czy może osobą pełną lęku zupełnie nie przygotowaną do śmierci. Zwykle to personel pielęgniarski przejmuje ciężar towarzyszenia i wspierania pacjenta w najtrudniejszym okresie życia, gdy jest bezsilny, chory, umierający. Trudno jest wypełniać dobrze swoje obowiązki jeśli każdy kontakt z pacjentem terminalnie chorym sprawia, że personel się z nim utożsamia. Niemniej jednak każdego pacjenta należy traktować w sposób równy i nie można być obojętnym wobec potrzeb drugiego człowieka. W tej pracy jest potrzebna wrażliwość, empatia oraz umiejętność słuchania i rozumienia potrzeb innych ludzi. Każdego należy traktować z szacunkiem i respektować jego prawa [25].

Podsumowanie. Warto pamiętać, że pacjent umierający to umierający człowiek, czyjś bliski, przyjaciel i dlatego powinno się starać przekroczyć ramy profesjonalizmu „fachowca od chorób”. Czas poświęcony umierającym jest bezcenny i choć mamy świadomość ogromu obowiązków personelu medycznego, ograniczeń czasowych i organizacyjnych, mnogość procedur, a w związku z tym niewielkiej ilości czasu, który pielęgniarka czy lekarz może poświęcić człowiekowi, którego rokowania są złe, to warto poświęcić mu choć kilku minut czasu „dobrej jakości” skupiając się tylko na nim, jego potrzebach i lękach. Nie trzeba się bać, ani wstydzić się współczucia. Ważne jest docenienie powagi sytuacji, ale nie można przed nią uciekać, zamykać w izolatce, lub za parawanem. Warto uświadomić sobie, że uczestnictwo w misterium mortis jest darem i zaszczytem [26].

Piśmiennictwo:

1. Fabiś A, Fabiś A. Śmierć jako wezwanie dla opiekunów i osób wspierających ludzi starszych. In: Szarota Z, redaktor. Starość zależna – opieka i pomoc społeczna. Biblioteka Gerontologii Społecznej, tom III. Kraków: Wydawnictwo Akademii im. Frycza-Modrzewskiego; 2011. s. 151.
2. Hryniewiecka M, Klimaszewska K. Wpływ śmierci pana pacjenta na personel medyczny. Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku; 2023.
3. Pacian J. Oświadczenie pro futuro – dylematy prawne. Zeszyty Prawnicze. 2014;14:171-181.
4. Król A, Jankowiak B, Jakoniuk M. Postawy pielęgniarek oraz pielęgniarzy wobec śmierci pacjentów. Białystok: Uniwersytet Medyczny Białystok; 2023.
5. Bortkiewicz P. Tanatologia. Zarys problematyki moralnej. Poznań: Wyd. Wydział Teologiczny Uniwersytetu im. A. Mickiewicza w Poznaniu. 2000.
6. Barnard Ch. Godne życie, godna śmierć. Warszawa; Wydawnictwo: Jacek Santorski & Co. 1996. s. 203.
7. Kubler Ross E. Życiodajna śmierć. Poznań: Wydawnictwo Księgarnia Świętego Wojciecha. 1998. s. 15.
8. Kaczkowski J, Jabłońska K. Warszawa: Życie aż do końca. Instrukcja obsługi choroby. 2017. s. 181.
9. Kowalenko M, Krajewska-Kułak E, Kowalewska B. Śmierć pacjenta jako obciążenie w grupie zawodowej pielęgniarek. Białystok: Uniwersytet Medyczny Białystok; 2023. s. 23.
10. Sleziona M, Krzyżanowski D. Postawy pielęgniarek wobec umierania i śmierci pacjenta. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne. 2011;1(3):217-223.
11. Gołębiak I, Szczepaniak R, Łazowa A, Dykowska G. Attitudes of nurses in the face of a patient's death. Long-Term Care Nursing. 2019;4(1):34-44.
12. Uchmanowicz I, Kołtuniuk A, Księżyc M, Śmigielska W, Rosińczuk J. Postawy pielęgniarek wobec chorego umierającego. In: Krajewska-Kułak E, Kułak W, Lewko J, Łukaszuk C, redaktorzy. W drodze do brzegu życia. T.12. Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku; 2014.
13. Kubler Ross E. Rozmowy o śmierci i umieraniu. Poznań: Wydawnictwo Media Rodzina. 1998. s. 19-123.
14. Merwedel U. Gerontology and Gerontopsychiatric learning fields oriented. Haan-Gruiten: Verlag Europa-Lehrmittel; 2004.

15. Gawęcka M. Tanatologiczne aspekty w opiece nad ludźmi starszymi. In: Kromolicka B, Bugajska B, Sereżyńska K, redaktorzy. *Pomoc i opieka w starości*. Szczecin: Zapol; 2007. s. 347-359.
16. Aniśko-Trambecka P, Krajewska-Kułak E, Bejda G, Kułak-Bejda A, Rysiak E. Wybrane aspekty opieki paliatywnej w percepcji rodzin dorosłych chorych onkologicznie. *Medycyna Paliatywna/Palliative Medicine*. 2025;17(1):48-55. doi:10.5114/mp.2025.148749.
17. Kodeks Etyki Lekarskiej [dostęp 2025.08.18]. <https://www.mp.pl/etyka/dokumenty/show.html?id=384918>
18. Lewańska B. Siedzącym w cieniu życia. *W drodze*. 1983;11:73-78.
19. Dzierżanowski T, Binnebesel J. Godność w umieraniu. *Medycyna Paliatywna*. 2019;11(4):156-162.
20. Niemiec M. Aspekty etyczne dotyczące końca życia. Oddział Intensywnej Terapii i Anestezjologii, Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*. 2016;10(1):1-7.
21. Życzkowska M. Dobra śmierć a więc jaka? Oczekiwania pacjentów w ostatnich dniach życia. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*. 2016;10(2):48-53.
22. Guzowski A, Krajewska-Kułak E, Bejda G. *Kultura śmierci, kultura umierania*. Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Wydział Nauk o Zdrowiu; 2016.
23. Szenajch P. *Trudne umieranie. Narracyjne przedstawienie choroby i śmierci a doświadczenie osób terminalnie chorych*. Warszawa: Instytut Slawistyki Polskiej Akademii Nauk, Fundacja Slawistyczna; 2015.
24. Walewski P. Przedostatnia posługa. *Polityka*. 1998 Oct 31;(44):5.
25. Ponińska B, Chojnacka-Kowalewska G. Postawy pielęgniarek wobec umierania i śmierci pacjenta. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*. 2020;1(5):48-71.

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

MAŁGORZATA KASZUBA, KATARZYNA MAJKA, PAWEŁ OSKWAREK, PAWEŁ WIKTORZAK

Wstęp. W obliczu dynamicznych przemian w ochronie zdrowia, rosnących oczekiwań społecznych wobec personelu medycznego oraz szybkiego postępu technologicznego, konieczne staje się ciągle doskonalenie kompetencji zawodowych pielęgniarek i położnych. Kształcenie podyplomowe stanowi istotny element rozwoju zawodowego, umożliwiający aktualizację wiedzy, rozwój umiejętności praktycznych oraz dostosowanie się do zmieniających się warunków pracy i potrzeb pacjentów [1]. Współczesne systemy edukacji medycznej muszą odpowiadać na te wyzwania poprzez wdrażanie innowacyjnych metod nauczania, które zwiększają skuteczność kształcenia i przygotowują do pracy w złożonym środowisku klinicznym [2].

Coraz większą rolę w edukacji podyplomowej odgrywają symulacja medyczna oraz technologie cyfrowe. Symulacja, jako metoda nauczania oparta na realizmie i odtwarzaniu rzeczywistych sytuacji klinicznych, umożliwia bezpieczne ćwiczenie procedur, rozwijanie umiejętności decyzyjnych oraz budowanie zespołowego podejścia do opieki [3]. Narzędzia takie jak symulatory wysokiej wierności, pacjenci standaryzowani, wirtualna rzeczywistość (VR), rzeczywistość rozszerzona (AR) czy aplikacje edukacyjne znacząco wzbogacają tradycyjne formy nauczania [4]. Jednocześnie umożliwiają personalizację procesu uczenia się oraz dostosowanie go do tempa i potrzeb uczestnika [5].

Zastosowanie technologii w edukacji nie ogranicza się jedynie do aspektów technicznych. Symulacja pozwala również kształtować kompetencje miękkie, takie jak komunikacja, empatia, czy współpraca zespołowa. Dzięki realistycznym scenariuszom możliwe staje się przygotowanie pielęgniarek i położnych do reagowania w sytuacjach trudnych emocjonalnie i etycznie złożonych [6]. Równolegle, technologie informacyjne wspierają uczenie się asynchroniczne, dostęp do baz wiedzy, szkolenia e-learningowe oraz monitorowanie postępów edukacyjnych [7].

Cel pracy. Celem pracy jest analiza literatury naukowej dotyczącej wykorzystania symulacji i technologii w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych. Szczególną uwagę poświęcono skuteczności tych metod, ich wpływowi na rozwój kompetencji zawodowych oraz identyfikacji wyzwań związanych z ich wdrażaniem. Praca oparta jest na wybranych artykułach naukowych z ostatnich lat, których treść została zsyntetyzowana i przedstawiona w kontekście potrzeb współczesnego systemu kształcenia medycznego.

Symulacja i technologie w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych.

Symulacja medyczna w edukacji podyplomowej pielęgniarek i położnych to nie tylko technologia, lecz przede wszystkim metoda nauczania oparta na uczeniu się przez doświadczenie. Jej teoretyczne podstawy zakorzenione są w konstruktywizmie oraz cyklu uczenia się Kolba, który zakłada przechodzenie od doświadczenia przez refleksję do aktywnego wdrożenia wiedzy w praktyce. Symulacja, zarówno niskiej, jak i wysokiej wierności, tworzy przestrzeń do bezpiecznego popełniania błędów i natychmiastowej informacji zwrotnej. Jak podkreślają Cant i Cooper, połączenie scenariuszy z debriefingiem sprzyja głębokiemu uczeniu się i zwiększa retencję wiedzy [1].

Guerrero et al. zauważają, że dobrze zaplanowana symulacja składa się z czterech etapów: briefingu, doświadczenia symulacyjnego, debriefingu oraz transferu wiedzy. Każdy z tych elementów ma swoje uzasadnienie pedagogiczne i wspiera rozwój kompetencji zawodowych. Szczególną rolę odgrywa debriefing – proces refleksji i analizy, który przenosi doświadczenie z sytuacji symulacyjnej na rzeczywistą praktykę zawodową [8].

W kontekście rozwijania kompetencji klinicznych i decyzyjnych, symulacja okazuje się skutecznym narzędziem przygotowującym pielęgniarki do pracy w sytuacjach nagłych, dynamicznych i wieloaspektowych. W badaniu przeprowadzonym przez Koukourikos et al., większość analizowanych interwencji symulacyjnych przyczyniła się do wzrostu pewności siebie, umiejętności oceny stanu pacjenta i skutecznego podejmowania decyzji [2]. Lavoie et al. wskazują, że symulacje przypadków krytycznych – takich jak pogorszenie stanu noworodka czy reakcje anafilaktyczne – zwiększają nie tylko wiedzę, ale i odporność emocjonalną oraz refleksyjność kliniczną [9].

Równocześnie symulacja zespołowa wpływa pozytywnie na komunikację, zarządzanie stresem i koordynację działań, co potwierdzają badania Hegland et al. oraz Liaw et al.. Zespoły uczą się wspólnego podejmowania decyzji, a powtarzalność scenariuszy pozwala utrwalić procedury i rolę zawodową. W symulacjach grupowych istotna jest rola lidera i praca w zespole interdyscyplinarnym – aspekty niezbędne we współczesnej opiece skoordynowanej [10,11].

Wraz z rozwojem technologii edukacyjnych do nauczania wprowadzono wirtualną rzeczywistość (VR) oraz e-learning. Plotzky et al. wykazali, że immersyjne środowisko VR poprawia zdolność podejmowania decyzji klinicznych, zwiększa zaangażowanie uczestników i pozwala wyrównać poziom wiedzy między osobami o różnym doświadczeniu. Uczestnicy doceniali możliwość powtarzania scenariuszy oraz brak stresu wynikającego z obecności oceniających [6,12].

Równie istotne jest wdrażanie e-learningu – metody wspierającej indywidualne tempo nauki, elastyczność czasową oraz zdalny dostęp do treści. Kim et al. w metaanalizie podkreślają, że e-learning w pielęgniarstwie poprawia wyniki wiedzy i kompetencji praktycznych, a jego połączenie z symulacją (blended learning) daje najlepsze efekty [13]. Cant i Cooper zaznaczają, że taka forma nauczania pozwala lepiej dostosować treści do potrzeb dorosłych uczących się – osób już aktywnych zawodowo [1].

Poza kompetencjami technicznymi, kształcenie podyplomowe ma ogromne znaczenie w rozwijaniu umiejętności miękkich: komunikacji, empatii, pracy zespołowej i radzenia sobie z emocjami. Realistyczne scenariusze z udziałem pacjentów standaryzowanych, jak pokazali Lavoie et al., poprawiają jakość interakcji, zmniejszają stres i zwiększają gotowość do prowadzenia rozmów w sytuacjach trudnych, np. końca życia. Symulacje takie pozwalają ćwiczyć przekazywanie trudnych informacji, rozwiązywanie konfliktów i wspólne podejmowanie decyzji z rodziną pacjenta [9].

Co istotne, kompetencje miękkie można również trenować w środowisku wirtualnym – przy pomocy awatarów i symulacji cyfrowych. Plotzky et al. oraz Foronda et al. wykazali, że uczestnicy kursów VR lepiej rozpoznają własne błędy w komunikacji, analizują styl interpersonalny i podejmują refleksję nad własnymi reakcjami. To potwierdza skuteczność symulacji również w sferze rozwoju osobistego i etycznego [6,12,14].

Wszystkie przytoczone badania jednoznacznie pokazują, że symulacja – odpowiednio zaplanowana, dostosowana do poziomu uczestników i połączona z profesjonalnym debriefingiem – stanowi nie tylko skuteczne narzędzie nauczania, ale również wspiera kulturę bezpieczeństwa, profesjonalizmu i zespołowości w opiece zdrowotnej.

Wyzwania i bariery w implementacji symulacji w kształceniu podyplomowym. Wdrażanie metod symulacyjnych w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych wiąże się nie tylko z korzyściami, ale również z szeregiem wyzwań organizacyjnych, technicznych i dydaktycznych. Pomimo licznych dowodów naukowych potwierdzających skuteczność symulacji w rozwijaniu kompetencji zawodowych, jej implementacja napotyka na bariery, które mogą ograniczać zasięg i jakość tego rodzaju edukacji.

Jednym z najczęściej wymienianych wyzwań jest wysoki koszt wdrożenia i utrzymania zaawansowanego sprzętu symulacyjnego. Symulatory wysokiej wierności, wirtualna rzeczywistość, specjalistyczne oprogramowanie oraz wyposażenie sal symulacyjnych generują znaczne koszty, które często przekraczają możliwości finansowe instytucji edukacyjnych. Jak zauważają Cant i Cooper, barierą może być również brak odpowiednio przeszkolonej kadry dydaktycznej zdolnej do prowadzenia zajęć symulacyjnych oraz analizowania [1].

Z perspektywy uczestników szkoleń, jednym z istotnych problemów jest niska dostępność zajęć symulacyjnych oraz ograniczona liczba godzin przeznaczonych na praktykę z wykorzystaniem nowoczesnych technologii. Abdalla et al. podkreślają, że część uczestników odczuwa frustrację związaną z brakiem możliwości powtarzania scenariuszy oraz niedostatecznym czasem na debriefing. Tego typu ograniczenia mogą wpływać na jakość procesu uczenia się oraz poczucie niedosytu edukacyjnego [15].

W kontekście organizacyjnym, Hegland et al. wskazują na trudności związane z harmonogramowaniem zajęć symulacyjnych w ramach programów podyplomowych. Uczestnicy tych szkoleń są zazwyczaj aktywni zawodowo, co utrudnia organizację zajęć stacjonarnych, wymagających obecności w określonym czasie i miejscu. Z tego względu coraz częściej pojawiają się postulaty integracji symulacji z formami edukacji zdalnej lub hybrydowej, co jednak wymaga dodatkowych inwestycji i zmian w strukturze programów [10]. Kolejną barierą jest opór psychologiczny uczestników wobec nowych form nauczania. Jak wykazano w przeglądzie literatury autorstwa Koukourikos et al., niektórzy uczestnicy szkoleń wyrażają niechęć wobec symulacji z powodu stresu związanego z oceną, występowaniem na forum grupy czy obawy przed popełnieniem błędu. W takich przypadkach konieczne jest stworzenie „bezpiecznego środowiska edukacyjnego”, w którym możliwa jest otwarta komunikacja i konstruktywna informacja zwrotna [2].

Lavoie et al. zauważają również, że skuteczność symulacji może być ograniczana przez niewłaściwe dopasowanie poziomu trudności scenariuszy do doświadczenia uczestników. Zbyt skomplikowane przypadki kliniczne mogą wywoływać lęk i frustrację, natomiast zbyt proste – nie angażują poznawczo i nie przyczyniają się do rozwoju kompetencji. Istotne jest zatem indywidualne dostosowanie treści zajęć oraz zapewnienie elastyczności w projektowaniu ścieżek edukacyjnych [9].

Technologiczne aspekty symulacji również generują wyzwania. Plotzky et al. podkreślają konieczność zapewnienia odpowiedniego wsparcia technicznego oraz ciągłej modernizacji sprzętu i oprogramowania. W przypadku wirtualnej rzeczywistości ważna jest kompatybilność systemów, jakość wizualizacji oraz możliwość realistycznego odwzorowania środowiska klinicznego. Brak spójności technologicznej lub awarie techniczne mogą zakłócać przebieg zajęć i obniżać ich wartość dydaktyczną [6,12].

Podsumowując, skuteczna implementacja metod symulacyjnych w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych wymaga pokonania wielu barier: finansowych, organizacyjnych, technologicznych i psychologicznych. Kluczowe znaczenie ma odpowiednie przygotowanie kadry, dostosowanie scenariuszy do potrzeb uczestników oraz zapewnienie

infrastruktury wspierającej realizację szkoleń. Pomimo trudności, dalszy rozwój symulacji jako elementu nowoczesnej edukacji medycznej wydaje się nieunikniony i pożądanym.

Ocena skuteczności metod symulacyjnych – perspektywa uczestników i edukatorów.

Ocena skuteczności metod symulacyjnych w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych jest niezwykle istotna zarówno z punktu widzenia doskonalenia programów edukacyjnych, jak i planowania dalszego rozwoju kompetencji zawodowych uczestników. Skuteczność ta może być rozpatrywana wielowymiarowo – jako wpływ na wiedzę teoretyczną, umiejętności praktyczne, rozwój postaw zawodowych, a także jako subiektywna ocena satysfakcji z udziału w szkoleniu. Zarówno uczestnicy, jak i edukatorzy, dostrzegają zalety symulacji, jednak wskazują również na pewne ograniczenia i warunki, które muszą zostać spełnione, aby metoda ta była w pełni efektywna [16].

Cant i Cooper, w przeglądzie literatury obejmującym zarówno badania nad edukacją przed- jak i podyplomową, wskazują, że uczestnicy szkoleń symulacyjnych oceniają je jako bardziej angażujące, realistyczne i przydatne w porównaniu z tradycyjnymi wykładami. Autorzy podkreślają, że symulacja sprzyja aktywnemu uczeniu się i lepszemu zapamiętywaniu treści, a także umożliwia testowanie wiedzy w praktyce, co przekłada się na wzrost pewności siebie w realnych sytuacjach klinicznych. Pozytywne opinie uczestników dotyczą również atmosfery bezpieczeństwa, możliwości popełniania błędów bez konsekwencji dla pacjenta oraz natychmiastowej informacji zwrotnej [1].

W podobnym tonie wypowiadają się Alharbi et al., którzy przeprowadzili quasi-eksperymentalne badanie z udziałem pielęgniarek uczestniczących w symulacjach wysokiej wierności. Wyniki wykazały statystycznie istotny wzrost poziomu samooceny kompetencji klinicznych po zakończeniu szkolenia. Co więcej, uczestniczki wskazywały na wzrost motywacji do dalszego kształcenia, większą otwartość na współpracę zespołową oraz lepsze przygotowanie do pracy w warunkach stresu. Z punktu widzenia edukatorów, zaletą była możliwość obserwacji procesu decyzyjnego w czasie rzeczywistym i indywidualnego podejścia do oceny postępów każdej osoby [17].

Hegland et al. w przeglądzie systematycznym skupili się na ocenie skuteczności szkoleń symulacyjnych ukierunkowanych na pracę zespołową. Ich analiza wykazała, że nie tylko wiedza i umiejętności, ale także postawy wobec pracy zespołowej ulegają istotnej poprawie dzięki symulacji. Z perspektywy edukatorów, ważnym elementem skutecznego szkolenia okazała się jakość scenariuszy – ich realizm, złożoność oraz możliwość dostosowania do poziomu doświadczenia uczestników. Równie istotne było prowadzenie strukturalnego

debriefingu, który umożliwiał uczestnikom refleksję, wyciąganie wniosków i identyfikację obszarów do dalszego rozwoju [10].

Koukourikos et al., analizując kilkanaście badań dotyczących edukacji podyplomowej, zwrócili uwagę na dużą różnorodność sposobów oceny skuteczności symulacji. Oprócz tradycyjnych narzędzi, takich jak testy wiedzy przed i po szkoleniu, wykorzystywano również ankiety samooceny, analizy obserwacyjne oraz wypowiedzi uczestników. Badania potwierdziły, że symulacja wpływa pozytywnie nie tylko na kompetencje techniczne, ale również na kompetencje miękkie – takie jak komunikacja, zarządzanie czasem czy asertywność. Edukatorzy, mimo ogólnej satysfakcji z tej formy nauczania, sygnalizowali jednak potrzebę większej standaryzacji narzędzi oceny oraz lepszego przygotowania do prowadzenia debriefingu [2].

Lavoie et al. w swoim badaniu skupili się na wpływie symulacji na proces podejmowania decyzji klinicznych i komunikację interpersonalną. Uczestnicy szkolenia podkreślali, że symulacja pozwoliła im zrozumieć złożoność realnych sytuacji klinicznych i znaczenie właściwej analizy problemu przed podjęciem interwencji. Ponadto, za najbardziej wartościowy element uznali możliwość otrzymania informacji zwrotnej od prowadzących oraz od współuczestników. Edukatorzy doceniali natomiast możliwość obserwacji dynamiki zespołu oraz identyfikowania indywidualnych stylów komunikacyjnych [9].

Z kolei Chen et al., analizując wdrożenie symulacji z wykorzystaniem wirtualnej rzeczywistości (VR), zauważyli, że uczestnicy szczególnie wysoko oceniali elastyczność tej formy szkolenia – możliwość powtarzania scenariuszy, trenowania w dowolnym miejscu i czasie oraz personalizacji ścieżki edukacyjnej. Respondenci zgłaszali również większe zaangażowanie i satysfakcję w porównaniu z tradycyjnymi formami nauczania. Z perspektywy edukatorów zaletą VR była możliwość automatycznego gromadzenia danych o aktywności uczestników, co ułatwiało ocenę efektywności szkolenia [18].

Podsumowując, zarówno uczestnicy, jak i edukatorzy pozytywnie oceniają skuteczność metod symulacyjnych w kształceniu podyplomowym. Kluczowymi czynnikami wpływającymi na efektywność tych metod są: realizm scenariuszy, jakość debriefingu, poziom przygotowania technicznego oraz zdolność do indywidualizacji procesu nauczania. Potwierdzenie skuteczności symulacji w badaniach empirycznych stanowi silny argument na rzecz jej szerszego wdrażania jako podstawowego narzędzia edukacyjnego w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych.

Odniesienie do polskiego systemu kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych na tle doświadczeń międzynarodowych. System kształcenia podyplomowego pielęgniarek

i położnych w Polsce regulowany jest ustawą z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2018 r. w sprawie kształcenia podyplomowego. Programy szkoleń przygotowywane i publikowane przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego obejmują kształcenie specjalizacyjne, kwalifikacyjne oraz kursy specjalistyczne i doksztalające. Mimo że wiele z nich zawiera komponenty praktyczne, to kompleksowe wykorzystanie symulacji medycznej nie stanowi obecnie powszechnie przyjętego standardu dydaktycznego.

W dokumentach programowych brakuje jednoznacznych zapisów dotyczących obowiązkowego stosowania metod symulacyjnych, takich jak symulacja wysokiej wierności, pacjenci standaryzowani czy wirtualna rzeczywistość. Ich wdrożenie uzależnione jest od zasobów kadrowych i technicznych danego ośrodka, a nie od wymogów systemowych. Tymczasem symulacja jest obecnie jedną z najskuteczniejszych metod kształcenia kompetencji klinicznych, interpersonalnych i decyzyjnych – co potwierdzają liczne międzynarodowe badania.

W Australii, w ramach aż 26 różnych programów edukacyjnych dla pielęgniarek i położnych, wdrożono symulację wysokiej wierności jako integralny komponent szkoleń. Zastosowanie realistycznych scenariuszy, profesjonalnego debriefingu i pracy zespołowej przelożyło się tam na wzrost kompetencji klinicznych i jakości opieki. System edukacyjny uwzględnia konieczność ćwiczenia nie tylko procedur technicznych, lecz także umiejętności zarządzania stresem i komunikacji z pacjentem oraz zespołem terapeutycznym [1].

W Norwegii symulacja jest stosowana nie tylko w środowisku szpitalnym, ale także w edukacji pielęgniarek środowiskowych. Scenariusze szkoleniowe obejmują sytuacje opieki domowej, reagowanie w nagłych przypadkach w warunkach domowych oraz komunikację z pacjentem i rodziną. Wpływa to na wzrost pewności siebie i kompetencji psychospołecznych personelu [2].

W Stanach Zjednoczonych symulacja jest traktowana jako pełnoprawna forma praktyki klinicznej. W wielu przypadkach może zastępować tradycyjny staż zawodowy. Rozwój technologii edukacyjnych umożliwił wdrożenie platform VR i AR, dzięki którym pielęgniarki mogą uczestniczyć w immersyjnych, realistycznych scenariuszach w trybie zdalnym. Uczestnicy szkoleń mają dostęp do środowisk wirtualnych, w których mogą podejmować decyzje, zarządzać kryzysem i wchodzić w interakcje z pacjentami cyfrowymi. Badania wskazują, że taka forma edukacji zwiększa zaangażowanie uczestników, poprawia zdolność podejmowania decyzji i umożliwia wielokrotne powtarzanie scenariuszy [19–21].

W Hiszpanii symulacje z udziałem pacjentów standaryzowanych są stosowane w programach rozwijających umiejętności komunikacyjne, empatię i kompetencje etyczne. Obejmują one

scenariusze trudnych rozmów z rodziną, komunikacji końca życia, a także konfliktów zespołowych. Włączenie takich tematów do programów edukacyjnych pozwala uczestnikom nie tylko ćwiczyć procedury, ale również rozwijać postawy zawodowe i emocjonalną odporność [22].

Na tym tle sytuacja w Polsce pokazuje istotne opóźnienia. Brak jednoznacznych wymogów systemowych dotyczących stosowania symulacji prowadzi do dużych nierówności w dostępie do nowoczesnych metod kształcenia. W niektórych ośrodkach wykorzystuje się symulatory niskiej wierności i podstawowe ćwiczenia scenariuszowe, natomiast w wielu placówkach nadal dominuje model oparty na tradycyjnych wykładach i praktyce klinicznej w szpitalu. Ograniczenia infrastrukturalne, brak standaryzacji scenariuszy oraz niedobór wyszkolonej kadry dydaktycznej dodatkowo utrudniają systematyczne wdrażanie tej metody.

W świetle powyższego uzasadnione są następujące rekomendacje:

1. Integracja symulacji z programami edukacyjnymi na poziomie systemowym. Jak podkreślają Cant i Cooper symulacja powinna być nie dodatkiem, lecz integralnym elementem kształcenia podyplomowego. Oznacza to potrzebę trwałego włączenia zajęć symulacyjnych do ramowych programów kursów specjalizacyjnych i kwalifikacyjnych, z uwzględnieniem odpowiedniego wymiaru godzinowego oraz celów kształcenia. Zamiast traktować symulację jako incydentalne wydarzenie edukacyjne, należy ją zaplanować jako proces, który umożliwia stopniowy rozwój umiejętności – od scenariuszy prostych po złożone, interprofesjonalne [1].

2. Standaryzacja i certyfikacja szkoleń symulacyjnych. Jednym z wyzwań wskazywanych przez Hegland et al. jest brak jednolitych standardów w zakresie projektowania, prowadzenia i oceny zajęć symulacyjnych. Przyszłość kształcenia podyplomowego powinna zakładać wypracowanie i wdrożenie standardów jakości – zarówno w zakresie treści merytorycznych, jak i procesu dydaktycznego, w tym briefingów i debriefingów. Ośrodki edukacyjne powinny dążyć do uzyskiwania akredytacji, a instruktorzy – do certyfikacji kompetencji w prowadzeniu symulacji [10].

3. Rozwój i wspieranie kompetencji dydaktycznych instruktorów. Zarówno Lavoie et al., jak i Koukourikos et al. podkreślają, że skuteczność symulacji w dużej mierze zależy od przygotowania i zaangażowania prowadzących. Istotne jest zatem zapewnienie systematycznych szkoleń dla edukatorów – nie tylko w zakresie obsługi technologii, ale także umiejętności prowadzenia debriefingu, pracy z grupą, wspierania uczestników w sytuacjach stresujących czy indywidualizacji procesu edukacyjnego. Rozwijanie kompetencji dydaktycznych kadry powinno być stałym elementem rozwoju instytucjonalnego placówek edukacyjnych [2,9].

4. Rozszerzanie dostępu do technologii symulacyjnych i cyfrowych. Aby symulacja i e-learning mogły być efektywnie wykorzystywane, konieczny jest równy dostęp do zasobów technologicznych. Technologie takie jak VR, platformy edukacyjne, aplikacje mobilne czy symulatory wysokiej wierności nie są dostępne we wszystkich ośrodkach. Zalecane jest więc rozwijanie współpracy między uczelniami, centrami symulacji i instytucjami zdrowia w celu wspólnego korzystania z zasobów oraz tworzenia regionalnych centrów kompetencji [4,12,18,20,21,23].

5. Personalizacja i elastyczność kształcenia podyplomowego. Uczestnicy kursów podyplomowych to osoby aktywne zawodowo, często z dużym doświadczeniem i różnorodnymi potrzebami edukacyjnymi. Jak wskazuje literatura, przyszłość edukacji powinna zmierzać w kierunku personalizacji treści i form nauczania – m.in. poprzez wdrażanie modeli blended learningu, dostosowanie scenariuszy symulacyjnych do poziomu zaawansowania uczestników oraz umożliwienie elastycznego planowania procesu edukacyjnego [24–28].

6. Wzmocnienie komponentu refleksyjnego i kompetencji miękkich. Symulacja nie powinna ograniczać się do nauki procedur. Rekomendowane jest równoważne rozwijanie kompetencji komunikacyjnych, empatii, zdolności do współpracy i podejmowania decyzji w sytuacjach trudnych. Przeprowadzone badania podkreślają konieczność projektowania scenariuszy emocjonalnie angażujących i prowadzenia debriefingów umożliwiających głęboką refleksję nad własną praktyką zawodową [2,22,29–32].

7. Dalsze badania nad efektywnością i wdrażaniem symulacji. Na podstawie przeglądu literatury można zauważyć, że choć istnieje wiele dowodów na skuteczność symulacji, nadal brakuje badań długofalowych, porównawczych i wieloośrodkowych. Koukourikos et al. wskazują na potrzebę tworzenia wspólnych projektów badawczych, które pozwolą na ocenę wpływu symulacji na jakość opieki nad pacjentem, bezpieczeństwo kliniczne oraz rozwój zawodowy uczestników w dłuższej perspektywie czasowej[2].

Podsumowanie. W artykule dokonano analizy roli symulacji medycznej oraz nowoczesnych technologii w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych. Wskazano, że symulacja – traktowana jako metoda nauczania oparta na realizmie i uczeniu się przez doświadczenie – stanowi skuteczne narzędzie rozwijania kompetencji zawodowych, w tym technicznych, decyzyjnych, interpersonalnych oraz komunikacyjnych. Podkreślono znaczenie takich rozwiązań jak symulatory wysokiej wierności, pacjenci standaryzowani, wirtualna rzeczywistość (VR), rzeczywistość rozszerzona (AR) oraz e-learning.

Zwrócono uwagę na liczne korzyści płynące z wdrażania blended learningu oraz środowisk cyfrowych, które umożliwiają personalizację nauczania, zwiększają jego dostępność oraz sprzyjają aktywnej postawie uczących się. Przedstawiono również dowody empiryczne potwierdzające skuteczność symulacji w rozwijaniu kompetencji miękkich i budowaniu odporności emocjonalnej personelu medycznego.

W pracy wskazano także na najważniejsze wyzwania związane z implementacją symulacji w warunkach polskich – w tym ograniczenia organizacyjne, finansowe, technologiczne oraz braki kadrowe. Na tle doświadczeń międzynarodowych podkreślono potrzebę aktualizacji programów kształcenia podyplomowego, standaryzacji szkoleń symulacyjnych, rozwoju infrastruktury oraz systemowego wsparcia dla edukatorów.

Zaproponowano konkretne rekomendacje mające na celu podniesienie jakości kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych poprzez integrację metod symulacyjnych oraz nowoczesnych technologii dydaktycznych, zgodnie ze sprawdzonymi modelami stosowanymi w krajach o rozwiniętym systemie edukacji medycznej.

Bibliografia

1. Cant RP, Cooper SJ, Lam LL. Hospital Nurses' Simulation-Based Education Regarding Patient Safety: A Scoping Review. Vol. 44, *Clinical Simulation in Nursing*. Elsevier Inc.; 2020. p. 19–34.
2. Koukourikos K, Tsaloglidou A, Kourkouta L, Papathanasiou I V., Iliadis C, Fratzana A, et al. Simulation in clinical nursing education. *Acta Informatica Medica*. 2021;29(1):15–20.
3. Li YY, Au ML, Tong LK, Ng WI, Wang SC. High-fidelity simulation in undergraduate nursing education: A meta-analysis. Vol. 111, *Nurse Education Today*. Churchill Livingstone; 2022.
4. Harmon J, Pitt V, Summons P, Inder KJ. Use of artificial intelligence and virtual reality within clinical simulation for nursing pain education: A scoping review. Vol. 97, *Nurse Education Today*. Churchill Livingstone; 2021.
5. Azizi M, Ramezani G, Karimi E, Hayat AA, Faghihi SA, Keshavarzi MH. A comparison of the effects of teaching through simulation and the traditional method on nursing students' self-efficacy skills and clinical performance: a quasi-experimental study. *BMC Nurs*. 2022 Dec 1;21(1).
6. Plotzky C, Lindwedel U, Sorber M, Loessl B, König P, Kunze C, et al. Virtual reality simulations in nurse education: A systematic mapping review. Vol. 101, *Nurse Education Today*. Churchill Livingstone; 2021.
7. Judd BK, Currie J, Dodds KL, Fethney J, Gordon CJ. Registered nurses psychophysiological stress and confidence during high-fidelity emergency simulation: Effects on performance. *Nurse Educ Today*. 2019 Jul 1;78:44–9.
8. Guerrero JG, Tungpalan-Castro GM, Pingue-Raguini M. Impact of simulation debriefing structure on knowledge and skill acquisition for postgraduate critical care nursing students: three-phase vs. multiphase. *BMC Nurs*. 2022 Dec 1;21(1).

9. Lavoie P, Michaud C, Bélisle M, Boyer L, Gosselin É, Grondin M, et al. Learning theories and tools for the assessment of core nursing competencies in simulation: A theoretical review. *J Adv Nurs*. 2018 Feb 20;74(2):239–50.
10. Hegland PA, Aarlie H, Strømme H, Jamtvedt G. Simulation-based training for nurses: Systematic review and meta-analysis. *Nurse Educ Today*. 2017 Jul;54:6–20.
11. Liaw SY, Zhou WT, Lau TC, Siau C, Chan SW chi. An interprofessional communication training using simulation to enhance safe care for a deteriorating patient. *Nurse Educ Today*. 2014 Feb;34(2):259–64.
12. Plotzky C, Loessl B, Kuhnert B, Friedrich N, Kugler C, König P, et al. My hands are running away – learning a complex nursing skill via virtual reality simulation: a randomised mixed methods study. *BMC Nurs*. 2023 Dec 1;22(1).
13. Kim JY. Optimal diet strategies for weight loss and weight loss maintenance. Vol. 30, *Journal of Obesity and Metabolic Syndrome*. Korean Society for the Study of Obesity; 2021. p. 20–31.
14. Foronda CL, Fernandez-Burgos M, Nadeau C, Kelley CN, Henry MN. Virtual Simulation in Nursing Education: A Systematic Review Spanning 1996 to 2018. *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare*. 2020 Feb;15(1):46–54.
15. Abdalla Jarelnape A, Sagiron W, Idris Sagiron E. Evaluation of the Effectiveness of Simulation-Based Teaching on Nursing Education: A Systematic Review [Internet]. Vol. 14, Original Article *Egyptian Journal of Health Care*. 2023. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/374004455>
16. Leppänen S, Jansson M, Pesonen HM, Elo S. Effectiveness of Education in Improving the Performance of Medical Emergency Team Nurses. *Clin Simul Nurs*. 2019 Jan 1;26:64–71.
17. Alharbi A, Nurfiandi A, Mullen RF, McClure JD, Miller WH. The effectiveness of simulation-based learning (SBL) on students' knowledge and skills in nursing programs: a systematic review. *BMC Med Educ*. 2024 Oct 7;24(1):1099.
18. Chen FQ, Leng YF, Ge JF, Wang DW, Li C, Chen B, et al. Effectiveness of Virtual Reality in Nursing Education: Meta-Analysis. *J Med Internet Res [Internet]*. 2020 Sep 15;22(9):e18290–e18290. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32930664>
19. Pottle J. EDUCATION AND TRAINING Virtual reality and the transformation of medical education. Vol. 6, *Future Healthcare Journal*. 2019.
20. Saab MM, Hegarty J, Murphy D, Landers M. Incorporating virtual reality in nurse education: A qualitative study of nursing students' perspectives. *Nurse Educ Today*. 2021 Oct;105:105045.
21. Kyaw BM, Saxena N, Posadzki P, Vseteckova J, Nikolaou CK, George PP, et al. Virtual Reality for Health Professions Education: Systematic Review and Meta-Analysis by the Digital Health Education Collaboration. *J Med Internet Res*. 2019 Jan 22;21(1):e12959.
22. Hsu LL, Chang WH, Hsieh SI. The Effects of Scenario-Based Simulation Course Training on Nurses' Communication Competence and Self-Efficacy: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Professional Nursing*. 2015 Jan 1;31(1):37–49.
23. Jallad ST, Işık B. The effectiveness of virtual reality simulation as learning strategy in the acquisition of medical skills in nursing education: a systematic review. *Ir J Med Sci*. 2022 Jun;191(3):1407–26.
24. dos Santos Ribeiro V, Cristina Garbuio D, Mara Zamariolli C, Helena Appoloni Eduardo A, Campos de Carvalho E. Clinical simulation and training for Advanced Nursing Practices: an integrative review

- Simulação clínica e treinamento para as Práticas Avançadas de Enfermagem: revisão integrativa Simulación clínica y capacitación para las prácticas avanzadas de enfermería: revisión integrativa How to cite: Integrative Review. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2018;31(6):659–66. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1982->
25. La Cerra C, Dante A, Caponnetto V, Franconi I, Gaxhja E, Petrucci C, et al. Effects of high-fidelity simulation based on life-threatening clinical condition scenarios on learning outcomes of undergraduate and postgraduate nursing students: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2019 Feb 1;9(2).
 26. Skedsmo K, Nes AAG, Stenseth HV, Hofso K, Larsen MH, Hilderson D, et al. Simulation-based learning in palliative care in postgraduate nursing education: a scoping review. *BMC Palliat Care*. 2023 Dec 1;22(1).
 27. Sandhu D. Postgraduate medical education—Challenges and innovative solutions. Vol. 40, *Medical Teacher*. Taylor and Francis Ltd; 2018. p. 607–9.
 28. Akselbo I, Olufsen V, Ingebrigtsen O, Aune I. Simulation as a learning method in public health nurse education. *Public Health Nurs*. 2019 Mar 1;36(2):226–32.
 29. Vaughn J, Cunningham R, Schroeder LH, Waddill C, Peterson MJ, Gambacorta MR, et al. An innovative interprofessional education simulation for athletic training and prelicensure nursing students: Development, implementation, and student perspectives. *Nurs Forum (Auckl)*. 2022 Nov 1;57(6):1373–80.
 30. Khalil AI, Hantira NY, Alnajjar HA. The Effect of Simulation Training on Enhancing Nursing Students' Perceptions to Incorporate Patients' Families Into Treatment Plans: A Randomized Experimental Study. *Cureus*. 2023 Aug 26;
 31. Tseng LP, Hou TH, Huang LP, Ou YK. Effectiveness of applying clinical simulation scenarios and integrating information technology in medical-surgical nursing and critical nursing courses. *BMC Nurs*. 2021 Dec 1;20(1).
 32. Wall P, Andrus PM, Morrison P. Bridging the theory practice gap through clinical simulations in a nursing undergraduate degree program in Australia [Internet]. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/269403924>

ZAKAŻENIA *CLOSTRIDIODES DIFFICILE* - OBECNY STAN WIEDZY

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

Wstęp. *Clostridioides difficile* (CD) jest Gram-dodatnią, beztlenową laseczką zdolną do wytwarzania przetrwalników, nazywanych sporami. Jest szeroko rozpowszechniona w środowisku i stanowi element fizjologicznej flory przewodu pokarmowego niektórych zwierząt oraz ludzi, zwłaszcza noworodków i małych dzieci [1]. Badania wskazują, że około 70% badanych noworodków jest skolonizowanych przez *C. difficile*, odsetek ten spada do około 3% u dzieci powyżej pierwszego roku życia [2].

Zakażenie wywołane przez *C. difficile* (*Clostridioides difficile infection* – CDI) występuje najczęściej w warunkach opieki szpitalnej lub innych placówkach ochrony zdrowia, zwykle po antybiotykoterapii lub zabiegach chirurgicznych, zwłaszcza w obrębie przewodu pokarmowego. Na rozwój zakażenia szczególnie narażone są osoby powyżej 65. roku życia, przy czym infekcja nie zawsze ma bezpośredni związek z wcześniejszą terapią antybiotykową. W piśmiennictwie naukowym opisano również przypadki zakażeń poza środowiskiem szpitalnym, tzw. zakażenia środowiskowe [1-3].

Większość komórek wegetatywnych *C. difficile* ulega zniszczeniu w żołądku pod wpływem niskiego pH, działania kwasu solnego, temperatury lub antybiotyków, a poza organizmem człowieka mogą przetrwać krótki czas. Jednak przetrwalniki wytwarzane przez laseczki *C. difficile* wykazują wysoką odporność na wymienione czynniki, a ich czas przeżycia wynosi nawet kilka miesięcy. Spory, które przetrwają kwaśne środowisko żołądka, przekształcają się w jelicie cienkim w postacię wegetatywną, zdolną do produkcji toksyn [4]. Badania naukowe wykazują również obecność *C. difficile* w formie nosicielstwa u zwierząt domowych, w ich mięsie, wodzie oraz gotowej żywności [5].

Ze względu na wysoką zjadliwość, szybkie tempo rozwoju oraz zdolność adaptacji w przewodzie pokarmowym człowieka, jak również oporność na leczenie, *C. difficile* zostało umieszczone na liście patogenów alarmowych, określonej w załączniku nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie listy czynników alarmowych, rejestrów zakażeń szpitalnych oraz raportów o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala. Rozporządzenie to jest wydawane i aktualizowane raz w roku na podstawie Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi [6].

Proces leczenia zakażeń wywołanych przez *C. difficile* jest złożony i wieloetapowy. Obejmuje on między innymi: izolację pacjenta, zastosowanie odpowiedniego leczenia, w tym antybiotykoterapii, kompleksową opiekę nad pacjentem, utrzymanie wysokiego poziomu

higieny, w tym sprzątanie pomieszczeń przy użyciu preparatów o działaniu sporobójczym, a także edukację pacjenta i jego rodziny oraz współpracę w procesie leczenia, powrotu do zdrowia i zapobiegania nawrotom choroby [7].

Współcześnie zakażenie wywołane przez *C. difficile* stanowi narastający problem kliniczny i wyzwanie dla pracowników służby zdrowia ze względu na wysokie ryzyko nawrotów choroby, ciężki przebieg infekcji, zagrożenie życia pacjenta oraz trudności w izolacji osób z rozpoznaniem zakażeniem [8].

Cel pracy. Celem pracy było przeprowadzenie przeglądu piśmiennictwa naukowego dotyczącego częstości występowania bakterii *C. difficile* w placówkach ochrony zdrowia oraz w środowisku, a także metod diagnostycznych, sposobów leczenia i profilaktyki zakażeń wywołanych przez ten patogen. Ze względu na ciężki przebieg choroby, częste nawroty infekcji oraz zwiększone ryzyko zakażenia wśród osób w podeszłym wieku, pacjentów z obniżoną odpornością i osób leczonych cytostatykami, bakteria ta została uznana za szczególnie niebezpieczną. Opracowanie ma na celu dostarczenie kompendium wiedzy dla pracowników służby zdrowia, pacjentów oraz ich rodzin.

Epidemiologia. Zakażenia wewnątrzszpitalne wywołane szczepami *C. difficile* odnotowywane są na całym świecie. Według raportów epidemiologicznych, w ostatniej dekadzie doszło do poważnych epidemii wewnątrzszpitalnych, osiągających do 92 przypadków na 100 000 mieszkańców. W Stanach Zjednoczonych w 2005 roku odnotowano dwukrotny wzrost częstości występowania biegunki wywołanej przez *C. difficile* u hospitalizowanych dorosłych pacjentów, z 5,5 do 11,2 przypadków na 10 000 mieszkańców. Wskaźnik hospitalizacji z powodu *C. difficile* był pięciokrotnie wyższy dla pacjentów powyżej 65. roku życia w porównaniu do osób w wieku 45-64 lat [9].

W Kanadzie i Stanach Zjednoczonych źródłem epidemii *C. difficile* w 2003 roku był szczep North American Pulse Field Type 1 (NAP1)/rybotyp 027, który charakteryzuje się wyższą zachorowalnością i częstszymi nawrotami choroby. Od 1998 do 2009 roku liczba hospitalizacji w Stanach Zjednoczonych z powodu zakażenia tym patogenem wzrosła czterokrotnie, osiągając maksimum w latach 2008-2009. W Azji brakuje wiarygodnych danych dotyczących częstości występowania zakażenia *C. difficile*. Patogen ten jest tam opisywany jako przyczyna zakażeń szpitalnych o niskiej częstości występowania [10]. Badanie przeprowadzone w 17 koreańskich szpitalach w 2008 roku i wykazało wzrost częstości występowania zakażenia z 1,7 do 2,7 przypadków na 1000 przyjęć dorosłych w porównaniu do 2004 roku. Wynik ten był znacznie niższy niż w szpitalach amerykańskich, gdzie w tym samym okresie odnotowano 8,75 przypadków na 1000 przyjęć dorosłych [11].

W badaniach prospektywnych przeprowadzonych w 2012 roku wśród indyjskich pacjentów z ostrą biegunką stwierdzono obecność *C. difficile* u 8% hospitalizowanych pacjentów, a u 1,3% pacjentów ambulatoryjnych [12]. Inne badania wykazały, że *C. difficile* był przyczyną biegunki poantybiotykowej u 29% pacjentów w Pakistanie [13]. W Singapurze odnotowano dwukrotny wzrost częstości zakażeń, z 3,0 do 6,6 przypadków na 10 000 hospitalizacji [14]. W Malezji i Tajlandii ostatnie doniesienia sugerują, że patogen zawierający toksyny A i B jest bardziej rozpowszechniony wśród pacjentów hospitalizowanych z biegunką [15]. Na Filipinach wcześniej dysfunkcje gastroenterologiczne przypisywano głównie infekcjom amebowym lub pasożytniczym, natomiast szczegółowe badania mikrobiologiczne wykazały, że większość zakażeń była spowodowana przez *C. difficile* [16].

W najnowszych badaniach epidemiologicznych genotypowanie szczepów odgrywa kluczową rolę w identyfikacji epidemicznych, hiperwirulentnych genotypów oraz ich wzajemnych relacji [17]. Informacje zawarte w bazie danych MLST (*Multilocus Sequence Typing*) obejmują głównie szczepy z krajów europejskich, z niewielką liczbą szczepów z Azji, zwłaszcza z Chin. W Iranie nie przeprowadzono jeszcze żadnych molekularnych badań epidemiologicznych dotyczących izolatów *C. difficile* z zastosowaniem metody MLST [18].

Czynniki ryzyka. Stosowanie antybiotyków o szerokim spektrum działania, takich jak cefalosporyny II i III generacji, fluorochinolony, klindamycyna oraz amoksyklaw, stanowi największe ryzyko zakażenia wywołanego przez *C. difficile*. Do czynników ryzyka choroby zalicza się również stosowanie inhibitorów pompy protonowej, antagonistów H₂ oraz metotreksatu [9]. Ryzyko zakażenia wzrasta u pacjentów po 65. roku życia oraz u hospitalizowanych (20–30%) [1-3].

Główne rezerwuary patogenu stanowią osoby zakażone oraz sanitarne przedmioty użytkowe, takie jak: muszle klozetowe, umywalki, armatura czy kabiny prysznicowe. Wiele zakażeń jest wynikiem niewłaściwej higieny rąk, co dotyczy nie tylko pacjentów, ale także personelu medycznego. Dodatkowym czynnikiem sprzyjającym rozprzestrzenianiu się zakażeń jest stosowanie preparatów alkoholowych do dezynfekcji, które nie są skuteczne w usuwaniu form przetrwalnikowych bakterii [19].

Patogeneza. *C. difficile* przenosi się drogą fekalno-oralną w postaci form wegetatywnych lub przetrwalników. U zdrowych osób kolonizacja przewodu pokarmowego nie prowadzi do wystąpienia objawów klinicznych, ponieważ wzrost bakterii jest hamowany przez naturalną mikroflorę jelitową [12,15]. Kolonizacja jelita stanowi pierwszy etap zakażenia. Zaburzenie flory jelitowej umożliwia swobodne i obfite namnażanie się laseczek *Clostridioides* [19].

W kolejnej fazie zakażenia *C. difficile* produkuje toksyny: enterotoksynę A (TcdA), cytotoksynę B (TcdB) oraz toksynę binarną (CTD), wytwarzaną przez serotyp NAP1. Toksyny A i B są glikozylotransferazami, które uszkadzają cytoszkielet aktynowy komórek nabłonkowych jelita [20]. Skutkuje to pojawieniem się objawów klinicznych, takich jak biegunka, która może mieć przebieg od samoograniczającej się do ciężkiego zapalenia jelita grubego, z możliwym rozwinięciem niedrożności i *megacolon toxicum* [21].

Początkowe objawy zakażenia *C. difficile* obejmują gwałtownie narastającą biegunkę, której często towarzyszą bóle brzucha i skurcze jelit (20-35%). Stolec staje się papkowaty lub płynny, może zawierać śluz, a nawet krew lub ropę. W przebiegu choroby często występuje gorączka (30–50%), leukocytoza w badaniach laboratoryjnych oraz ogólne złe samopoczucie pacjenta [22].

Nasilenie objawów zależy od wieku pacjenta, jego ogólnego stanu zdrowia, chorób współistniejących oraz ryzyka nawrotu choroby. U pacjentów w ciężkim stanie istnieje ryzyko rozwinięcia się niedrożności lub toksycznego rozdęcia jelit (*megacolon toxicum*). Stan zapalny jelita prowadzi do oddawania licznych zielonkawych, cuchnących stolców [23].

Najcięższą postacią kliniczną zakażenia *C. difficile* jest rzekomobłoniaste zapalenie jelita grubego, które charakteryzuje się powlekaniem miejsc złuszczonego nabłonka jelit przez błony rzekome złożone z mucyny, komórek nabłonkowych, fibryny i jednojądrzastych granulocytów [19].

W niektórych przypadkach dochodzi do perforacji ściany jelita, co może prowadzić do zakażenia ogólnoustrojowego i w efekcie do śmierci chorego. Śmiertelność pacjentów zakażonych szczepem NAP1 może sięgać kilkunastu procent. Szczep ten produkuje znacznie więcej toksyn A i B niż inne szczepy *C. difficile*, wytwarza toksynę binarną, ma większą zdolność do tworzenia przetrwalników [15,24]. Problemem jest również jego oporność na fluorochinolony, erytromycynę i klindamycynę oraz zmniejszona wrażliwość na metronidazol. Te czynniki przyczyniają się do cięższego przebiegu choroby, trudniejszego leczenia, zwiększonego ryzyka rozprzestrzeniania się bakterii oraz większej zakaźności [25,26].

Nawroty CDI występują w około 20% przypadków, zwykle pojawiają się one ponownie po 3–21 dniach od zakończenia leczenia. Stwierdzono, że ponowny nawrót choroby występuje u 33–65% pacjentów, którzy chorowali wcześniej dwukrotnie [19]. Istnieje hipoteza, że ponowny rozwój zakażenia nie wynika z oporności bakterii na leki, lecz raczej z braku lub słabej odpowiedzi immunologicznej na toksyny *C. difficile*, przekształcania się komórek wegetatywnych w spory, lub z zakażenia nowym szczepem [25].

Diagnostyka. Szybkie rozpoznanie zakażenia wywołanego przez *C. difficile* jest kluczowe dla wdrożenia odpowiednich procedur, rozpoczęcia leczenia, a przede wszystkim izolacji zakażonego pacjenta i ograniczenia rozprzestrzeniania się patogenu wśród innych osób [19].

W ocenie stanu chorego oraz wstępnej kwalifikacji do skierowania próbki do badań, istotne jest monitorowanie objawów klinicznych. Jeśli w teście wstępnym ryzyko zakażenia *C. difficile* jest niskie, należy jedynie monitorować pacjenta. Natomiast jeśli ryzyko jest umiarkowane do wysokiego, konieczne jest pobranie kału do dalszych testów [27].

Jednoznacznym potwierdzeniem obecności zakażenia CDI jest wykrycie w stolcu biegunkowym antygeny GDH (dehydrogenazy glutaminianowej) oraz toksyn A i/lub B [28].

Zgodnie z zaleceniami *European Society for Clinical Microbiology and Infectious Diseases* (ESCMID), oznaczenia te powinny być wykonywane u każdego potencjalnie zakażonego pacjenta z biegunką, niezależnie od wieku, wcześniejszej antybiotykoterapii czy hospitalizacji.

W praktyce klinicznej bardziej preferowaną metodą wykrywania CDI, ze względu na krótszy czas uzyskania wyniku, jest przeprowadzenie testów immunoenzymatycznych, które pozwalają na wykrycie toksyn A i/lub B w próbkach kału, w porównaniu do posiewu kału (Tabela 1) [27,29].

Tabela 1. Testy stosowane w diagnostyce zakażeń *C. difficile*

Test	Wykrywana substancja
Wyhodowanie szczepu i określenie toksynotwórczości (Toxigenic Culture – TC)	Postać wegetatywna lub spory <i>C. difficile</i>
Testy molekularne (Nucleic acid amplification tests-NAAT)	Kwasy nukleinowe <i>C. difficile</i> (geny toksyn)
Dehydrogenaza glutaminianowa (GDH)	Antygen <i>C. difficile</i>
Test cytotoksyczności (CCNA)	Toksyny
Testy immunoenzymatyczne w kierunku Toksyn A i B	Toksyny

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [27, 29].

Ze względu na niewystarczającą czułość testów immunoenzymatycznych, konieczne jest stosowanie dwuetapowego algorytmu diagnostycznego (Rys. 1) [30]. Test cytotoksyczności hodowli komórkowej (CCNA) jest uznawany za złoty standard w wykrywaniu toksyn. Nowoczesne testy wykazują lepszą wydajność oraz bardzo dobre wartości predykcyjne, zarówno dodatnie, jak i ujemne [29]. Test CCNA polega na umieszczeniu przefiltrowanej próbki kału na jednowarstwową hodowlę komórkową i monitorowaniu efektu cytopatycznego po co najmniej 24 godzinach inkubacji [28].

Metody wykrywania patogenu *C. difficile* obejmują testy immunoenzymatyczne (EIA) dla dehydrogenazy glutaminianowej (GDH), testy amplifikacji kwasów nukleinowych (NAAT),

takie jak reakcja łańcuchowa polimerazy (PCR), oraz toksynotwórcze hodowle bakteryjne (TC). Wszystkie te testy identyfikują obecność bakterii, lecz nie wykrywają obecności toksyn [27-29].

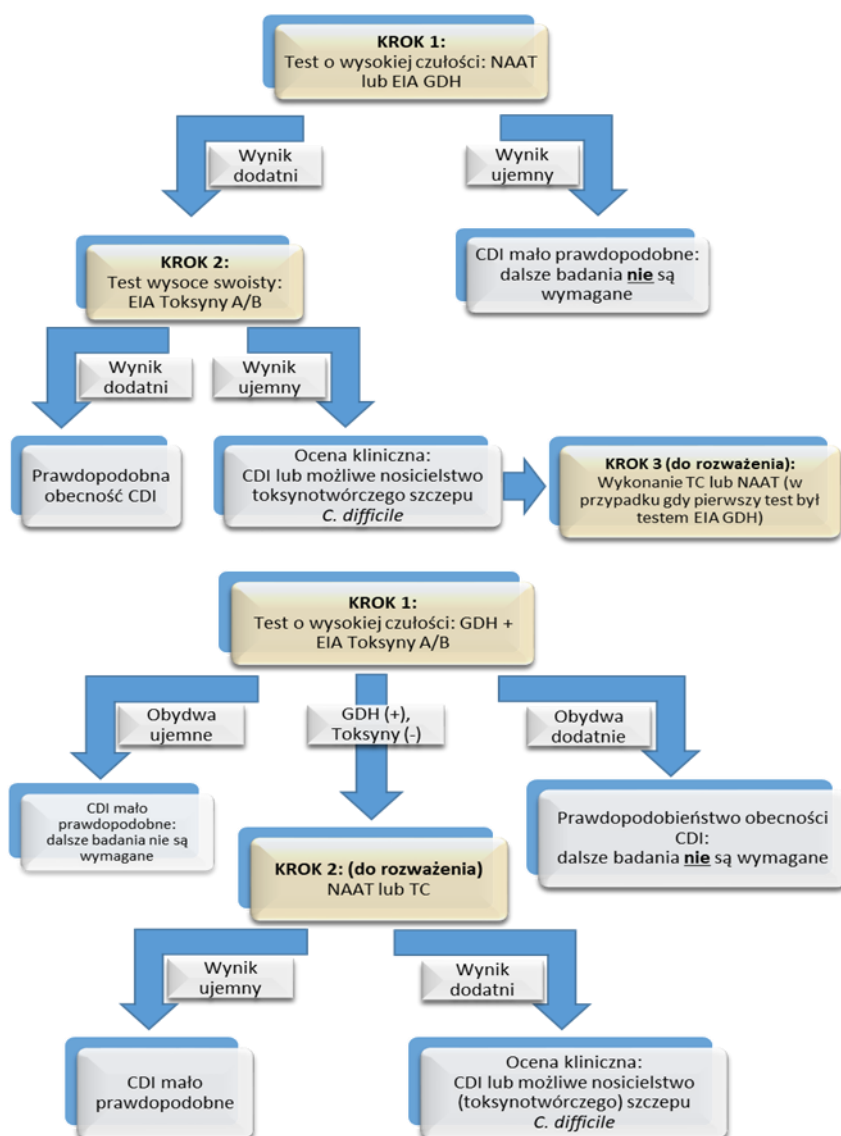
Testy GDH EIA cechują się ogólnie wysoką czułością, ale niższą swoistością dla CDI, ponieważ nie pozwalają na odróżnienie szczepów toksygennych od nietoksygennych. Dlatego powinny być łączone z testami opartymi na wykrywaniu toksyn patogenu [29].

W przeciwieństwie do szybszych wyników uzyskiwanych za pomocą testów EIA i NAAT, metoda TC wymaga inkubacji próbek kału na agarze przez kilka dni przed identyfikacją drobnoustroju. NAAT nie jest zalecany jako samodzielny test w sytuacjach, gdy kryteria badania pacjentów są niejasne lub gdy mogą występować inne przyczyny biegunki.

W diagnostyce CDI sugeruje się również wykonanie tomografii komputerowej (CT), zwłaszcza u pacjentów z objawami klinicznymi wskazującymi na ciężkie powikłania, takie jak zapalenie jelita grubego wywołane przez *C.difficile*. Typowe wyniki tomografii komputerowej obejmują pogrubienie ściany okrężnicy, rozszerzenie, skręcenie okrężnicy, tzw. „objaw akordeonu”, „objaw podwójnej otoczki” lub „znak docelowy” (kontrast dożylny uwidacznia różne stopnie osłabienia spowodowane zapaleniem podśluzówkowym i przekrwieniem), a także wodobrzusze [31].

Ultrasonografia jest zalecana u pacjentów w stanie krytycznym, gdy transport do zakładu radiologii celem wykonania CT jest niemożliwy. W przypadku rzekomobłoniastego zapalenia okrężnicy, obraz USG może ukazywać pogrubienie ściany okrężnicy oraz zwężenie jej światła. Błony rzekome mogą być widoczne jako hiperechogeniczne pasma pokrywające błonę śluzową. Obserwowane szczeliny podśluzówkowe mogą wskazywać na rozciągnięcie i uszkodzenie tkanek w głębszych strukturach [32].

Kolonoskopia, ze względu na ryzyko perforacji zapalnie zmienionej ściany jelita grubego, jest procedurą niebezpieczną i zazwyczaj unika się jej stosowania [33].



Rys. 1 Algorytmy diagnostyczne zakażeń *C. difficile* zalecane przez ESCMID
Źródło: Opracowanie własne na podstawie [30].

Leczenie. W przypadkach objawowych zakażeń *C. difficile*, leczenie opiera się na podawaniu wankomycyny doustnie lub do światła przewodu pokarmowego, fidaksonomycyny doustnie oraz metronidazolu [34]. Stosowanie antybiotyków jest rekomendowane jako leczenie pierwszego wyboru. Ostateczna decyzja dotycząca terapii powinna jednak opierać się na ocenie stanu klinicznego pacjenta.

Doustne podawanie metronidazolu powinno być ograniczone do leczenia początkowych epizodów zakażenia o łagodnym lub umiarkowanym przebiegu. Należy unikać powtarzających się lub przedłużających cykli terapii metronidazolem, ponieważ może to prowadzić do kumulacji leku i zwiększonego ryzyka nieodwracalnej neurotoksyczności. W przypadku nieskuteczności metronidazolu zaleca się przejście na terapię wankomycyną [35].

Z przeglądu systematycznego i metaanalizy porównującej skuteczność i bezpieczeństwo monoterapii metronidazolem oraz wankomycyną wynika, że odsetek wyleczeń klinicznych był niższy w przypadku stosowania metronidazolu w porównaniu z wankomycyną w leczeniu ciężkiego zakażenia ZCD. W przypadku łagodnego przebiegu choroby nie zaobserwowano istotnych różnic w częstości nawrotów ani w występowaniu zdarzeń niepożądanych. Ponadto stwierdzono, że odsetek zdarzeń niepożądanych był niższy przy monoterapii niż przy leczeniu skojarzonym [44]. W zaktualizowanych danych przeglądu Cochrane, wykazano wyższą skuteczność wankomycyny w porównaniu z metronidazolem [37].

Zgodnie z zaleceniami IDSA i SHEA (Tab. 2), początkowe leczenie doustne powinno obejmować podanie wankomycyny (125 mg cztery razy dziennie) lub fidaksoamycyny (200 mg dwa razy dziennie). W przypadku braku poprawy w ciągu 48 godzin, dawka wankomycyny może być zwiększona do 500 mg co sześć godzin [27].

ECMID zaleca stosowanie metronidazolu (500 mg trzy razy dziennie przez 10 dni) jako leku pierwszego rzutu, jednakże tylko w przypadkach łagodnie przebiegających zakażeń. W sytuacji szybkiego rozwoju ZCD, zaleca się doustne podanie wankomycyny w dawce 500 mg cztery razy na dobę lub doodbytniczo w dawce 500 mg w 100 ml 0,9% NaCl co sześć godzin w formie lewatywy retencyjnej. W przypadku nawrotu zakażenia *C. difficile*, stosuje się wankomycynę w malejących lub pulsacyjnych dawkach przez 10 dni. Zmniejszenie ryzyka rozwoju zakażeń można osiągnąć poprzez zarządzanie antybiotykami, optymalizację dawki oraz czasu trwania leczenia (Tab. 3).

W niektórych przypadkach konieczne może być leczenie chirurgiczne, obejmujące subtotalną kolektomię z zachowaniem odbytnicy, czasową ileostomię pętlową oraz płukanie jelit wankomycyną [38].

Tabela 2. Proponowane leczenie *C. difficile* na podstawie zaleceń IDSA i SHEA

Definicje kliniczne	Wskaźniki kliniczne	Proponowane leczenie
Początkowy epizod, łagodny	Leukocytoza ≤ 15000 komórek/ μ L; kreatynina w surowicy < 1.5 mg/dL	- wankomycyna p.o. 125 mg 4 x dziennie przez 10 dni, LUB - fidaksoamycyna p.o. 200 mg 2 x dziennie przez 10 dni - jeżeli wankomycyna i fidaksoamycyna są niedostępne: metronidazol p.o. 500 mg 3 x dziennie przez 10 dni
Początkowy epizod, ciężki	Leukocytoza ≥ 15000 komórek/ μ L lub kreatynina w surowicy > 1.5 mg/dL	- wankomycyna p.o. 125 mg 4 x dziennie przez 10 dni - fidaksoamycyna p.o. 200 mg 2 x dziennie przez 10 dni
Początkowy epizod, piorunujący	Hipotensja lub wstrząs, niedrożność, jelito olbrzymie	- wankomycyna p.o. lub przez sondę nosowo-żołądkową 500 mg 4 x dziennie - w przypadku niedrożności, należy rozważyć dodatkowe doodbytnicze podanie wankomycyny - dożylny metronidazol (500 mg 3 x dziennie) musi być podany razem z doustną lub doodbytniczą wankomycyną, zwłaszcza

		• w przypadku niedrożności
Pierwszy nawrót	–	• wankomycyna p.o. 125 mg 4 x dziennie przez 10 dni jeżeli w początkowym epizodzie był podany metronidazol • przedłużona terapia malejącymi i pulsacyjnymi dawkami wankomycyny p.o., jeżeli standardowe leczenie było zastosowane w początkowym epizodzie (125 mg 4 x dziennie przez 10–14 dni, 2 x dziennie przez tydzień, raz dziennie przez następny tydzień, potem co drugi lub trzeci dzień przez 2–8 tygodni) • fidaksomycyna p.o. 200 mg 2 x dziennie przez 10 dni, jeżeli w początkowym epizodzie zastosowano wankomycynę
Drugi lub kolejny nawrót	–	• wankomycyna p.o. w dawkach malejących lub pulsacyjnych • wankomycyna p.o. 125 mg 4 x dziennie przez 10 dni, następnie rifaksymina p.o. 400 mg 3 x dziennie przez 20 dni • fidaksomycyna p.o. 200 mg 2 x dziennie przez 10 dni • transplantacja mikrobioty jelitowej

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [27].

Tabela 3. Proponowane leczenie *C. difficile* na podstawie zaleceń ESCMID

Epizod	Leki pierwszego/drugiego/trzeciego rzutu	Uwagi
Pierwszy epizod łagodnego CDI	• Metronidazol p.o. 500 mg 3 x dziennie przez 10 dni • Wankomycyna p.o. 125 mg 4 x dziennie przez 10 dni • Fidaksomycyna p.o. 200 mg 2 x dziennie przez 10 dni	• Odstawienie antybiotyków indukujących CDI i obserwacja odpowiedzi klinicznej przez 48 godzin
Ciężki epizod CDI	• Wankomycyna p.o. 125 mg 4 x dziennie przez 10 dni • Fidaksomycyna p.o. 200 mg 2 x dziennie przez 10 dni	• W przypadku perforacji jelit lub ciężkiego zakażenia układowego, jest wskazane postępowanie chirurgiczne
Ciężki epizod, kiedy doustne leczenie nie jest możliwe	• Metronidazol iv 500 mg 3 x dziennie przez 10 dni PLUS wankomycyna we wlewie doodbytniczym 500 mg 4 x dziennie przez 10 dni	• W przypadku perforacji jelit lub ciężkiego zakażenia układowego, jest wskazane postępowanie chirurgiczne
Pierwszy nawrót CDI	• Wankomycyna p.o. 125 mg 4 x dziennie przez 10 dni • Fidaksomycyna p.o. 200 mg 2 x dziennie przez 10 dni	–
Wiele nawrotów CDI	• Fidaksomycyna p.o. 200 mg 2 x dziennie przez 10 dni • Wankomycyna p.o. 125 mg 4 x dziennie przez 10 dni, następnie wankomycyna w dawkach pulsacyjnych lub malejących	• FMT – transplantacja mikrobioty jelitowej dodana do leczenia antybiotykiem

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [38].

Transfer mikrobioty jelitowej od zdrowego dawcy zaleca się w przypadku wielokrotnych nawrotów zakażenia *C. difficile*, szczególnie u pacjentów, u których leczenie antybiotykami

jest nieskuteczne [39]. Procedura ta polega na wprowadzeniu drobnoustrojów jelitowych zawartych w zawieszynie kału zdrowego dawcy do jelita pacjenta. Celem jest przywrócenie prawidłowej mikroflory jelitowej, zahamowanie namnażania się bakterii *C. difficile* oraz przywrócenie prawidłowego funkcjonowania jelita [40].

Leki przeciwperystaltyczne nie są zalecane w leczeniu zakażeń *C. difficile*, ponieważ zwiększają ryzyko powikłań, takich jak poszerzenie okrężnicy, co w skrajnych przypadkach może prowadzić do zgonu pacjenta. Zawsze konieczne jest równoczesne stosowanie terapii antybiotykowej [41].

Postępowanie z pacjentem. W przypadku zakażenia *C. difficile* kluczowe znaczenie ma wdrożenie strategii „pakietu kontroli infekcji” w celu zarządzania głównymi ogniskami zakażeń [42]. Podstawowe elementy tej strategii obejmują odpowiednio zaprojektowane pomieszczenia szpitalne wyposażone w wyizolowane łazienki i toalety, a także wdrożenie środków do mycia rąk, rygorystyczną higienę rąk, środki ostrożności dotyczące kontaktu z chorym oraz systematyczne czyszczenie otoczenia pacjenta. Gdy izolacja pacjenta nie jest możliwa, zaleca się kohortowanie pacjentów. Pacjenci ci powinni korzystać z jednorazowego sprzętu lub sprzętu dedykowanego wyłącznie dla nich [42,43]. Środki izolacyjne powinny być utrzymane przez co najmniej 48 godzin po ustąpieniu objawów biegunki [44].

Według zaleceń Europejskiego Towarzystwa Mikrobiologii Klinicznej i Chorób Zakaźnych (ESCMID), należy ściśle przestrzegać następujących procedur [38]:

1. Stosować środki ochrony osobistej, takie jak rękawice i jednorazowe fartuchy.
2. Myć ręce przed i po każdym kontakcie z pacjentem oraz jego otoczeniem.

Preparaty do wcierania na bazie alkoholu nie eliminują zarodników *Clostridioides*, dlatego testy wykazały, że skuteczniejsze jest mycie rąk wodą z mydłem.

W przypadku łagodnego przebiegu zakażenia pacjent powinien być zachęcany do częstej higieny całego ciała, gdyż zarodniki *Clostridium* mogą kolonizować nie tylko okolice krocza, ale także skórę dłoni, brzucha i klatki piersiowej. U pacjentów leżących zaleca się przeprowadzanie kąpieli w obrębie łóżka, regularną zmianę bielizny osobistej (najlepiej jednorazowej) oraz pościelowej. Pościel należy pakować do czerwonych worków oznaczonych jako „patogen alarmowy” [27].

W wielu krajach, w tym w Wielkiej Brytanii, Danii, USA i Polsce, skutecznym rozwiązaniem w ograniczaniu rozprzestrzeniania się ognisk epidemicznych oraz w kompleksowej opiece nad pacjentem jest stosowanie zamkniętego systemu kontrolowanej zbiórki stolca. System ten składa się z cewnika wprowadzonego do odbytnicy, uszczelnionego balonem wypełnionym wodą do iniekcji, połączonego ze specjalnym workiem zbiorczym. Taki system umożliwia

utrzymanie higieny, znacząco ogranicza skażenie skóry i otoczenia mikrobiotą jelitową, a także zmniejsza zużycie pościeli i ryzyko powstania odleżyn. Dzięki temu ogranicza koszty leczenia oraz zaopatrzenia w pieluchomajtki i pampersy [39].

Zamknięty system kontrolowanej zbiórki stolca jest cenionym narzędziem w opiece nad pacjentem. Pielęgniarki podkreślają jego główne zalety, takie jak możliwość dokładniejszej oceny bilansu płynów oraz poprawa komfortu psychicznego i fizycznego pacjenta [27,39,45,46].

Otoczenie pacjenta, w tym sprzęt, łóżko, aparatura medyczna oraz pomieszczenie, w którym chory przebywa, powinny być regularnie przemywane preparatami sporobójczymi na bazie chloru i naświetlane lampami UV. Personel sprzątający powinien używać wyłącznie dedykowanego sprzętu do czyszczenia pomieszczeń objętych izolacją. Proces sprzątania powinien być udokumentowany w harmonogramie zgodnym z planem higieny szpitala. Codzienna dezynfekcja drzwi do izolatki i klamek na oddziale jest niezbędna. Sprzęt używany do sprzątania, taki jak mopy i ścierki, powinien być oddawany do pralni w szczelnie zamkniętych workach, oznaczonych jako wymagające stosowania preparatów sporobójczych. Wszystkie przedmioty pozostawione przez pacjenta należy wyrzucić do pojemników na odpady skażone [47].

W pomieszczeniu, w którym przebywa pacjent, należy przydzielić niezbędny sprzęt, w tym aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego, stetoskop, glukometr, termometr, stelaż do wlewów kroplowych, kaczkę, basen, miskę toaletową, sprzęt jednorazowy, stazę, materiały opatrunkowe i pielęgnacyjne, przeznaczone wyłącznie dla pacjenta izolowanego. Należy zapewnić choremu jednorazowe naczynia stołowe, a resztki pokonsumpcyjne traktować jako odpady skażone [48].

Ważne jest, aby wszystkim członkom zespołu terapeutycznego oraz pracownikom placówki medycznej, mogącym mieć kontakt z pacjentem z zakażeniem *C.difficile*, przekazywać informacje o konieczności przestrzegania zasad izolacji kontaktowej.

W celu ograniczenia rozprzestrzeniania się zakażenia *C.difficile* i z uwagi na stan zdrowia pacjenta, należy zminimalizować liczbę osób odwiedzających. W przypadku odwiedzin pacjenta należy bezwzględnie przestrzegać następujących zasad [47,48]:

- Przed wejściem zdjąć okrycie wierzchnie i założyć jednorazowy fartuch ochronny.
- Umyć ręce przed i po kontakcie z pacjentem.
- Nie siadać na łóżku pacjenta.
- Nie korzystać z toalety przeznaczonej dla pacjenta.

- Ograniczyć przynoszenie przedmiotów, aby uniknąć konieczności ich wyrzucania po zakończeniu izolacji.
- Nie zabierać do domu bielizny osobistej ani ręczników pacjenta.

Znajomość i przestrzeganie tych procedur powinny być priorytetem w opiece nad pacjentem. Wdrożenie powyższych zasad przez personel medyczny może znacząco przyczynić się do ograniczenia rozprzestrzeniania się zakażenia *C.difficile*.

Podsumowanie. *Clostridioides difficile*, ze względu na łatwość rozprzestrzeniania się i zdolność do wywoływania zakażeń w placówkach ochrony zdrowia, które często prowadzą do ciężkiej biegunki, jest uznawany za patogen alarmowy. Kluczowym elementem w zapobieganiu zakażeniom jest wczesne wykrycie patogenu oraz postępowanie zgodne z obowiązującymi procedurami. Przestrzeganie zasad higieny osobistej, w szczególności higiena rąk, oraz utrzymanie czystości w otoczeniu pacjenta odgrywają decydującą rolę w zapobieganiu zakażeniom. Ważne jest również odpowiednie edukowanie personelu medycznego, pacjentów i ich rodzin w celu zapobiegania nawrotom choroby.

Piśmiennictwo:

1. Burke K.E., Lamont J.T. (2024). *Clostridium difficile* infection: a worldwide disease. Gut Liver., 8(1): 1-6. doi: 10.5009/gnl.2014.8.1.1.
2. Jangi S., Lamont, J.T. (2010). Asymptomatic colonization by *Clostridium difficile* in infants: implications for disease in later life. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 51(1): 2-7. Online ISSN:1536-4801.
3. Guh A.Y., Mu Y., Winston L.G., Johnston H., Olson D., Farley M.M., et al. (2020). Emerging Infections Program *Clostridioides difficile* Infection Working Group, Trends in U.S. Burden of *Clostridioides difficile* infection and outcomes. New England Journal of Medicine, 382(14): 1320-1330. doi: 10.1056/NEJMoa1910215.
4. Okafor C.M., Clogher P., Olson D., Niccolai L., Hadler J. (2023). Trends in and risk factors for recurrent *Clostridioides difficile* infection, New Haven County, Connecticut, USA, 2015-2020. Emerging Infectious Diseases, 29(5): 877-87. doi: 10.3201/eid2905.221294.
5. Minkoff N.Z., Aslam S., Medina M., Tanner-Smith E.E., Zackular J.P., et al. (2023). Fecal microbiota transplantation for the treatment of recurrent *Clostridioides difficile* (*Clostridium difficile*). Cochrane Database of Systematic Reviews, 25,4(4): CD013871. doi: 10.1002/14651858.CD013871.pub2.
6. Susło R., Paplicki M. (2023). Zakażenia szpitalne: organizacyjno-prawne aspekty ich kontroli a promocja szczepień. Misja zawodów medycznych w kształtowaniu zdrowia publicznego, pod redakcją Juliusza Jakubaszki, Mateusza Paplickiego, Iwony Wilk. 103 - 125. DOI: 10.23817/2023.miszaw-8.
7. Ooijselaar R.E., van Beurden Y.H., Terveer E.M., Goorhuis A., Bauer M.P., et al. (2018). Update of treatment algorithms for *Clostridium difficile* infection. Clinical Microbiology and Infection, 24(5): 452-462. doi: 10.1016/j.cmi.2017.12.022.

8. van Prehn J., Reigadas E., Vogelzang E.H., Bouza E., Hristea A., Guery B., et al. (2021). Guideline Committee of the European Study Group on *Clostridioides difficile*. European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases: 2021 update on the treatment guidance document for *Clostridioides difficile* infection in adults. *Clinical Microbiology and Infection*, 27, Suppl 2:S1-S21. doi: 10.1016/j.cmi.2021.09.038.
9. Meyer S.L., Espinoza A.R., Quera P.R. (2014). Infección por *Clostridium difficile*: epidemiología, diagnóstico y estrategias terapéuticas. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(3): 473-484. doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70064-1.
10. Burke K.E., Lamont J.T. (2014). *Clostridium difficile* infection: a worldwide disease. *Gut Liver*, 8(1): 1-6. doi: 10.5009/gnl.2014.8.1.1.
11. Kim Y.S., Han D.S., Kim Y.H., et al. (2013). Incidence and clinical features of *Clostridium difficile* infection in Korea: a nationwide study. *Epidemiology and Infection*, 141(1): 189-194. doi:10.1017/S0950268812000581.
12. Ingle M., Deshmukh A., Desai D., et al. (2013). *Clostridium difficile* as a cause of acute diarrhea: a prospective study in a tertiary care center. *Indian Journal of Gastroenterology*, 32: 179-183. doi.org/10.1007/s12664-013-0303-8.
13. Haider Naqvi S.A., Chaudhry F.F. (2012). *Clostridium difficile* postantibiotic diarrhoea diagnosis. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 22(10): 640-643.
14. Lim P.L., Barkham T.M., Ling L.M., Dimatatac F., Alfred T., Ang B. (2008). Increasing incidence of *Clostridium difficile* - associated disease, Singapore, *Emerging Infectious Diseases*, 14: 1487-1489. doi: 10.3201/eid1409.070043.
15. Hassan S.A., Othman N., Idris F.M., et al. (2012). Prevalence of *Clostridium difficile* toxin in diarrhoeal stool samples of patients from a tertiary hospital in North Eastern Peninsular Malaysia. *Medical Journal of Malaysia*, 67(4): 402-405. http://www.e-mjm.org/2012/v67n4/Clostridium-difficile-toxin.pdf.
16. Warren C.A., Labio E., Destura R., Sevilleja J.E., Jamias J.D., Daez M.L. (2012). *Clostridium difficile* and *Entamoeba histolytica* infections in patients with colitis in the Philippines. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 106(7): 424-428. doi.org/10.1016/j.trstmh.2012.04.005.
17. Azimirad M., Krutova M., Nyc O., Hasani Z., Afrisham L., Alebouyeh M., Zali M.R. (2017). Molecular typing of *Clostridium difficile* isolates cultured from patient stool samples and gastroenterological medical devices in a single Iranian hospital. *Anaerobe*, 47: 125-128. doi.org/10.1016/j.anaerobe.2017.05.004.
18. Shoaie P., Shojaei H., Khorvash F., Hosseini S.M., Ataei B., Tavakoli H., et al. (2019). Molecular epidemiology of *Clostridium difficile* infection in Iranian hospitals. *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, 8(12): 1-7. doi: 10.1186/s13756-018-0454-6.
19. Albrecht P., Pituch H. (2013). *Clostridium difficile* – narastający problem diagnostyczny i terapeutyczny. *Gastroenterologia Kliniczna. Postępy i Standardy*, 5(1): 40-51.
20. Pruitt R.N., Lacy D.B. (2012). Toward a structural understanding of *Clostridium difficile* toxins A and B. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*, 2: 1-28. doi.org/10.3389/fcimb.2012.00028.
21. Kiciak S., Krzowska-Firych J. (2012). Biegunki infekcyjne - ciągle aktualny problem. *Zakażenia*, 12(1): 124-127.

22. Ziółkowski G., Ziółkowska B., Ochocka B., Malara M., Budynek M. (2012). Infekcje *Clostridium difficile*, niedoceniane zakażenia w aspekcie klinicznym i epidemiologicznym. Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych, Zeszyt XI. Katowice. 6-49.
23. Ziółkowski G., Ziółkowska B., Malara M., Ochocka B. (2013). *Clostridium difficile*-problem kliniczny i epidemiologiczny. Forum Zakazeń, 4(4): 235. doi:10.15374/fz2013040.
24. Galdys A.L., Nelson J.S., Shutt K.A., Schlackman J.L., Pakstis D.L., Pasculle A.W., et al. (2014). Prevalence and duration of asymptomatic *Clostridium difficile* carriage among healthy subjects in Pittsburgh Pennsylvania. Journal of Clinical Microbiology, 52: 2406-2409. doi.org/10.1128/jcm.00222-14.
25. Kiersnowska Z., Lemiech-Mirowska E., Ginter-Kramarczyk D., Kruszelnicka I., Michałkiewicz M., Marczak M.J. (2021). Problems of *Clostridium difficile* infection in Polish healthcare units. Annals of Agricultural and Environmental Medicine, 28(2): 224-230. doi:10.26444/aaem/119321.
26. Surawicz C.M., Brandt L.J., Binion D.G., Ananthakrishnan A.N., Curry S.R., Gilligan P.H., et al. (2013). Guidelines for diagnosis, treatment, and prevention of *Clostridium difficile* infections. Official Journal of the American College of Gastroenterology, 108(4): 478-498. doi: 10.1038/ajg.2013.4.
27. McDonald L.C., Gerding D.N., Johnson S., et al. (2017). Clinical practice guidelines for *Clostridium difficile* infection in adults and children: 2017 update by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA). Clinical Infectious Diseases, 66(7): e1-e48. doi.org/10.1093/cid/cix1085.
28. Carroll K.C., Mizusawa M. (2020). Laboratory tests for the diagnosis of *Clostridium difficile*. Clinics in Colon and Rectal Surgery, 33(02): 073-081. doi: 10.1055/s-0039-3400476.
29. Cohen S.H., Gerding D.N., Johnson S., et al. (2010). Clinical practice guidelines for *Clostridium difficile* infection in adults: 2010 update by the Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA) and the Infectious Diseases Society of America (IDSA), Infection Control and Hospital Epidemiology, 31(5): 431-455. doi:10.1086/651706.
30. Crobach M.J.T., Planche T., Eckert C., et al. (2016). European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases: update of the diagnostic guidance document for *Clostridium difficile* infection. Clinical Microbiology and Infection, 22: S63-S81. doi.org/10.1016/j.cmi.2016.03.010.
31. Wang M.F., Ding Z., Zhao J., Jiang C.Q., Liu Z.S., Qian Q. (2013). Current role of surgery for the treatment of fulminant *Clostridium difficile* colitis. Chinese Medical Journal, 126(05):949-56. doi:abs/10.3760/cma.j.issn.0366-6999.20111537.
32. Sheridan J.S., Hunt G., MacLennan A.C. (2006). Ultrasound diagnosis of clinically undetected *Clostridium difficile* toxin colitis. Clinical Radiology, 61(10):902e903. doi: 10.1016/j.crad.2006.05.012.
33. Razzaq R., Sukumar S.A. (2006). Ultrasound diagnosis of clinically undetected *Clostridium difficile* toxin colitis. Clinical Radiology, 61(5):446-452. doi: 10.1016/j.crad.2006.01.009.
34. Lalani F., Young E.H., Panchal R.M., Reveles K.R. (2020). GABAergic but not antidepressant Medications increase risk for *Clostridioides difficile* infection in a national cohort of veterans. Open Forum Infectious Diseases, 13, 7(9):ofaa353. doi: 10.1093/ofid/ofaa353.
35. Ooijsaar R.E., van Beurden Y.H., Terveer E.M., Goorhuis A., Bauer M.P., Keller J.J., Mulder C.J.J., Kuijper E.J. (2018). Update of treatment algorithms for *Clostridium difficile* infection. Clinical Microbiology and Infection, 24(5):452-462. doi: 10.1016/j.cmi.2017.12.022.

36. Czepiel J., Drózd M., Pituch H., Kuijper E.J., Perucki W., Mielimonka A., Goldman S., Wultańska D., Garlicki A., Biesiada G. (2019). *Clostridium difficile* infection: review. European Journal of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, 38(7):1211-1221. doi: 10.1007/s10096-019-03539-6.
37. Goyal H., Perisetti A., Rehman M.R., Singla U. (2018). New and emerging therapies in treatment of *Clostridium difficile* infection. European Journal of Gastroenterology and Hepatology, 30(6):589-597. doi: 10.1097/MEG.0000000000001103.
38. van Prehn J., Reigadas E., Vogelzang E.H., Bouza E., Hristea A., Guery B., et al. (2021). Guideline Committee of the European Study Group on *Clostridioides difficile*. European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases: 2021 update on the treatment guidance document for *Clostridioides difficile* infection in adults. Clinical Microbiology and Infection, 27:S1-S21. doi: 10.1016/j.cmi.2021.09.038.
39. Goldenberg J.Z., Yap C., Lytvyn L., Lo C.K., Beardsley J., Mertz D., Johnston B.C. (2017). Probiotics for the prevention of *Clostridium difficile* - associated diarrhea in adults and children. Cochrane Database of Systematic Reviews, 12(12):CD006095. doi: 10.1002/14651858.CD006095.pub4.
40. Bilinski J., Lis K., Tomaszewska A., Grzesiowski P., Dzieciatkowski T., Tyszka M., et al. (2021). Fecal microbiota transplantation in patients with acute and chronic graft-versus-host disease-spectrum of responses and safety profile. Results from a prospective, multicenter study. American Journal of Hematology, 96(3):E88-E91. doi: 10.1002/ajh.26077.
41. Quraishi M.N., Widlak M., Bhala N., Moore D., Price M., Sharma N., Iqbal T.H. (2017). Systematic review with meta-analysis: the efficacy of faecal microbiota transplantation for the treatment of recurrent and refractory *Clostridium difficile* infection. Alimentary Pharmacology and Therapeutics, 46(5):479-493. doi: 10.1111/apt.14201.
42. Stephenson B., Lanzas C., Lenhart S., Ponce E., Bintz J., Dubberke E.R., Day J. (2020). Comparing intervention strategies for reducing *Clostridioides difficile* transmission in acute healthcare settings: an agent-based modeling study. BMC Infectious Diseases, 20(1):799. doi: 10.1186/s12879-020-05501-w.
43. Mi H., Bao R., Xiao Y., Cui Y., Sun W., Shen Y., Shi Q., Chen X., Lin J., Hu B., Gao X. (2020). Colonization of toxigenic *Clostridium difficile* among intensive care unit patients: A multi-centre cross-sectional study. Frontiers in Cellular and Infection Microbiology, 10:12. doi: 10.3389/fcimb.2020.00012.
44. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/healthcare-associated-infections-clostridium-difficile-infections-annual> (data dostępu: 19.05.2023)
45. Ott S.J., Waetzig G.H., Rehman A., Moltzau-Anderson J., Bharti R., Grasis J.A., et al. (2017). Efficacy of sterile fecal filtrate transfer for treating patients with *Clostridium difficile* infection. Gastroenterology, 152(4):799-811.e7. doi: 10.1053/j.gastro.2016.11.010.
46. Dickson I. (2017). Therapy: Sterile faecal transfer for *C. difficile* infection. Nature Reviews Gastroenterology and Hepatology, 14(1):4-4. doi: 10.1038/nrgastro.2016.204.
47. Biswas J.S., Patel A., Otter J.A., van Kleef E., Goldenberg S.D. (2015). Contamination of the hospital environment from potential *Clostridium difficile* excretors without active infection. Infection Control and Hospital Epidemiology, 36(8):975-977. doi: 10.1017/ice.2015.79.
48. Sartelli M., Di Bella S., McFarland L.V., Khanna S., Furuya-Kanamori L., Abuzeid N., et al. (2019). 2019 update of the WSES guidelines for management of *Clostridioides (Clostridium) difficile* infection in surgical patients. World Journal of Emergency Surgery, 14(8):1-29. doi: 10.1186/s13017-019-0228-3.

ZAKAŻENIA KRWIPOCHODNE O ETIOLOGII WIRUSOWEJ – WYZWANIE DLA WSPÓŁCZESNEJ MEDYCYNY

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

Wstęp. Zakażenia wirusowe przenoszone drogą krwi, takie jak wirus niedoboru odporności (HIV), wirus zapalenia wątroby typu B (HBV) oraz wirus zapalenia wątroby typu C (HCV), niezmiennie stanowią poważne wyzwanie dla współczesnej medycyny. Patogeny te zagrażają nie tylko zdrowiu pojedynczych pacjentów, ale również generują ogromne obciążenie dla systemów opieki zdrowotnej na całym świecie. Pomimo postępu w medycynie, transmisja tych wirusów pozostaje istotnym problemem, szczególnie w środowisku opieki zdrowotnej, gdzie ryzyko zakażeń zawodowych jest wysokie. Prawdopodobieństwo zakażenia po ekspozycji przezskórnej wynosi około 0,3% dla HIV, od 6% do 30% dla HBV oraz około 1,8% dla HCV [1,2].

Sytuację dodatkowo komplikuje pojawianie się nowych chorób zakaźnych, które mogą zagrażać bezpieczeństwu krwi. Wirusy takie jak denga, chikungunya czy Zika zostały zidentyfikowane jako potencjalne zagrożenie dla bezpieczeństwa transfuzji, co podkreśla konieczność wdrażania nowoczesnych systemów nadzoru oraz metod wykrywania patogenów [3]. Globalne migracje, w tym ruchy uchodźców i migrantów, stanowią dodatkowe wyzwanie, gdyż grupy te często mają ograniczony dostęp do opieki zdrowotnej, co zwiększa ryzyko nierozpoznanych zakażeń [4].

W obliczu tych wyzwań systemy opieki zdrowotnej muszą nieustannie wzmacniać procedury kontroli zakażeń. Niezbędne jest wdrażanie kompleksowych strategii zarządzania ryzykiem, rozwój systemów monitoringu oraz rygorystyczne przestrzeganie standardów ochrony przez personel medyczny [5]. Dodatkowo, opracowanie szybkich testów diagnostycznych oraz poszukiwanie nowych metod terapeutycznych, takich jak terapie fagowe, stwarza nadzieję na skuteczniejszą walkę zarówno z już znanymi, jak i nowo pojawiającymi się zakażeniami wirusowymi przenoszonymi drogą krwi [1,6].

Skuteczne stawienie czoła złożonym wyzwaniom związanym z wirusowymi zakażeniami krwiopochodnymi wymaga skoordynowanych działań globalnej społeczności medycznej. Integracja nowoczesnych technologii, wzmocnienie działań profilaktycznych oraz międzynarodowa współpraca to kluczowe elementy w budowaniu skutecznej ochrony zdrowia publicznego przed tymi nieustannie obecnymi zagrożeniami.

Cel pracy. Celem niniejszego opracowania teoretycznego jest przedstawienie aktualnych wyzwań, jakie stwarzają zakażenia wirusowe przenoszone drogą krwi dla współczesnej

medycyny. Praca ma na celu omówienie najważniejszych wirusów odpowiedzialnych za zakażenia krwiopochodne, mechanizmów ich transmisji, zagrożeń dla zdrowia publicznego oraz konsekwencji dla systemów opieki zdrowotnej. Dodatkowo, celem jest analiza współczesnych metod profilaktyki, diagnostyki i leczenia tych zakażeń oraz wskazanie kierunków dalszych działań i rozwoju w obszarze bezpieczeństwa krwi i ochrony zdrowia.

1. Wirus zapalenia wątroby typu B (HBV). Wirus zapalenia wątroby typu B (HBV) jest osłonkowym wirusem DNA z rodziny *Hepadnaviridae*, rodzaju *Orthohepadnavirus*. Średnica wirionu wynosi około 42 nm, a jego pełna forma zakaźna znana jest jako cząstka Dane'a [7].

Wirus zapalenia wątroby typu B (HBV) jest głównym czynnikiem wywołującym wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZW B), które może przybierać formę ostrą lub przewlekłą. Charakterystyczną cechą HBV jest zdolność do integracji swojego materiału genetycznego z DNA gospodarza, co utrudnia całkowite wyeliminowanie wirusa z organizmu i sprzyja przewlekłemu nosicielstwu. HBV jest wirusem onkogennym, co oznacza, że przewlekłe zakażenie nim może prowadzić do rozwoju raka wątrobowokomórkowego [8].

Drogi transmisji wirusa HBV. Wirus HBV przenosi się z człowieka na człowieka głównie poprzez kontakt z zakażoną krwią lub innymi płynami ustrojowymi. Do najczęstszych dróg zakażenia należą [9]:

- Pozajelitowa: Zakażenie przez kontakt z krwią, np. podczas zabiegów medycznych z użyciem niesterylnego sprzętu, takich jak przetaczanie krwi, zabiegi chirurgiczne, czy stomatologiczne. Również zabiegi kosmetyczne, takie jak tatuaże czy piercing, mogą stanowić źródło zakażenia, jeśli nie są przestrzegane odpowiednie standardy higieny.
- Płciowa: Zakażenie poprzez kontakty seksualne z osobą zakażoną, zwłaszcza w przypadku braku stosowania zabezpieczeń.
- Okołoporodowa: Przeniesienie wirusa z matki na dziecko podczas porodu. Ryzyko zakażenia noworodka przez zakażoną matkę wynosi 5-15%.

Epidemiologia zakażeń HBV. Wirus zapalenia wątroby typu B (HBV) pozostaje istotnym problemem zdrowia publicznego na świecie. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), około 2 miliardy osób przebyło zakażenie HBV, a ponad 240 milionów choruje przewlekłe. Rocznie z powodu powikłań zakażenia HBV umiera około 600 tysięcy osób. Globalna częstość przewlekłych zakażeń szacowana jest na 5% populacji, jednak w niektórych regionach Afryki i Azji Południowo-Wschodniej odsetek nosicielstwa może sięgać nawet 15-20% [10].

W krajach rozwiniętych częstość zakażeń jest niższa, jednak nadal stanowi poważne zagrożenie epidemiologiczne. W Stanach Zjednoczonych zakażonych jest ponad 12 milionów osób, co przyczynia się do około 5 tysięcy zgonów rocznie. W Europie Wschodniej, Rosji oraz Chinach wskaźniki zakażeń i przewlekłego nosicielstwa pozostają wysokie [11].

W Polsce dzięki obowiązkowym szczepieniom noworodków od 1996 roku oraz poprawie standardów sanitarno-epidemiologicznych, obserwuje się znaczący spadek zachorowalności. Ostre przypadki WZW B w 2017 roku wynosiły 0,14/100 000, a przewlekłe 8,6/100 000 mieszkańców. Szacuje się, że przewlekłe zakażenie dotyczy około 2% populacji [8,12].

Grupy podwyższonego ryzyka zakażenia obejmują osoby mające wielu partnerów seksualnych, mężczyzn utrzymujących kontakty homoseksualne oraz osoby stosujące dożylnie środki odurzające. Istotnym czynnikiem sprzyjającym transmisji HBV jest bezobjawowe nosicielstwo [13].

Dane z 2017 roku z krajów UE/EOG wskazują na 26 907 zgłoszonych przypadków HBV (6,7/100 000 mieszkańców), z czego 9% stanowiły ostre zakażenia, a 58% przypadki przewlekłe. Najwyższy odsetek ostrych zachorowań obserwowano w grupie wiekowej 35-44 lata, a przewlekłych wśród osób w wieku 25-34 lata. Dominującymi drogami transmisji były: kontakt heteroseksualny (27%), zakażenia szpitalne (16%) oraz kontakty homoseksualne (13%). W przypadku zakażeń przewlekłych najczęściej wskazywano transmisję wertykalną (41%) oraz zakażenia szpitalne (28%) [12].

Powikłania zdrowotne związane z zakażeniem HBV. Zakażenie HBV może prowadzić do szeregu poważnych powikłań zdrowotnych, takich jak [10]:

- Przewlekłe zapalenie wątroby: U dorosłych w 2-5% przypadków ostre WZW B przechodzi w postać przewlekłą.
- Marskość wątroby: U 20-30% osób z przewlekłym WZW B dochodzi do rozwoju marskości wątroby.
- Rak wątrobowokomórkowy: Przewlekłe zakażenie HBV zwiększa ryzyko rozwoju pierwotnego raka wątroby.
- Inne powikłania: Zakażenie HBV może prowadzić do pozawątrobowych manifestacji choroby, takich jak guzkowe zapalenie tętnic, leukocytoklastyczne zapalenie naczyń krwionośnych czy kłębuszkowe zapalenie nerek.

W związku z poważnymi konsekwencjami zdrowotnymi zakażenia HBV, bardzo ważne znaczenie mają działania profilaktyczne, w tym szczepienia ochronne oraz przestrzeganie zasad higieny podczas procedur medycznych i niemedycznych [14].

2. **Wirus zapalenia wątroby typu C (HCV).** HCV jest małym, otoczkowym wirusem o jednoniciowym RNA o dodatniej polarności, należącym do rodziny *Flaviviridae*, rodzaju *Hepacivirus*. Obecnie wyróżnia się siedem głównych genotypów HCV oraz liczne subtypy, które wykazują zróżnicowaną geograficzną częstość występowania [15].

Wirus zapalenia wątroby typu C (HCV) stanowi istotny problem zdrowia publicznego na świecie, prowadząc zarówno do ostrych, jak i przewlekłych chorób wątroby [16].

Wirus HCV namnaża się głównie w hepatocytach, a u niektórych zakażonych także w jednojądrzastych komórkach krwi obwodowej. Wysoka zmienność genetyczna wirusa utrudnia wytworzenie skutecznej odpowiedzi immunologicznej, co pozwala na jego długotrwałe przetrwanie w organizmie mimo obecności swoistych przeciwciał. Kluczową rolę w kontrolowaniu zakażenia odgrywa odpowiedź komórkowa zależna od limfocytów T. [17]

Okres inkubacji HCV wynosi średnio około 2 miesięcy (zakres 15-160 dni). Zakażenie może przebiegać w trzech postaciach klinicznych [16]:

- ostrej, z samoistnym wyzdrowieniem (ok. 15% przypadków),
- przewlekłej (ok. 70%),
- ciężkiej, szybko prowadzącej do marskości wątroby (ok. 15%).

Wiremia pojawia się zwykle w ciągu 1-3 tygodni od ekspozycji, np. po transfuzji zakażonej krwi. Ostra faza trwa 4-6 miesięcy, a w przewlekłej postaci wirus może utrzymywać się przez dekady [18].

Przebieg ostrego zapalenia wątroby typu C bywa łagodniejszy niż w zakażeniu HAV czy HBV, a ponad 70% zakażeń przebiega bezobjawowo. Dominującym objawem klinicznym przewlekłego zakażenia jest przewlekłe zmęczenie. U części chorych występują objawy ostrej fazy: gorączka, osłabienie, bóle brzucha, nudności, wymioty oraz żółtaczka [16].

Przewlekłe zakażenie HCV może stopniowo prowadzić do zaawansowanego włóknienia, marskości oraz raka wątrobowokomórkowego (HCC), szczególnie u osób z koinfekcją HBV lub HIV, spożywających alkohol, w starszym wieku i płci męskiej [18].

Zakażenie HCV wiąże się również z powikłaniami pozawątrobowymi, takimi jak krieglobulinemia, chłoniaki nieziarnicze, cukrzyca typu 2 oraz trombocytopenia [19].

Drogi transmisji. Głównym źródłem zakażenia HCV jest kontakt z krwią osoby zakażonej. Do najczęstszych dróg transmisji należą:

- Dożylne używanie narkotyków: Najczęstsza droga zakażenia, szczególnie w krajach rozwiniętych, związana z używaniem wspólnych igieł lub sprzętu do iniekcji [20].
- Zakażenia związane z procedurami medycznymi: Niewłaściwe sterylizowanie sprzętu medycznego lub transfuzje niebadanej krwi zwiększają ryzyko zakażenia [21].

- Ekspozycja zawodowa: Personel medyczny narażony jest na zakażenie w wyniku zakłuć igłą skażoną krwią [22].
- Transmisja okołoporodowa: Zakażona matka może przekazać wirusa dziecku podczas porodu, choć ryzyko to jest stosunkowo niewielkie [23].
- Kontakty seksualne: Rzadziej HCV przenosi się drogą płciową, jednak ryzyko wzrasta przy współistniejących uszkodzeniach błon śluzowych i kontaktach z krwią [24].
- Transfuzje krwi i przeszczepy narządów: Choć obecnie krew i organy są rutynowo badane pod kątem HCV, w przeszłości transfuzje stanowiły istotne źródło zakażeń. Nadal istnieje ryzyko w regionach, gdzie badania są niewystarczające [25].
- Zabiegi kosmetyczne: Tatuaże, piercing czy akupunktura wykonywane przy użyciu niesterylnego sprzętu mogą prowadzić do zakażenia [25].

Epidemiologia. Wirus HCV jest rozpowszechniony na całym świecie, z różną częstością występowania w poszczególnych regionach. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w 2022 roku około 50 milionów ludzi żyło z przewlekłym zakażeniem HCV, a rocznie odnotowuje się około 1 milion nowych zakażeń. W Europie szacuje się, że 15 milionów osób jest przewlekłe zakażonych HCV. W 2022 roku w 29 krajach Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego zgłoszono 23 273 przypadki zakażenia HCV, co odpowiada wskaźnikowi 6,2 na 100 000 mieszkańców. Najwyższe wskaźniki zakażeń odnotowuje się w Afryce, Azji Centralnej i Wschodniej oraz na Bliskim Wschodzie. W Stanach Zjednoczonych zakażonych jest około 2,4 miliona osób, z czego znaczący odsetek stanowią użytkownicy narkotyków dożylnych [26, 27]. W Polsce, według danych z 2013 roku, zapadalność na WZW typu C wyniosła 6,83 na 100 000 ludności. Wysoki odsetek bezobjawowych i przewlekłych zakażeń utrudnia kontrolę nad rozprzestrzenianiem się wirusa [28].

Powikłania zdrowotne związane z zakażeniem HCV. Infekcja HCV może prowadzić do szeregu poważnych konsekwencji zdrowotnych, szczególnie dotyczących wątroby [29]:

- Przewlekłe zapalenie wątroby: Około 75-85% ostrych zakażeń przechodzi w fazę przewlekłą, często bezobjawową przez wiele lat, ale stopniowo uszkadzającą wątrobę.
- Marskość wątroby: Szacuje się, że u 20% chorych z przewlekłym HCV rozwija się marskość w ciągu 20 lat.
- Rak wątrobowokomórkowy (HCC): Przewlekłe zakażenie HCV znacząco zwiększa ryzyko pierwotnego raka wątroby - każdego roku 1-5% osób z marskością rozwija HCC.
- Niewydolność wątroby: Postępujące uszkodzenie miększu wątroby może prowadzić do niewydolności narządu, wymagającej przeszczepienia.

Ponadto zakażenie HCV, zwłaszcza w postaci przewlekłej, może wywoływać powikłania pozawątrobowe, dodatkowo obciążając stan zdrowia chorego. Nielezione zakażenie znacząco zwiększa ryzyko poważnych, zagrażających życiu następstw, co podkreśla konieczność wczesnej diagnostyki i skutecznego leczenia [9].

3. Ludzki wirus niedoboru odporności (HIV). Ludzki wirus niedoboru odporności (HIV) jest retrowirusem z grupy lentiwirusów odpowiedzialnym za rozwój zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS), charakteryzującego się postępującym osłabieniem układu immunologicznego, prowadzącym do groźnych infekcji oportunistycznych i nowotworów. HIV atakuje przede wszystkim limfocyty CD4+, makrofagi oraz komórki dendrytyczne, ważne elementy układu odpornościowego. Wirus integruje swój materiał genetyczny z DNA gospodarza, powodując trwałe zakażenie, które jest niezwykle trudne do całkowitego wyeliminowania. Z czasem stopniowy spadek liczby limfocytów CD4+ upośledza odpowiedź immunologiczną, zwiększając podatność organizmu na infekcje i choroby [30].

Drogi transmisji. Wirus HIV przenosi się poprzez kontakt z zakażonymi płynami ustrojowymi, takimi jak krew, nasienie, wydzielina pochwowa, płyny odbytnicze i mleko matki. Do głównych dróg transmisji należą [31]:

- Kontakty seksualne bez zabezpieczenia - najczęstsza droga zakażenia podczas stosunków waginalnych, analnych lub oralnych bez prezerwatywy czy profilaktyki przedekspozycyjnej.
- Dożylne używanie narkotyków - dzielenie się igłami lub sprzętem do iniekcji z osobą zakażoną znacząco zwiększa ryzyko transmisji.
- Transmisja z matki na dziecko - zakażenie może nastąpić w trakcie ciąży, porodu lub karmienia piersią.
- Transfuzje krwi i przeszczepy narządów - obecnie ryzyko tej drogi zakażenia jest niewielkie dzięki obowiązkowym badaniom krwi i tkanek.
- Ekspozycja zawodowa - pracownicy ochrony zdrowia mogą zakazić się wskutek przypadkowych zakłuć igłą lub kontaktu z zakażoną krwią.

Epidemiologia. Według danych z 2023 roku na całym świecie żyje około 39,9 miliona osób zakażonych HIV. Największe obciążenie epidemiologiczne dotyczy regionu Afryki Subsaharyjskiej, gdzie odnotowuje się ponad dwie trzecie wszystkich przypadków zakażeń. W 2023 roku z powodu chorób związanych z HIV zmarło około 630 tysięcy osób [32].

W skali globalnej liczba nowych zakażeń i zgonów spada. Między 2010 a 2021 rokiem liczba nowych zakażeń zmniejszyła się o 22% (do 1,65 miliona), a zgonów o prawie 40% (do 718 tysięcy). Jednak w niektórych regionach, takich jak Europa Wschodnia, Azja Centralna czy

Europa Środkowa, obserwuje się wzrost liczby nowych zakażeń, co podkreśla potrzebę działań profilaktycznych i leczenia ukierunkowanego na te obszary [33].

Powikłania zdrowotne związane z zakażeniem HIV. Nielezione zakażenie HIV prowadzi do postępującego upośledzenia odporności i rozwoju AIDS. Stan ten charakteryzuje się występowaniem infekcji oportunistycznych i nowotworów, z którymi osłabiony organizm nie jest w stanie skutecznie walczyć. Do najczęstszych zakażeń należą pneumocystozowe zapalenie płuc, gruźlica i kandydoza. Ponadto osoby zakażone HIV są bardziej narażone na rozwój niektórych nowotworów, takich jak mięsak Kaposiego czy chłoniaki nieziarnicze [34].

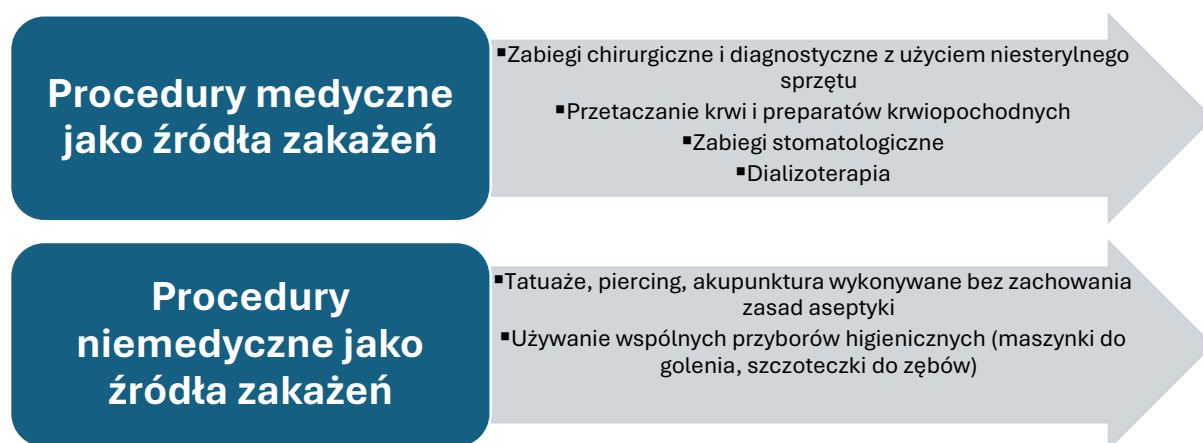
Zakażenie HIV wiąże się również z podwyższonym ryzykiem chorób sercowo-naczyniowych, uszkodzenia nerek i wątroby, zaburzeń metabolicznych, osteoporozy oraz powikłań neurologicznych. Wynikają one z przewlekłego stanu zapalnego i aktywacji układu immunologicznego, nawet u osób leczonych terapią antyretrowirusową (ART) [35,36].

Dzięki skutecznej terapii ART HIV stał się dla wielu osób chorobą przewlekłą i kontrolowaną, co znacząco zmniejszyło śmiertelność i poprawiło jakość życia chorych. Nadal jednak wyzwaniem pozostaje zapewnienie globalnego dostępu do leczenia, minimalizacja długoterminowych skutków ubocznych terapii oraz walka ze stygmatyzacją osób zakażonych HIV [37].

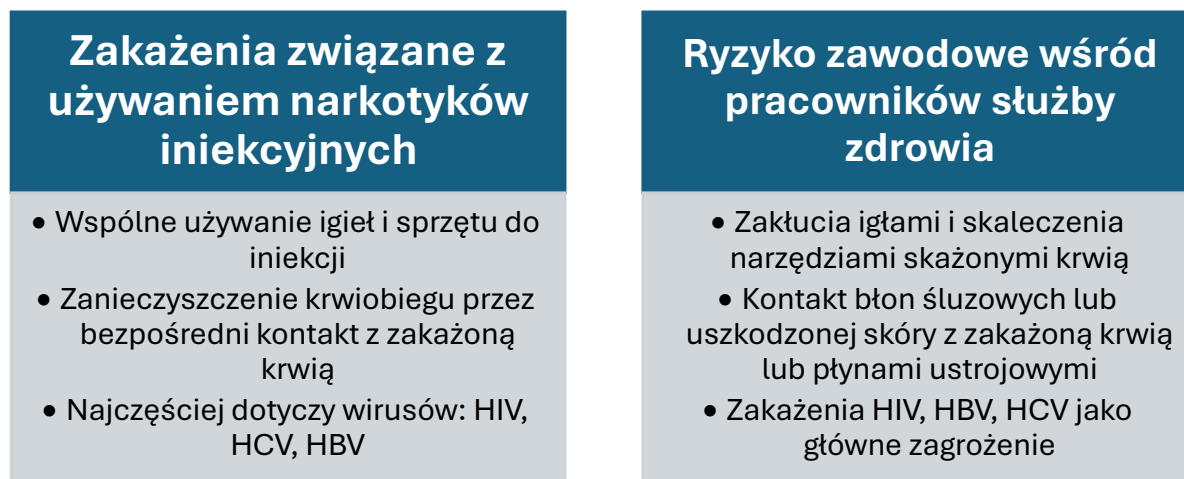
4. Mechanizmy transmisji wirusowych zakażeń krwiopochodnych

✚ Wspólna cecha transmisji: Bezpośredni kontakt z zakażoną krwią lub materiałem biologicznym.

✚ Kluczowe znaczenie: Profilaktyka, stosowanie środków ochrony osobistej, sterylizacja sprzętu oraz edukacja.



Ryc. 1. Procedury medyczne i niemedyczne jako potencjalne źródła transmisji wirusów krwiopochodnych
Źródło: Opracowanie własne na podstawie [9,25,31]



Ryc. 2. Źródła zakażeń wirusami krwiopochodnymi związane z dożylnym używaniem narkotyków oraz narażeniem zawodowym

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [9,25,31]

5. Standardowe środki ostrożności w zapobieganiu transmisji wirusów krwiopochodnych w środowisku opieki zdrowotnej. Zapobieganie transmisji wirusów krwiopochodnych w placówkach medycznych opiera się na konsekwentnym stosowaniu standardowych środków ostrożności, które minimalizują ryzyko kontaktu z krwią i innymi potencjalnie zakaźnymi materiałami (Ryc. 3). Działania te chronią zarówno personel medyczny, jak i pacjentów przed zakażeniem wirusem HIV oraz innymi patogenami przenoszonymi drogą krwi, takimi jak HBV i HCV [38].



Ryc. 3. Strategie zapobiegania transmisji wirusów przenoszonych drogą krwi

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [5,16,30]

Higiena rąk. Prawidłowa higiena rąk stanowi podstawowy i najskuteczniejszy środek zapobiegający przenoszeniu czynników zakaźnych, w tym HIV [5].

Ręce należy myć wodą z mydłem lub dezynfekować preparatem na bazie alkoholu przed i po kontakcie z pacjentem, po zdjęciu rękawiczek oraz po kontakcie z krwią, płynami ustrojowymi lub skażonymi powierzchniami [3].

Badania potwierdzają, że rygorystyczne przestrzeganie higieny rąk istotnie zmniejsza ryzyko zakażeń związanych z opieką zdrowotną (HAI – *Healthcare-Associated Infections*, czyli zakażeń związanych z opieką zdrowotną) oraz ekspozycji na HIV w środowisku klinicznym [5].

Stosowanie środków ochrony osobistej (ŚOO). Środki ochrony osobistej stanowią fizyczną barierę między pracownikiem ochrony zdrowia a materiałem zakaźnym.

- Rękawiczki: Należy zakładać przy każdym kontakcie z krwią lub płynami ustrojowymi.
- Fartuchy i ochronne okrycia: Chronią skórę i odzież przed zachlapaniem lub rozpryskami materiału zakaźnego.
- Maski, przyłbice, okulary ochronne: Zabezpieczają błony śluzowe (oczy, nos, usta) podczas zabiegów niosących ryzyko rozprysku lub generowania aerozolu.

Właściwy dobór, zakładanie i zdejmowanie ŚOO ma kluczowe znaczenie dla uniknięcia przypadkowej ekspozycji i skażenia krzyżowego [16].

Bezpieczne obchodzenie się z ostrymi narzędziami. Zakłucia igłami stanowią istotne ryzyko zawodowe transmisji HIV – ryzyko serokonwersji po zakłuciu igłą pochodzącą od osoby zakażonej HIV wynosi około 0,3% [30].

- Zakazuje się ponownego nakładania osłonek na igły oraz zbędnego manipulowania ostrymi narzędziami.
- Należy stosować sprzęt zabezpieczający (np. igły z systemem chowania ostrza, systemy bezigłowe).
- Zużyte ostre narzędzia należy natychmiast wyrzucać do odpowiednich pojemników odpornych na przekłucie.

Rygorystyczne przestrzeganie tych zasad istotnie ogranicza liczbę zranień oraz ryzyko zakażenia wirusami HBV, HCV i HIV w środowisku medycznym [39].

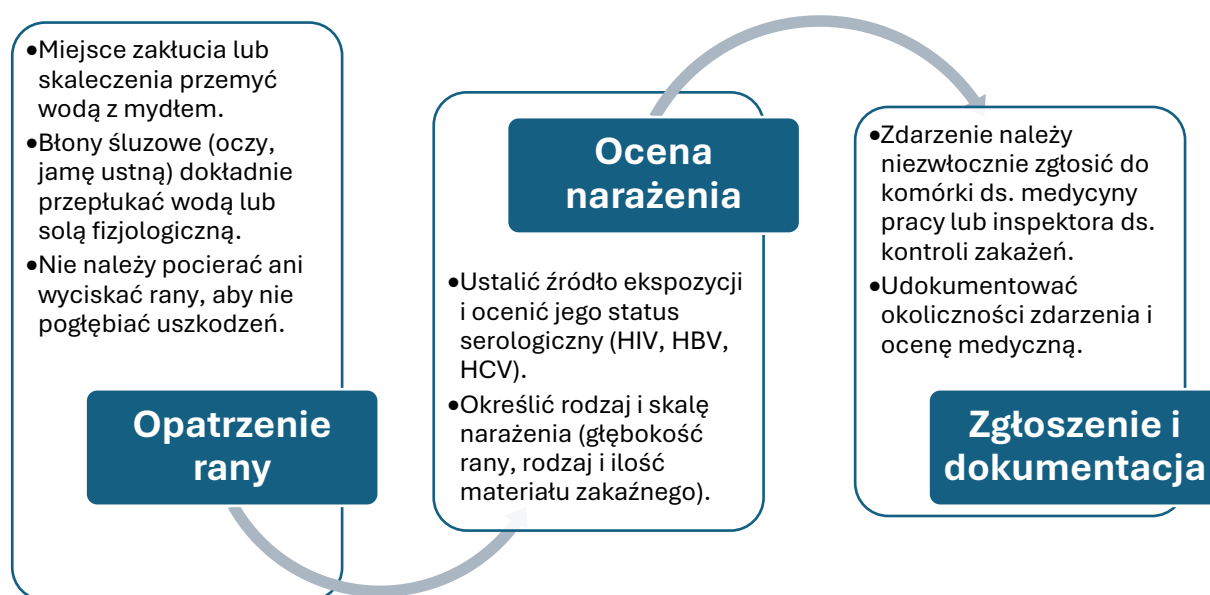
Standardowe środki ostrożności obejmujące staranną higienę rąk, właściwe stosowanie środków ochrony osobistej oraz bezpieczne postępowanie z ostrymi narzędziami stanowią fundament strategii zapobiegania zakażeniom wirusami przenoszonymi drogą krwi w opiece zdrowotnej [5,16].

Istotne znaczenie mają systematyczne szkolenia personelu, monitorowanie przestrzegania procedur oraz zapewnienie odpowiednich zasobów, które skutecznie chronią zarówno pracowników ochrony zdrowia, jak i pacjentów przed zakażeniami przenoszonymi drogą krwi [40].

6. Procedury poekspozycyjne w kontekście zakażeń krwiopochodnych. Ekspozycja zawodowa lub przypadkowa na patogeny przenoszone drogą krwi, takie jak HIV, HBV

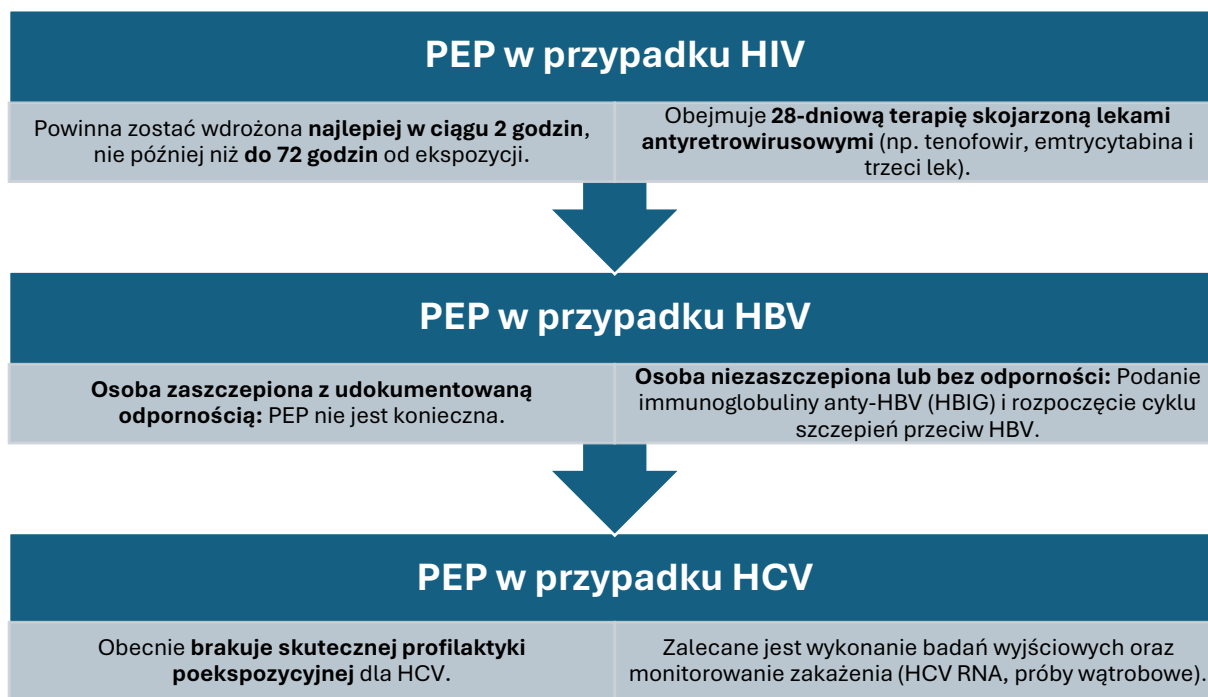
i HCV, wymaga natychmiastowego i uporządkowanego postępowania w celu minimalizacji ryzyka zakażenia. Każda placówka medyczna powinna dysponować jasnymi procedurami zapewniającymi szybką reakcję i odpowiedni nadzór.

Postępowanie po narażeniu na materiał zakaźny. Do ekspozycji może dojść w wyniku zakłucia igłą, skaleczenia skażonym narzędziem, kontaktu błon śluzowych lub uszkodzonej skóry z krwią lub innymi potencjalnie zakaźnymi płynami ustrojowymi. Należy niezwłocznie podjąć odpowiednie działania zgodnie ze strategią postępowania po ekspozycji na materiał zakaźny (Ryc. 4).



Ryc. 4. Strategie postępowania po ekspozycji na materiał zakaźny
Źródło: Opracowanie własne na podstawie [39]

Profilaktyka poekspozycyjna (PEP - od ang. *Post-Exposure Prophylaxis*). Profilaktyka poekspozycyjna to leczenie zapobiegawcze, które należy rozpocząć możliwie jak najszybciej po ekspozycji, aby zmniejszyć ryzyko zakażenia (Ryc. 5).



Ryc. 5. Profilaktyka poekspozycyjna - leczenie zapobiegawcze wdrażane niezwłocznie po ekspozycji w celu zminimalizowania ryzyka zakażenia
Źródło: Opracowanie własne na podstawie [41]

Szybkie postępowanie poekspozycyjne, w tym właściwe opatrzenie rany, ocena ryzyka i wdrożenie PEP w razie wskazań jest istotne dla zmniejszenia ryzyka transmisji patogenów krwiopochodnych. Niezbędne są regularne szkolenia personelu medycznego, zapewnienie dostępu do PEP oraz stała gotowość do wdrożenia procedur w sytuacjach ekspozycji [39,41].

7. Wyzwania i kierunki przyszłych badań w zakresie zakażeń krwiopochodnych.

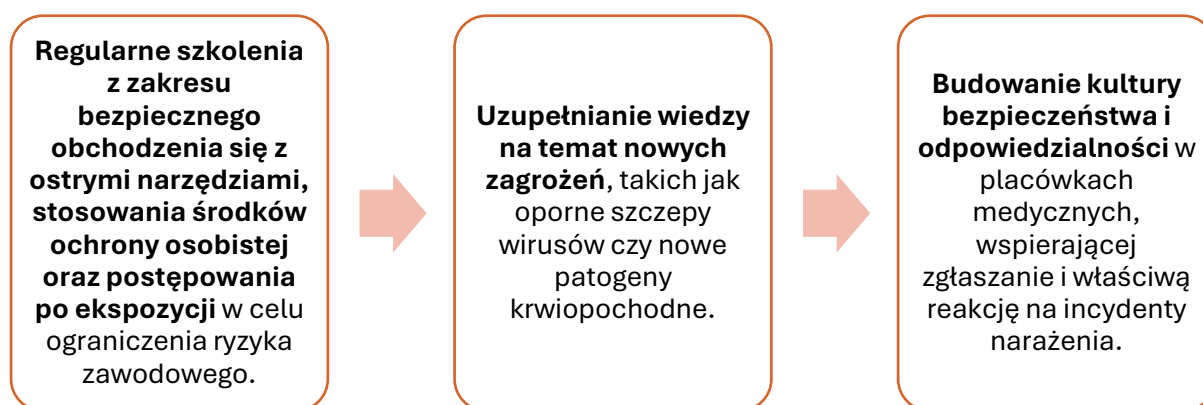
Zakażenia krwiopochodne, zwłaszcza wywołane przez HIV, HBV i HCV, nadal stanowią istotne wyzwanie zdrowotne na całym świecie ze względu na przewlekły charakter, ciężkie powikłania oraz ciągłe ryzyko transmisji zarówno w środowisku medycznym, jak i pozamedycznym. W przyszłości działania powinny skupiać się na udoskonalaniu strategii profilaktycznych, opracowywaniu nowych metod leczenia oraz podnoszeniu kwalifikacji personelu medycznego [42].

Nowe strategie profilaktyki i leczenia. Pomimo istniejących metod zapobiegania i terapii przeciwwirusowej, rośnie potrzeba wdrażania innowacyjnych rozwiązań zmniejszających transmisję wirusów i poprawiających wyniki leczenia [43]:

- ✚ Rozwój długodziałających leków przeciwwirusowych, zapewniających dłuższą ochronę i zmniejszających konieczność codziennego przyjmowania leków, szczególnie w terapii HIV i HBV.

- ✚ Wykorzystanie przeciwciał monoklonalnych i terapii immunologicznych wspomagających eliminację wirusa i zapobiegających rozwojowi przewlekłych zakażeń.
- ✚ Udoskonalenie technologii redukcji patogenów w produktach krwiopochodnych, co dodatkowo ograniczy ryzyko transmisji przez transfuzje.
- ✚ Badania nad technologiami edycji genów (np. CRISPR/Cas9) jako możliwą drogą do leczenia zakażeń, zwłaszcza w kontekście rezerwuarów HIV.

Konieczność edukacji i szkoleń dla personelu medycznego. Skuteczna realizacja standardowych środków ostrożności, procedur poekspozycyjnych oraz działań kontrolnych zależy od wiedzy i umiejętności personelu medycznego. Stała edukacja jest niezbędna, aby zapobiegać rutynie i zapewnić aktualność wiedzy medycznej zgodnie z najnowszymi wytycznymi i technologiami (Ryc. 6) [42,43].



Ryc. 6. Edukacja i szkolenia personelu medycznego jako fundament kultury bezpieczeństwa
Źródło: Opracowanie własne na podstawie [44]

Znaczenie badań nad szczepionką przeciw HCV. Brak skutecznej szczepionki przeciw wirusowi HCV pozostaje jedną z największych luk w globalnej walce z wirusowym zapaleniem wątroby typu C [45]:

- ✚ Duża zmienność genetyczna HCV znacznie utrudnia opracowanie szczepionki, czyniąc to wyzwanie większym niż w przypadku HBV czy HIV.
- ✚ Skuteczna szczepionka przeciw HCV mogłaby znacząco zmniejszyć globalne obciążenie chorobą, zwłaszcza w regionach o wysokiej zapadalności i w grupach wysokiego ryzyka, np. wśród osób przyjmujących narkotyki dożylnie.
- ✚ Obecne badania koncentrują się na przeciwciałach neutralizujących o szerokim działaniu i strategiach szczepionek aktywujących odpowiedź limfocytów T, jednak potrzebne są większe nakłady i międzynarodowa współpraca, aby przyspieszyć postępy w tym zakresie.

Skuteczna walka z zakażeniami krwiopochodnymi wymaga kompleksowego podejścia, łączącego innowacje naukowe, wzmocnienie systemów opieki zdrowotnej oraz globalne zaangażowanie w rozwój szczepionki przeciw HCV. Ciągła edukacja personelu medycznego oraz inwestycje w nowe strategie terapeutyczne będą kluczowe dla przezwyciężenia przyszłych wyzwań i zmniejszenia globalnego obciążenia tymi zakażeniami.

Podsumowanie. Zakażenia krwiopochodne wywołane przez wirusy takie jak HIV, HBV i HCV nadal stanowią poważne wyzwanie dla współczesnej medycyny oraz zdrowia publicznego na całym świecie. Analiza dostępnych danych epidemiologicznych oraz mechanizmów transmisji wskazuje, że pomimo postępu w diagnostyce, leczeniu i profilaktyce, ryzyko zakażenia wciąż pozostaje istotne, zwłaszcza w grupach wysokiego ryzyka oraz w środowiskach opieki zdrowotnej [38,43].

Wyzwania dla współczesnej medycyny w zakresie zakażeń krwiopochodnych powinny koncentrować się na kluczowych obszarach wymagających pilnych działań, ze względu na:

- Utrzymujące się globalne obciążenie zdrowotne związane z zakażeniami wirusami HIV, HBV i HCV, prowadzące do poważnych powikłań, takich jak marskość wątroby, nowotwory oraz niewydolność układu immunologicznego.
- Niską wykrywalność i rozpoznawalność zakażeń, zwłaszcza HCV, co sprzyja nieświadomej transmisji wirusa i opóźnia wdrożenie leczenia.
- Brak skutecznej szczepionki przeciwko HCV oraz ograniczony dostęp do szczepień przeciwko HBV w wielu regionach świata, co utrudnia skuteczną profilaktykę i kontrolę zakażeń.

Działania w tych obszarach powinny stanowić priorytet zarówno w polityce zdrowia publicznego, jak i w praktyce klinicznej [43].

Rekomendacje dla praktyki medycznej i zdrowia publicznego [46,47]:

1. Wzmocnienie profilaktyki:

- Zwiększenie globalnego zasięgu szczepień przeciw HBV, w szczególności dawki podawanej noworodkom.
- Intensyfikacja badań nad skuteczną szczepionką przeciw HCV.

2. Stała edukacja i szkolenia personelu medycznego:

- Regularne przypominanie procedur standardowych środków ostrożności i postępowania poekspozycyjnego.
- Promowanie kultury bezpieczeństwa i odpowiedzialności w placówkach medycznych.

3. Rozwój i wdrażanie nowoczesnych technologii diagnostycznych:

- Poprawa wykrywalności zakażeń we wczesnych stadiach, szczególnie w grupach ryzyka.
- Zwiększenie dostępu do szybkich testów diagnostycznych i terapii antywirusowych.

4. Wsparcie polityki zdrowia publicznego:

- Budowanie programów profilaktycznych ukierunkowanych na grupy szczególnie narażone (m.in. osoby przyjmujące narkotyki iniekcyjnie, pracownicy ochrony zdrowia).
- Monitorowanie i raportowanie przypadków zakażeń w celu efektywnego reagowania epidemiologicznego.

Skuteczna walka z zakażeniami krwiopochodnymi wymaga zintegrowanego podejścia, łączącego nowoczesną medycynę, edukację oraz działania legislacyjne i społeczne, aby ograniczyć ryzyko transmisji, poprawić wczesne wykrywanie i zapewnić skuteczne leczenie, minimalizując tym samym globalne obciążenie zdrowotne.

Piśmiennictwo:

1. Beltrami E.M., Williams I.T., Shapiro C.N., Chamberland M.E. (2000). Risk and management of blood-borne infections in health care workers. *Clinical Microbiology Reviews*, 13(3):385-407. doi: 10.1128/CMR.13.3.385.
2. Goldmann D.A. (2002). Blood-borne pathogens and nosocomial infections. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 110(2): S21-S26. doi.org/10.1067/mai.2002.125337.
3. Pourkarim M.R. (2024). Navigating evolving challenges in blood safety. *Viruses*, 16(1): 123. doi: 10.3390/v16010123.
4. Goldwater P.N. (2013). Iatrogenic blood-borne viral infections in refugee children from war and transition zones. *Emerging Infectious Diseases*, 19(6): 892-898. doi.org/10.3201/eid1906.120806.
5. Gębska Kuczerowska A., Błoński A., Kuczerowska J., Gajda R. (2020). Strengths and weaknesses in the risk management of Blood-Borne infections: qualitative research in public health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18): 6650. doi.org/10.3390/ijerph17186650.
6. Yerly S., Quadri R., Negro F., Barbe K.P., Cheseaux J.J., Burgisser P., ... and Perrin L. (2001). Nosocomial outbreak of multiple bloodborne viral infections. *The Journal of Infectious Diseases*, 184(3): 369-372. doi.org/10.1086/322036.
7. Yuen M.F., Chen D.S., Dusheiko G.M., Janssen H.L.A., Lau D.T.Y., Locarnini S.A., Peters M.G., Lai C.L. (2018). Hepatitis B virus infection. *Nature Reviews Disease Primers*, 7(4): 1-10, 18035. doi: 10.1038/nrdp.2018.35.
8. Kowalska M.E., Kalinowski P., Bojakowska U. (2017). Profilaktyka wirusowego zapalenia wątroby typu B. *Journal of Education, Health and Sport*, 7(7): 315-321. eISSN 2391-8306. doi.org/10.5281/zenodo.831803.
9. Nguyen M.H., Wong G., Gane E., Kao J.H., Dusheiko G. (2020). Hepatitis B Virus: Advances in prevention, diagnosis, and therapy. *Clinical Microbiology Reviews*, 26;33(2):e00046-19. doi: 10.1128/CMR.00046-19.
10. Asandem D.A., Segbefia S.P., Kusi K.A., Bonney J.H.K. (2024). Hepatitis B virus infection: a mini review. *Viruses*, 16(5): 724. doi: 10.3390/v16050724.

11. Morozov S., Batskikh S. (2024). Reactivation of hepatitis B virus infection - an important aspect of multifaceted problem. *World Journal of Gastroenterology*, 14;30(26):3193-3197. doi: 10.3748/wjg.v30.i26.3193.
12. European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis B. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2017. Stockholm: ECDC; 2019. [AER for 2017](#).
13. Saitta C., Pollicino T., Raimondo G. (2022). Occult Hepatitis B virus infection: An update. *Viruses*, 14(7):1504. doi: 10.3390/v14071504.
14. Lampertico P., Agarwal K., Berg T., Buti M., Janssen H.L., Papatheodoridis G., ... and Tacke F. (2017). EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. *Journal of Hepatology*, 67(2): 370-398. doi: 10.1016/j.jhep.2017.03.021.
15. Spradling P. (2024). Hepatitis C CDC Yellow Book 2024. *Travel-Associated Infections & Diseases. Travelers' Health*, 5(28): 1-5. <https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2024/infections-diseases/hepatitis>.
16. Chmielewska A.M., Rychłowska M., Król E., Solarz K., Bienkowska-Szewczyk K. (2015). Wirusowe zapalenie wątroby typu C-nowe metody leczenia i zapobiegania. *Advances in Hygiene and Experimental Medicine/Postepy Higieny i Medycyny Doswiadczalnej*, 69: 946-963. e-ISSN 1732-2693.
17. Chigbu D.I., Loonawat R., Sehgal M., Patel D., Jain P. (2019). Hepatitis C virus infection: Host virus interaction and mechanisms of viral persistence. *Cells*,v8(4):376. doi: 10.3390/cells8040376.
18. Renke M., Páleníček L., Kizskis H., Haraziński P., Sikorska K., Dębska-Ślizień A. (2018). Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C u pacjenta leczonego dializą otrzewnową z powodu przewlekłej choroby nerek oraz u pacjenta po transplantacji nerki-opisy przypadków. *Renal Disease and Transplantation Forum*, 11(2):120-126).
19. Lin M.V., King L.Y., Chung R.T. (2015). Hepatitis C virus-associated cancer. *Annual Review of Pathology: Mechanisms of Disease*, 10(1): 345-370. doi: 10.1146/annurev-pathol-012414-040323.
20. Hoffman K., Leichtling G., Shin S., Seaman A., Gailey T., Spencer H.C., Korthuis P.T. (2025). Peer-assisted telemedicine hepatitis-C treatment for people who use drugs in rural communities: a mixed methods study. *Addiction Science and Clinical Practice*, 20(1): 10. doi: 10.1186/s13722-025-00541-6.
21. Roudot-Thoraval F. (2021). Epidemiology of hepatitis C virus infection. *Clinics and Research in Hepatology and Gastroenterology*, 45(3): 101596. doi.org/10.1016/j.clinre.2020.101596.
22. Cubin M., Luscombe G.M., Mammadova G., Smith K., Hickie C. (2023). Hepatitis C virus monitoring in inpatient psychiatry: Doctors' practice. *Australas Psychiatry*, 31(1):69-72. doi: 10.1177/10398562221133277.
23. Sandoval G.J., Saade G.R., Hughes B.L., Clifton R.G., Reddy U.M., Bartholomew A., ... and Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. (2025). Prediction of Hepatitis C virus perinatal transmission in pregnant individuals with Hepatitis C virus infection. *Obstetrics and Gynecology*, 145(4): 449-452. doi: 10.1097/AOG.0000000000005872.
24. Cannovo N., Bianchini E., Gironacci L., Garbati E., Di Prospero F., Cingolani M., Scendoni R., Fedeli P. (2024). Sexually transmitted infections in adolescents and young adults: A cross section of Public Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(4): 2-22, 501. doi: 10.3390/ijerph21040501.

25. Villena E.Z. (2006). Transmission routes of hepatitis C virus infection. *Annals of Hepatology*, 5(S1): 12-14. doi: 10.1016/S1665-2681(19)31961-1.
26. Simão M., Gonçalves C. (2024). Hepatitis C virus infection in Europe. *Pathogens*, 13(10):841. doi: 10.3390/pathogens13100841.
27. Surveillance Report Hepatitis C Annual Epidemiological Report for 2022. [Hepatitis C Annual Epidemiological Report for 2022](#)
28. Hartleb M., Milkiewicz P., Mach T., Cichoż-Lach H. (2016). Zakażenie HCV-epidemiologia, wyzwania diagnostyczne i szanse stworzone przez nowe terapie. *Gastroenterologia Kliniczna. Postępy i Standardy*, 8(3): 75-84. ISSN 2081-1020.
29. Stasi C., Milli C., Voller F., Silvestri C. (2024). The epidemiology of chronic hepatitis C: where we are now. *Livers*, 4(2): 172-181. doi.org/10.3390/livers4020013.
30. Deeks S.G., Overbaugh J., Phillips A., Buchbinder S. (2015). HIV infection. *Nature Reviews Disease Primers*, 1(1): 1-22. doi.org/10.1038/nrdp.2015.35.
31. Brandt L., Cristinelli S., Ciuffi A. (2020). Single-cell analysis reveals heterogeneity of virus infection, pathogenicity, and host responses: HIV as a pioneering example. *Annual Review of Virology*, 7(1):333-350. doi: 10.1146/annurev-virology-021820-102458.
32. Kontra. Biuletyn Krajowego Centrum ds. AIDS. (2023).1 (95). [Kontra 2023-1.indd](#)
33. Parczewski M., Jabłonowska E., Wójcik-Cichy K., et al. Clinical perspective on human immunodeficiency virus care of Ukrainian war refugees in Poland. *Clinical Infectious Diseases*, 76(10):1708-1715. doi:10.1093/cid/ciad116.
34. Sigel K., Makinson A., Thaler J. (2017). Lung cancer in persons with HIV. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 12(1):31-38. doi: 10.1097/COH.0000000000000326.
35. Teer E., Dominick L, Mukonowenzou N.C., Essop M.F. (2022). HIV-related myocardial fibrosis: inflammatory hypothesis and crucial role of immune cells dysregulation. *Cells*, 11(18):2825. doi: 10.3390/cells11182825.
36. Abdel-Hameed E.A., Masenga S.K. (2024). HIV-related gut damage persists long-term in perinatally acquired HIV and is associated with insulin resistance. *AIDS*, 1;38(8):1265-1266. doi: 10.1097/QAD.00000000000003921.
37. Goussard P., Gie R.P. (2017). HIV-related chronic lung disease in adolescents: are we prepared for the future? *Expert Review of Respiratory Medicine*, 11(12), 969-975. DOI: 10.1080/17476348.2017.1386562.
38. Grossi P.A., Wolfe C., Peghin M. (2024). Non-standard risk donors and risk of donor-derived infections: from evaluation to therapeutic management. *Transplant International*, 2(37):12803. doi: 10.3389/ti.2024.12803.
39. Gierlicka K. Choroby przenoszone przez krew – jak uniknąć zakażenia? *Tropical Med.*, [Choroby przenoszone przez krew – jak uniknąć zakażenia? TropicalMed](#). Dostęp: 2024-10-28.
40. Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych [Internet]. Zranienia ostrymi narzędziami. Przewodnik po rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych [cited 2023 Nov 15]. Available from: <https://www.gov.pl/attachment/590c03fd-f349-4f13-a0e5-77801d45de66>.

41. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Dz U z 2013 r., poz. 696.
42. Bożejko M., Olech K. (2024). Bad luck or a common reality? Multiple exposures a nurse to potentially infectious material: a case report. *Medycyna Pracy*, 186061-186061. doi.org/10.13075/mp.5893.01490.
43. Jia J., Zhu Q., Deng L., Lan G., Johnson A., Chen H., ... and Qian H. Z. (2022). Treatment outcomes of HIV patients with hepatitis B and C virus co-infections in Southwest China: an observational cohort study. *Infectious Diseases of Poverty*, 11(01): 27-33. doi: 10.1186/s40249-021-00921-5.
44. Cichońska M., Maciąg D., Borek M., Konopka I. (2020). Poziom wiedzy personelu medycznego na temat zasad zapobiegania zakażeniom szpitalnym, w tym postępowania po ekspozycji zawodowej na krew i inny potencjalnie zakaźny materiał. *Forum Zakażeń*, 11(5):223-228. doi.org/10.15374/FZ2020036.
45. Easterbrook P.J., Luhmann N., Bajis S., Min M.S., Newman M., Lesi O., and Doherty M.C. (2024). WHO 2024 hepatitis B guidelines: an opportunity to transform care. *The Lancet Gastroenterology and Hepatology*, 9(6): 493-495. [Lancet - Export Citations](#)
46. Karyom D.A.N., Bong-Akee S., Honore E.R., Gael O.M., Collins B.N. (2022). Blood exposure accidents among health care personnel at the Ngaoundere Regional Hospital in Northern Cameroon: Knowledge, practical attitudes, and means of prevention. *Occupational Medicine and Health Affairs*, 10(412):2. ISSN: 2329-6879.
47. Patsopoulou A., Anyfantis I., Papathanasiou IV, Fradelos E.C., Malliarou M., Tsaras K., et al. (2022). Reported injuries from sharp objects among healthcare workers in central Greece. *Healthcare*, 10(7):1249. doi.org/10.3390/healthcare10071249.

OPIEKA NAD NOWORODKIEM URODZONYM SKRAJNIE PRZEDWCZEŚNIE Z ZESPOŁEM ZABURZEŃ ODDYCHANIA

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

Wstęp. Określenie „skrajny wcześniak” definiuje noworodka urodzonego przedwcześnie w czasie od 28. do 31+6. tygodnia wieku płodowego niezależnie od tego, jaka jest jego urodzeniowa masa ciała. Skrajne wcześniactwo w obecnym świecie, mimo stale rozwijającej się wiedzy medycznej to wciąż powszechny i poważny problem. Nie zawsze możliwe jest określenie przyczyny jego występowania. Niesie za sobą wiele powikłań wczesnych oraz późnych. Jednym z nich jest zespół zaburzeń oddychania, związany z brakiem surfaktantu w płucach niedojrzałego noworodka. Zespół zaburzeń oddychania(ang. RDS – *respiratory distress syndrome*) to najpowszechniejsza przyczyna problemów oddechowych występujących u noworodków, której prawdopodobieństwo wystąpienia jest tym większe, im wcześniej nastąpił poród. Inna nazwa tego schorzenia spotykana w literaturze to zespół błon szklistych. Pochodzi ona od wydzieliny, która jest w dużych ilościach wydzielana przez komórki płuc na zaawansowanych etapach choroby [1,2].

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

Opis przypadku: Noworodek płci żeńskiej urodzony w 28. tygodniu ciąży. Poród drogą cięcia cesarskiego. Urodzony z masą ciała 950g w stanie ogólnym średnim. W skali Apgar oceniony na 5, 6, 7, 8 punktów odpowiednio w 1., 3., 5. i 10. minucie życia. Bezpośrednio po porodzie zastosowano 5 oddechów rozprężających i oddechy wentylujące do 2. minuty życia. Noworodek wykazywał istotny wysiłek oddechowy, nie wymagał intubacji. Podano 2 amp. surfaktantu. Noworodek okresowo niespokojny, szczególnie podczas wykonywania czynności pielęgnacyjnych, czemu towarzyszyło okresowe przyspieszanie akcji serca do ok. 200 u/min. Okresowo występowały spadki saturacji, niektóre wymagały stymulacji w postaci zmiany pozycji dziecka lub zwiększenia FiO₂. Wykazywał wysiłek oddechowy z akcją serca 190-200 u/min. Zaobserwowano bezdechy, jednak samoistnie się wyrównywały. Zaobserwowano kilka epizodów desaturacji do 60%. Założono cewniki do naczyń pępowinowych po czym rozpoczęto żywienie pozajelitowe, podawane w ciągłym wlewie o prędkości 3 ml/h, razem z minimalnym żywieniem troficznym. Pomiar głębokiej temperatury ciała wskazał wartość 35,3oC. Noworodka umieszczono w inkubatorze, zabezpieczając

monitoring podstawowych parametrów życiowych. Zaobserwowano zmiany skórne w okolicy pieluszkowej.

W wieku obliczonego od dnia ostatniej miesiączki tj. 36 tygodni noworodek nie wymagał już stałego dopływu tlenu ze względu na prawidłowe wyniki badania gazometrii krwi oraz brak patologicznych zmian w płucach zaobserwowanych w badaniu USG. Masa ciała dziecka wynosiła 2015 g. Dziecko dobrze radziło sobie z przyjmowaniem i tolerowaniem pokarmu. Dziecko w stanie dobrym zostało wypisane do domu. Rodzice zostali poinformowani o konieczności zgłaszania się z nim do stosownych poradni w celu kontroli stanu jego zdrowia i rozwoju.

Proces pielęgnowania.

Diagnoza pielęgnarska	Cel opieki	Planowanie działań
Zaburzenia oddechowe spowodowane niedojrzałością układu oddechowego wcześniaka	Zminimalizowanie wysiłku oddechowego, liczby bezdechów oraz poprawa wydolności oddechowej dziecka.	-stałe monitorowanie parametrów życiowych dziecka (RR, tętno, saturacja, częstość oddechów); -zastosowanie wsparcia oddechowego; -modyfikacja parametrów wsparcia oddechowego w przypadku desaturacji; -stymulacja dotykowa dziecka w przypadku desaturacji; -zmiana pozycji dziecka w przypadku desaturacji; -ograniczenie interwencji, medycznych wykonywanych przy dziecku, do minimum, aby zniwelować stres, manifestujący się przez desaturację; -kontrola drożności kaniul nosowych w celu zoptymalizowania działania wsparcia oddechowego; -dożylna podaż cytrynianu kofeiny zgodnie ze zleceniem lekarskim -dokumentowanie wykonanych czynności, wyników pomiarów

		oraz wykonanych zleceń lekarskich. - zapewnienie dziecku ciszy i spokoju grupując czynności i delikatnie je wykonując zgodnie z zasadami Minimal handling; przestrzegać zasad aseptyki i antysptyki (ochrona przed zakażeniem)
Wystąpienie hipotermii spowodowanej wynikającym z wcześniactwa niedojrzałym mechanizmem termoregulacji oraz wychłodzeniem podczas transportu.	Unormowanie i utrzymanie prawidłowej ciepłoty ciała dziecka.	-umieszczenie dziecka w uprzednio ogrzanym do temp. 35°C inkubatorze; -założenie dziecku czapeczki w celu ograniczenia utraty ciepła; -regularny pomiar temperatury ciała dziecka; -odnotowywanie wyników pomiarów; -dostosowywanie ustawień inkubatora do zmieniającej się temperatury ciała wcześniaka; -uprzednie ogrzewanie przedmiotów, które będą miały kontakt z dzieckiem, np. stetoskopy, czujniki; -upewnianie się, że wcześniak i jego najbliższe otoczenie jest suche, aby ograniczyć utratę ciepła przez parowanie; -podawanie dziecku tylko odpowiednio ogrzanego pokarmu.
Ryzyko wystąpienia infekcji spowodowane długim pobytem w środowisku szpitalnym.	Zminimalizowanie ryzyka wystąpienia infekcji.	-dokładne mycie i dezynfekcja rąk przed kontaktem z dzieckiem i jego otoczeniem; -używanie jałowego sprzętu w opiece nad dzieckiem;

		-obserwacja skóry dziecka pod kątem zmian świadczących o infekcji; -obserwacja okolic założenia kaniul donosowych pod kątem uszkodzenia skóry w tych miejscach; -obserwacja okolicy założenia cewników do naczyń pępowinowych pod kątem cech infekcji, takich jak zaczerwienienie, czy obrzęk; -kontrola temperatury ciała dziecka; -co tygodniowa zmiana zgłębnika żołądkowego; -obserwacja zachowania dziecka pod kątem objawów infekcji np. tkliwość, niepokój, płaczliwość;
Zmiany skórne w okolicy pieluszkowej spowodowane niedojrzałością skóry wcześniaka.	Zniwelowanie zmian skórnych.	-częsta zmiana pampersów: przed każdym karmieniem lub za każdym razem, kiedy pampers jest wilgotny; -delikatne oczyszczanie okolicy krocza z resztek moczu i kału bez nadmiernego pocierania; -zastosowanie zmoczonych wodą gazików zamiast nawilżanych chusteczek; -nakładanie na skórę okolicy pieluszkowej delikatnych natłuszczających kosmetyków dostosowanych do skóry wcześniaka; -dbałość o to, aby pampersy były rozmiarowo dobrane do dziecka i nie obcierały ciała;

		-zapinanie pampersów odpowiednio luźno, aby nie powodować odparzeń; -unikanie stosowania pudrów, aby nie wysuszać nadmiernie skóry.
Zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego spowodowane wcześniactwem. Ryzyko nieprawidłowego wzrastania.	Prawidłowy przyrost masy ciała noworodka. Minimalizowanie ryzyka zaburzeń układu pokarmowego.	- prowadzenie pomiarów masy ciała noworodka, - oceny prawidłowości przyrostu masy ciała, - pomiar wzrostu, - ocena stanu odżywienia, - monitorowanie wyników badań laboratoryjnych, - weryfikowanie przyjmowania pokarmów, - monitorowanie bilansu płynów, - przestrzeganie zasad aseptyki oraz antyseptyki podczas podawania pokarmu, - dokumentowanie prowadzonych procedur

Dyskusja: Zespół zaburzeń oddychania u noworodków urodzonych skrajnie przedwcześnie to temat od lat znany i badany. W naukowej literaturze można znaleźć wiele pozycji, mówiących o ryzyku jego wystąpienia, objawach, czy metodach terapeutycznych. Oczywiście rzeczą jest jednak, że nie każdy przypadek jest taki sam i nie zawsze znajduje on swoje dokładne odzwierciedlenie w piśmiennictwie. Można go jednak porównać do prac innych badaczy w celu sprawdzenia, na ile przebieg choroby i procesu leczenia zgadzają się z przypadkami przez nich opisywanymi.

Jednym z wymienianych w piśmiennictwie czynników ryzyka skrajnie przedwczesnego porodu jest zaawansowany wiek matki. Nourkami-Tutdibi wraz ze współautorami swojego artykułu wskazują, że ciężarne z przedziału wiekowego 35-40 lat są istotnie bardziej narażone na komplikacje, w tym właśnie na poród przedwczesny [3]. To stwierdzenie potwierdzone jest w opisywanym w pracy przypadku, ponieważ matka badanego wcześniaka urodziła go w wieku 36 lat.

Autorzy dzielą przyczyny porodu przedwczesnego na elektywne i spontaniczne. Do drugiej grupy przyczyn Świetliński zalicza sytuacje, kiedy rozwiązanie ciąży jest nieuniknione ze względu na zagrożenie życia matki i/lub dziecka [4]. W opisywanym w pracy przypadku doszło do krwawienia z dróg rodnych u matki, które mogło spowodować zarówno uszczerbek na zdrowiu matki, jak i jej śmierć oraz śmierć płodu. Z tego powodu ciąża została w trybie natychmiastowym rozwiązana w 28. tygodniu ciąży drogą cesarskiego cięcia, a noworodek, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, został zakwalifikowany jako skrajnie niedojrzały wcześniak [1].

R. M. Patel i M. J. Platt w swoich artykułach, wymieniają różne powikłania skrajnego wcześniactwa. Dzielą je na wczesne, które mogą wystąpić bezpośrednio po urodzeniu, bądź w toku hospitalizacji, oraz na późne, czyli takie, które ujawniają się na dalszych etapach rozwoju dziecka i często trwają przez całe jego życie. Do wczesnych powikłań zalicza między innymi zespół zaburzeń oddychania, dysplazję oskrzelowo-płucną, martwicze zapalenie jelit, czy liczne infekcje. Jako jedno z najistotniejszych powikłań późnych zaliczają zaburzenia poznawcze i zaburzenia rozwoju psychoruchowego [5,6]. U branego pod uwagę w pracy noworodka, spośród wymienionych schorzeń zdiagnozowano jedynie ZZO. Był on także istotnie narażony na wystąpienie infekcji. Niewykluczone jest, że z biegiem czasu, na kolejnych etapach rozwoju, wystąpią u niego inne powikłania, np. deficyty poznawcze, jednak na obecną chwilę nie jest możliwe stwierdzenie tego.

Literatura naukowa dostarcza informacji na temat czynników ryzyka rozwinięcia się u noworodka zespołu zaburzeń oddychania. Świetliński objaśnia, że każda sytuacja, kiedy czas trwania ciąży został skrócony i nie doszło do ukończenia 37. tygodnia ciąży, tak jak miało to miejsce w badanym przypadku, powinna być uznawana za ryzykowną. Ponadto określa, że bardziej narażone są płody męskie. Opisywana sytuacja pokazuje, że mimo teoretycznie mniejszego ryzyka, dziecko płci żeńskiej także może być zdiagnozowane z ZZO [7].

Udowodniono różne metody zapobiegania wystąpieniu zespołu zaburzeń oddychania u przedwcześnie urodzonych noworodków. Przykładowo, w piśmiennictwie znaleźć można wzmianki o udowodnionej skuteczności prenatalnej podaży kortykosteroidów przed 34 tygodniem ciąży. Ma to na celu stymulację dojrzewania płuc płodu. Niesie to za sobą pozytywne skutki w prewencji wystąpienia u dziecka zespołu zaburzeń oddychania oraz innych, bardziej odległych w czasie powikłań, tak jak opisują to w swoich artykułach H. Usuda, K. Ninan i ich współautorzy [8, 9]. W opisywanym przypadku nie podano ich ciężarnej kobiecie, w związku z czym noworodek był istotnie bardziej narażony na wystąpienie komplikacji oddechowych, które u niego zdiagnozowano.

Janusz Świetliński wskazuje zastosowanie Skali Silvermana w diagnostyce zespołu zaburzeń oddychania oraz w określeniu, czy dany noworodek wymaga wsparcia oddechowego [7]. Ta informacja znalazła swoje potwierdzenie w opisywanym w niniejszej pracy przypadku. Skala Silvermana skupia się głównie na możliwych do zaobserwowania objawach, wskazujących na obecny u noworodka wysiłek oddechowy, który fizjologicznie nie powinien występować. U opisanego noworodka bezpośrednio po wydobyciu zastosowano dwa wdechy rozprężające, a następnie stwierdzono, iż ma problemy z oddychaniem, wymienione w wyżej opisanej skali. Pozwoliło to na szybkie wdrożenie postępowania terapeutycznego w celu ratowania życia i zdrowia wcześniaka.

Postępowanie z noworodkiem urodzonym skrajnie przedwcześnie z zespołem zaburzeń oddychania zostało opisane w wielu pozycjach literatury medycznej zarówno w Polsce, jak i za granicą. W przedstawionym w pracy przypadku, z noworodkiem postąpiono zgodnie z obowiązującymi obecnie w naszym kraju wytycznymi Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego. Nie wymagał on intubacji, dlatego zastosowano u niego wsparcie oddechowe typu CPAP oraz HFNC, które według Tomasza Szczapy jest najlepszym rozwiązaniem ze względu na małe prawdopodobieństwo wystąpienia u dziecka skutków ubocznych w porównaniu do inwazyjnego wsparcia oddechu [10].

Jerzy Szczapa w opracowanych przez siebie zaleceniach dotyczących stosowania surfaktantu u noworodków zaznacza, że taka interwencja powinna być zastosowana u noworodków urodzonych przedwcześnie w celu poprawy wyników leczenia oraz w celu zapobiegania ciężkiemu uszkodzeniu płuc noworodka [11]. Takie działanie podjęte zostało w opisanym przypadku. Jeszcze przed przetransportowaniem noworodka do oddziału zastosowano u niego 200 mg endogennego surfaktantu. Personel medyczny wybrał podaż leku sposobem LISA, ze względu na jej udowodnioną i opisywaną w piśmiennictwie mniejszą inwazyjność w porównaniu do innych metod terapeutycznej podaży surfaktantu.

W przebiegu całej hospitalizacji opisywanego dziecka jednym z kluczowych elementów było ciągle monitorowanie jego funkcji życiowych. Takie postępowanie jest wielokrotnie wspominane przez autorów, takich jak Świetliński [7], którzy podkreślają, jak ważne dla prawidłowego przebiegu leczenia jest obserwowanie jego efektywności. W zaleceniach Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, dotyczących nieinwazyjnego wsparcia oddechowego u noworodków, Szczapa wyraźnie podkreśla, że nie ma możliwości konkretnego określenia czasu, w jakim wsparcie będzie zastosowane [10]. Głównym wyznacznikiem momentu, kiedy można z niego zrezygnować jest sytuacja, kiedy noworodek nie desaturuje się oraz nie występują u niego epizody bradykardii, czy bezdechu. Opisywany w pracy noworodek

wymagał bycia wspieranym oddechowo przez długi czas, ze względu na powtarzające się często spadki saturacji oraz bezdechy.

W swoim artykule, poświęconemu opiece nad wcześniakiem z problemami oddechowymi, Sochocka, Kędra oraz Bensz zaznaczają, że położne odkrywają we wspomnianej opiece kluczową rolę jako członkinie zespołu terapeutycznego, jako te, które mają z chorym noworodkiem największą styczność [12]. Nie ulega wątpliwości, że było tak również w rozpatrywanej sytuacji. Opisany noworodek był przez długi okres hospitalizowany i otoczony całodobową opieką pracujących na oddziale położnych.

Victoria Karlsson, w swoim artykule z 2022 roku zaznacza, że to właśnie do zadań położnych należy monitorowanie funkcji życiowych hospitalizowanego wcześniaka, dbałość o jego komfort termiczny, pielęgnacja skóry dziecka oraz obserwacja pod kątem cech wystąpienia infekcji [13]. Położne, sprawujące opiekę nad opisywanym noworodkiem, zdecydowanie stosowały się do takich zaleceń. Wszystkie pomiary były odnotowywane w dokumentacji medycznej dziecka, tak samo jak informacje o diurezie i oddawaniu stolca, występowanie niepokojących objawów. Z artykułu Karlsson można dowiedzieć się, że zbyt niska temperatura negatywnie wpływa na stan dziecka, dlatego kiedy w momencie przyjęcia u noworodka stwierdzono niską temperaturę ciała, od razu przystąpiono do ogrzewania go, a w ciągu całej hospitalizacji regularnie sprawdzano jego temperaturę.

Kusari i współautorzy, w artykule na temat pielęgnacji skóry noworodków urodzonych przedwcześnie, podkreślają, że skóra wcześniaka, zwłaszcza tak niedojrzałego, diametralnie różni się od skóry noworodka donoszonego. Z tego względu wymaga ona szczególnej troski, aby nie uległa uszkodzeniu [14]. Autorzy wspomnianego artykułu nie zalecają stosowania nawilżanych chusteczek dla dzieci, ponieważ wiele z nich może powodować podrażnienia i reakcje alergiczne, dlatego skóra opisywanego noworodka była przemywana namoczonymi w wodzie gazikami. Skórę wcześniaka należy bacznie obserwować, szczególnie w okolicy pieluszkowej, o czym wspomina Karlsson w swoim artykule. Zaleca ona też stosowanie preparatów z emolientami [13]. U noworodka w opisywanym przypadku wystąpiły zmiany skórne w okolicy pośladków, które zostały szybko dostrzeżone i odpowiednio zaopiekowane przez personel oddziału, co potwierdza słowa wspomnianych autorów.

Autorzy i badacze są zgodni co do faktu, iż żywienie i dostarczanie wcześniakowi odpowiedniej ilości substancji odżywczych jest jednym z kluczowych elementów skutecznej terapii, umożliwiającej prawidłowy wzrost i rozwój dziecka. Skinner i Narchi we wspólnie opracowanym artykule proponują, aby we wczesnym okresie, bezpośrednio po urodzeniu odbywało się parenteralnie, przez założone dziecku dostępy naczyniowe, równocześnie

z dostarczaniem dziecku enteralnie małych porcji pokarmu w celu zapobiegania atrofii układu pokarmowego. Następnie rekomendują oni stopniowe zwiększanie podawanych dziecku przez sondę porcji pokarmu z zastrzeżeniem, że należy kontrolować, czy jest on przez organizm dziecka dobrze tolerowany [15]. Podobną taktykę zastosowano w opisywanym w niniejszej pracy przypadku. Noworodek, bezpośrednio po urodzeniu karmiony był pozajelitowo w ciągłym, powolnym wlewach równoczesną podażą enteralną minimalnych porcji pokarmu. Ze względu na dobrą tolerancję pokarmu stopniowo zwiększano ilość pokarmu podawanego dziecku przez sondę do żołądka, jednak dopiero w 10. dniu życia dziecka całkowicie odstawiono żywienie pozajelitowe.

Sochocka, Kędra i Bensz podkreślają, jak ważne w sprawowaniu opieki jest branie pod uwagę nie tylko małego pacjenta, ale i jego rodziców, którzy niejednokrotnie potrzebują wsparcia oraz edukacji, aby skutecznie opiekować się swoim dzieckiem budować z nim więź. W ten sposób zapewniana jest kompleksowość opieki [12]. W opisywanym przypadku ten warunek został jak najbardziej spełniony, ponieważ rodzice mieli możliwość odwiedzania swojego dziecka i towarzyszenia mu w czasie hospitalizacji. Zostali oni również wyedukowani w zakresie sprawowania opieki i dostosowywania ich do potrzeb dziecka nie tylko w szpitalu, ale i w domu.

Wnioski.

1. Skrajne wcześniactwo stanowi duże wyzwanie dla całego zespołu terapeutycznego OITN, w którym bardzo ważną rolę odgrywają pielęgniarki/położne.
2. Nieinwazyjne wsparcie oddechowe jest dobrze tolerowane przez wcześniaki.
3. W przypadku zespołu zaburzeń oddychania stałe monitorowanie funkcji życiowych wcześniaka jest kluczowe.
4. Zmiana pozycji ciała dziecka i stymulacja są skuteczne w przypadku bradykardii i bezdechu.
5. Wczesne wprowadzenie żywienia enteralnego korzystnie wpływa na układ pokarmowy wcześniaka, tolerancję pokarmu i przybieranie na wadze.

Piśmiennictwo:

1. Gadzinowski J. Kęsiak M. Definicje, terminologia, zasady organizacji opieki nad noworodkiem. W: Szczapa J(red.). Neonatologia. PZWL Wydawnictwo Lekarskie. Warszawa 2022; 1-20.
2. Musialik-Świetlińska E. Adaptacja układów krążenia i oddechowego płodu i noworodka do środowiska pozamacicznego W: Świetliński J(red.). Neonatologia tom 1. PZWL Wydawnictwo Lekarskie. Warszawa 2021; 65-72.

3. Nourkani-Tutdibi N., Tutdibi E., Faas T. et al. Neonatal Morbidity and Mortality in Advanced Aged Mothers-Maternal Age Is Not an Independent Risk Factor for Infants Born Very Preterm. *Frontiers in Pediatrics*; 2021; 9; 1-10.
4. Świetliński J. Noworodek urodzony przedwcześnie – wcześniak. W: Świetliński J.(red.). *Neonatologia tom 1*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie. Warszawa 2021; 157-168.
5. Patel RM. Short and Long-Term Outcomes for Extremely Preterm Infants. *Am J Perinatol*. 2016; 33(3); 318–328.
6. Platt M. J. Outcomes in preterm infants. *Public Health*. 2014; 128(5); 399-403.
7. Świetliński J. Problemy oddechowe. W: Świetliński J.(red.) *Neonatologia tom 2*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie. Warszawa 2016; 69-192.
8. Usuda H., Carter S., Takahashi T. et al. Perinatal care for the extremely preterm infant. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*. 2022; 27; 1-12.
9. Ninan K., Liyange S.K., Murphy K.E. et al. Evaluation of Long-term Outcomes Associated With Preterm Exposure to Antenatal Corticosteroids A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Pediatr*. 2022; 176(6);
10. Szczapa T. Nieinwazyjne wsparcie oddychania u noworodków. W: *Standardy Opieki Medycznej nad Noworodkiem w Polsce. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego*. Wydanie IV. Warszawa 2021; 199-204.
11. Szczapa J. Zalecenia dotyczące stosowania surfaktantu u noworodków. W: *Standardy Opieki Medycznej nad Noworodkiem w Polsce. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego*. Wydanie IV. Warszawa 2021; 173 -178.
12. Sochocka L., Kędra E., Bensz D., Planowanie opieki pielęgniarskiej and noworodkiem z zaburzeniami oddychania, wentylowanym mechanicznie. *Studium przypadku. Pielęgniarstwo Polskie*; 2017; 2(64); 338-345.
13. Karlsson V., Thernström Blomqvist Y., Ågren J. Nursing care of infants born extremely preterm. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*. 2022; 27; 1-5.
14. Kusari A., Han A.M., Virgen C.A. et al. Evidence-based skin care in preterm infants. *Pediatric Dermatology*. 2019; 36; 16-23.
15. Skinner A.M., Narchi H. Preterm nutrition and neurodevelopmental outcomes. *World J Methodolog* 2021; 11(6); 278-293.

ZADANIA PIELEŃNIARKI W OPIECE NAD DZIECKIEM Z ASTMĄ OSKRZELOWĄ – STUDIUM PRZYPADKU

ALICJA SZYMAŃSKA, DOROTA MILECKA

Wstęp. Zgodnie z definicją sformułowaną przez ekspertów GINA (ang. *Global Initiative for Asthma*-Światowej Inicjatywy dla Astmy), astma jest chorobą heterogenną, charakteryzującą się przewlekłym zapaleniem dróg oddechowych. Najczęściej występujące objawy to świszczący oddech, duszność, ucisk w klatce piersiowej i kaszel, które zmieniają się w czasie i w intensywności wraz ze zmiennym ograniczeniem przepływu powietrza wydechowego i zmienną obturacją dróg oddechowych [1]. U dzieci i młodzieży u których występuje alergiczny nieżyt błony śluzowej czy atopowe zapalenie skóry, istnieje większe ryzyko rozwinięcia się astmy. Schorzenie to należy podejrzewać w przypadku, gdy współistnieją takie objawy jak duszność, świsty, kaszel, ucisk w klatce piersiowej czy pogorszenie tolerancji wysiłku fizycznego. Objawy te najczęściej występują w nocy lub nad ranem. Do nasilenia ich prowadzi kontakt z alergenem, infekcje wirusowe, wysiłek fizyczny, dym papierosowy czy zanieczyszczone powietrze. Wyróżnia się również astmę oskrzelową o późnym początku - u osób dorosłych, u których występuje otyłość. U dzieci powinny niepokoić częste, nawracające infekcje wirusowe dróg oddechowych przebiegające z obturacją oskrzeli, które mogą sugerować astmę oskrzelową [2]. Astma, będąc chorobą przewlekłą, stanowi nie tylko wyzwanie zdrowotne, ale także i społeczne. Dzieci chorujące przewlekłe często są przekonane o swoim nieodpowiednim wyglądzie i słabej sprawności psychofizycznej. Niska samoocena prowadzi do braku pewności siebie, niezdecydowania, deprywacji potrzeb oraz frustracji, której konsekwencjami są negatywne reakcje emocjonalne i zaburzenia równowagi psychicznej [3]. Zgodnie z danymi Narodowego Funduszu Zdrowia, w Polsce w 2022 roku żyło 1,97 mln osób z astmą, natomiast w 2019 r. żyło 2,2 mln (5,7% populacji) osób z astmą i liczba utrzymywała się na zbliżonym poziomie jak w latach 2013–2019. W przeliczeniu na liczbę ludności, najwyższą liczbę pacjentów obserwowano w przypadku grupy wiekowej 6 –10 lat, w szczególności w przypadku chłopców (15,2 tys. na 100 tys. dzieci w tej grupie wiekowej) [4, 5]. Astma powoduje przewlekły stan zapalny oskrzeli co znacznie ogranicza przepływ powietrza i powoduje ich nadreaktywność. Czynniki powodującymi ten stan są: skurcze mięśni gładkich oskrzeli, obrzęk błony śluzowej oskrzeli, powstające czopy śluzowe i zalegająca wydzielina śluzowa w oskrzelach oraz trwała przebudowa oskrzeli [6]. Czynniki ryzyka zachorowania dzielą się na: czynniki osobnicze takie jak: predyspozycje genetyczne (atopia, nadreaktywność oskrzeli), płeć (częściej dorosłe kobiety i chłopcy do lat 18), rasa

czarna i otyłość oraz czynniki środowiskowe, które wpływają na osoby z predyspozycją: alergeny wewnątrz pomieszczeń (m.in. roztocze kurzu, sierść zwierząt, pleśń), alergeny środowiska zewnętrznego (m.in. pyłki traw i drzew), dym tytoniowy, wirusowe zakażenia układu oddechowego w dzieciństwie, zanieczyszczenia powietrza, dieta wysoko przetworzona [7]. Dydak w pracy doktorskiej pt. Ocena wybranych parametrów immunologicznych u osób z atopią i astmą oskrzelową eksponowanych na różne czynniki środowiskowe, wykazała, że: niższe stężenia IgE występowały u pacjentów z astmą oskrzelową zamieszkujących w gospodarstwie rolnym, mający kontakt ze zwierzętami [8]. Dostępne są również badania dotyczące czynników mających wpływ na zmniejszenie ryzyka zachorowania dziecka na astmę, już w życiu prenatalnym. Udowodniono, że otyłość matki w czasie ciąży była związana ze zwiększonym ryzykiem astmy i świszczącego oddechu u potomstwa [9]. Z kolei badanie Hornsby i wsp. wykazało, że ekspozycja na witaminę D podczas rozwoju płodowego wpływa na układ odpornościowy noworodka, co może przyczyniać się do ochrony przed skutkami astmy, chorobami zakaźnymi, we wczesnym okresie życia [10]. Natomiast w badaniach nad czynnikami zwiększającymi ryzyko zachorowania dziecka na astmę oskrzelową zwrócono uwagę na spożywanie folianów i kwasu foliowego przez kobietę w ciąży. Zauważono, że suplementacja w dawce zalecanej lub wyższej i dodatkowo dieta bogata w foliany, zwiększa nieznacznie ryzyko zachorowania na astmę oskrzelową u dzieci [11]. Optymistyczne wyniki swoich badań opublikowali Kusunoki i wsp. wykazując, że większe spożycie owoców może pomóc w zapobieganiu objawom alergii układu oddechowego u dzieci w wieku szkolnym [12]. Ukleja-Sokołowska i wsp. w poszukiwaniu odpowiedzi czy dieta wywiera wpływ na rozwój innych chorób atopowych, dokonali przeglądu najnowszych publikacji na ten temat, wykazując ewidentny związek pomiędzy astmą oskrzelową a otyłością. Obecnie wyodrębnia się charakterystyczny fenotyp astmy związanej z otyłością. Istnieje szereg dowodów, że utrata masy ciała powoduje poprawę kontroli astmy oskrzelowej w tym fenotypie astmy. Co więcej przyrost masy ciała pogarsza przebieg astmy [13]. Wyżej przedstawione wyniki badań udowadniają, że ekspozycja na alergeny już od okresu niemowlęcego, ma znaczący wpływ na rozwój immunotolerancji i zmniejszenie ryzyka zachorowania na astmę oskrzelową w latach późniejszych. Ze względu na różnorodność czynników wywołujących astmę można wyróżnić: astmę alergiczną i niealergiczną. Astma alergiczną najczęściej rozpoznawana jest w dzieciństwie i nierzadko współtowarzyszą jej atopowe zapalenie skóry, alergiczne zapalenie spojówek czy alergiczny nieżyt nosa. Natomiast astma niealergiczną zazwyczaj dotyka dorosłe osoby. Na poziomie molekularnym wyróżnia się astmę związaną z odpowiedzią immunologiczną typu Th2 oraz bez tej odpowiedzi [6]. Według standardów rozpoznawania

i leczenia astmy Polskiego Towarzystwa Alergologicznego, Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc i Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej podstawą prawidłowego zdiagnozowania astmy oskrzelowej u dzieci jest szczegółowy wywiad, badanie przedmiotowe oraz badania specjalistyczne. Ocenia się współwystępowanie typowych objawów, ich zmienność w czasie i współistnienie innych chorób alergicznych. W trakcie badania przedmiotowego potwierdzić należy obturację dróg oddechowych (osłuchowo stwierdzone świsty i fureczenia) i zmienność obturacji w badaniach wydolności układu oddechowego (próba rozkurczowa, pomiar szczytowego przepływu wydechowego ang. *peak expiratory flow* – PEF). Pomocne są badania dodatkowe takie jak testy skórne czy oznaczenie swoistych alergenowo immunoglobulin E w surowicy. Potwierdzają one etiologię alergiczną objawów [2]. Typowymi objawami astmy oskrzelowej są: świsty wdechowe i wydechowe (niekiedy słyszalne bez użycia stetoskopu), kaszel suchy, napadowy i uporczywy, często występujący po wysiłku, w nocy bądź nad ranem [14,15].

W diagnostyce bardzo przydatne są badania specjalistyczne: pomiar stężenia tlenu azotu w wydychanym powietrzu (wynik dodatni potwierdza obecność stanu zapalnego w drogach oddechowych); spirometria, która wymaga współpracy ze strony pacjenta dlatego wykonywana jest dopiero od 6-7 roku życia [15]; szczytowy przepływ wydechowy (PEF); RTG klatki piersiowej; pulsoksymetria; gazometria krwi tętniczej; badania wykrywające alergię IgE-zależną; badanie płwociny indukowanej w kierunku eozynofilii [16].

Leczenie astmy polega na podawaniu leków kontrolujących przebieg choroby oraz leków podawanych doraźnie w trakcie wystąpienia objawów [16,17]. Jedną z głównych metod leczenia jest leczenie inhalacyjne, czyli przyjmowanie leku drogą wziewną - inhalatorem lub nebulizatorem [18]. Preferowaną metodą podawania leków w astmie jest aerozoloterapia. U dzieci powyżej 5 roku życia zalecaną metodą inhalacji jest inhalator suchego proszku (DPI), inhalator ciśnieniowy z dozownikiem (pMDI) i komorą inhalacyjną (KI). Nebulizacja w większości przypadków jest metodą alternatywną, z wyjątkiem ciężkiego zaostrzenia astmy (brak poprawy po lekach z pMDI), nietolerancji pMDI i występowania leku jedynie w formule nebulizacyjnej [2]. Postępowanie farmakologiczne zależne jest od stopnia zaawansowania astmy [19]. W wytycznych GINA 2023 zwrócono szczególną uwagę na znaczenie postępowania niefarmakologicznego w leczeniu astmy, czyli: partnerską współpracę z chorym, która umożliwia nawiązanie właściwej relacji; aktywność fizyczną i ćwiczenia oddechowe, które zmniejszają nasilenie objawów astmy i pomogą nad nimi lepiej panować. Zalecanymi sportami są: piłka nożna, koszykówka, gimnastyka, pływanie i tenis stołowy [17]. Wystarczająco szybka identyfikacja modyfikowalnych czynników ryzyka pozwoli je zauważyć

i znacząco ograniczyć, a są to m.in. problemy psychologiczne, problemy społeczne, zanieczyszczenie powietrza, przyjmowanie leków, które mogą zaostrzyć astmę (beta-blokery czy NLPZ) [19]. W celu kontroli skuteczności terapii rodzice powinni cyklicznie przeprowadzać wraz z dzieckiem test kontroli astmy wieku dziecięcego (wynik równy i poniżej 19 pkt. świadczy o nieskutecznym leczeniu astmy) [20]; PEF, dzięki któremu można ocenić stopień ciężkości choroby, skuteczność leczenia oraz wcześnie rozpoznać zaostrzenie stanu chorobowego [21,22,23]. Opieka pielęgniarska powinna uwzględniać całą złożoną sytuację dziecka przewlekłe chorego w aspekcie bio-psycho-społecznym, że szczególnym akcentem na edukację i wsparcie emocjonalne [25,26]. Konieczna jest umiejętność rozpoznawania przez rodziców objawów astmy, takich jak: słyszalne świsty wdechowe i wydechowe, kaszel suchy, napadowy i uporczywy, często występujący po wysiłku, w nocy bądź nad ranem oraz duszność [14,15]. Wiedza na temat choroby pozwoli rodzicom zareagować w porę i podać odpowiednie leki. Najczęściej w trakcie ataku astmy oskrzelowej stosowany jest inhalator ciśnieniowy z dozownikiem. Niezbędna jest pomoc pielęgniarki w wyjaśnieniu i nauce jak prawidłowo przyjąć lek w takiej formie. Dziecko musi delikatnie włożyć do ust otwór inhalatora, a następnie równocześnie w trakcie nabierania wdechu, nacisnąć dozownik leku (u małych dzieci wymagane jest użycie komory inhalacyjnej) [18]. W przypadku przyjmowania przez dziecko GKS wziewnych, rodzice powinni zadbać o higienę jamy ustnej dziecka, prosząc go, aby przepłukało jamę ustną i gardło wodą [27]. Należy zwrócić uwagę, aby dziecko w trakcie duszności przyjęło odpowiednią pozycję ciała, która ułatwi mu oddychanie, najważniejsze jest, aby głowa była uniesiona, a kark wyprostowany [24]. W celu ograniczenia postępu choroby niezbędna jest edukacja rodziców także na temat czynników wywołujących zaostrzenie objawów chorobowych. Rodzice powinni pilnować, aby dziecko ograniczyło lub nie miało kontaktu z alergenami, na które jest uczulone. Należy wzmocnić układ immunologiczny, aby nie dochodziło do zakażeń wirusowych czy bakteryjnych dróg oddechowych, które mogą zaostrzyć astmę. Edukacja rodziców dotyczy również kwestii zdrowego trybu życia. Dziecko nie powinno przebywać w pobliżu dymu tytoniowego. Umiarkowany wysiłek fizyczny jest zalecany, ale nie może doprowadzić do hiperwentylacji. Rodzice powinni chronić swoje dziecko przed stresem. Zalecane jest, aby rodzina nauczyła się rozpoznawać swoje emocje i panować nad nimi. Objawy astmy zależne są również od warunków pogodowych, niekorzystne jest, aby dziecko było narażone na działanie zimnego powietrza, nagłych wahań temperatury czy dużej wilgotności powietrza [28]. Dzięki takiemu postępowaniu można uzyskać dobrą kontrolę astmy rozumianą jako: zmniejszenie intensywności objawów jak kaszel

i duszność, rzadkie używanie leków ratunkowych, dobrą tolerancję wysiłku oraz możliwość uprawiania sportu [29].

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

Materiał i metody. Badanie dotyczy sześciolatniego chłopca, który został przyjęty na oddział pediatryczny w szpitalu powiatowym w Głogowie, w trybie nagłym z kaszlem i narastającą dusznością. Badanie zostało przeprowadzone metodą indywidualnego przypadku za pomocą technik badawczych takich jak: wywiad, pomiar, obserwacja, elementy badania przedmiotowego oraz analiza dokumentacji medycznej. W pracy wykorzystano narzędzia badawcze: kwestionariusz wywiadu, skalę oceny bólu VAS, wzrostomierz, wagę, termometr, ciśnieniomierz, pikfłometr, pulsoksymetr, siatki centylowe do oceny wzrostu, masy ciała i BMI. Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej PANS w Głogowie nr 39/2023. Przed rozpoczęciem badania uzyskano stosowne zgody na jego przeprowadzenie od władz szpitala a także od rodziców pacjenta.

Opis przypadku. Ocena stanu bio-psycho-społecznego pacjenta oraz jego środowiska:

Alergie/uczulenia: alergia wziewna na pyłki roślin.

Pomiary: Masa ciała: 36,1 kg (powyżej 97 centyla), wzrost: 134 cm (powyżej 97 centyla); BMI: 20,1 (powyżej 95 centyla).

Układ nerwowy i narządy zmysłów: Stan świadomości prawidłowy, wynik wg skali Glasgow: 15. Drgawki nie występują. Sen: zaburzony przez ataki kaszlu w nocy; narządy zmysłów: słuch, węch – prawidłowe. Występuje zaczerwienienie, swędzenie, łzawienie i pieczenie oczu w przebiegu atopowego zapalenia spojówek.

Układ krążenia: RR: 115/80 mmHg; Tętno: 148 u./min.; Temperatura ciała: 36,7°C. Skóra: różowa. Obręzków: brak.

Układ oddechowy: Oddech przyśpieszony, występuje duszność oraz wilgotny, napadowy kaszel z utrudnionym odkrztuszaniem wydzieliny, a także śluzowy katar.

Układ pokarmowy: Apetyt zwiększony. W badaniu fizykalnym jamy ustnej nie stwierdza się zmian zapalnych. Dziecko do chwili przyjęcia na oddział było na diecie ogólnej. Z wywiadu wynika, że chłopiec spożywa zbyt dużo słodczy i chipsów.

Układ moczowo-płciowy: Diureza w normie, mocz o zabarwieniu słomkowym. Nie występują trudności/dolegliwości w oddawaniu moczu. Dziecko korzysta z WC.

Układ kostno-stawowo-mięśniowy: Postawa ciała oraz napięcie mięśniowe: prawidłowe. Dziecko porusza się samodzielnie. Ruchomość w stawach pełna.

Stan skóry, błon śluzowych, uzębienia: Skóra różowa, elastyczna bez zmian skórnych. Stan uzębienia: prawidłowy i adekwatny do wieku. Stan higieniczny jamy ustnej i uzębienia: zęby czyste. Stan higieniczny skóry, włosów, paznokci, ubrania w dniu przyjęcia: bardzo dobry.

Ból: Dziecko skarży się na ból w okolicy żeber podczas kaszlu i duszności. Ocena bólu przez dziecko w skali VAS – 6 pkt.

Przebyte choroby oraz trwale następstwa chorób istotne w opiece nad dzieckiem: częste infekcje układu oddechowego, nawracające epizody świszczącego oddechu, wycięcie migdałków podniebiennych - sierpień 2022 r.

Szczepienia obowiązkowe: kompletne.

Dane dotyczące porodu: poród naturalny; punktacja w skali APGAR: 10 pkt, ciąża - 1, poród – 1, masa przy urodzeniu – 3100 g, długość ciała 50 cm.

Stan psychiczny dziecka i nastrój, nastawienie do pobytu w szpitalu: dziecko boi się pobytu w szpitalu.

Rozwój psychoruchowy: Rozwój psychoruchowy oraz mowa: adekwatne do wieku. Widoczna jest niechęć do kontaktów rówieśniczych z powodu jak samo dziecko podaje nadwagi, dodatkowo dzieci w grupie przedszkolnej dokuczają chłopcu z powodu wysokiego wzrostu. Kontakt z dorosłymi: nieśmiały, ale utrzymany.

Wywiad środowiskowy: Rodzina pacjenta jest pełna: oboje rodziców i siostra bliźniaczka, która także wykazuje alergię, ale objawy są mniej dokuczliwe. Chłopiec uczęszcza razem z siostrą do zerówki. Chłopiec w porównaniu do siostry jest wycofany w kontaktach z innymi i nieśmiały. Matka w wieku 37 lat, pracuje w trybie zmianowym, bez nałogów. Ojciec w wieku 31 lat, pracuje jako górnik na kopalni, bez nałogów, od dzieciństwa choruje na astmę oskrzelową - aktualnie bez objawów. Warunki materialne i bytowe bardzo dobre. Rodzina mieszka na obrzeżach miasta w 4 pokojowym mieszkaniu, z dużym ogrodem na zewnątrz. W domu przebywa pies. Chłopiec aktywny fizycznie, gra w piłkę nożną i spędza dużo czasu w ogrodzie. Rodzina wykazuje pełną wydolność opiekuńczą. Matka deklaruje gotowość przebywania razem z dzieckiem na oddziale. Rodzice nie zgłaszają żadnych szczególnych wskazówek dotyczących opieki nad dzieckiem podczas pobytu w szpitalu (np. nawyków dziecka).

Charakterystyka ogólnego stanu zdrowia pacjenta. Pierwszy dzień obserwacji. Sześcioletni chłopiec przyjęty został na oddział pediatryczny, w trybie nagłym z powodu duszności i kaszlu o charakterze napadowym z utrudnionym odkrztuszaniem wydzieliny. Chłopiec ma zdiagnozowaną alergię na trawy, żyto, leszczynę, olchę, brzozę, sierść psa i roztocze kurzu domowego. Z wywiadu wynika, że nawracające epizody świszczącego oddechu i przewlekły

nieżyt nosa powtarzają się okresowo. Jest to już kolejny pobyt dziecka w szpitalu. W badaniu fizykalnym stwierdzono wzmożony wysiłek oddechowy oraz ruch skrzydełek nosa. Saturacja krwi włosniczkowej wyniosła 97%, wynik badania gazometrycznego krwi w normie. Lekarz podczas osłuchiwania rozpoznał ściszony szmer oddechowy, pojedyncze świsty oraz wydłużoną fazę wydechu. Stwierdził również katar śluzowy z powodu ANN (alergicznego nieżytu nosa) oraz ostre atopowe zapalenie spojówek. Wykonano pomiar parametrów życiowych: temperatura ciała wynosiła 36,7⁰C; ciśnienie tętnicze krwi 115/80 mmHg, tętno: 148 u./min.; oddech – 35/ na minutę. Zebrano następujące pomiary: waga 36,1 kg (99centyl), wzrost 134 cm (95 centyl), BMI 20,1 (centyl 97) z których wynika, że dziecko jest na granicy normy masy ciała i należy wdrożyć działania prewencyjne nie dopuszczając do otyłości. Dziecko skarżyło się na ból klatki piersiowej i wskazało na 6 w skali VAS. Skóra czysta, bez zmian patologicznych. Założono wkłucie obwodowe w prawym dole łokciowym i pobrano krew do badań laboratoryjnych (morfologia krwi, poziom elektrolitów, biochemia, TSH i FT4) oraz mocz do badania ogólnego w tym do oceny mikroskopowej jego osadu. Przy przyjęciu pacjent był przestraszony z powodu hospitalizacji i nieufny wobec personelu medycznego. Dziecko wraz z matką zostało umieszczone na sali dwuosobowej, ze stałym dostępem do aparatury monitorującej, tlenu oraz zestawu do intubacji. W związku z kaszlem i dusznością podano salbutamol i budesonid w nebulizacji zgodnie z kartą zleceń lekarskich. Po zakończonej nebulizacji stan dziecka się poprawił, kaszel i duszność wyraźnie zmniejszyły się. Zmierzono jeszcze raz ciśnienie tętnicze krwi, które wynosiło 100/65 mmHg, tętno 76 u./min. oraz saturację - 98%. Przeprowadzono edukację matki dziecka na temat postępowania po inhalacji (płukanie jamy ustnej wodą oraz umycie zębów, a także mycie wodą maski twarzowej po każdej inhalacji). Nebulizację wykonano jeszcze raz przed snem. Na koniec dnia chłopiec ocenił odczuwanie bólu na poziomie 3 pkt. w skali VAS, a później zasnął. W nocy chłopca wybudzały nagłe ataki kaszlu. Zmierzono saturację, która wynosiła 96% wysycenia krwi tlenem oraz wykonano pomiar tętna: 100 uderzeń na minutę. Na zlecenie lekarza wykonano nebulizację z salbutamolem i budesonidem, po której wzrósł poziom saturacji do 98%, a tętno spadło do 75 uderzeń na minutę. Kaszel ustąpił i dziecko zasnęło.

Drugi dzień obserwacji. Rano chłopiec w stanie ogólnym dobrym. O godzinie 7:30 zmierzono parametry życiowe, temperatura wynosiła 36,6⁰C, ciśnienie tętnicze krwi 100/65 mmHg, tętno 76 u./min. oraz saturacja - 98%. Dziecko chętnie zjadło śniadanie. Po śniadaniu pobrano krew na gazometrię oraz podano salbutamol i budesonid w nebulizacji zgodnie z kartą zleceń lekarskich. Następnie dziecko miało wykonane zdjęcie RTG płuc, które nie wykazało zmian patologicznych. Po powrocie z badania chłopiec był przygnębiony, ponieważ musiał zdjąć

koszulkę do badania, a jak sam przyznał wstydzi się swojego wyglądu z powodu nadwagi. Wy tłumaczono dziecku, że to badanie było konieczne i nikt nie ocenia jego wyglądu. Zwrócono uwagę na mocne strony chłopca, że przewycięża strach i bardzo dobrze współpracuje z personelem medycznym. Porozmawiano z rodzicami chłopca na temat podnoszenia pewności siebie u syna, aby nie czuł się gorszy od rówieśników. Poruszono także kwestię wprowadzenia diety odchudzającej oraz większej aktywności ruchowej. Po kolacji wykonano kolejną nebulizację, po której chłopiec nie zgłaszał żadnych dolegliwości. Chłopiec przespał noc z jednym epizodem kaszlu, który był zdecydowanie łagodniejszy niż noc wcześniej.

Trzeci dzień obserwacji. Rano chłopiec w stanie ogólnym dobrym, apetyt, pragnienie i wydalanie prawidłowe. Pacjent jest pogodny i nie zgłasza żadnych dolegliwości. O godzinie 7:30 zmierzono parametry życiowe temperatura ciała wynosiła 36,5°C, ciśnienie tętnicze krwi 100/70 mmHg, tętno 70 u./min. oraz saturacja krwi równa 98%, liczba oddechów 21 na minutę. Po śniadaniu wykonano nebulizację, po której chłopiec wypłukał jamę ustną wodą przegotowaną. O godzinie 11.30 usunięto wkłucie dożylnie, nie stwierdzono objawów stanu zapalnego ani innych nieprawidłowości. Ze względu na dobry stan dziecka podjęto decyzję o wypisie ze szpitala. Przy wypisie poinformowano rodziców o konieczności przestrzegania zaleceń lekarskich, kontynuowania leczenia w poradni specjalistycznej oraz podjęcia działań profilaktycznych ograniczających zaostrzenie choroby takich jak: ograniczenie masy ciała, przestrzeganie zasad zdrowego odżywiania, zapisanie dziecka na zajęcia sportowe i wspólne uprawianie sportu. Wyjaśniono również konieczność unikania czynników wywołujących objawy astmy, alergicznego nieżytu nosa oraz atopowego zapalenia spojówek (m.in. pyłki traw i drzew oraz unikanie kontaktu z psem). Edukowano rodziców na temat objawów astmy, postępowania w nagłym ataku astmy oraz zasad postępowania w związku ze stosowaniem wGKS.

Opis wybranego modelu pielęgnowania. W opiece nad dzieckiem chorym na astmę oskrzelową został zastosowany model pielęgnowania - adaptacyjny Callisty Roy, z uwagi na jego ukierunkowanie na pacjentów przewlekle chorych [30].

Proces pielęgnowania dziecka z astmą oskrzelową

1. Diagnoza pielęgniarska: Duszność napadowa spowodowana atakiem astmy oskrzelowej [31].

Cel: Zniwelowanie duszności i przywrócenie prawidłowego oddychania.

Interwencje:

- Ocena parametrów życiowych 2 razy dziennie (przed śniadaniem i przed snem): temperatura ciała, ciśnienie tętnicze krwi, tętno oraz saturacja krwi

- Pomiar PEF przed podaniem i po podaniu leków
- Podanie tlenu, gdyby procentowa zawartość tlenu wyniesie poniżej 97%. Początkowo doraźnie, następnie na zlecenie lekarza
- Ocena nasilenia duszności i obserwacja pacjenta w kierunku pogorszenia lub poprawy stanu zdrowia
- Podanie leków rozszerzających oskrzela i przeciwzapalnych (salbutamol, budesonid w inhalacji) według zlecenia lekarskiego
- Po inhalacji przepłukanie jamy ustnej, umycie zębów przez dziecko w celu zminimalizowania ryzyka infekcji grzybiczej oraz chrypki

Realizacja: Plan opieki został zrealizowany w całości.

Ocena: Duszność została zmniejszona, przywrócono prawidłowy oddech.

2. Diagnoza pielęgniarska: Trudności w odkrztuszaniu wydzieliny spowodowanej procesem chorobowym. Nieefektywne oczyszczanie drzewa oskrzelowego ze śluzu związane z procesem chorobowym [32].

Cel: Zapewnienie drożności dróg oddechowych i efektywnej wymiany gazowej

Interwencje:

- Utrzymanie prawidłowego mikroklimatu na sali tj. temperatura poniżej 22⁰C, wilgotność 40-45%
- Przeprowadzenie zabiegów fizjoterapeutycznych: ćwiczeń oddechowych, w tym techniki kontroli oddechu
- Edukacja pacjenta oraz jego rodziny na temat istoty zabiegów fizjoterapeutycznych oraz techniki ich wykonania: nauczanie dziecka efektywnego kaszlu, wykonywania ćwiczeń oddechowych, w tym techniki kontroli oddechu

Realizacja: Plan opieki został zrealizowany w całości.

Ocena: Poprawiono drożność dróg oddechowych oraz wymianę gazową. Nauczono dziecko jak sobie radzić w przypadku ataku astmy za pomocą zabiegów fizjoterapeutycznych.

3. Diagnoza pielęgniarska: Ból klatki piersiowej spowodowany napadami kaszlu i dodatkową pracą mięśni oddechowych.

Cel: Zminimalizowanie odczuwanego bólu przez dziecko.

Interwencje:

- Ocena bólu w skali VAS przed i po nebulizacji
- Kontrolowanie nasilenia kaszlu i jego efektywności oraz obserwacja ewentualnych problemów z oddychaniem

- Zachęcenie dziecka to próby przyjęcia różnych pozycji podczas kaszlu jak na przykład w lekkim pochyleniu do przodu. Zachęcenie dziecka do wykonywania głębokich wdechów i spokojnych wydechów co może pomóc w pracy mięśni oddechowych i redukcji napięcia

Realizacja: Plan opieki został zrealizowany w całości.

Ocena: Zminimalizowano odczuwany ból u dziecka.

4. Diagnoza pielęgniarska: Dolegliwości związane z katarą śluzowym (kichanie, swędzenie, wyciek wydzieliny) z powodu alergicznego nieżytu nosa

Cel: Złagodzenie nasilenia kataru śluzowego z powodu alergicznego nieżytu nosa.

Interwencje:

- Eliminacja czynników wyzwalających alergię (zmiana otoczenia, wietrzenie pomieszczeń, kąpiel całego ciała pod prysznicem)
- Monitorowanie okoliczności wystąpienia objawów kataru śluzowego oraz stopnia jego nasilenia
- Edukacja pacjenta i rodziców na temat przyczyn i objawów alergicznego nieżytu nosa oraz metod łagodzenia objawów m.in. stosowanie leków przeciwhistaminowych i steroidowych przepisanych przez lekarza oraz używanie nawilżaczy powietrza (jednorazowych lub wymiennych poddawanych sterylizacji) w celu zapobiegania wysuszeniu błony śluzowej nosa
- Edukacja rodziców dotycząca stworzenia środowiska domowego wolnego od alergenów, poprzez regularne oczyszczanie powietrza, unikanie dywanów i tapicerki oraz stosowanie pokrowców na poduszki i materace

Realizacja: Plan opieki został zrealizowany w całości.

Ocena: Objawy kataru śluzowego zostały złagodzone.

5. Diagnoza pielęgniarska: zaczerwienienie, swędzenie, łzawienie i pieczenie oczu w przebiegu atopowego zapalenia spojówek

Cel: Zmniejszenia objawów ostrego atopowego zapalenia spojówek.

Interwencje:

- Eliminacja czynników wyzwalających objawy
- Monitorowanie okoliczności wystąpienia objawów atopowego zapalenia spojówek oraz ocena ich nasilenia
- Podanie leków przeciwhistaminowych i steroidowych zgodnie ze zleceniem lekarskim
- Zastosowanie sztucznych łez lub kropli nawilżających w celu złagodzenia suchości i podrażnienia spojówek

- Edukacja rodziców na temat unikania alergenów, które uczulają dziecko i doprowadzają do reakcji alergicznej

Realizacja: Plan opieki został zrealizowany w całości.

Ocena: Zmniejszono nasilenie objawów ostrego atopowego zapalenia spojówek.

6. Diagnoza pielęgnarska: Otyłość spowodowana nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi [32].

Cel: Obniżenie masy ciała przez zmianę nawyków żywieniowych oraz większą aktywność fizyczną.

Interwencje:

- Pomiar masy ciała dziecka
- Edukacja dziecka oraz rodziców w zakresie zmiany nawyków żywieniowych, unikanie gotowej żywności typu fast-food, słodzonych napoi. Zalecenie spożywanie większej ilości wody oraz warzyw
- Edukacja dziecka oraz rodziców na temat regularnej aktywności fizycznej i korzyści z tego wynikających takich jak wzmocnienie układu odpornościowego i zmniejszenie masy ciała. Chłopiec powinien uprawiać wysiłek fizyczny regularnie natomiast w umiarkowanym natężeniu, tak aby nie dochodziło do hiperwentylacji i nadmiernego spocenia się. Zalecane sporty to piłka nożna, tenis stołowy, koszykówka, pływanie. Sporty te powinny być uprawiane w okresie bezobjawowym, po profilaktyce farmakologicznej, w pogodne, bezwietrzne, suche dni o umiarkowanie niskiej temperaturze. Zdecydowanie odradzono, aby dziecko uprawiało sporty wyczynowe.

Realizacja: Plan opieki został zrealizowany w całości.

Ocena: Zachęcono rodzinę do zmiany nawyków żywieniowych i większej aktywności fizycznej dziecka.

7. Diagnoza pielęgnarska: Lęk dziecka o swoje zdrowie spowodowany nagłą dusznością [31].

Cel: Zniwelowanie lęku dziecka.

Interwencje:

- Edukacja pacjenta na temat postępowania w czasie ataku: dziecko powinno zachować spokój i głęboko oddychać (wdech nosem i spokojny wydech ustami złożonymi w dziubek) oraz jak najszybciej przyjąć lek z grupy SABA, który działa w bardzo krótkim czasie
- Nauka dziecka technik relaksacyjnych

- Zapewnienie dziecku aktywnego spędzania czasu
- Konsultacja psychologiczna

Realizacja: Plan opieki został zrealizowany w całości.

Ocena: Zmniejszono lęk u dziecka.

8. Diagnoza pielęgniarstwa: Zaburzenia snu spowodowane atakami kaszlu [31].

Cel: Uzyskanie efektywnego snu.

Interwencje:

- Wietrzenie pomieszczenia przed snem
- Stworzenie spokojnej atmosfery przed snem i utrzymanie nastroju dziecka w wyciszeniu na 1-2 godziny przed snem poprzez relaksację np. czytanie książki, kąpiel. Zalecono, aby dziecko na krótko przed snem nie spożywało posiłku

Realizacja: Plan opieki został zrealizowany w całości.

Ocena: Problemy ze snem zostały zniwelowane.

9. Diagnoza pielęgniarstwa: Lęk dziecka i niepokój spowodowany hospitalizacją i interwencjami pielęgniarstwowymi.

Cel: Zminimalizowanie lęku dziecka i poprawa stanu emocjonalnego dziecka.

Interwencje:

- Informowanie dziecka przed każdą procedurą medyczną o celu jej wykonania i przebiegu, a także prośba do dziecka, aby zgłaszało swoje wątpliwości oraz każdy przypadek wystąpienia bólu czy dyskomfortu

Realizacja: Plan opieki został zrealizowany w całości.

Ocena: Zminimalizowano lęk związany z hospitalizacją i procedurami medycznymi.

10. Diagnoza pielęgniarstwa: Ryzyko wystąpienia powikłań miejscowych oraz ogólnych w związku z przyjmowaniem GKS [33].

Cel: Zapobieganie wystąpieniu powikłań miejscowych oraz ogólnych w związku z przyjmowaniem GKS.

Interwencje:

- Edukacja rodziców na temat rozpoznawania powikłań związanych z przyjmowaniem wziewnych GKS, a są to na przykład: pleśniawki jamy ustnej, chrypka, nieznaczne spowolnienie wzrostu
- Płukanie jamy ustnej i gardła wodą oraz umycie zębów po każdej inhalacji
- Poinformowanie o zachowaniu szczególnej higieny podczas podawania leków – mycie rąk, mycie maski inhalacyjnej

- Poinformowanie rodziców dziecka, że odstawienie GKS możliwe jest jedynie w porozumieniu z lekarzem

Realizacja: Plan opieki został zrealizowany w całości.

Ocena: Powikłania w związku z przyjmowaniem GKS nie wystąpiły.

11. Diagnoza pielęgnarska: Niska samoocena dziecka oraz negatywne postrzeganie siebie spowodowane nadwagą [32].

Cel: Zmiana postrzegania siebie przez dziecko.

Interwencje:

- Podkreślanie mocnych stron dziecka i uwypuklenie szczególnych zdolności i umiejętności dziecka. Wspieranie dziecka przez rodziców oraz personel medyczny
- Wykorzystanie szczególnych zdolności i umiejętności dziecka w nauce i zabawie
- Zachęcenie do kontaktów z rówieśnikami
- Konsultacja pedagogiczna i psychologiczna

Realizacja: Plan opieki został zrealizowany w części.

Ocena: Realizacja planu w trakcie z uwagi na zakończenie hospitalizacji.

12. Diagnoza pielęgnarska: Brak umiejętności opiekowania się dzieckiem z astmą oskrzelową przez rodziców z powodu deficytu wiedzy w tym zakresie [33].

Cel: Wyposażenie rodziców w wiedzę na temat istoty, przebiegu, leczenia i pielęgnowania dziecka z astmą oskrzelową. Udzielenie wskazówek dotyczących profilaktyki występowania ataków astmy, atopowego zapalenia spojówek oraz alergicznego nieżytu nosa.

Interwencje:

- Edukacja rodziców na temat przebiegu astmy oskrzelowej, jej objawów i leczenia zwłaszcza w przypadku wystąpienia ataku astmy
- Edukacja rodziców na temat unikania czynników drażniących/wywołujących reakcje alergiczne poprzez: zmniejszenie ilości roztocza kurzu domowego (usunięcie dywanów, firanek, częste pranie pościeli w 60⁰C, utrzymywanie temperatury w mieszkaniu poniżej 22⁰C, sprzątanie pod nieobecność dziecka); unikanie alergenów na jakie dziecko jest uczulone (zamykanie na noc okna w sypialni dziecka, mycie odsłoniętych części ciała dziecka po powrocie do domu, wychodzenie na spacer w godzinach wczesnopopołudniowych lub po silnym deszczu, ograniczenie przebywania psa w mieszkaniu).

- Edukacja rodziców i dziecka na temat prawidłowej aplikacji leków z inhalatora oraz postępowania po wykonaniu inhalacji. Zwrócenie uwagi na prawidłową higienę jamy ustnej dziecka po wykonanej inhalacji oraz utrzymania w czystości maski po nebulizacji
- Przedstawienie testu kontroli astmy oraz częstości i sposobu jego przeprowadzenia. Nauka interpretacji wyników i zakresu ich wykorzystania
- Nauka wykonywania PEF, interpretowania wyniku oraz postępowania w zależności od uzyskanych wartości PEF
- Nauka prowadzenia dzienniczka samokontroli przebiegu astmy, a także interpretacji wyników i postępowania w związku z uzyskanymi informacjami
- Przedstawienie rodzicom dziecka adresów poradni specjalistycznych, w celu dalszej diagnostyki i kontynuowania leczenia. Podkreślenie znaczenia ciągłego monitorowania zdrowia dziecka przez specjalistę oraz specjalistyczne badania w tym cykliczne wykonywanie spirometrii
- Zachęcenie rodziców do zaszczepienia dziecka przeciw pneumokokom oraz corocznie przeciw grypie
- Zachęcenie rodziców do korzystania z oferty stowarzyszeń działających na rzecz chorych na astmę oskrzelową jak np. Stowarzyszenie Pomocy Chorym na Astmę i Choroby Alergiczne; Polska Federacja Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergię i POChP. Stowarzyszenia zapewniają wsparcie oraz aktualizację wiedzy.
- Poinformowanie rodziców dziecka o konieczności zadbania o bezpieczeństwo dziecka w związku z uczęszczaniem do przedszkola. Chodzi o przedstawienie sytuacji zdrowotnej dziecka dyrektorowi i osobom sprawującym opiekę, a także sposobu postępowania w przypadku ataku astmy.

Realizacja: Plan opieki został zrealizowany w całości.

Ocena: Zwiększono poziom wiedzy rodziców na temat astmy oskrzelowej oraz wyposażono w umiejętności przydatne w opiece na dzieckiem z astmą oskrzelową.

Dyskusja. Dziecko objęte studium przypadku w celu potwierdzenia diagnozy miało wykonaną próbę rozkurczową z salbutamolem w inhalacji, która stanowi podstawę diagnostyki zgodnie ze Standardem rozpoznawania i leczenia astmy, Polskiego Towarzystwa Alergologicznego, Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc i Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej (STAN3T) [2]. W czasie wystąpienia objawów astmy oskrzelowej takich jak: kaszel i duszność dziecku podane zostały leki: wGKS wraz z lekiem SABA w celu przerwania ataku astmy oskrzelowej. Takie postępowanie rekomendowane jest przez Pawliczak i wsp. w Standardach

rozpoznawania i leczenia astmy Polskiego Towarzystwa Alergologicznego [2] oraz Mejzę w *Podsumowaniu aktualizacji wytycznych GINA 2023* [19]. Wśród diagnoz pielęgniarskich zidentyfikowanych u dziecka objętego studium przypadku do najważniejszych z uwagi na stan biologiczny można wymienić: duszność napadową spowodowaną atakiem astmy oskrzelowej, występującą szczególnie w nocy oraz ryzyko wystąpienia powikłań miejscowych oraz ogólnych w związku z przyjmowaniem GKS wziewnych. Podobne diagnozy wyłonione zostały przez Sak [33]. Kolejne diagnozy związane były z dolegliwościami z powodu alergicznego nieżytu nosa i atopowego zapalenie spojówek, co także znajduje potwierdzenie w dostępnej literaturze przedmiotu [6]. Dziecko z astmą oskrzelową oprócz problemów zdrowotnych natury biologicznej doświadcza także problemy natury psycho-społecznej. Wynikają one z wieku pacjenta, a także przewlekłego charakteru choroby, która w miarę rozwoju może wpływać na aktywność życiową i samodzielność. W związku powyższym u dziecka objętego studium przypadku wystąpiły: lęk o swoje zdrowie spowodowany nagłą dusznością, niska samoocena dziecka spowodowana nadwagą i negatywnym postrzeganiem siebie. Podobne diagnozy zostały wyłonione przez Płaszewską-Żywko oraz Wiśniewską [30, 31]. Siedliska podkreśla, że dzieci chore przewlekle, zwykle mają problemy z pewnością siebie i są przekonane o swoim nieodpowiednim wyglądzie co także potwierdziło się w przypadku dziecka objętego analizą przypadku [3]. Wśród interwencji pielęgniarskich (po wykonaniu zleceń lekarskich takich jak podanie leków zmniejszających duszność i napady kaszlu), szczególnie istotne to mierzenie i dokumentowanie parametrów związanych z przebiegiem astmy, parametrów życiowych oraz edukacja rodziców i pacjenta. Podobne postępowanie zaplanowane zostało przez Wiśniewską [31]. Szczególne postępowanie w opiece nad dzieckiem z astmą oskrzelową obejmuje edukację [19] na temat istoty choroby, jej przebiegu, powikłań oraz stosowania się do zaleceń lekarskich oraz pielęgniarskich. Edukacja dziecka, a zwłaszcza rodziców chłopca objętego analizą przypadku obejmowała: postępowanie w czasie ataku astmy, unikania alergenów, postępowania w przypadku przyjmowania wziewnych GKS, badań związanych z kontrolą astmy, rodzaju rekomendowanego wysiłku fizycznego, utrzymania higieny w domu oraz ograniczenia przebywania psa w mieszkaniu. Położony został także akcent na konieczność ciągłej reedukacji oraz monitorowania stanu zdrowia np. przez prowadzenie dzienniczka samokontroli (regularność przyjmowania leków, regularność wizyt kontrolnych, okoliczności wystąpienia napadu astmy, interwencje po których napad astmy ustąpił itp.) oraz testu kontroli astmy. Poza edukacją wskazane zostały formy wsparcia dla dzieci z astmą oskrzelową. Do dyspozycji dzieci i ich rodziców jest np. Stowarzyszenie Pomocy

Chorym na Astmę i Choroby Alergiczne, czy też Polska Federacja Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergię i POChP

Implementacja do praktyki pielęgniarstwa:

1. Organizowanie regularnych spotkań edukacyjnych dla dzieci chorujących na astmę oskrzelową i ich rodziców, które odbywać się mogą na terenie lokalnych ośrodków zdrowia lub szkołach na temat leczenia i unikania czynników zaostrzających przebieg astmy. Prowadzenie przez pielęgniarkę warsztatów dotyczących leczenia wziewnego, zasad używania inhalatorów itp.
2. Promowanie istniejących lub tworzenie nowych lokalnych programów wsparcia społecznościowego dla rodzin dzieci z astmą np. wspólne spędzanie czasu, rozwijanie zainteresowań, uprawianie sportu itp.
3. Współpraca pielęgniarki poza z lokalnymi placówkami szkolno-wychowawczymi w celu zapewnienia nauczycielom edukacji na temat astmy. Dzięki szkoleniom możliwa będzie lepsza współpraca rodziców, pielęgniarki i lekarza poza ze szkołą w przypadku dziecka z astmą oskrzelową w danej placówce szkolno-wychowawczej.

Wnioski.

1. Astma oskrzelowa jest chorobą przewlekłą, która wymaga od pacjenta zmiany trybu życia, dyscypliny w stosowaniu leków oraz unikaniu alergenów powodujących napady astmy oskrzelowej.
2. Główne diagnozy pielęgniarstwa u dziecka objętego studium przypadku natury biologicznej to: duszność napadowa spowodowana atakiem astmy oskrzelowej; trudności w odkrztuszaniu wydzieliny; ból w klatce piersiowej spowodowany napadami kaszlu i dodatkową pracą mięśni oddechowych; katar śluzowy z powodu alergicznego nieżyty nosa; zaczerwienienie, swędzenie, łzawienie i pieczenie oczu w przebiegu ostrego atopowego zapalenia spojówek.
3. Stan zdrowia dziecka uległ poprawie w ciągu trzech dni: ustąpiła duszność oraz napadowy kaszel. Najistotniejsze było podanie leków na zlecenie lekarza z grupy wGKS oraz SABA.
4. Dziecko objęte opieką pielęgniarstwa z uwagi na swój wiek, w typowy dla małych dzieci sposób przeżywało fakt hospitalizacji. Wystąpił lęk o swoje zdrowie spowodowany nagłą dusznością oraz niepokój spowodowany zabiegami, badaniami i interwencjami pielęgniarstwowymi.
5. Z uwagi na przewlekły charakter choroby, szczególne interwencje pielęgniarstwa wynikają z konieczności przygotowania dziecka i jego rodziców do życia z astmą oskrzelową. Edukacja obejmowała m.in. istotę i przebieg choroby, postępowanie lecznicze rutynowe

oraz w czasie napadu astmy oskrzelowej, znaczenie fizjoterapii oraz aktywności fizycznej, unikanie alergenów na które dziecko jest uczulone (np. ograniczenie spacerów w porze pylenia drzew), w tym zasady utrzymania czystości w domu oraz ograniczenie kontaktów ze zwierzętami.

6. Z powodu otyłości związanej z nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi, wystąpiła niska samoocena dziecka spowodowana negatywnym postrzeganiem siebie, stąd istotna była edukacja na temat zasad prawidłowego odżywiania oraz wsparcie dziecka w poprawie samooceny swojego wizerunku.
7. Zarówno stan zdrowia pacjenta jak i leki stosowane w leczeniu astmy oskrzelowej wymagają ścisłego monitorowania (zalecane prowadzenie dzienniczka samokontroli), stąd wskazówki udzielone rodzicom dziecka obejmowały: konieczność regularnych kontroli w poradni astmy; wykonywanie testów kontroli astmy; wykonywanie pomiarów PEF rano i wieczorem przed przyjęciem leków przeciwastmatycznych; korzystanie ze wsparcia organizacji/stowarzyszeń działających na rzecz dzieci z astmą oskrzelową oraz zapobieganie wystąpieniu powikłań miejscowych oraz ogólnych w związku z przyjmowaniem GKS; zaszczepienie dziecka przeciw pneumokokom oraz coroczne przeciw grypie.
8. W trakcie pobytu w szpitalu jak i przy wypisie rodzice zostali szczegółowo poinformowani na temat unikania czynników zaostrzających astmę, rozpoznawania objawów astmy oraz przyjmowania leków.

Bibliografia:

1. Reddel H. K, Yorgancioğlu A. 2023 GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Global Initiative for Asthma. <https://ginasthma.org/2023-gina-main-report/> [dostęp: 5.02.2025]
2. Pawliczak R, Emeryk A, Kupczyk M. Standardy rozpoznawania i leczenia astmy Polskiego Towarzystwa Alergologicznego, Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc i Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej (STAN3T). *Alergologia Polska – Polish Journal of Allergology*. 2023; 10 (1): 1–14.
3. Siedliska A. Wartość zdrowia w percepcji dzieci chorych. Badania w szkole przyszpitalnej w Puławach. *Roczniki Pedagogiczne*. 2017; 9(45)2: 129-146. <file:///C:/Users/Dorota/Downloads/2595-Article%20Text-11785-1-10-20190626-1.pdf> [dostęp: 5.02.2025]
4. Grzywa-Celińska A, Lachowska-Kotowska P, Prystupa A, i wsp. Astma i stan astmatyczny w codziennej praktyce lekarskiej. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*. 2013;19 (4): 397–402.
5. NFZ o zdrowiu. Astma. Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia Departament Analiz i Innowacji. Warszawa: 2020. <https://ezdrowie.gov.pl/5678> [dostęp: 5.02.2025]
6. Bręborowicz A, Lis G, Niżankowska-Mogilnicka E, i wsp. Astma. *Medycyna Praktyczna*. 2021. <https://www.mp.pl/podrecznik/pediatrica/chapter/B42.167.27> [dostęp: 5.02.2025]

7. Bręborowicz A, Lis G, Niżankowska-Mogilnicka i wsp. Rozpoznawanie i leczenie astmy u dzieci. Medycyna Praktyczna. 2021. <https://www.mp.pl/pediatric/artykuly/wytyczne/artykuly-przegladowe/244093,rozpoznawanie-i-leczenie-astmy-u-dzieci> [dostęp: 5.02.2025]
8. Dydak P. Ocena wybranych parametrów immunologicznych u osób z atopią i astmą oskrzelową eksponowanych na różne czynniki środowiskowe. Rozprawa doktorska. Polska Platforma Medyczna. 2022. https://scholar.google.com/scholar?hl=pl&as_sdt=0%2C5&q=dydak+Paulina&btnG= [dostęp: 5.02.2025]
9. Harpsøe MC, Basit S, Bager P, et al. Maternal obesity, gestational weight gain, and risk of asthma and atopic disease in offspring: a study within the Danish National Birth Cohort. J Allergy Clin Immunol. 2013; 131: 1033-40.
10. Hornsby E, Pfeffer PE, Laranjo N, et al. Vitamin D supplementation during pregnancy: Effect on the neonatal immune system in a randomized controlled trial. J Allergy Clin Immunol. 2018; 141 (1): 269 – 278. https://scholar.google.com/scholar?hl=pl&as_sdt=0%2C5&q=.+Vitamin+D+supplementation+during+pregnancy%3A+Effect+on+the+neonatal+immune+system+&btnG= [dostęp: 5.02.2025]
11. Parr CL, Magnus MC, Karlstad Ø, et al. Maternal Folate Intake during Pregnancy and Childhood Asthma in a Population-based Cohort. Am J Respir Crit Care Med. 2017; 195:221-8. https://scholar.google.com/scholar?hl=pl&as_sdt=0%2C5&q=.+Maternal+Folate+Intake+during+Pregnancy+and+Childhood+Asthma&btnG= [dostęp: 10.12.2023 r.]
12. Kusunoki T, Takeuchi J, Morimoto T, et al. Fruit intake reduces the onset of respiratory allergic symptoms in schoolchildren. Pediatr Allergy Immunol. 2017; 28 (8): 793-800. https://scholar.google.com/scholar?hl=pl&as_sdt=0%2C5&q=allergic+symptoms+&btnG= [dostęp: 5.02.2025]
13. Ukleja-Sokołowska N, Sokołowski Ł, Gawrońska-Ukleja E. Wpływ diety na rozwój chorób alergicznych. Alergia Astma Immunologia. 2017; 22 (4): 67-71.
14. Grzela K. Postępowanie w astmie – najczęstszej chorobie przewlekłej układu oddechowego u dzieci. [w:] Peradzińska, J. (red. nauk.) W gabinecie lekarza specjalisty. Choroby dróg oddechowych u dzieci. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie; 2020: 59-72.
15. Mierzejewska A, Jodłowska M, Kućko A. i wsp. Przydatność określania stężenia tlenu azotu w wydychanym powietrzu w ocenie stopnia ciężkości astmy u dzieci. Pediatr Med Rodz. 2015; 11(2): 186–196.
16. Niżankowska-Mogilnicka E, Bochenek G, Gajewski P. i wsp. Astma. Medycyna Praktyczna. 2024. <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.3.7> [dostęp: 5.02.2025]
17. Emeryk A, Markut-Miotła E, Kowalska M, i wsp. Zaburzenia w funkcjonowaniu układu oddechowego. [w:] Zarzycka D, Emeryk A. (red. nauk.). Pediatria i Pielęgniarstwo Pediatryczne. Warszawa: PZWL; 2020: 270-321.
18. Pietrzak J, Obuchowicz A, Kowol-Trela K. Terapia inhalacyjna u dzieci. Pediatria i Med. Rodz. 2014; 10 (4): 411–425. <http://pimr.pl/index.php/wydawnictwa/2014-vol-10-no-4-1/terapia-inhalacyjna-u-dzieci#> [dostęp: 5.02.2025]
19. Mejza F. Rozpoznanie i leczenie astmy u dorosłych. Podsumowanie aktualizacji wytycznych GINA 2023. Cz. 3. Leczenie przewlekłej astmy. Medycyna Praktyczna. 2023. <https://www.mp.pl/pulmonologia/>

- [artykulywytyczne/astma/333532.rozpoznanie-i-leczenie-astmy-u-doroslych-podsumowanie-aktualizacji-wytycznych-gina-2023-cz-3-leczenie-przewlekke](#) [dostęp: 5.02.2025]
20. Test kontroli astmy wieku dziecięcego dla dzieci w wieku od 4 do 11 lat. www.gsk.com.pl
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj2_vv0_5SGAxXLSfEDHfyLDjMQFnoECBIQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.nfz.gov.pl%2Fdownload%2Fgfx%2Fnfz%2Fpl%2Fdefaultaktualnosci%2F229%2F4636%2F1%2Ftest_kontroli_astmy_dla_dzieci_w_wieku_od_4_do_11_lat.pdf&usg=AOvVaw0knUb2GV5nS6Ys8TTkUeyG&opi=89978449 [dostęp: 5.02.2025]
 21. Górka K, Mierzejewski M. Teleporady w opiece nad chorymi na astmę – zalety i ograniczenia. *Alergoprofil*. 2021;17(4): 17-23. <https://journalsmededu.pl/index.php/alergoprofil/article/download/1620/1511> [dostęp: 5.02.2025]
 22. Cichocka-Jarosz E, Kwinta P. Pomiar Szczytowego przepływu wydechowego u dzieci. *Medycyna Praktyczna*. 2014 <https://www.mp.pl/pediatric/praktyka-kliniczna/procedury/13943,pomiar-szczytowego-przep> [dostęp: 5.02.2025]
 23. Boros P, Mejza F. Pomiar szczytowego przepływu wydechowego (PEF). *Medycyna Praktyczna*. 2021. <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.V.25.4.4>. [dostęp: 5.02.2025]
 24. Wróbel B, Mężykowska E, Rydzanowska G. Choroby alergiczne i astma u dzieci. [w:] Kaczmarski M, Piskorz-Ogórek K. (red.). *Pediatric i pielęgniarstwo pediatryczne. Wybrane zagadnienia*. Kraków: Help-Med; 2014: 119-164.
 25. Węgrzynowska E. J. Rola pielęgniarki w opiece nad dzieckiem przewlekle chorym i niepełnosprawnym. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej*. 2018; 3(2): 70-76. <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwigy9qQgJWGAXVIQPEDHdV2Cu4QFnoECBIQAQ&url=https%3A%2F%2Ftnc.eu%2FRola-pielęgniarki-w-opiece-nad-dzieckiem-przewlekle-chorym-i-niepełnosprawnym%2C150%2C39232%2C0%2C0.html&usg=AOvVaw2QEoXU1DoWC8CyiHobuJeT&opi=89978449> [dostęp: 5.02.2025]
 26. Obuchowska I. Pielęgniarka a chore dziecko. [w:] Pawlacyk B. (red.nauk.) *Pielęgniarstwo pediatryczne*. Warszawa: PZWL; 2015: 21-26.
 27. Nastalek P. Glikokortykosteroidy (GKS) w leczeniu astmy. *Medycyna Praktyczna*. 2017. <https://www.mp.pl/pacjent/astma/leczenie/49831,glikokortykosteroidy-gks-w-leczeniu-astmy> [dostęp: 5.02.2025]
 28. Reddel H. K, Louis- Philippe Boulet. Asthma Management and Prevention for adults and children older than 5 years. *Global Initiative for Asthma*. 2019: 27-35. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjok_qF_pSGAXVyExAIHVhpD_MQFnoECBYQAQ&url=https%3A%2F%2Fginasthma.org%2Fwp-content%2Fuploads%2F2019%2F06%2FGINA-2019-main-report-June-2019-wms.pdf&usg=AOvVaw3I3F61BeHKmnuSiaeClGxr&opi=89978449 [dostęp: 5.02.2025]
 29. Kupczyk M. Dobrze kontrolowana astma - istota współpracy lekarza z pacjentem. *Alergoprofil*. 2021; 17(4): 12-16. <https://www.journalsmededu.pl/index.php/alergoprofil/article/view/1619/1510> [dostęp: 23.02.2024 r.]

30. Płaszewska-Żywko L, Kózka M. Diagnozy i interwencje w praktyce pielęgniarstwa. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie; 2021.
31. Wiśniewska K, Kozestańska-Oczkowska M, Brodowicz – Król M, i wsp. Zadania zespołu pielęgniarstwa w opiece nad dzieckiem z mukowiscydozą- studium przypadku. [w:] Olejnik J. B, Baranowska A, Krajewska-Kułak E. (red.). Interdyscyplinarna opieka nad dzieckiem chorym. Monografia. Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku; 2020: 109-122.
32. Płaszewska-Żywko. Model teoretyczny pielęgniarstwa Callisty Roy [w:] Zarzycka D, Ślusarska B. (red.). Podstawy Pielęgniarstwa. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie; 2017: 216-227.
33. Sak P. Działania opiekuńcze i terapeutyczne wobec dziecka z astmą oskrzelową w okresie zaostrzenia choroby. Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu. 2022; 3(7): 82-103.
<https://apcz.umk.pl/IWPNZ/article/view/42406> [dostęp: 5.02.2025]

EDUKACJA, PROFILAKTYKA I PREHABILITACJA W ONKOLOGII – PERSPEKTYWA FIZJOTERAPEUTY

**ALEKSANDRA ŻOŁYNIAK-BRZUCHACZ¹, EDYTA BARNAŚ, DOROTA BARTUSIK-
AEBISHER**

Wstęp. Choroby nowotworowe stanowią istotne wyzwanie dla współczesnej medycyny. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zajmują drugie miejsce w globalnej statystyce przyczyn zgonów. W świetle najnowszych danych w 2022 roku na świecie zdiagnozowano ponad 20 milionów nowych przypadków nowotworów złośliwych i blisko 10 milionów zgonów. Prognozy oparte na danych demograficznych wskazują, że roczna liczba nowych przypadków raka osiągnie 35 milionów do 2050 roku, co stanowi wzrost o 77% w porównaniu z poziomem z 2022 roku [1]. Do najważniejszych przyczyn rozwoju tych chorób należą: palenie tytoniu (głównie papierosów), nadmierne spożywanie alkoholu, otyłość, brak aktywności fizycznej, nieodpowiednio zbilansowana dieta, czynniki zakaźne oraz nadmierna ekspozycja na promieniowanie słoneczne [2]. Postępy w diagnostyce onkologicznej istotnie wpływają na zwiększenie wykrywalności nowotworów. Wprowadzenie zaawansowanych technik obrazowych, tj. tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny, umożliwiają wczesne rozpoznanie zmian nowotworowych, co przekłada się na rejestrację większej liczby przypadków. Dodatkowo, rozwój badań genetycznych oraz wdrożenie programów przesiewowych pozwalają na precyzyjną identyfikację osób obciążonych ryzykiem zachorowania. Efekt tych czynników prowadzi do wzrostu liczby diagnozowanych nowotworów, przy jednoczesnej poprawie rokowania dzięki wczesnemu wykryciu choroby [3, 4]. W 2022 roku w Polsce odnotowano 181 300 nowych rozpoznań nowotworów złośliwych, z wyraźnym rozróżnieniem płci: 89 794 przypadki w populacji męskiej wobec 91 506 w żeńskiej. U mężczyzn najczęstszymi okazały się: rak gruczołu krokowego stanowiący 23,3% wszystkich rozpoznań, rak płuca odpowiedzialny za 13,7% zachorowań oraz rak jelita grubego – 11,7% przypadków z tendencją wzrostową. U kobiet dominowały: rak piersi – najczęstszy nowotwór złośliwy – 23,6% zachorowań, rak jelita grubego – 6,1% przypadków, a także rak płuca 9,2% [5]. W ostatniej dekadzie obserwuje się stały wzrost zachorowalności na nowotwory ginekologiczne, co koreluje z procesem starzenia się populacji oraz narastającą częstością występowania otyłości. Niska zgłaszalność na badania przesiewowe (<40% populacji docelowej) oraz ograniczona świadomość czynników ryzyka wśród kobiet, stanowią istotne bariery w poprawie wczesnej wykrywalności tych nowotworów [6, 7]. W kontekście powyższych doniesień kluczowe znaczenie wykazuje nie tylko rozwój zaawansowanych metod leczenia, lecz także: edukacja, kompleksowa profilaktyka, wczesna diagnostyka oraz

prehabilitacja onkologiczna, które mogą istotnie poprawić rokowania oraz jakość życia pacjentów. Skuteczna profilaktyka i edukacja onkologiczna wymagają zaangażowania zespołu specjalistów z różnych dziedzin, gdyż nowotwory są problemem złożonym, wpływającym nie tylko na zdrowie fizyczne, ale także psychiczne i społeczne pacjenta. Istotna jest współpraca interdyscyplinarnego zespołu, w skład którego wchodzi m.in.: lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, dietetycy czy psycholodzy. Każdy z tych specjalistów wnosi unikalną wiedzę i umiejętności, pozwalające na holistyczne podejście do pacjenta [8-11]. Narodowa Strategia Onkologiczna (NSO) na lata 2020-2030 podkreśla znaczenie interdyscyplinarnej współpracy w obszarze profilaktyki, leczenia i rehabilitacji onkologicznej. Dokument wskazuje na konieczność tworzenia zintegrowanych centrów onkologicznych, w których pacjenci mają dostęp do kompleksowej opieki, w tym do specjalistycznej fizjoterapii. NSO koncentruje się na wzmacnianiu profilaktyki pierwotnej i wtórnej, promując zdrowy styl życia – w tym regularną aktywność fizyczną. Działania te są ściśle powiązane z rolą fizjoterapeutów, którzy, jako specjaliści w przywracaniu i utrzymywaniu sprawności fizycznej, stanowią coraz istotniejsze ogniwo w interdyscyplinarnych zespołach terapeutycznych. Ich działania obejmują nie tylko rehabilitację po leczeniu, lecz także edukację prozdrowotną i prewencję, co może zmniejszać ryzyko zachorowania oraz przyspieszać powrót do zdrowia. Dlatego niezbędne jest uwzględnienie fizjoterapii na każdym etapie procesu terapeutycznego – od prewencji, przez leczenie, po opiekę paliatywną. Współpraca fizjoterapeutów z innymi członkami zespołu pozwala na opracowanie spójnych strategii edukacyjnych, uwzględniających zarówno aspekty medyczne, behawioralne czy społeczne. Istotna jest również wczesna diagnostyka i rehabilitacja – NSO zakłada wdrożenie programów przesiewowych połączonych z edukacją zdrowotną, w której będą uczestniczyć fizjoterapeuci. Kluczowe są także standardy opieki onkologicznej – strategia promuje model Wielodyscyplinarnych Zespołów Onkologicznych (WZO), w których fizjoterapeuci współdecydują o planie terapeutycznym, szczególnie w zakresie prewencji powikłań leczenia oraz poprawy jakości życia pacjentów. Ponadto niezbędna jest edukacja kadr medycznych i społeczeństwa – NSO przewiduje szkolenia dla specjalistów, w tym fizjoterapeutów, w zakresie nowoczesnych metod rehabilitacji onkologicznej, a także kampanie informacyjne dla pacjentów [12].

Cel pracy. Celem pracy jest ukazanie znaczenia działań edukacji, profilaktyki i prehabilitacji onkologicznej w ujęciu interdyscyplinarnym z perspektywy fizjoterapeuty.

Edukacja zdrowotna, profilaktyka, fizjoprofilaktyka i prehabilitacja w onkologii.

Edukacja zdrowotna stanowi kluczowy element zdrowia publicznego, zwłaszcza w kontekście profilaktyki i kontroli chorób nowotworowych. Pełni nie tylko rolę informacyjną, ale także

motywacyjną, wpływając na decyzje jednostek i kształtując politykę zdrowotną państw. Przykładem są kampanie społeczne, takie jak promocja szczepień przeciwko HPV, które znacząco zmniejszyły zachorowalność na raka szyjki macicy, czy inicjatywy zachęcające do unikania tytoniu, odpowiadające za spadek liczby przypadków raka płuc. W aspekcie onkologii edukacja pełni funkcję komplementarną wobec działań profilaktycznych, realizując jednocześnie zadania prewencji pierwotnej (np. propagowanie odpowiednio zbilansowanej diety, która redukuje ryzyko nowotworów jelita grubego) oraz wtórnej (np. zachęcanie do regularnych badań mammograficznych w celu wczesnego wykrycia raka piersi). Efektywna edukacja w onkologii przekłada się na redukcję modyfikowalnych czynników ryzyka, tj. otyłość, nadużywanie alkoholu czy ekspozycja na promieniowanie UV. Edukacja zdrowotna poprawia także jakość życia pacjentów już dotkniętych chorobą nowotworową, np. poprzez szkolenia z zarządzania skutkami ubocznymi chemioterapii czy wsparcie psychologiczne. Ponadto jest systematycznym procesem kształtowania świadomości zdrowotnej, opartym na naukowych dowodach, którego celem jest modyfikacja wiedzy, postaw oraz zachowań zarówno na poziomie indywidualnym, jak i społecznym. Wykorzystuje nowoczesne narzędzia, takie aplikacje mobilne monitorujące stan zdrowia, czy platformy e-learningowe dla lekarzy i pacjentów [8, 13, 14].

Profilaktyka zdrowotna oraz fizjoprofilaktyka stanowią kluczowe elementy współczesnego systemu ochrony zdrowia, ukierunkowane na zapobieganie chorobom, minimalizację ich skutków oraz poprawę jakości życia pacjentów. Profilaktyka zdrowotna, zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia, obejmuje działania mające na celu zapobieganie chorobom, ich wczesne wykrywanie oraz ograniczanie powikłań [15, 16]. Fizjoprofilaktyka, zdefiniowana w Uchwale NR 384/I Krajowej Izby Fizjoterapeutów (KIF) jako: „postępowanie fizjoterapeutyczne polegające na przeciwdziałaniu, spowolnieniu, zahamowaniu lub wycofaniu się niekorzystnych skutków nieprawidłowego stylu życia, zmian inwolucyjnych oraz procesów chorobowych m.in. poprzez popularyzację aktywności fizycznej, edukację zdrowotną, redukcję czynników ryzyka oraz diagnostykę funkcjonalną celem uniknięcia lub zahamowania rozwoju problemów funkcjonalnych lub schorzeń”, stanowi specjalistyczną gałąź fizjoterapii, koncentrującą się na prewencji poprzez aktywność fizyczną, edukację zdrowotną i redukcję czynników ryzyka [17]. Profilaktyka dzieli się na cztery fazy, odpowiadające etapom rozwoju choroby. Profilaktyka pierwotna (I fazy) skierowana jest do osób zdrowych i ma na celu ograniczenie ryzyka rozwoju chorób lub problemów zdrowotnych. Wykazuje szeroki zakres oraz obejmuje zarówno działania swoiste, tj. szczepienia ochronne czy suplementacja witaminy D u niemowląt i dzieci, jak również działania nieswoiste, do których należą m.in.: karmienie

piersią, odpowiednio zbilansowana dieta oraz regularna aktywność fizyczna. Profilaktyka wtórna (II fazy) dedykowana jest przede wszystkim dla osób zagrożonych. Działania koncentrują się m.in. na: testach diagnostycznych, badaniach przesiewowych (np. cytologia i mammografia u kobiet, oznaczanie poziomu PSA u mężczyzn) czy profilaktycznych badaniach lekarskich w grupach wiekowych (dzieci, dorośli). Profilaktyka trzeciorzędowa (III fazy) obejmuje czynności medyczne i rehabilitacyjne podejmowane w zaawansowanym stadium choroby, gdy doszło już do trwałych zmian zdrowotnych. Jej głównym celem jest ograniczenie postępu choroby, minimalizacja konsekwencji zdrowotnych oraz poprawa jakości życia pacjentów poprzez rehabilitację, leczenie paliatywne i wsparcie psychospołeczne [18-20]. W literaturze występuje także pojęcie profilaktyki czwartorzędowej, której zadaniem jest zapobieganie negatywnym konsekwencjom nadmiernej lub nieuzasadnionej interwencji medycznej [21]. Fizjoprofilaktyka, zgodnie z klasyfikacją KIF, dzieli się analogicznie do profilaktyki uniwersalnej, jednak z uwzględnieniem specyfiki działań fizjoterapeutycznych. Fizjoprofilaktyka wczesna adresowana jest do całej populacji i obejmuje działania fizjoterapeutyczne promujące aktywność fizyczną jako sposób na ograniczenie negatywnych skutków społecznych, ekonomicznych oraz kulturowych wzorców życia, które zwiększają ryzyko chorób. Przykładem mogą być np. programy ćwiczeń przeciwdziałające skutkom siedzącego trybu życia. W fizjoprofilaktyce pierwotnej metody fizjoterapii ukierunkowane są na zapobieganie chorobom, zanim się rozwiną, poprzez wczesne wykrywanie czynników ryzyka, monitorowanie stanu zdrowia i minimalizowanie wpływu wewnętrznych oraz zewnętrznych zagrożeń. Skierowana jest do grup podwyższonego ryzyka, oferując np. zajęcia korekcyjne dla dzieci z wadami postawy. Z kolei fizjoprofilaktyka wtórna opiera się na interwencjach, które wspomagają proces leczenia poprzez indywidualnie dobraną aktywność ruchową, mającą na celu zahamowanie postępu choroby i minimalizowanie jej negatywnych konsekwencji. Skierowana do pacjentów z już istniejącymi schorzeniami, oferując np. ćwiczenia oddechowe u osób z początkową niewydolnością płuc. Z kolei fizjoprofilaktyka trzeciorzędowa zapobiega powikłaniom oraz nawrotom istniejącej choroby, zmniejsza jej długotrwałe skutki oraz ogranicza wtórne zaburzenia i mechanizmy kompensacyjne. Przykładem może być terapia przeciwoleżynowa u osób unieruchomionych [17, 22].

Profilaktyka oraz fizjoprofilaktyka tworzą komplementarny system prewencji. Podczas gdy profilaktyka wyznacza ogólne kierunki działań (np. zalecenie aktywności fizycznej), fizjoprofilaktyka dostarcza narzędzi do ich realizacji (np. instruktaż bezpiecznego treningu dla osób z nadwagą). Przykładem synergii jest połączenie badań przesiewowych w kierunku osteoporozy (profilaktyka II fazy) z indywidualnymi programami ćwiczeń wzmacniających

(fizjoprofilaktyka wtórna). Profilaktyka zdrowotna i fizjoprofilaktyka, pomimo odrębnych definicji, stanowią połączenie w prewencji chorób. Ich podział na fazy pozwala na precyzyjne dopasowanie interwencji do potrzeb pacjentów – od promocji zdrowia w społeczeństwie po zaawansowaną rehabilitację [23-26].

Podczas gdy profilaktyka i fizjoprofilaktyka koncentrują się na zapobieganiu negatywnym skutkom zdrowotnym, prehabilitacja onkologiczna jest ich rozwinięciem w onkologii – stanowi zaawansowane, multidyscyplinarne przygotowanie pacjenta do leczenia onkologicznego. Jej zasadniczym celem jest doprowadzenie pacjentów do jak najlepszego stanu zdrowia przed planowaną, najczęściej długotrwałą i złożoną terapią onkologiczną, a także zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań okołoperacyjnych oraz niepożądanych efektów terapii. Prehabilitacja przyspiesza również powrót do pełni zdrowia oraz sprawności fizycznej po zakończeniu leczenia. Jej działania opierają się na indywidualnie dobranych interwencjach, obejmujących m.in.: eliminację nałogów, np. palenia tytoniu czy picia alkoholu, systematyczną aktywność fizyczną, wsparcie psychologiczne lub psychoterapeutyczne oraz przygotowanie żywieniowe. Wdrożenie prehabilitacji pozwala na zmniejszenie stresu metabolicznego związanego z zabiegiem, skrócenie czasu hospitalizacji, zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań (tj. infekcje czy problemy z układem krążenia), szybszy powrót do sprawności, a także wzmocnienie psychiczne pacjenta, który dzięki wsparciu specjalistów i wiedzy o własnym stanie zdrowia, zyskuje większą pewność w trakcie operacji i późniejszej rekonwalescencji. Prehabilitacja wpływa także na poprawę długoterminowych wyników terapii, co przekłada się na wyższą jakość życia pacjentów w okresie pooperacyjnym i po zakończeniu leczenia [27, 28, 29]. W przypadku pacjentów onkologicznych, prehabilitacja wnosi szczególne znaczenie – pomaga zmniejszyć negatywne skutki leczenia (chemioterapii, radioterapii, zabiegów chirurgicznych), a także poprawia rokowania. Przed rozpoczęciem działań fizjoterapeuta przeprowadza wieloaspektową diagnostykę pacjenta, uwzględniając: wydolność fizyczną, siłę mięśniową, sprawność oddechową, jak również równowagę i koordynację. Program prehabilitacji jest spersonalizowany i może obejmować: trening aerobowy (np. marsz, nordic walking) – poprawia wydolność i zmniejsza zmęczenie związane z chemioterapią, czy trening oporowy (np. ćwiczenia z taśmami, lekkimi hantlami) – zapobiega utracie masy mięśniowej, częściej u pacjentów onkologicznych. Ponadto istotne są ćwiczenia oddechowe (np. tor przeponowy, trening z aparatem inspirometrycznym) – zmniejszają ryzyko zapalenia płuc po operacjach. Do oceny stanu fizycznego stosuje się różne testy. Standardem jest sześciominutowy test marszu, stosowany w większości badań [30]. Test ten jest łatwy do wykonania i nie wymaga żadnego specjalnego sprzętu. Mierzy się go jako maksymalną

odległość jaką pacjent jest w stanie przejść w ciągu 6 minut na płaskiej, twardej powierzchni [31, 32]. Test może być stosowany jako czynnik prognostyczny dla przebiegu pooperacyjnego pacjenta. Wynik poniżej 350 m w ciągu 6 minut marszu przed operacją wiąże się z wyższą śmiertelnością oraz zachorowalnością [33, 34]. Pozostałe metody testowania sprawności fizycznej pacjentów stosowane w badaniach obejmują spirometrię [35], siłę chwytu, a także ocenę wskaźnika masy ciała (BMI) i procentowej zawartości tkanki tłuszczowej [36]. Co więcej, fizjoterapeuta pełni także rolę edukatora ucząc pacjenta jak radzić sobie z efektami ubocznymi leczenia (np. neuropatią obwodową po chemioterapii), jak bezpiecznie ćwiczyć w trakcie terapii (np. unikać przeciążeń przy neutropenii), jak również demonstruje techniki relaksacyjne zmniejszające stres i ból [37].

Doniesienia naukowe potwierdzają istotny wpływ prehabilitacji na poprawę wyników klinicznych. Badania wskazują, że pacjenci poddający się przedoperacyjnej prehabilitacji obejmującej trening aerobowy, oporowy oraz ćwiczenia oddechowe osiągają istotnie lepsze wyniki pooperacyjne. Wykazano, że interwencja fizjoterapeutyczna w okresie przedoperacyjnym skutkuje poprawą wydolności fizycznej, istotnym zmniejszeniem częstości powikłań pooperacyjnych oraz skróceniem czasu hospitalizacji po zabiegu chirurgicznym [38, 39]. Ustrukturyzowane ćwiczenia pod nadzorem fizjoterapeuty wydają się być najskuteczniejsze [40]. Poprawa sprawności fizycznej koreluje z istotną poprawą zdrowia psychicznego pacjentów, co znajduje odzwierciedlenie w wyższej samoocenie jakości życia oraz wzroście aktywności społecznej [41]. W pracy opublikowanej przez Bianco N. D. i wsp. przeprowadzono systematyczny przegląd literatury w celu oceny skuteczności prehabilitacji opartej na ćwiczeniach fizycznych, zarówno jako samodzielnej interwencji, jak i w połączeniu z innymi metodami terapeutycznymi, u pacjentów onkologicznych. Uwzględniono 96 badań, które podzielono na kategorie według typów nowotworów, tj.: raka ginekologicznego, raka piersi, raka urologicznego, raka przewodu pokarmowego i raka płuc. Dla każdego miejsca występowania nowotworu zgłoszono wpływ ćwiczeń na parametry sprawności fizycznej i wyniki pooperacyjne, w tym długość pobytu w szpitalu oraz powikłania pooperacyjne. Wywnioskowano, że poprawa sprawności fizycznej istotnie koreluje z dobrostanem psychicznym pacjentów, przejawiającym się w deklarowanej przez nich wyższej jakości życia oraz wzmocnionym funkcjonowaniu społecznym [42]. W kolejnym przeglądzie systematycznym autorzy również skupili się na ocenie skuteczności prehabilitacji u pacjentów onkologicznych. Wyniki badań potwierdziły, że prehabilitacja stanowi istotne działanie terapeutyczne, którego celem jest poprawa wyników pooperacyjnych poprzez zwiększenie przedoperacyjnej rezerwy fizjologicznej, co pozwala lepiej znieść stres związany z zabiegiem

chirurgicznym. Dodatkowo wykazano, że prehabilitacja znacząco przyspiesza pooperacyjną odnowę sprawności funkcjonalnej oraz wykazuje korzystny wpływ na zdrowie psychiczne, skutkując redukcją objawów lękowych i depresyjnych. Zebrane dane dostarczają argumenty do wdrożenia uzupełniających interwencji fizjoterapeutycznych, ukierunkowanych na poprawę lub przywrócenie jakości życia związanej ze zdrowiem w tej populacji pacjentów. Uzyskane wyniki podkreślają kluczową rolę podejścia interdyscyplinarnego w opiece okołoperacyjnej, uwzględniającego zarówno czynniki fizyczne, jak i psychologiczne. Regularna współpraca z fizjoterapeutą pozwala pacjentowi nie tylko lepiej przygotować się do operacji, ale również zwiększa jego świadomość ciała, co może pozytywnie wpłynąć na proces rekonwalescencji i jakość życia po zabiegu [43].

Podsumowanie. Choroby nowotworowe klasyfikują się jako jeden z najpoważniejszych problemów zdrowotnych, zajmując według danych Światowej Organizacji Zdrowia drugie miejsce wśród przyczyn globalnej śmiertelności. Współczesna onkologia ewoluuje w kierunku modelu holistycznego, łączącego zaawansowane metody terapeutyczne z kompleksową strategią obejmującą profilaktykę, wczesną diagnostykę oraz rehabilitację. Takie podejście znacząco poprawia rokowania i jakość życia pacjentów. Kluczowym elementem skutecznej opieki onkologicznej jest interdyscyplinarny zespół terapeutyczny, w którym fizjoterapeuta odgrywa istotną rolę na wszystkich etapach – od prewencji pierwotnej, przez proces leczenia, po rehabilitację i opiekę paliatywną. Wartość tej współpracy podkreśla Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030, promująca model Wielodyscyplinarnych Zespołów Onkologicznych i integrację specjalistycznej fizjoterapii z procesem leczenia, ze szczególnym uwzględnieniem prehabilitacji jako elementu przygotowującego pacjenta do terapii. Prehabilitacja, rozumiana jako wczesna interwencja fizjoterapeutyczna przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego ma na celu poprawę wydolności fizycznej i psychospołecznej pacjenta. W kontekście rosnącej zachorowalności na nowotwory, wdrożenie prehabilitacji do standardów klinicznych powinno stać się priorytetem nowoczesnej onkologii. Przytoczone przykłady badań naukowych potwierdzają, że prehabilitacja pozwala zmniejszać ryzyko powikłań, skracać czas powrotu do aktywności i ogólnie poprawiać wyniki leczenia operacyjnego. Jednocześnie zwracają one uwagę na to, że skuteczny program prehabilitacyjny wymaga wielodyscyplinarnego podejścia i musi być dostosowany do indywidualnych potrzeb pacjenta, jego stanu zdrowia, typu zabiegu oraz potencjalnych czynników ryzyka. Równie istotna jest edukacja prozdrowotna, stanowiąca fundament profilaktyki nowotworów. Fizjoterapeuci odgrywają kluczową rolę w promocji aktywności fizycznej i modyfikacji czynników ryzyka. Dalsze badania naukowe oraz rozwój standaryzowanych protokołów

postępowania są niezbędne, aby w pełni wykorzystać potencjał fizjoterapii w poprawie wyników leczenia jak , a także efektywności systemu opieki zdrowotnej.

Bibliografia

- [1] Bray F, Laversanne M, Sung H et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J.* 2024;74:229-263. doi: 10.3322/caac.21834.
- [2] Schwartz SM. Epidemiology of Cancer. *Clin Chem.* 2024;70(1):140-149. doi: 10.1093/clinchem/hvad202.
- [3] Strona internetowa: ZbadajRaka.pl. Nowoczesna diagnostyka onkologiczna: <https://www.zbadajraka.pl/blog/nowoczesna-diagnostyka-onkologiczna> (dostęp: 21.05.2025).
- [4] Bobek-Billewicz B, Jurkowski Marek K. Rola mammografii metodą rezonansu magnetycznego w diagnostyce. *Biuletyn PTO NOWOTWORY* 2017;(2)3:235-242.
- [5] Strona internetowa: Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie Państwowy Instytut Badawczy. Raport: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2022 roku: <https://nio.gov.pl/raport-nowotwory-zlosliwe-w-polsce-w-2022-roku/m> (dostęp: 25.05.2025).
- [6] Wojciechowska U, Didkowska JA, Barańska K, Miklewska M i wsp. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2022 roku. Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie. Państwowy Instytut Badawczy. Krajowy Rejestr Nowotworów. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2024. ISSN 0867-8251.
- [7] Strona internetowa: Krajowy Rejestr Nowotworów: onkologia.org.pl (dostęp: 18.05.2025).
- [8] Obe RL, Catherine Stillman-Lowe C. Health education. *Br Dent J.* 2024;236(3):181-185. doi: 10.1038/s41415-024-7052-1.
- [9] Modlińska A. Opieka paliatywna – interdyscyplinarna z natury. *Medycyna Paliatywna* 2013;5(4):157-162.
- [10] Bendowska A, Baum E. The Significance of Cooperation in Interdisciplinary Health Care Teams as Perceived by Polish Medical Students. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2023;20: 954. <https://doi.org/10.3390/ijerph20020954>.
- [11] Staudt MD. The Multidisciplinary Team in Pain Management. *Neurosurgery Clinics of North America. Neurosurg Clin N Am.* 2022;33(3):241-249. doi: 10.1016/j.nec.2022.02.002.
- [12] Załącznik do uchwały nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. (poz. 189). Program Wieloletni pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030:3-57.
- [13] Korporowicz-Żmichowska V. Edukacja zdrowotna jako element kształtowania zachowań i kompetencji zdrowotnych. Teoria i praktyka. *Polityka Społeczna* 2024;1. ISSN 0137-4729. doi: 10.5604/01.3001.0054.7025.
- [14] Józwiak A, Kaczmarska B, Kiepuszewski R. Edukacja zdrowotna w podstawowej opiece zdrowotnej. *Narodowy Fundusz Zdrowia* 2022;5-75.
- Stock C. Grand Challenges for Public Health Education and Promotion. *Front Public Health.* 2022;10:917685. doi: 10.3389/fpubh.2022.917685.
- [15] PROFILAKTYKA ZDROWOTNA W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA. KZD.430.007.2016 Nr ewid. 211/2016/P/16/054/KZD. www.nik.gov.pl.
- [16] Grygorowicz M. Głos Fizjoterapeuty. *Biuletyn Krajowej Izby Fizjoterapeutów. Jakże dziś ma znaczenie fizjoprofilaktyka?* Krajowa Izba Fizjoterapeutów 2021;1(14):5-7. ISSN 2545-3645.

- [17] UCHWAŁA NR 384/I KRF KRAJOWEJ RADY FIZJOTERAPEUTÓW z dnia 16 maja 2019 r. w sprawie przyjęcia definicji oraz zakresu prowadzenia działalności fizjoprofilaktycznej (dostęp: 28.03.2025).
- [18] Strona internetowa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego. Państwowy Instytut Badawczy. Profilaktyka chorób: <https://www.pzh.gov.pl/profilaktykachorob/#:~:text=Profilaktyka%20chor%C3%B3b%20to%20dzia%C5%82ania%20ukierunkowane,przerwa%C4%87%20lub%20zahamowa%C4%87%20jej%20proces>. (dostęp: 21.05.2025).
- [19] Strona internetowa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego. Państwowy Instytut Badawczy. Profilaktyka chorób – definicja: <https://www.pzh.gov.pl/profilaktyka-chorob-definicja/> (dostęp: 21.05.2025).
- [20] Strona internetowa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego. Państwowy Instytut Badawczy. Różnice między profilaktyką chorób, a promocją zdrowia: <https://www.pzh.gov.pl/roznice-miedzy-profilaktyka-chorob-a-promocja-zdrowia/> (dostęp: 21.05.2025).
- [21] Strona internetowa: Profibaza PZH: <https://profibaza.pzh.gov.pl/publikacje/funkcje-zdrowia-publicznego/epho-5> (dostęp: 21.05.2025).
- [22] Kubińska Z, Zaworski K, Mysula I, Poczarska-Głós A. Aktywność fizyczna w fizjoprofilaktyce pierwotnej i wtórnej. *Health Prob Civil*. 2020;14(1):34-42. <https://doi.org/10.5114/hpc.2020.92522>.
- [23] Brzęk A. Fizjoprofilaktyka w chorobach neurologicznych. Zakład Fizjoterapii, Katedra Fizjoterapii, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach:134-132.
- [24] Kubińska Z, Zaworski K. Fizjoprofilaktyka jako potrzeba i świadczenie zdrowotne. Podstawy teoretyczne. *Polish Journal of Physiotherapy* 2016;1(16).
- [25] Kubińska Z, Zaworski K. Fizjoprofilaktyka chorób cywilizacyjnych w świadomości i zachowaniach zdrowotnych studentów kierunków medycznych PSW w Białej Podlaskiej. *Fizjoterapia Polska* 2019;2(19):130-140.
- [26] Kubińska Z, Zaworski K, Shpakou A. Fizjoprofilaktyka w fizjoterapii i promocji zdrowia. *Health Prob Civil*. 2020;14(2):100-106.
- [27] Jeske P, Wojtera B, Banasiewicz T. Prehabilitation – Current Role in Surgery. *Pol Przegl Chir*. 2022;94(3):64-72.
- [28] McIsaac DI, Kidd G, Gillis C et al. Relative efficacy of prehabilitation interventions and their components: systematic review with network and component network meta-analyses of randomised controlled trials. *BMJ* 2025;388:e081164. doi: 10.1136/bmj-2024-081164.
- [29] Banasiewicz T, Kobiela J, Cwaliński J et al. Rekomendacje w zakresie stosowania prehabilitacji, czyli kompleksowego przygotowania pacjenta do zabiegu operacyjnego. *Pol Przegl Chir* 2023;95(4):61-91.
- [30] Miralpeix E, Mancebo G, Gayete S et al. Role and impact of multimodal prehabilitation for gynecologic oncology patients in an Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) program. *Int J Gynecol Cancer* 2019;29(8):1235–1243. doi: 10.1136/ijgc-2019-000597.
- [31] Sinclair RC, Batterham AM, Davies S et al. Validity of the 6 min walk test in prediction of the anaerobic threshold before major non-cardiac surgery. *Br J Anaesth* 2012;108(1):30-35. doi: 10.1093/bja/aer322.
- [32] Keeratichananont W, Thanadetsuntorn C, Keeratichananont S. Value of preoperative 6-minute walk test for predicting postoperative pulmonary complications. *Ther Adv Respir Dis* 2016;10(1):18-25. doi: 10.1177/1753465815615509.

- [33] Rasekaba T, Lee AL, Naughton MT et al. The six-minute walk test: a useful metric for the cardiopulmonary patient. *Intern Med J* 2009;39(8):495-501. doi: 10.1111/j.1445-5994.2008.01880.x.
- [34] Marjanski T, Badocha M, Wnuk D et al. Result of the 6-min walk test is an independent prognostic factor of surgically treated non-small-cell lung cancer. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2019;28(3): 368-374. doi: 10.1093/icvts/ivy258.
- [35] Alaparathi GK, Augustine AJ, Anand R, Mahale A. Comparison of diaphragmatic breathing exercise, volume and flow incentive spirometry, on diaphragm excursion and pulmonary function in patients undergoing laparoscopic surgery: a randomized controlled trial. *Minim Invasive Surg* 2016;1967532. doi: 10.1155/2016/1967532.
- [36] Sato F, Ishida T, Ohuchi N. The perioperative educational program for improving upper arm dysfunction in patients with breast cancer: a controlled trial. *Tohoku J Exp Med* 2014;232 (2):115-122. doi: 10.1620/tjem.232.115.
- [37] Ikeuchi K, Saito S, Kumura Y. Timing, setting, and content of patient education prior to goal setting for cancer survivors: a scoping review. *Support Care Cancer* 2024;33(1):29. doi: 10.1007/s00520-024-09080-3.
- [38] Dronkers JJ, Chorus AMJ, van Meeteren NLU, Hopman-Rock M. The association of pre-operative physical fitness and physical activity with outcome after scheduled major abdominal surgery. *Anaesthesia* 2013;68(1):67-73. doi: 10.1111/anae.12066.
- [39] Toohey K, Hunter M, McKinnon K et al. A systematic review of multimodal prehabilitation in breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2023;197(1):1-37. doi: 10.1007/s10549-022-06759-1.
- [40] Rashami A. Multimodal prehabilitation in patients undergoing colorectal cancer resection: the impact of supervised structured perioperative exercise on postoperative functional capacity. Canada: Montréal, Québec: Diss. Concordia University 2016.
- [41] Burke SM, Brunet J, Sabiston CM et al. Patients' perceptions of quality of life during active treatment for locally advanced rectal cancer: the importance of preoperative exercise. *Support Care Cancer* 2013;21(12):3345-3353. doi: 10.1007/s00520-013-1908-2.
- [42] Bianco ND, Borsati A, Toniolo L, Ciurnielli C et al. What is the role of physical exercise in the era of cancer prehabilitation? A systematic review. *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 2024:104350. doi:10.1016/j.critrevonc.2024.104350.
- [43] Gennuso D, Baldelli A, Gigli L et al. Efficacy of Prehabilitation in cancer patients: an Rcts systematic review with meta-analysis. *BMC Cancer* 2024;24:1302 <https://doi.org/10.1186/s12885-024-13023-w>.

OPIEKA PIELEŃNIARSKA NAD DZIECKIEM Z CELIAKIĄ - STUDIUM PRZYPADKU

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

Wstęp. Celiakia to przewlekła choroba trzewna, która nie leczona może wpłynąć negatywnie na wiele narządów i układów. Podstawą leczenia jest dieta eliminacyjna - bezglutenowa. Pacjentów z chorobą trzewną należy regularnie monitorować pod kątem prawidłowego odżywiania, niedoborów żywieniowych oraz ewentualnego wystąpienia chorób współistniejących [1]. Coraz częściej alergię pokarmową stwierdza się nie tylko w wieku dziecięcym, lecz także wśród dorosłych [2]. Na przestrzeni lat rozwinęła się diagnostyka i metody leczenia. Od leczenia dietetycznego skorupiakami, aż po diagnostykę genetyczną i immunologiczną [3]. Rozpoznanie celiakii wpływa na funkcjonowanie dziecka, jak i jego rodziny i wymaga przystosowania się do nowej sytuacji, zmiany nawyków żywieniowych i kontroli żywności pod kątem zawartości glutenu [4]. Celiakia jest chorobą autoimmunologiczną o podłożu genetycznym, która pojawia się u osób spożywających gluten i stanowi jedną z najczęstszych chorób przewlekłych przewodu pokarmowego [5]. W rezultacie dochodzi do upośledzenia wchłaniania pokarmu, a reakcja autoimmunologiczna poza jelitem cienkim może dotyczyć także innych narządów. W związku z tym objawy celiakii mogą występować zarówno w obrębie przewodu pokarmowego, jak i poza nim [6]. Jest to choroba trwająca przez całe życie, która dotyka około 1% populacji Europy. Wzrost częstości zachorowalności na celiakię w krajach rozwijających się jest spowodowany zmianą nawyków żywieniowych na typowe dla krajów zachodnich, polegające na zwiększonej konsumpcji produktów pszennych bogatych w gluten [7]. Reakcja immunologiczna wywołana spożyciem glutenu, prowadzi do uszkodzenia błony śluzowej jelita cienkiego, w wyniku czego dochodzi do zaniku kosmków jelitowych, przerostu krypt jelitowych oraz wzrostu liczby limfocytów śródnamionkowych [8]. Celiakia współistnieje także z innymi chorobami jak np. cukrzycą typu 1 [9], a osoby z grupy ryzyka, w tym krewni pierwszego stopnia chorych na celiakię, są szczególnie narażeni na jej rozwój [10]. Celiakia może mieć przebieg bezobjawowy, stąd nie leczona może powodować zmiany w jelitach, dlatego też rodzeństwo dzieci dotkniętych celiakią powinno być regularnie badane minimum raz w roku, szczególnie w okresie intensywnego wzrostu i dojrzewania [11]. Z badania „Prevent CD” (Prewencja choroby trzewnej ang. *Prevent Coeliac Disease*) przeprowadzonego w celu sprawdzenia czy jest szansa na uniknięcie celiakii u dzieci z predyspozycją genetyczną, wynika, że w przypadku

wystąpienia choroby trzewnej u dziecka z grupy ryzyka, wiek, w którym zaczyna ono spożywać gluten oraz fakt karmienia naturalnego - mlekiem kobiecym, nie mają istotnego znaczenia dla wystąpienia celiakii. Badania wskazują natomiast, że liczy się ilość glutenu wprowadzanego do diety dziecka w pierwszym roku jego życia – im większa ilość, tym, tym większe ryzyko wystąpienia choroby. Na wczesne pojawienie się celiakii wpływają również częste infekcje wirusowe, zwłaszcza rota, entero i adenowirusami. Istotne znaczenia ma również stan mikrobioty jelitowej, stąd tak ważne jest poznawanie przyczyn zaburzających jej równowagę [12]. Celiakia występuje w różnych postaciach, z których każda charakteryzuje się innym zespołem objawów klinicznych. Podstawowy podział wyróżnia cztery główne postacie kliniczne celiakii: klasyczną, nieklasyczną, utajoną (subkliniczną) oraz bezobjawową [13]. Celiakia klasyczna charakteryzuje się występowaniem objawów zespołu złego wchłaniania. Objawy te obejmują: bóle brzucha oraz powiększenie jego obwodu, wzdęcia, biegunki tłuszczowe bądź wodniste lub zaparcia. Utrata masy ciała jest także charakterystycznym objawem. Szczególnie u dzieci obserwuje się opóźnienia w rozwoju, głównie przejawiające się niskim wzrostem. Ponadto w postaci klasycznej celiakii mogą występować zmiany w nastroju od nadpobudliwości do uczucia zmęczenia i apatii. Zespół złego wchłaniania może także doprowadzić do wielu niedoborów w organizmie [6]. Postać nietypowa celiakii cechuje się dominującymi objawami spoza układu pokarmowego, są to m.in. hipoplazja, niedokrwistość, zespół przewlekłego zmęczenia oraz afty w jamie ustnej [14]. Nadal najczęstszą postacią pozostaje postać klasyczna z objawami gastrologicznymi, które występują o różnym nasileniu. Jednak zauważalny jest wzrost występowania postaci nieklasycznej i subklinicznej [15]. W celu zwiększenia wykrywalności choroby lekarze z Europejskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci (ESPGHAN ang. *European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition*) zaktualizowali zalecenia dotyczące diagnostyki celiakii u dzieci i nastolatków we wrześniu 2019 roku [16], ponieważ zróżnicowany obraz kliniczny celiakii może sprawić trudności w dokładnym postawieniu rozpoznania [17]. Proces diagnostyczny powinno rozpocząć się od przeprowadzenia dokładnego wywiadu klinicznego z pacjentem, pod kątem ewentualnego rodzinnego występowania celiakii, a szczegółowe badania należy prowadzić jedynie u pacjentów, którzy regularnie spożywają gluten. Pełna ekspozycja na gluten to minimum jeden posiłek glutenowy spożywany częściej niż raz w ciągu dnia przez okres 6 tygodni [18]. Zgodnie z nowymi rekomendacjami ESPGHAN wśród dzieci i młodzieży z podejrzeniem celiakii niezależnie od wieku, wykonuje się podstawowe badania serologiczne [19]. U dziecka celiakia może być właściwie zdiagnozowana bez konieczności wykonywania standardowej biopsji jelita cienkiego i oceny histopatologicznej, pod warunkiem

spełnienia dwóch laboratoryjnych kryteriów jednocześnie [16]. Terapia powinna doprowadzić do normalizacji poziomu charakterystycznych dla choroby trzewnej przeciwciał oraz regeneracji uszkodzonej tkanki jelitowej [20]. Ścisła i prawidłowo prowadzona dieta bezglutenowa stanowi najbardziej skuteczną i potwierdzoną metodę leczenia choroby trzewnej. Pacjenci z celiakią powinni stosować ją całe życie, starając się unikać błędów żywieniowych, które w przyszłości mogą prowadzić do poważnych zaburzeń wielu układów, w tym pokarmowego, nerwowego, endokrynologicznego lub kostnego [21]. Dieta bezglutenowa (DB) zakłada całkowite wyeliminowanie pszenicy, żyta oraz jęczmienia, a także wszelkich produktów i pochodnych z nich pozyskiwanych. Konieczność zrezygnowania z podstawowych zbóż wykorzystywanych w przemyśle spożywczym może zwiększyć ryzyko pojawienia się niedoborów żywieniowych. DB powinna być także indywidualnie dopasowana do potrzeb każdego pacjenta, uwzględniając stan zdrowia, wiedzę, warunki socjoekonomiczne i możliwości zaopatrzenia, aby zapobiegać niedoborem mineralno-witaminowym [22]. Z uwagi na powszechne występowanie glutenu w wielu produktach spożywczych, a także możliwość obecności tego białka w dodatkach stosowanych przez producentów żywności, przestrzeganie diety bezglutenowej w życiu codziennym stanowi poważne wyzwanie i stwarza trudności dla osób dotkniętych celiakią [23].

Opieka nad dzieckiem wymaga współpracy z całą rodziną i środowiskiem dziecka, a zwłaszcza z jego rodzicami [24], co szczególnie istotne jest w trakcie hospitalizacji. Pielęgniarka powinna dostosować swoje działania odpowiednio do wieku, etapu rozwoju psychofizycznego, aktualnego stanu zdrowia oraz innych indywidualizowanych potrzeb każdego dziecka [25]. Zarówno dziecko, jak i jego rodzice muszą zostać objęci edukacją na temat istoty choroby oraz leczenia dietetycznego [26]. Pielęgniarka pełni rolę edukatora, pedagoga oraz zapewnia wsparcie dla pacjentów i ich bliskich [27]. Należy podkreślić, że pacjenci i ich bliscy korzystają także z internetu jako źródła wiedzy o celiakii [28].

Praktyczne stosowanie zasad diety bezglutenowej stanowi kolejne wyzwanie dla rodzica. Konieczne jest dokładne czytanie etykiet w poszukiwaniu szkodliwego glutenu, chyba że produkt posiada licencjonowany znak Przekreślonego Kłosa, co znacznie ułatwia proces zakupów [4]. Opiekunowie i pacjenci powinni być także świadomi obecności glutenu w produktach kosmetycznych, takich jak kremy do rąk, twarzy czy pomadki do ust, jednak wpływa to na osoby z celiakią negatywnie tylko wtedy, gdy ma on kontakt z błoną śluzową jelita cienkiego. Dlatego istotne jest dokładne czytanie etykiet wszystkich produktów oraz regularne sprawdzanie informacji umieszczonych na opakowaniach [29]. Wszystkie te trudności sprawiają, że chorzy często doświadczają frustracji i poczucia izolacji. Wielu

pacjentów świadomie nie przestrzega zaleceń dotyczących diety bezglutenowej, co prowadzi do wtórnego uszkodzenia kosmków jelitowych i powtórnego nasilenia objawów choroby. Rozwiązaniem jest systematyczna edukacja pacjentów oraz stała współpraca z personelem medycznym w tym z pielęgniarką [26]. Należy zachęcać dzieci i ich opiekunów do uczestnictwa w stowarzyszeniach dla osób z celiakią np. Polskiego Stowarzyszenia Osób z Celiakią i na Diecie Bezglutenowej [4]. Staranna obserwacja dziecka przez pielęgniarkę pełni istotną rolę w rozpoznawaniu choroby, a prawidłowa opieka znacząco wpływa na poprawę zdrowia dziecka [30]. Główne zadania pielęgniarki to udział w diagnostyce, monitorowaniu i łagodzenie dolegliwości oraz prowadzenie szeroko pojętej edukacji zdrowotnej dziecka i jego rodziny [31].

Cele pracy. Celem głównym pracy jest przedstawienie procesu pielęgnowania nad dzieckiem z celiakią.

Materiał i metoda. Badaniem objęto dziewczynkę wieku 5 lat i 10 miesięcy, która została przyjęta w trybie nagłym do Szpitala Powiatowego w Głogowie na oddział pediatryczny w maju 2024 roku z powodu nasilających się objawów gastrycznych. Badanie zostało przeprowadzone z wykorzystaniem metody indywidualnego przypadku [32]. W celu zebrania danych o pacjencie i jego środowisku wykorzystywane zostały techniki badawcze: wywiad, obserwacja, analiza dokumentacji medycznej, elementy badania fizykalnego oraz pomiar. Zastosowano następujące narzędzia badawcze: kwestionariusz wywiadu, stadiometr, wagę, BMI, ciśnieniomierz, siatki centylowe - wzrostu, masy ciała, BMI, termometr, skalę VAS, pediatryczną skalę Glasgow, Skala Baxter oraz do oceny odwodnienia organizmu skalę CDS. Zgromadzone dane stanowiły podstawę do postawienia diagnoz pielęgniarskich i opracowania planu opieki, mającego na celu rozwiązywanie zidentyfikowanych problemów zdrowotnych pacjenta i jego środowiska. Na badanie uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej PANS w Głogowie nr 40/2023. Przed rozpoczęciem badania uzyskano wymagane zgody na jego przeprowadzenie ze strony władz szpitala a także od rodziców pacjentki.

Opis przypadku.

Układ nerwowy i narządy zmysłów: Stan świadomości prawidłowy, wynik wg skali Glasgow: 15. Drgawki nie występują. Sen: prawidłowy; narządy zmysłów: wzrok, słuch, węch – prawidłowe.

Układ krążenia: Ciśnienie tętnicze: 98/68 mmHg; Tętno: 109 u/min. miarowe, dobrze napięte. Brak obrzęków. Temperatura ciała: 36, 2°C. Skóra: zimna, biała, bez zmian skórnych; kończyny chłodne.

Układ oddechowy: Oddech prawidłowy, miarowy; 19 oddechów/min. Nie występują duszność, kaszel, katar, zaleganie wydzieliny.

Układ pokarmowy: Apetyt oraz pragnienie zmniejszone. Występują nudności, wymioty oraz wzdęcia. W badaniu fizykalnym stwierdzone afty i pleśniawki w jamie ustnej. Z wywiadu wynika, że dziecko ma przewlekłe biegunki. Dziecko do chwili przyjęcia na oddział było na diecie ogólnej.

Układ moczowo-płciowy: Diureza zmniejszona, mocz ciemny. Nie występują trudności/dolegliwości w oddawaniu moczu. Dziecko korzysta z WC.

Układ kostno-stawowo-mięśniowy: Postawa ciała prawidłowa. Dziecko porusza się samodzielnie. Ruchomość w stawach pełna.

Stan skóry, błon śluzowych i uzębienia: Skóra elastyczna, zimna, blada, bez zmian skórnych. Stan włosów bardzo dobry. Stan paznokci dobry. Stan uzębienia prawidłowy i adekwatny do wieku. Stan higieniczny skóry/ubrania w dniu przyjęcia bardzo dobry. Zęby czyste, w jamie ustnej afty i pleśniawki.

Ból: Dziecko skarży się na bóle brzucha, trwające zwykle dwa dni, nawracające, o charakterze kolkowym. Ulgę przynosi delikatny masaż brzucha oraz stosowane w domu krople Anaketon. W chwili przyjęcia do szpitala: ocena nasilenia bólu w skali VAS: 5/10 pkt.

Rozwój fizyczny: Wiek: 5 lat i 10 miesięcy; Masa ciała: 16 kg - Centyl: 5; Wzrost: 110 cm - Centyl: 10; BMI: 13.2. Ocena wyniku: niedobór masy ciała.

Choroby współistniejące: brak. **Przebyte choroby istotne w opiece nad dzieckiem:** brak.

Szczepienia obowiązkowe i zalecane: kompletne. **Poród:** cięcie cesarskie.

Rozwój psychoruchowy: Rozwój psychoruchowy oraz mowa adekwatne do wieku. Kontakt z rówieśnikami zaburzony, dziecko apatyczne i niechętnie do zabawy. Kontakt z dorosłymi prawidłowy.

Stan psychiczny dziecka i nastrój, nastawienie do pobytu w szpitalu: występuje niepokój i lęk związany z pobytem w szpitalu. Dziewczynka przy przyjęciu jest bardzo apatyczna, osłabiona i płaczliwa.

Samodzielność dziecka: Dziecko całkowicie samodzielne w zakresie spożywania posiłków, ubierania się. Częściowo wymaga pomocy w czasie kąpieli/i czynności higienicznych oraz korzystania z WC. Dziecko nie ma problemów z utrzymaniem moczu i kału.

Sytuacja rodzinno-społeczna: Rodzina pacjentki jest pełna, oboje rodziców i starsza siostra w wieku 9 lat. Dziewczynka uczęszcza do przedszkola. Rodzina wykazuje pełną wydolność opiekuńczą. Warunki materialne i bytowe bardzo dobre. Brak zwierząt domowych. Matka chłopca choruje na cukrzycę typu 1. Rodzice nie zgłaszają żadnych szczególnych wskazówek

dotyczących opieki nad dzieckiem podczas pobytu w szpitalu (np. nawyków dziecka). Matka deklaruje gotowość przebywania razem z dzieckiem na oddziale.

Nieprawidłowości w wynikach laboratoryjnych z krwi żyłnej: stwierdzona niedokrwistość, obniżony hematokryt oraz poziom kobalaminy.

Dieta zalecona po postawieniu diagnozy: dieta bezglutenowa.

Pierwsza doba obserwacji. Dziewczynka została skierowana przez lekarza rodzinnego i przyjęta do szpitala na oddział pediatryczny w trybie nagłym, w stanie ogólnym średnim z powodu nasilających się objawów gastrycznych takich jak, długo utrzymujący się ból brzucha, przewlekła biegunka (w dniu przyjęcia 6 płynnych, cuchnących stolców), dwukrotne pojawienie się wymiotów oraz rozwijające się odwodnienie organizmu. Ból brzucha dziewczynka oceniła w skali VAS na 5/10 pkt. oraz umiejscowiła go w dolnych partiach jamy brzusznej. W trakcie przyjęcia do szpitala rodzice dziecka informują także o często występujących problematycznych wzdęciach, które występują po spożyciu posiłku, mówią też o znacznym zmniejszeniu apetytu i pragnienia u swojego dziecka. Opiekunowie wspominają o uporczywym występowaniu w jamie ustnej dziewczynki aft i pleśniawek, które również zaobserwowano przy przyjęciu. Dziewczynka jest apatyczna, bardzo osłabiona i płaczliwa. Podczas dyżuru zaobserwowano znaczne powiększenie obwodu brzucha pacjentki, suchość błon śluzowych, nieznacznie zapadnięte gałki oczne oraz zimną skórę dziecka. Matka dziecka zgłasza także ciemną barwę moczu oraz zmniejszoną diurezę. Z powodu małej ilości przyjmowanych płynów przez dziecko, oceniono stopień odwodnienia organizmu według skali CDS (ang. *clinical dehydration scale*), której wynik wskazywał na umiarkowane odwodnienie organizmu. Wprowadzono bilans płynów, którego wynik był ujemny. Zgodnie z analizą wykonanych badań laboratoryjnych na zlecenie lekarskie zastosowano suplementację żelaza, kwasu foliowego, witaminy D i B12 oraz podano płyny drogą dożylną: płyn wieloelektrolitowy i Benelyte o prędkości infuzji 10 ml/kg m.c./godz. w ciągu pierwszej godziny leczenia, a następnie ustawiono wlew podtrzymujący z prędkością 5 ml/kg m.c./godz. zgodnie z kartą zleceń lekarskich. Nawodnienie pacjentki uległo poprawie, widoczna jest poprawa wilgotności błon śluzowych. Problem pozostaje do dalszej obserwacji z powodu nieustających, przewlekłych biegunek oraz zmniejszonego pragnienia. W związku z bólem brzucha zastosowano lek przeciwbólowy Paracetamol zgodnie z zasadą stosowania 15 mg/kg mc./dawkę oraz lek rozkurczający, które podano zgodnie z kartą zleceń lekarskich. Po upływie godziny i zastosowanych interwencjach ból zmniejszył się nieznacznie i wynosił w skali VAS 4/10 pkt. W celu zmniejszenia odwodnienia podjęto także próbę nawadniania dziecka drogą doustną. Dziecko wypilo 350 ml czystej wody. Dziewczyna podczas dyżuru nie zjadła

przygotowanego obiadu ani kolacji. Po zastosowanych interwencjach biegunka, uczucie nudności i wymioty ustąpiły. Rodzice w rozmowie z personelem pielęgniarskim mówią o niepokoju i lęku, który odczuwają w związku z hospitalizacją i stanem zdrowia ich dziecka. Rodzice wykazują zaangażowanie w zakresie edukacji i działań pielęgniarskich i leczniczych, które mają na celu poprawę zdrowia dziecka. Zaleconą dietą w ciągu 1. doby hospitalizacji była dieta lekkostrawna.

Dru ga do ba obserwacji. Stan ogólny hospitalizowanej dziewczynki uległ nieznacznej poprawie. Po porannej wizycie lekarskiej pacjentce wykonano na czczo badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej, które wykazało poszerzone pętle jelita cienkiego z treścią płynną w ich świetle oraz dość liczne powiększone węzły chłonne krezki o wymiarach do 1,7 cm. W czasie wykonywania badania diagnostycznego dziewczyna nie skarżyła się na ból jamy brzusznej i w skali VAS wskazywała na 1 punkt. Ból brzucha i objawy gastryczne tj. biegunka i nudności znacznie się nasiliły po zjedzeniu $\frac{3}{4}$ porcji obiadu przez pacjentkę. Dziecko oddało 3 stolce, które zawierały resztki niestrawionego pokarmu. Dodatkowo stwierdzono zaczerwienienie skóry w okolicy odbytu, a dziewczynka zgłaszała ból i pieczenie w trakcie defekacji. Dziewczynka ból brzucha po zjedzonym posiłku w skali VAS oceniła na 6/10 pkt. W celu złagodzenia dolegliwości bólowych podano doraźnie Paracetamol drogą dożylną zgodnie z zasadą stosowania 15mg/kg mc./dawkę oraz zastosowano ułożenie ciała z kończynami dolnymi zgiętymi w stawach kolanowych i biodrowych, w celu zmniejszenia napięcia mięśni jamy brzusznej. Dziewczynka w trakcie dyżuru wypila 900 ml wody. Diureza w normie, mocz zmienił barwę na słomkową. Nie zaobserwowano niepokojących objawów dalej rozwijającego się stanu odwodnienia organizmu. Pacjentce podano leki i płyny, które zostały zlecone w 1. dobie hospitalizacji. W czasie dyżuru podsumowano bilans płynów, zmierzono podstawowe parametry życiowe, których wyniki utrzymywały się w granicach normy oraz skontrolowano masę ciała pacjentki. Zmieniono opatrunek na kaniuli obwodowej na świeży oraz oceniono miejsce wkłucia wg skali Baxter na 0 pkt. Dziecko jest apatyczne i niechętnie do zabawy z rówieśnikami. Po zastosowanych interwencjach pielęgniarskich objawy gastryczne nieznacznie zmniejszyły swoje nasilenie i stan dziecka uległ nieznacznej poprawie. Dziewczyna ból jamy brzusznej ocenia w skali VAS na 2/10 pkt., a w okolicy odbytu nadal odczuwa pieczenie i ocenia ból na 4/10 pkt., przez co pacjentka niechętnie korzysta z toalety. Zaleconą dietą w ciągu 2. doby hospitalizacji była dieta lekkostrawna.

Trzecia do ba obserwacji. Stan pacjentki ogólny średni. Po porannej wizycie lekarskiej, opiekunowie dziecka zostali poinformowani o podejrzeniu choroby trzewnej (celiakii) u dziewczynki i o konieczności przeprowadzenia szczegółowej diagnostyki przez lekarza

gastroenterologa w specjalistycznej placówce medycznej. Dziecko do godzin popołudniowych nie zgłaszało dolegliwości bólowych ze strony jamy brzusznej. Po spożyciu śniadania zawierającego dwie kanapki psennego chleba z szynką oraz jogurtu truskawkowego, a także ½ porcji obiadu dziecko oddało trzy półwodniste, cuchnące stolce, koloru jasnożółtego. Dziecko nadal skarży się na ból i pieczenie w okolicy odbytu z powodu częstych wypróżnień. Dziecko wypilo 880 ml wody i oddaje prawidłową ilość moczu o słomkowo-żółtym zabarwieniu. Dziewczynka nie jest chętna do zabawy z innymi dziećmi w świetlicy oddziałowej, jest bardzo niespokojna i zdenerwowana, gdy mama wychodzi z sali. Dziecku w czasie dyżuru zmierzono podstawowe parametry życiowe, które były w granicach normy, a także wykonano pomiar masy ciała wynoszący 15,6 kg (spadek masy ciała). Wklucie dożylnie usunięto z grzbietu prawej ręki z powodu wysunięcia się kaniuli z naczynia krwionośnego. Nowe wklucie obwodowe założono na grzbiet lewej ręki, zabezpieczono je opatrunkiem Tegaderm i jałowym bandażem. Rodzice dziecka podczas rozmowy z personelem pielęgniarskim mówią z niepokojem o braku wiedzy na temat choroby dziecka, a także o strachu, który odczuwają w związku ze stanem zdrowia dziewczynki. W rozmowie rodzice przyznają się do czytania internetowych źródeł na temat choroby trzewnej, co pogłębiło ich lęk. Pacjentka wraz z opiekunami została przekazana na specjalistyczny oddział gastroenterologii dziecięcej na dalsze badania diagnostyczne w celu potwierdzenia diagnozy.

Wybrany wobec pacjenta model pielęgnowania. W omawianym studium przypadku w pierwszych dniach pobytu pacjentki na oddziale pediatrycznym zastosowano model pielęgnowania Virginii Henderson. W ramach tego modelu rolą pielęgniarki jest asystowanie pacjentowi oraz zapewnienie całościowej opieki [33,34]. Opieka pielęgniarska obejmowała: dokładną ocenę objawów i potrzeb biopsychospołecznych hospitalizowanego dziecka, zapewnienie odpowiedniej diety, regularne monitorowanie stanu zdrowia dziecka oraz reakcji na uciążliwe objawy wraz ze wsparciem w dążeniu do poprawy samopoczucia. Od chwili zdiagnozowania celiakii został zastosowany model adaptacji Callisty Roy [35]. Działania pielęgniarskie polegały na: ocenie zdolności adaptacyjnych dziecka i jego rodziny w radzeniu sobie z diagnozą celiakii oraz pomoc w dostosowywaniu się do nowej sytuacji zdrowotnej; edukacji i wsparciu emocjonalnym, pomagając dziecku i rodzicom w adaptacji do nowego stylu życia, w tym do diety bezglutenowej.

Proces pielęgnowania

Diagnoza pielęgniarska 1. Ból brzucha spowodowany spożywaniem produktów zawierających gluten, powodujących także wzdęcia oraz biegunki.

Cel działań pielęgniarskich: Wyeliminowanie/zmniejszenie nasilenia bólu brzucha.

Interwencje pielęgniarskie:

1. Ocena i monitorowanie natężenia dolegliwości bólowych w skali (VAS) przed i po zastosowanych działaniach leczniczo-pielęgnacyjnych łagodzących ból
2. Ułożenie dziecka w pozycji na plecach ze zgiętymi kończynami dolnymi w stawach biodrowych i kolanowych w celu zmniejszenia napięcia mięśni brzucha
3. Zapewnienie spokoju i ciszy pacjentce na jednoosobowej sali oraz utrzymanie odpowiedniej temperatury w pomieszczeniu w zakresie od 20 do 22⁰ C
4. Realizacja zleceń lekarskich - podanie leku przeciwbólowego (Paracetamol zgodnie z zasadą stosowania 15 mg/kg mc./dawkę) w dawce zgodnej z kartą zleceń lekarskich

Realizacja: Zrealizowano wszystkie zaplanowane interwencje pielęgniarskie.

Ocena: Ból brzucha w okresie hospitalizacji po wykonanych interwencjach pielęgniarskich znacznie zmniejszył swoje nasilenie.

Diagnoza 2. Biegunka, wzdęcia brzucha, nudności i wymioty spowodowane spożyciem pokarmów z zawartością glutenu, potęgujące złe samopoczucie i osłabienie dziecka.

Cel: Zmniejszenie liczby wypróżnień, poprawa samopoczucia dziecka.

Interwencje:

1. Wprowadzenie diety bezglutenowej
2. Ograniczenie pokarmów smażonych, ciężkostrawnych oraz wzdymających
3. Ocena ilości i zawartości wypróżnień
4. Utrzymanie higieny dziecka
5. Edukacja rodziców, na temat przygotowywania posiłków. Zalecana obróbka cieplna to: duszenie, gotowanie na parze, gotowanie lub pieczenie beztłuszczowe

Realizacja: Zrealizowano wszystkie zaplanowane interwencje pielęgniarskie.

Ocena: Od chwili wprowadzenia diety bezglutenowej biegunki ustąpiły, a wysokoenergetyczna dieta pozwoliła dziecku na odzyskanie sił. Dziecko chętniej przejawia aktywność fizyczną i kontakty z rówieśnikami.

Diagnoza pielęgniarska 3. Odwodnienie organizmu oraz zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej spowodowane przewlekłą biegunką w wyniku nieleczonej choroby trzewnej.

Cel działań pielęgniarskich: Wyeliminowanie/zmniejszenie stanu odwodnienia organizmu, wyrównanie zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej, normalizacja rytmu wypróżnień.

Interwencje pielęgniarskie:

1. Obserwacja stanu dziecka w kierunku możliwości pogłębienia się stanu odwodnienia organizmu: ocena odwodnienia przy użyciu skali CDS; ocena elastyczności skóry; ocena koloru i ilości oddawanego moczu

2. Monitorowanie i dokumentowanie w karcie obserwacji podstawowych parametrów życiowych tj. ciśnienie tętnicze, tętno, temperatura ciała, liczba oddechów i saturacja
3. Prowadzenie bilansu płynów
4. Stała kontrola konsystencji, koloru, objętości i częstości wypróżnień
5. Nawadnianie drogą doustną oraz nawadnianie dożylne płynem wieloelektrolitowym Benelyte na zlecenie lekarskie
6. Założenie i zabezpieczenie kaniuli obwodowej na grzbiecie prawej dłoni w celu prowadzenia nawadniania parenteralnego oraz leczenia farmakologicznego
7. Pobranie krwi do badań laboratoryjnych obrazujących stan nawodnienia organizmu oraz możliwych niedoborów (poziom elektrolitów, żelaza, glukozy, oznaczenie mocznika i kreatyniny, gazometrii, CRP, morfologii krwi – w celu oznaczenia hematokrytu)

Realizacja: Zrealizowano wszystkie zaplanowane interwencje pielęgniarские.

Ocena: Stan odwodnienia organizmu znacznie zmniejszył się, jednak stan dziecka pozostaje do dalszej obserwacji z powodu nieustających przewlekłych biegunk.

Diagnoza pielęgniarская 4. Afty i pleśniawki spowodowane obniżoną odpornością i zaburzeniami wchłaniania składników odżywczych.

Cel działań pielęgniarских: Eliminacja nawracających aft i pleśniawek występujących na błonie śluzowej w jamie ustnej dziewczynki. Zapewnienie odpowiedniej higieny jamy ustnej u dziecka.

Interwencje pielęgniarские:

1. Codzienna obserwacja zmian w jamie ustnej
2. Pomaganie dziecku w utrzymaniu prawidłowej higieny jamy ustnej
3. Podaż posiłków ciepłych (nie za zimne i nie za gorące) o konsystencji papkowej i płynnej (nieurazowe)
4. Zapewnienie odpowiednich materiałów edukacyjnych rodzicom oraz dziecku na temat właściwych praktyk higieny jamy ustnej i zębów
5. Stosowanie miejscowe nystatyny do pędzlowania jamy ustnej 4 x dziennie, zgodnie z zaleceniem lekarskim

Realizacja: Zrealizowano wszystkie zaplanowane interwencje pielęgniarские.

Ocena: Po zrealizowaniu wszystkich interwencji pielęgniarских stan błony śluzowej uległ znacznej poprawie. Afty i pleśniawki zostały wyleczone. Higiena jamy ustnej dziecka jest prawidłowa. Dziecko chętniej spożywa posiłki.

Diagnoza pielęgniarская 5. Ból i zaczerwienienie okolicy odbytu spowodowane stanem zapalnym powstałym w wyniku częstych wypróżnień.

Cel działań pielęgniarских: Zmniejszenie stanu zapalnego w okolicy odbytu.

Interwencje pielęgniarские:

1. Codzienna kontrola zmian w okolicy odbytu (zaczerwienienie, obrzęk, narastanie zmian)
2. Pielęgnacja skóry w okolicy odbytu: mycie ciepłą wodą z użyciem łagodnych środków higienicznych, takich jak np. szare lub hipoalergiczne mydło oraz dokładne i delikatne osuszanie obszarów dotkniętych stanem zapalnym po każdej defekacji oraz mikcji, a także stosowanie maści o działaniu ochronnym np. maści z witaminą A, Sudocrem
3. Edukowanie rodziców na temat prawidłowej pielęgnacji skóry okolicy odbytu
4. Monitorowanie i ocena bólu w okolicy odbytu wg skali VAS

Realizacja: Zrealizowano wszystkie zaplanowane interwencje pielęgniarские.

Ocena: Ból i zaczerwienienie w miejscu objętym stanem zapalnym nieznacznie zmniejszyło się. Dziewczynka ocenia ból w skali VAS na 4/10 i pozostaje płaczliwa przy korzystaniu z toalety. Problem pozostaje do dalszej obserwacji i kontynuowania zaplanowanej pielęgnacji.

Diagnoza pielęgniarська 6. Zmniejszony apetyt oraz pragnienie z powodu uczucia nudności, biegunki oraz częstych dolegliwości bólowych po spożyciu posiłku.

Cel działań pielęgniarских: Zwiększenie apetytu dziecka, eliminacja produktów powodujących nudności, biegunki.

Interwencje pielęgniarские:

1. Po zdiagnozowaniu celiakii: wprowadzenie diety bezglutenowej
2. Prowadzenie obserwacji dziecka pod kątem przyjmowania pokarmów bezglutenowych, zmiany nawyków żywieniowych i ich wpływu na stan zdrowia dziecka
3. Monitorowanie i ocena występowania uciążliwych objawów gastrycznych, które zmniejszają chęć do spożywania posiłków i picia płynów.

Realizacja: Zrealizowano wszystkie zaplanowane interwencje pielęgniarские.

Ocena: W trakcie hospitalizacji objawy gastryczne nieznacznie zmniejszyły swoje nasilenie. Poprawa stanu klinicznego pacjentki oraz zwiększenie apetytu pojawiły się wraz z początkiem zastosowania diety bezglutenowej.

Diagnoza pielęgniarська 7. Niska masa ciała dziecka spowodowana zaburzeniami wchłaniania w przebiegu celiakii oraz niechęcią do spożywania posiłków i płynów.

Cel działań pielęgniarских: Zwiększenie łaknienia i pragnienia, wyrównanie niedoboru masy ciała, zapobieganie niedoborom witaminowym i niedożywieniu.

Interwencje pielęgniarские:

1. Wprowadzenie i przestrzeganie diety bezglutenowej

2. Obserwacja dziecka w czasie przyjmowania posiłków i kontrola ilości zjedzonego pożywienia
3. Codzienna kontrola masy ciała dziecka
4. Udzielanie wsparcia emocjonalnego zarówno dziecku, jak i jego rodzinie, w radzeniu sobie z diagnozą i koniecznością zmiany stylu życia związanego z dietą bezglutenową
5. Edukacja dziecka i rodziców w zakresie diety bezglutenowej, wskazywanie produktów, które są wolne od glutenu, ale jednocześnie zapewniają odpowiednią ilość kalorii i składników odżywczych potrzebnych do prawidłowego rozwoju dziecka
6. Skierowanie rodziców do dietetyka celem kontynuacji szkolenia w zakresie diety bezglutenowej

Realizacja: Zrealizowano wszystkie zaplanowane interwencje pielęgniarskie.

Ocena: Po wprowadzeniu diety bezglutenowej apetyt i łaknienie dziecka znacznie się zwiększyło. Dziecko pozostaje pod stałą kontrolą dietetyka. Masa ciała dziewczynki nadal znajduje się na 5. centylu co oznacza niedobór masy ciała

Diagnoza pielęgniarska 8. Apatia dziecka, niechęć do zabaw, unikanie kontaktu z rówieśnikami spowodowane osłabieniem organizmu i złym samopoczuciem.

Cel działań pielęgniarskich: Integracja z rówieśnikami, poprawa samopoczucia.

Interwencje pielęgniarskie:

1. Zachęcenie do kontaktu z rówieśnikami i wspólnej zabawy w świetlicy szpitalnej
2. Spędzanie z dzieckiem wspólnego czasu na zabawie
3. Monitorowanie tolerancji wysiłku fizycznego dziecka wraz z zapewnieniem odpowiedniej ilości czasu na odpoczynek i sen
4. Współpraca z dietetykiem: zapewnienie dziecku diety bezglutenowej, ale także pokrywającej zapotrzebowanie energetyczne

Realizacja: Wszystkie zaplanowane interwencje zostały zrealizowane.

Ocena: Samopoczucie dziecka uległo poprawie, chętnie przebywa i bawi się z rówieśnikami.

Diagnoza pielęgniarska 9. Niewystraszająca wiedza dziecka oraz rodziców na temat choroby trzewnej, diety oraz konsekwencji niestosowania się do zaleceń.

Cel działań pielęgniarskich: Zwiększenie poziomu wiedzy dziecka i jego rodziców na temat istoty choroby i zasad opieki nad dzieckiem z chorobą trzewną.

Interwencje pielęgniarskie:

1. Ocena poziomu wiedzy rodziców na temat choroby dziecka

2. Edukacja dziecka i jego rodziców na temat celiakii i diety bezglutenowej. Przekazanie materiałów edukacyjnych (np. poradnik: Celiakia i dieta bezglutenowa, ulotka informacyjna: ABC diety bezglutenowej)
3. Ewaluacja wiedzy rodziców i dziecka chorego na celiakię
4. Umożliwienie kontaktu z dietetykiem w celu dostosowania diety indywidualnie do zapotrzebowania energetycznego dziecka i jego upodobań
5. Przedstawienie rodzicom dziecka powikłań w przypadku nieprzestrzegania diety oraz objawów wskazujących na pogorszenie stanu zdrowia dziecka
6. Przekazanie informacji na temat działających grupa wsparcia chorych na celiakię

Realizacja: Wszystkie zaplanowane interwencje pielęgniarskie zostały zrealizowane.

Ocena: Opiekunowie posiadają odpowiednią wiedzę na temat choroby trzewnej i umiejętności, dzięki którym zapewnią odpowiednią pielęgnację i bezpieczeństwo dziecka.

Diagnoza pielęgniarska 10. Lęk i nieufność dziecka z powodu hospitalizacji oraz wykonywania badań diagnostycznych.

Cel działań pielęgniarskich: Zniwelowanie lęku dziecka, pozyskanie zaufania dziecka do współpracy w czasie badań diagnostycznych.

Interwencje pielęgniarskie:

1. Przygotowanie dziecka psychiczne i fizyczne do badań i zbiegów pielęgnacyjnych
2. Towarzyszenie dziecku w trakcie badania oraz umożliwienie rodzicom uczestniczenia w badaniach
3. Monitorowanie stanu dziecka fizycznego oraz emocjonalnego po wykonanych badaniach

Realizacja: Wszystkie zaplanowane interwencje zostały zrealizowane.

Ocena: Lęk dziecka związany z badaniami i hospitalizacją zmniejszył się.

Diagnoza pielęgniarska 11. Niepokój rodziców o stan zdrowia dziecka oraz dalsze postępowanie z dzieckiem po zakończonej hospitalizacji.

Cel działań pielęgniarskich: Wyposażenie rodziców w wiedzę jak należy postępować po zakończonej hospitalizacji.

Interwencje pielęgniarskie:

1. Bezwzględne przestrzeganie zbilansowanej diety bezglutenowej (dostosowanej do potrzeb dziecka pod względem ilościowym i jakościowym)
2. Systematyczne uczęszczanie z dzieckiem do Poradni Gastroenterologicznej, Poradni leczenia celiakii, a także korzystanie z porad dietetyka oraz psychologa
3. Monitorowanie rozwoju dziecka - wykonywanie regularnych pomiarów: masa ciała, wzrost, BMI

4. Obserwowanie dziecka w kierunku zaostrzenia choroby
5. Przestrzeganie terminów szczepień ochronnych zgodnie z kalendarzem szczepień
6. Nawiązanie kontaktu ze Stowarzyszeniem wspierającym chorych na celiakię i czynne w nim uczestnictwo. Stowarzyszenie zapewnia możliwość ciągłej reedukacji oraz wymiany doświadczeń z innymi chorymi
7. Udzielenie wskazówek co do dalszego uczęszczania dziecka do przedszkola (poinformowanie placówki o chorobie dziecka i konieczności stosowania diety bezglutenowej)

Realizacja: Wszystkie zaplanowane interwencje zostały zrealizowane.

Ocena: Pewność rodziców co do dalszych działań w opiece nad dzieckiem - znacznie wzrosła.

Dyskusja. Choroby o podłożu autoimmunologicznym związane są ze zwiększonym prawdopodobieństwem pojawienia się kolejnej choroby o tym samym charakterze [1,9,36,40]. Z wywiadu przeprowadzonego z rodzicami dziecka, u którego zdiagnozowano chorobę trzewną, wynika, że matka choruje na cukrzycę typu 1, która według wyżej wymienionej tezy mogła wpłynąć na pojawienie się celiakii w rodzinie [5]. Ponadto dziecko, które objęte zostało studium przypadku urodziło się na drodze cięcia cesarskiego, co mogło spowodować stan nierównowagi w mikrobiocie jelitowej. Hipotezę tą potwierdzają wyniki badania „Prevent CD”, z których wynika, że zaburzony stan mikrobioty jelitowej, może być uwarunkowany rodzajem porodu i tym samym mieć znaczący wpływ na wczesne pojawienie się choroby [12]. Z uzyskanych wyników tego międzynarodowego badania wynika także, że ryzyko zachorowania jest znamienne wyższe dla dziewczynek [37], co również potwierdziło się w przypadku dziecka objętego studium przypadku.

Diagnostyka hospitalizowanego dziecka początkowo obejmowała wykonanie podstawowych wyników laboratoryjnych z krwi żyłnej, badanie ogólne moczu oraz badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej, a następnie wykonanie testów z krwi na przeciwciała tTG IgA oraz w innej niezależnej próbówce krwi wykonanie wyniku na obecność przeciwciał EmA IgA podczas spożywania glutenowych posiłków przez dziewczynkę. Na podstawie uzyskanych wyników badań zrezygnowano z wykonania biopsji jelitowej. Takie postępowanie zgodne jest z ogólnie przyjętymi rekomendacjami ESPGHAN, które opisane są w wielu publikacjach m.in. Źródłak [16] czy Cukrowskiej i Majsiak [5]. Zespół badaczy, zaangażowany w „Prevent CD” wykazał również, że spośród 944 dzieci objętych badaniem u 80 rozpoznano celiakię. Z badania wynika, że wszystkie dzieci, podobnie jak dziecko objęte studium przypadku miały podwyższone miana przeciwciał we krwi charakterystyczne dla celiakii, a jedyne 68% wykazywało objawy kliniczne [37].

Dziecko, które zostało objęte analizą przypadku manifestowało objawy kliniczne takie jak: ból brzucha, przewlekłe biegunki, odwodnienie organizmu, wzdęcie brzucha, niedobór masy ciała, nudności i wymioty, nawracające afty i pleśniawki w jamie ustnej oraz znaczne zmniejszenie apetytu i pragnienia. Z badania przeprowadzonego przez Krawiec i Kozuchowską wynika, że typowymi objawami, występującymi u dzieci z nierozpoznaną celiakią, które również wystąpiły u dziewczynki objętej analizą przypadku jest niedobór masy ciała, wzdęcie oraz bóle brzucha [38]. Biegunki i wymioty to również charakterystyczne objawy dla celiakii pojawiające się w wieku dziecięcym, co m.in. potwierdza Ścibor i wsp. [39]. Natomiast Konopka wykazał, że nawet u 30% pacjentów, afty w jamie ustnej i zmiany w obrębie błony śluzowej mogą wskazywać na obecność choroby trzewnej [41]. Większość objawów które pojawiły się u dziecka objętego studium przypadku również pokrywa się z opisanymi przez Jarocką-Cyrte [7].

Dziecko w analizowanym studium przypadku w pierwszych dniach pobytu na oddziale miało wdrożone leczenie związane z bólem brzucha, biegunkami, odwodnieniem, co jest typowym przykładem leczenia objawowego, podobnie jak w opisie przypadku Zimorskiej i Grabowskiej [31], natomiast po zdiagnozowaniu celiakii zostało wdrożone leczenie przyczynowe – bezwzględna dieta bezglutenowa, która jak podaje literatura [18,42] stanowi podstawę leczenia. Dieta dziecka po zdiagnozowaniu choroby trzewnej obejmowała całkowitą eliminację produktów zawierających gluten tzn. produktów zawierających pszenicę, żyto i jęczmień oraz zwiększenie spożycia produktów bogatych w składniki mineralne i pokarmowe, co znajduje poparcie w publikacji m.in. Rachtan-Janickiej [22].

Główne diagnozy pielęgniarskie u dziecka objętego analizą przypadku pokrywają się w większości z diagnozami przedstawionymi przez Grochowską i wsp. [28], Zimorską i wsp. [31] oraz Michalak i wsp. [30].

Plan opieki pielęgniarskiej obejmował m.in.: działania mające na celu zminimalizowanie dolegliwości bólowych (ocena i monitorowanie natężenia bólu wg skali VAS, współuczestnictwo w farmakoterapii, zastosowanie pozycji ułożeniowej zmniejszającej napięcie mięśni brzucha); działania mające na celu zmniejszenie nasilenia uciążliwych objawów gastrycznych, wyrównanie niedoborów wodno-elektrolitowych, pielęgnację zmian występujących w jamie ustnej, pielęgnowanie dokuczliwych zmian miejscowych okolicy odbytu oraz edukacja dotycząca diety bezglutenowej. Sposób postępowania wobec dziecka objętego analizą przypadku, także był zbliżony do interwencji stosowanych przez Grochowską i wsp. [28], Zimorską i wsp. [31] oraz Michalak i wsp. [30].

Z uwagi na sposób leczenia celiakii, wśród interwencji pielęgniarских szczególny nacisk został położony na edukację dziecka i rodziców na temat diety bezglutenowej. Znaczenie edukacji szczególnie podkreślane jest w literaturze przedmiotu m.in. przez Przenzak [4], Gładyś i wsp. [21], Rachtan-Janicką [22] oraz Grochowską i wsp. [28], którzy potwierdzają, że edukacja może znacznie przyczynić się do poprawy jakości życia chorego i jego rodziny. Z badania przeprowadzonego przez Golińską i wsp. [43] wynika, że 98,8% respondentów uważa mąkę pszenną za źródło glutenu, podczas gdy jedyne 69,2% uczestników było w stanie podać wszystkie trzy zboża, które zawierają szkodliwy gluten. Ponadto wyniki badania wykazały, że nawet 27,8% badanych przyznaje się do przerwy w zalecanej diecie eliminacyjnej. Podsumowując wyniki przywołanego powyżej badania, autorzy podkreślają słuszność edukacji dotyczącej samej choroby, profilaktyki i metod leczenia celiakii oraz przestrzegania diety bezglutenowej. W związku z powyższym edukacja rodziców dziecka objętego analizą przypadku także została przeprowadzona zarówno przez pielęgniarkę jak i lekarza, ponieważ dotychczasowa pochodziła z portali internetowych. Jak wykazała Ferster i wsp. [23] nawet dla ponad 90% badanych respondentów najczęstszym źródłem wiedzy jest Internet. Edukacja opiekunów dziecka obejmowała konieczność przestrzegania diety bezglutenowej, wymóg ciągłego monitorowania stanu zdrowia dziecka w poradni gastroenterologicznej, a także możliwość korzystania ze wsparcia Stowarzyszeń Pacjenckich np. Polskiego Stowarzyszenie Osób z Celiakią i na Diecie Bezglutenowej oraz Stowarzyszenia Przyjaciół Chorych na Celiakię „Przekreślony Kłós”, o których wspominają m.in. Przenzak [4] oraz Grochowska i wsp. [28]. Pacjenci mają także dostęp do wielu poradników np. do opracowanego przez Konińską i wsp. [6].

Ze względu na przewlekły charakter choroby oraz możliwość wystąpienia problemów natury psychologicznej związanych z akceptacją choroby, niezbędnym elementem opieki nad dzieckiem jest współpraca z psychologiem. Na aspekty socjomedyczne w opiece nad chorym z celiakią szczególną uwagę zwraca Wieczorkowska [44]. Takimi problemami w codziennym życiu są: niezrozumienie chorego; brak rzetelnych informacji o produktach niezawierających glutenu; ograniczenia dotyczące – aktywności życiowych, podróży czy spotkań towarzyskich. Trudnością w codziennym funkcjonowaniu i możliwą przyczyną nieprzestrzegania diety eliminacyjnej może być odmienny smak produktów bezglutenowych lub mała dostępność do odpowiednich posiłków w żłobkach, przedszkolach i szkołach oraz brak refundacji kosztów zakupu produktów bezglutenowych co potwierdza Ferster i wsp. [23]. Podsumowując chorzy na celiakię zmagają się z wieloma trudnościami w życiu codziennym, dlatego należy wspierać

pacjenta i jego bliskich, a także ciągle monitorować stan zdrowia pacjenta oraz wyrównywać niedobory żywieniowe związane z ograniczeniami jakie niesie dieta bezglutenowa.

Implikacje do praktyki pielęgniarstwa:

1. Dziecko z rozpoznaną chorobą trzewną wymaga stałej kontroli oraz współpracy z lekarzem, pielęgniarką, psychologiem oraz dietetykiem. Celem działania jest akceptacja choroby przez pacjenta oraz przestrzeganie zaleceń, ponieważ jedynie akceptacja choroby stanowi klucz do utrzymania wysokiej jakości życia.
2. Głównym zadaniem pielęgniarek jest edukacja pacjentów w zakresie przestrzegania diety oraz monitorowanie rozwoju dziecka fizycznego oraz wsparcie emocjonalne.

Wnioski.

1. Celiakia należy do przewlekłych chorób przewodu pokarmowego z powodu nadwrażliwości na gluten, co oznacza, że wciąż jedynym skutecznym leczeniem jest dieta eliminacyjna - bezglutenowa. Wczesna diagnostyka pozwala jednak na uniknięcie wielu powikłań wynikających z uszkodzenia jelita cienkiego i niedoborów pokarmowych wynikających z upośledzonego wchłaniania składników odżywczych.
2. Diagnozy pielęgniarstwa dziecka objętego studium przypadku, obejmują:
 - 2.a. W zakresie biologicznym: ból brzucha spowodowany spożywaniem produktów zawierających gluten, powodujący także wymioty, wzdęcia oraz biegunki; złe samopoczucie i osłabienie dziecka; odwodnienie organizmu oraz zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej spowodowane przewlekłą biegunką w wyniku nieleczonej choroby trzewnej; afty i pleśniawki spowodowane obniżoną odpornością i zaburzeniami wchłaniania składników odżywczych, potęgujące niechęć do spożywania posiłków; ból i zaczerwienienie okolicy odbytu spowodowane stanem zapalnym powstałym w wyniku częstych wypróżnień; zmniejszony apetyt oraz pragnienie z powodu uczucia nudności, biegunki oraz częstych dolegliwości bólowych po spożyciu posiłku; niska masa ciała dziecka spowodowana zaburzeniami wchłaniania.
 - 2.b. W zakresie psychicznym i społecznym: apatię dziecka, niechęć do zabawy, unikanie kontaktu z rówieśnikami; niewystraszającą wiedzę dziecka oraz rodziców na temat choroby trzewnej, diety oraz konsekwencji niestosowania się do zaleceń; lęk i nieufność dziecka z powodu hospitalizacji oraz badań diagnostycznych; niepokój rodziców o stan zdrowia dziecka oraz dalsze postępowanie z dzieckiem po zakończonej hospitalizacji dziecka.
3. Plan opieki pielęgniarstwa wynikał z wiodących diagnoz pielęgniarstwa ze szczególnym uwzględnieniem interwencji w zakresie łagodzenia dolegliwości

bólowych brzucha z powodu biegunki, wprowadzenia diety bezglutenowej, wyrównania niedoborów wodno-elektrolitowych, pielęgnacji zmian w jamie ustnej oraz dokuczliwych objawów miejscowych okolicy odbytu spowodowanych częstym oddawaniem stolca. Dobór metod i środków spowodował osiągnięcie założonych celów opieki - stan dziecka uległ poprawie.

4. Z uwagi na sposób leczenia celiakii, wśród interwencji pielęgniarских szczególny nacisk został położony na edukację dziecka i rodziców na temat diety bezglutenowej.
5. Zalecenia w opiece nad dzieckiem udzielone matce dziecka w czasie pobytu w szpitalu oraz w dniu wypisu do domu dotyczyły konieczności przestrzegania diety bezglutenowej, ciągłego monitorowania stanu zdrowia dziecka w poradni gastroenterologicznej, a także korzystania ze wsparcia Stowarzyszeń Pacjenckich.
6. Ze względu na przewlekły charakter choroby oraz możliwość wystąpienia problemów natury psychologicznej związanych z akceptacją choroby, niezbędnym elementem opieki nad dzieckiem jest współpraca psychologiem. Uświadomiono także rodziców, że niezbędna jest ciągła współpraca z dietetykiem i reedukacja w zakresie wymaganej diety.

Bibliografia:

1. Wilk I, Dobrzycka A. Celiakia – definicja, diagnoza, objawy i sposób leczenia. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*. 2020; 10(4): 255-262.
2. Bubis E, Przetaczek-Rożnowska I. Gluten i choroby wynikające z jego nietolerancji. *Kosmos*. 2016; 65(2): 293-302.
3. Andrzejewska M. Rys historyczny badań nad chorobą trzewną. *Acta Medicorum Polonorum*. 2016; 6(1): 23-28.
4. Przenzak A. Celiakia u dziecka – ograniczenie czy wyzwanie? Bez glutenu. *Polskie Stowarzyszenie Osób z Celiakią i na diecie bezglutenowej*. 2020; 11: 27-29.
5. Cukrowska B, Majsiak E. Zróżnicowany obraz kliniczny celiakii u dzieci jako przyczyna trudności diagnostycznych. *Alergia*. 2018; 3: 37-40.
6. Konińska G, Marczevska A, Sabak-Huzior P, i wsp. Celiakia i dieta bezglutenowa. *Praktyczny poradnik*. Warszawa: Polskie Stowarzyszenie Osób z Celiakią i na Diecie Bezglutenowej. 2021.
<https://celiakia.pl/wp-content/uploads/2018/04/poradnik-xii-28.04.2017.pdf> [dostęp: 5.02.2025].
7. Jarocka-Cyrta E. 16. Międzynarodowe Sympozjum Dotyczące Celiakii. Bez glutenu. *Polskie Stowarzyszenie Osób z Celiakią i na diecie bezglutenowej*. 2015; 7: 10-13.
8. Szaflarska-Popławska A. Celiakia bez objawów gastrologicznych? Analiza przypadków w pediatrii. 2015; 2: 39-44.
9. Źródłak M, Szaflarska-Popławska A. Celiakia u dzieci – diagnoza i co dalej? Bez glutenu. *Polskie Stowarzyszenie Osób z Celiakią i na diecie bezglutenowej*. 2019;10: 3-7.

10. Cukrowska B, Zagroba M, Konopka E, i wsp. Masz celiakię? Badaj rodzinę! Badania przesiewowe w kierunku celiakii u krewnych pierwszego stopnia chorych na chorobę trzewną. Bez glutenu. Polskie Stowarzyszenie Osób z Celiakią i na diecie bezglutenowej. 2014; 6: 17-18.
11. Źródłak M. Naukowcy o celiakii – co nowego dla pacjentów? Bez glutenu. Polskie Stowarzyszenie Osób z Celiakią i na diecie bezglutenowej. 2015; 7: 14-15.
12. Źródłak M. Czy o celiakii wiemy już wszystko? Bez glutenu. Polskie Stowarzyszenie Osób z Celiakią i na diecie bezglutenowej. 2020; 11: 12-20.
13. Stowarzyszenie Przyjaciół Chorych na Celiakię „Przekreślony Kłós”. Postacie celiakii. Serwis internetowy poświęcony diecie bezglutenowej i celiakii. <https://www.dietabezglutenowa.pl/celiakia/postacie-celiakii>. [dostęp: 5.02.2025]
14. Szajewska H, Horvath A. Choroby glutenozależne [w:] Horvath A. Gastroenterologia dziecięca w codziennej praktyce. (red.nauk.). Najczęstsze problemy, aktualne zasady diagnostyki i postępowania. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie; 2019: 29-36.
15. Cukrowska B, Szaflarska-Popławska A. Patogeneza i objawy choroby trzewnej. Standardy Medyczne Pediatria. 2015; 12: 945-949.
16. Źródłak M. Nowe zasady diagnostyki celiakii u dzieci – wytyczne ESPGHAN. Bez glutenu. Polskie Stowarzyszenie Osób z Celiakią i na diecie bezglutenowej. 2020; 11: 6-7.
17. Rybak A, Socha P, Stolarczyk A, i wsp. Obraz kliniczny celiakii u dzieci w Polsce. Standardy Medyczne Pediatria. 2014; 11: 297-304.
18. Horvath-Stolarczyk A. Choroba trzewna - celiakia [w:] Zarzycka D, Emeryk A. (red.nauk.). Pediatria i pielęgniarstwo pediatryczne. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie; 2020: 334-337.
19. Cukrowska B. Celiakia – zasady diagnostyki według nowych wytycznych ESPGHAN 2020. Polskie Towarzystwo Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci. <https://ptghizd.pl/cm/uploads/2020/10/celiakia-nowe-rekomendacje-2020.pdf> [dostęp: 5.02.2025]
20. Stachowska E. Leczenie nietolerancji glutenu metodami innymi niż dieta bezglutenowa – czy będzie w przyszłości możliwe? Bez glutenu. Polskie Stowarzyszenie Osób z Celiakią i na diecie bezglutenowej. 2016; 8: 12-14.
21. Gładyś K, Guzek M, Adrych K, i wsp. Praktyczne aspekty stosowania diety bezglutenowej u osób z chorobą trzewną. Forum Medycyny Rodzinnej. 2015; tom 9, nr 6: 447-455.
22. Rachtan-Janicka J. Dieta bezglutenowa. Standardy Medyczne Pediatria. 2015; 6: 960-965.
23. Ferster M, Obuchowicz A, Jarecka B, i wsp. Trudności związane z przestrzeganiem diety bezglutenowej przez chorych na celiakię mieszkających na Górnym Śląsku. Pediatria i Medycyna Rodzinna. 2015; 11(4): 410-418.
24. Węgrzynowska E. J. Rola pielęgniarki nad dzieckiem przewlekle chorym i niepełnosprawnym. Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej. 2018; 2(3): 70-76.
25. Jakubik M, Kierys A, Bednarek A. Udział pielęgniarki w adaptacji dziecka do warunków szpitalnych. Problemy pielęgniarstwa. 2011; 19(4): 545-550.
26. Grochowska E, Chrzanowska U, Sztukowska B, i wsp. Rola edukacyjna pielęgniarki w opiece nad dzieckiem z chorobą trzewną – studium przypadku [w:] Olejnik B.J, Baranowska A, Krajewska-Kułak E.(red.)

- Interdyscyplinarna opieka nad dzieckiem chorym tom II. Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku; 2021: 141-160.
27. Michalska A, Cichońska K, Cichońska M. Pielęgniarka jako edukator populacji dziecięcej [w:] Baranowska A, Olejnik B. J, Krajewska-Kułak E.(red.). Interdyscyplinarna opieka na dzieckiem chorym tom VII. Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku; 2023: 215-224.
 28. Kozestańska-Oczkowska M, Brodowicz-Król M, Wiśniewska K, i wsp. Ocena stopnia poziomu wiedzy i świadomości rodziców na temat celiakii dzieci w wieku 1-18 lat [w:] Olejnik B. J, Baranowska A, Krajewska-Kułak E.(red.). Interdyscyplinarna opieka nad dzieckiem chorym. Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku; 2020: 331-343.
 29. Kozdroń J, Źródłak M. Gluten w lekach i kosmetykach – przełomowe stanowisko AOECS? Bez glutenu. Polskie Stowarzyszenie Osób z Celiakią i na diecie bezglutenowej. 2020; 11: 8-10.
 30. Michalak M, Kuratasz M, Kazimierska-Zajac M, i wsp. Opieka pielęgniarska nad dzieckiem z chorobą trzewną. Pielęgniarstwo Specjalistyczne. 2015; 4(22): 125-128.
 31. Zimorska P, Grabowska H. Zastosowanie Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP w pielęgnowaniu dziecka z chorobą trzewną. Problemy Pielęgniarstwa. 2018; 26(1): 80-84.
 32. Lesińska-Sawicka M, Kapała W. Case Study w świetle literatury przedmiotu [w:] Lesińska-Sawicka M. (red.) Metoda Case Study w pielęgniarstwie. Wprowadzenie do zagadnienia. Warszawa: Borgis Wydawnictwo Medyczne; 2009: 9-36.
 33. Lenartowicz H, Kózka M. Metodologia badań w pielęgniarstwie. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010.
 34. Glińska J, Brzezińska E, Lewandowska M, i wsp. Rola teorii pielęgnowania w podnoszeniu jakości opieki pielęgniarskiej. Problemy pielęgniarstwa. 2016; 24(3-4): 177-181.
 35. Zarzycka D, Płaszewska-Żywko L. Wybrane teorie pielęgniarstwa [w:] Zarzycka D, Ślusarska B. (red.). Podstawy pielęgniarstwa Tom 1. Założenia koncepcyjno-empiryczne opieki pielęgniarskiej. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie; 2017: 172-222.
 36. Michałowska J, Pastusiak K, Bogdański P. Kontrowersje wokół glutenu. Forum Zaburzeń Metabolicznych. 2017; 8(3): 103-111.
 37. Szajewska H, Chmielewska A, Pieścich-Lech M. Czy można zapobiec celiakii poprzez wczesną interwencję żywieniową? Wyniki badania Prevent CD (Zapobiec Celiakii). Bez glutenu. Polskie Stowarzyszenie Osób z Celiakią i na diecie bezglutenowej. 2014; 6: 7-10.
 38. Krawiec P, Pac-Kożuchowska E. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie. 2012; 2: 193-199
 39. Ścibor K, Ostrowska-Nawarycz L, Kopański Z, i wsp. Nietolerancja glutenu problemem zdrowotnym XXI wieku. Journal of Clinical Healthcare. 2015; 1(2): 18-24.
 40. Matłok M. Choroby autoimmunizacyjne i choroba trzewna. Bez glutenu. Polskie Stowarzyszenie Osób z Celiakią i na diecie bezglutenowej. 2014; 6: 19-20.
 41. Konopka T. Objawy celiakii w jamie ustnej. Bez glutenu. Polskie Stowarzyszenie Osób z Celiakią i na diecie bezglutenowej. 2013; 5:16-18.

42. Myszkowska-Rygiak J, Harton A, Gajewska D. Analiza wartości odżywczej i kosztów diety bezglutenowej w porównaniu do standardowej racji pokarmowej. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*. 2015; 21(3): 312-316.
43. Golińska M, Duda-Grychtoł K, Klasik-Ciszewska S. Ocena stopnia wiedzy pacjentów z chorobą trzewną na temat działań profilaktycznych oraz metod leczenia. *Medycyna Rodzinna*. 2019; 2: 60-70.
44. Wieczorkowska M. Celiakia – perspektywa socjomedyczna. *Acta Universitatis Lodzensis Folia Sociologica*. 2021; (79): 7-30.

DROGA DO SAMODZIELNOŚCI: ZNACZENIE KOMPLEKSOWEJ OPIEKI NAD PACJENTEM Z URAZEM RDZENIA KRĘGOWEGO - PRZYPADEK KLINICZNY

NATALIA ZALEWSKA, BOŻENA STYK

Wstęp. Uraz rdzenia kręgowego (*ang. Spinal Cord Injury, SCI*) stanowi jedno z najpoważniejszych uszkodzeń centralnego układu nerwowego, niosąc ze sobą ogromne konsekwencje dla funkcjonowania organizmu człowieka.

Kręgosłup, będący centralną osią naszego ciała, to skomplikowana struktura, która zapewnia stabilizację, ruchomość i ochronę rdzenia kręgowego. Składa się z 33 - 34 kręgów, podzielonych na odcinki: szyjny, piersiowy, lędźwiowy, krzyżowy i guziczny. Jego budowa, a zwłaszcza naturalne krzywizny, umożliwiają amortyzację wstrząsów i utrzymanie równowagi. Wewnątrz kanału kręgowego znajduje się rdzeń kręgowy, który stanowi główny szlak przewodzenia impulsów nerwowych, umożliwiając komunikację między mózgiem a resztą ciała [1]. Zrozumienie anatomii i fizjologii kręgosłupa oraz rdzenia kręgowego jest kluczowe dla zrozumienia konsekwencji ich uszkodzenia.

Rdzeń kręgowy pełni kluczową rolę w przekazywaniu impulsów nerwowych między mózgiem a resztą ciała, dlatego jego uszkodzenie powoduje szeroki zakres zaburzeń motorycznych, sensorycznych oraz autonomicznych [2]. Skutki takiego urazu mogą być trwałe i dotkliwe, prowadząc do znacznego obniżenia jakości życia pacjentów. Urazy rdzenia kręgowego (URK) najczęściej wynikają z nagłych zdarzeń, takich jak wypadki komunikacyjne, upadki z wysokości, akty przemocy fizycznej, a także choroby degeneracyjne, które uszkadzają struktury nerwowe [3, 4, 5]. Charakterystyka i zakres objawów zależą od poziomu i stopnia uszkodzenia rdzenia, co determinuje różnorodność problemów klinicznych u poszczególnych pacjentów. Porażenia kończyn, zaburzenia czucia, dysfunkcje układu moczowo - płciowego czy problemy z autonomiczną regulacją organizmu to tylko niektóre z nich. Konsekwencje urazu rdzenia kręgowego mają wymiar nie tylko fizyczny, lecz także emocjonalny, społeczny i duchowy. Pacjenci doświadczają często głębokiej zmiany w sposobie postrzegania własnego ciała i życia, co wymaga adaptacji i wsparcia na wielu poziomach. Uraz rdzenia kręgowego stanowi wyzwanie nie tylko dla samych chorych, ale także dla ich rodzin oraz zespołów medycznych zaangażowanych w ich opiekę. Uraz nie tylko wpływa na zdrowie i życie pacjentów, ale także pośrednio generuje duże koszty dla systemu opieki zdrowotnej oraz stawia wyzwania organizacyjne dla rodzin, które często stają się głównymi opiekunami.

Rehabilitacja odgrywa fundamentalną rolę w procesie leczenia i poprawy funkcjonowania pacjentów z URK. Wymaga ona złożonego, interdyscyplinarnego podejścia, które łączy wiedzę i umiejętności lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów, psychologów i terapeutów zajęciowych. Kompleksowa opieka pozwala na minimalizowanie powikłań, zapobieganie dalszym uszkodzeniom oraz maksymalizację szans na odzyskanie samodzielności.

W ostatnich latach rozwój nowoczesnych technologii rehabilitacyjnych, takich jak egzoszkielety, roboty rehabilitacyjne czy systemy telemedyczne, znacznie rozszerzył możliwości terapii pacjentów z urazem rdzenia kręgowego. Technologie te nie tylko zwiększają efektywność ćwiczeń rehabilitacyjnych, ale także pozwalają na monitorowanie stanu zdrowia pacjentów w czasie rzeczywistym, co przyczynia się do szybszej interwencji w przypadku powikłań [6-8].

W kontekście opieki pielęgniarskiej niezwykle istotne jest również wsparcie emocjonalne i edukacja pacjentów oraz ich rodzin, które pomagają w adaptacji do nowej sytuacji życiowej. Pielęgniarki odgrywają tu rolę kluczowych opiekunów i edukatorów, a ich działania wpływają na poprawę jakości życia chorych oraz skuteczność procesu rehabilitacji.

Cel. Celem pracy jest identyfikacja wyzwań, przed którymi stają pacjenci z urazem rdzenia kręgowego oraz analiza kluczowych aspektów opieki pielęgniarskiej wpływających na jakość ich życia. Ze względu na zróżnicowanie objawów klinicznych, które mogą występować u pacjentów po urazie rdzenia kręgowego, każde przypadki wymagają indywidualnego podejścia, uwzględniającego zarówno fizyczne, jak i psychiczne, społeczne oraz duchowe potrzeby pacjenta. Dysfunkcje, które pojawiają się w wyniku urazu, mogą mieć charakter kombinacyjny i są uzależnione od poziomu oraz rodzaju uszkodzenia rdzenia. Kompleksowa, holistyczna ocena stanu pacjenta jest zatem niezbędna do określenia trudności zdrowotnych i pielęgnacyjnych. Praca ma również na celu zwiększenie świadomości na temat trudności, z jakimi mierzą się osoby po urazie rdzenia kręgowego oraz wskazanie możliwości poprawy jakości ich życia poprzez odpowiednio dobraną opiekę i rehabilitację.

W dłuższej perspektywie celem jest także inspirowanie dalszych badań oraz działań praktycznych w zakresie opieki nad osobami z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, mających na celu optymalizację procesów terapeutycznych i wsparcia społecznego.

Na podstawie celów pracy sformułowano następujące problemy badawcze:

1. Jak interdyscyplinarne podejście w opiece nad pacjentem z urazem rdzenia kręgowego wpływa na efektywność rehabilitacji i jakość życia pacjenta?
2. Jakie są kluczowe role i zadania pielęgniarki w kompleksowej opiece nad pacjentem z urazem rdzenia kręgowego?

3. Jakie działania profilaktyczne należy podejmować, aby zapobiegać powikłaniom u pacjentów po urazie rdzenia kręgowego?
4. Jakie znaczenie ma wsparcie psychiczne w procesie rehabilitacji oraz adaptacji pacjentów do życia z niepełnosprawnością?
5. Jaki wpływ na poprawę funkcjonowania i jakości życia pacjentów ma wczesna i skutecznie zaplanowana rehabilitacja?
6. W jaki sposób nowoczesne technologie mogą wspierać proces rehabilitacji pacjentów z urazem rdzenia kręgowego?

Sformułowane problemy badawcze stanowią punkt wyjścia do analizy kompleksowej opieki nad pacjentami z urazem rdzenia kręgowego. Odpowiedzi na nie pozwolą na lepsze zrozumienie wyzwań klinicznych oraz potrzeb pacjentów, a także wskażą obszary, gdzie pielęgniarska interwencja, rehabilitacja i wsparcie psychiczne mają największe znaczenie dla poprawy jakości życia osób z przewlekłą niepełnosprawnością.

Opis przypadku. Pielęgnacja pacjentów po urazie rdzenia kręgowego (URK) to proces kompleksowy, wymagający holistycznego podejścia, które obejmuje nie tylko rehabilitację ruchową, ale również wsparcie psychiczne i społeczne. Szczególne znaczenie ma profilaktyka i leczenie odleżyn - poważnego powikłania, które znacznie obniża komfort życia i stan zdrowia pacjentów z ograniczoną mobilnością.

W opiece pielęgniarskiej kluczowe jest systematyczne diagnozowanie problemów pacjenta, zarówno dotyczących mobilności, jak i sfery emocjonalnej, w tym poczucia izolacji czy stresu pourazowego. Odpowiednio dobrane interwencje pielęgniarskie, realizowane w ramach zespołu interdyscyplinarnego (psychologów, fizjoterapeutów, terapeutów zajęciowych, seksuologów), znacząco poprawiają jakość życia oraz wspierają osiągnięcie maksymalnej samodzielności pacjenta. Tylko takie wieloaspektowe podejście umożliwia skuteczną rehabilitację zarówno ciała, jak i psychiki.

30-letni mężczyzna doznał ciężkiego urazu komunikacyjnego, w tym urazu czaszkowo - mózgowego z obrzękiem mózgu, złamań kończyn oraz przerwania ciągłości rdzenia kręgowego. W ciężkim stanie był zaintubowany, wprowadzony w śpiączkę farmakologiczną i leczony na Oddziale Intensywnej Terapii, gdzie wymagał mechanicznej wentylacji i żywienia pozajelitowego. W zakresie wydalania zastosowano cewnik Foleya. Planowanie opieki wymagało podejścia interdyscyplinarnego, uwzględniającego kompleksową ocenę stanu somatycznego, psychicznego oraz ocenę możliwości funkcjonowania społecznego pacjenta, a także współpracy z rodziną.

Po stabilizacji pacjent został wybudzony i extubowany, jednak pojawiły się problemy z orientacją i kryzys emocjonalny związany z trwałym porażeniem kończyn dolnych oraz koniecznością poruszania się na wózku. Po 8 tygodniach przeniesiono go na Oddział Traumatologii i Ortopedii, gdzie kontynuowano rehabilitację. W trakcie hospitalizacji rozwinęła się odleżyna IV stopnia w okolicy krzyżowej, wymagająca specjalistycznego leczenia.

Po 3 miesiącach pacjent został wypisany do domu w stanie stabilnym, ale wymagającym dalszej rehabilitacji, pielęgnacji ran oraz profilaktyki przeciwoleżynowej i wsparcia psychologicznego. Trafił do prywatnego ośrodka rehabilitacyjnego, gdzie podjęto intensywną terapię ruchową, terapię zajęciową i wsparcie psychiczne. Szczególną uwagę poświęcono profilaktyce powikłań związanych z unieruchomieniem, w tym odleżynom, infekcjom dróg moczowych oraz zanikowi mięśni. W niniejszym przypadku, w celu kompleksowej opieki nad pacjentem, wdrożono szereg interwencji pielęgniarских, które obejmowały zarówno aspekty fizyczne, jak i psychospołeczne. Celem tych działań była poprawa jakości życia pacjenta, zapobieganie powikłaniom oraz maksymalne przywrócenie utraconych funkcji.

W kontekście przedstawionego przypadku, należy podkreślić, że szczególnie istotne jest leczenie odleżyn, które stanowią jedno z najpoważniejszych powikłań u pacjentów z ograniczoną mobilnością oraz późniejsza ich profilaktyka. Odleżyny powstają na skutek długotrwałego ucisku prowadzącego do niedotlenienia i martwicy tkanek. Odleżyny IV stopnia to najcięższa forma skutkująca ryzykiem poważnych powikłań, takich jak infekcje, które znacząco pogarszają jakość życia pacjenta. Zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran i klasyfikacją EPUAP/NPIAP leczenie tych ran wymaga zaawansowanych metod, m.in. terapii podciśnieniowej (*ang. Negative Pressure Wound Therapy, NPWT*) [9]. Dzięki tej metodzie możliwe jest przyspieszenie procesu regeneracji tkanek oraz minimalizacja ryzyka infekcji [10]. Terapia podciśnieniowa, stosowana u pacjenta, przyspieszyła gojenie przez poprawę krążenia i usunięcie nadmiaru wysięku, zmniejszając ryzyko infekcji i obrzęku. Dodatkowo zastosowano miód medyczny manuka o właściwościach antybakteryjnych oraz specjalistyczne opatrunki wspomagające regenerację. Po 14 dniach zauważono wyraźną poprawę oraz eliminację nieprzyjemnego zapachu, co również wpłynęło na komfort psychiczny chorego. Kolejnym etapem terapii było zastosowanie preparatów bogatopłytkowych I - PRF (*ang. Injectable Platelet Rich Fibrin*) i A - PRF (*ang. Advanced Platelet Rich Fibrin*), pozyskiwanych z krwi pacjenta, które stymulują angiogenezę i regenerację tkanek. Badania naukowe wskazują, że preparaty bogatopłytkowe przyspieszają gojenie ran przewlekłych, poprawiając proces epitelializacji i skracając czas leczenia w porównaniu

do tradycyjnych metod [11,12]. Po 7 dniach zaobserwowano znaczną poprawę w zakresie zmniejszenia rozmiarów rany. Zastosowanie preparatów autologicznych skróciło czas gojenia i poprawiło efekty leczenia [13]. Na końcowym etapie terapii zastosowano aminokwasy i specjalistyczne opatrunki kolagenowo - alginianowe, co doprowadziło do całkowitego zamknięcia rany.

Dzięki kompleksowemu podejściu specjalistów pacjent uzyskał znaczną poprawę stanu zdrowia zarówno fizycznego, jak i psychicznego. Zredukowano wysięk i nieprzyjemny zapach, co zmniejszyło poczucie wstydu i izolacji społecznej. Podopieczny stopniowo odzyskiwał motywację do dalszej rehabilitacji i samodzielności. Całkowite wygojenie rany pozytywnie wpłynęło na jego pewność siebie i polepszyło jakość życia.

Codzienne czynności, takie jak wstawanie z łóżka czy przygotowywanie posiłków, które dla większości osób są rutynowe, dla pacjentów po URK stanowią wyzwanie. Adaptacja do nowej rzeczywistości wymaga intensywnej rehabilitacji oraz wsparcia medycznego i psychologicznego. Uraz rdzenia dzieli życie człowieka na „przed” i „po”. Proste czynności wymagają pozyskania nowej logistyki i umiejętności, a proces rehabilitacji jest długi - to nie tylko walka o ruch, lecz także akceptacja nowej sytuacji.

Codzienne funkcjonowanie osób po URK to planowanie dojazdów, pokonywanie barier architektonicznych, dostosowanie posiłków oraz zmaganie się z problemami zdrowotnymi, takimi jak ból neuropatyczny czy infekcje. Mimo trudności, życie osób po URK to także codzienne zwycięstwa: pierwszy samodzielny ruch, nauka obsługi wózka czy przygotowanie posiłku stają się kamieniami milowymi. Nowoczesne technologie, takie jak roboty rehabilitacyjne czy telemedycyna, wspierają powrót do sprawności.

Choć życie po urazie nie jest takie samo, nie pozbawia poszkodowanego radości życia i stwarza nowe możliwości. Wielu pacjentów odnajduje nowe pasje, zmienia ścieżkę zawodową lub angażuje się społecznie. Wsparcie rodziny, przyjaciół i specjalistów jest nieocenione w odnajdywaniu sensu i motywacji. Uraz rdzenia kręgowego to nie tylko zmaganie się z codziennymi wyzwaniami, ale również inna droga do nowych zwycięstw - dzięki determinacji i wsparciu specjalistów i rodziny, pacjent może odzyskać samodzielność i cieszyć się pełnią życia.

Dyskusja. Uraz rdzenia kręgowego (URK) stanowi poważne uszkodzenie centralnego układu nerwowego, które prowadzi do licznych i trwałych zaburzeń funkcji motorycznych, sensorycznych oraz autonomicznych. Lokalizacja uszkodzenia determinuje zakres objawów, w tym porażenia kończyn dolnych, zaburzenia kontroli zwieraczy, a także dysfunkcje seksualne. Konsekwencje URK wykraczają poza samego pacjenta, znacząco wpływając

również na życie jego bliskich, którzy często podejmują wyzwania związane z codzienną opieką i rehabilitacją.

Do najczęstszych przyczyn urazów rdzenia kręgowego należą wypadki komunikacyjne, upadki, akty przemocy oraz choroby degeneracyjne. Rehabilitacja odgrywa kluczową rolę w procesie leczenia, mając na celu minimalizację ryzyka powikłań oraz poprawę jakości życia pacjentów. Interdyscyplinarne podejście, angażujące lekarzy, pielęgniarki, fizjoterapeutów, psychologów oraz terapeutów zajęciowych, jest niezbędne dla skutecznej opieki nad osobami z URK.

Ważnym aspektem terapii pielęgniarskiej jest profilaktyka powikłań, takich jak infekcje układu oddechowego, odleżyny czy zaburzenia funkcji układu moczowego, przy czym w obszarze pielęgniarstwa szczególnie istotne jest zwracanie uwagi na profilaktykę odleżyn oraz kontrolę funkcji pęcherza i przewodu pokarmowego. Pielęgniarki pełnią także kluczową rolę edukatorów, wspierając pacjentów i ich rodziny w zdobywaniu umiejętności samodzielnej opieki oraz adaptacji do nowej sytuacji życiowej. Niezwykle ważne jest również wsparcie psychiczne pacjentów, a współpraca z psychologami pozwala skutecznie adresować problemy emocjonalne, takie jak depresja, lęk czy poczucie bezradności, które często towarzyszą osobom z URK i mogą negatywnie wpływać na przebieg rehabilitacji.

W ostatnich latach znacząco wzrosło wykorzystanie nowoczesnych technologii w rehabilitacji, takich jak roboty rehabilitacyjne, egzoszkielety, symulatory ruchu oraz systemy telemedyczne. Terapie z wykorzystaniem egzoszkieleatów pozwalają na częściowe odzyskanie mobilności, co przekłada się na poprawę jakości życia pacjentów i zmniejszenie zależności od opiekunów. W połączeniu z tradycyjnymi metodami leczenia rehabilitacyjnego, np. ćwiczeniami PNF (*ang. Proprioceptive Neuromuscular Facilitation*) [14], możliwe jest optymalne przywrócenie zakresu ruchu i koordynacji, co pozytywnie wpływa na sprawność funkcjonalną pacjentów. Telemedycyna oraz technologie rehabilitacyjne umożliwiają stałe monitorowanie pacjentów, co pozwala na szybką interwencję w przypadku komplikacji i zwiększają bezpieczeństwo terapii.

Wnioski.

1. Holistyczna opieka nad pacjentem z urazem rdzenia kręgowego wymaga interdyscyplinarnej współpracy zespołu terapeutycznego, w skład którego wchodzi przede wszystkim pielęgniarki, lekarze, psychologowie oraz fizjoterapeuci.
2. Pielęgniarka pełni kluczową rolę w monitorowaniu stanu zdrowia pacjenta, wykrywaniu powikłań, wdrażaniu działań profilaktycznych oraz edukacji pacjenta i jego rodziny.

3. Profilaktyka odleżyn oraz zapobieganie powikłaniom związanym z unieruchomieniem, takim jak zaburzenia układu krążenia i ruchu oraz układu pokarmowego i oddechowego, są niezbędne dla utrzymania dobrego stanu zdrowia pacjenta.
4. Zapewnienie wsparcia psychicznego zarówno pacjentowi, jak i jego rodzinie jest niezbędne w procesie rehabilitacji, wspomagając adaptację do nowej sytuacji oraz motywując do kontynuacji terapii.
5. Kompleksowa diagnoza deficytów i skuteczne planowanie rehabilitacji znacząco wpływają na poprawę jakości życia pacjenta, zmniejszając jego zależność od opiekunów i wspierając powrót do samodzielności.
6. Nowoczesne technologie, takie jak roboty rehabilitacyjne, egzoszkielety, symulatory ruchu czy telemedycyna, odgrywają coraz większą rolę w rehabilitacji pacjentów z urazem rdzenia kręgowego, zwiększając efektywność terapii oraz umożliwiając zdalne monitorowanie stanu zdrowia.

Złożoność urazów rdzenia kręgowego wymaga nie tylko zaawansowanych metod terapeutycznych, ale przede wszystkim indywidualnego podejścia do każdego pacjenta. Przedstawione w pracy wnioski wskazują na konieczność szybkiego wdrażania i ciągłego doskonalenia procesów rehabilitacyjnych i pielęgnacyjnych. Działania te pozwolą sprostać zarówno fizycznym, jak i psychologicznym wyzwaniom, z jakimi mierzą się osoby dotknięte z tym rodzajem urazu.

Piśmiennictwo:

1. Portal Fizjoterapeuty. Kręgosłup [Internet]. 2024. [Data cytowania: 2025 marzec 15]. Dostępne pod: <https://fizjoterapeuty.pl/uklad-kostny/kregoslup.html>
2. NeuroExpert. Anatomia rdzenia kręgowego [Internet]. 2025. [Data cytowania: 2025 marzec 16]. Dostępne pod: <https://www.neuroexpert.pl/anatomia-rdzenia-kregowego>
3. Portal Fizjoterapeuty. Przyczyny uszkodzenia rdzenia kręgowego [Internet]. 2024. [Data cytowania: 2025 marzec 18]. Dostępne pod: <https://fizjoterapeuty.pl/urazy/uszkodzenie-rdzenia-kregowego.html>
4. Onkolmed Lecznica Onkologiczna s.c. Urazy rdzenia kręgowego – przyczyny i objawy [Internet]. 2025. [Data cytowania: 2025 marzec 20]. Dostępne pod: <https://onkolmed.pl/wpis/584%2Curazy-rdzenia-kregowego-przyczyny-i-objawy>
5. HARTMANN Polska. Urazy rdzenia kręgowego a NTM [Internet]. 2025. [Data cytowania: 2025 marzec 20]. Dostępne pod: <https://www.hartmann.info/pl-pl/articles/5/c/urazy-rdzenia-kregowego-a-ntm>
6. Fundacja Moc Pomocy. Znaczenie psychoterapii w procesie rehabilitacji po urazie rdzenia kręgowego [Internet]. 2023. [Data cytowania: 2025 marzec 26]. Dostępne pod:

- <https://fundacjamocpomocy.pl/znaczenie-psychoterapii-w-procesie-rehabilitacji-po-urazie-rdzenia-kregowego/>
7. Niepełnosprawni.pl. Opieka psychologiczna a jakość życia po urazie kręgosłupa [Internet]. [brak daty publikacji]. [Data cytowania: 2025 marzec 26]. Dostępne pod: <https://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/9095>
 8. Medonet. Uraz rdzenia kręgowego: „Od pasa w dół nic nie czułam. Miałam dwa wyjścia” [Internet]. 2022. [Data cytowania: 2025 marzec 26]. Dostępne pod: <https://www.medonet.pl/zdrowie/zdrowie-dla-kazdego,uraz-rdzenia-kregowego--od-pasa-w-dol-nic-nie-czulam--mialam-dwa-wyjscia,artykul,40982642.html>
 9. Szewczyk M, Cwajda-Białasik J, Mościcka P, Cierzniańska K, Bazaliński D, Jawień A, et al. Profilaktyka odleżyn – zalecenia Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran. Część 1. Leczenie Ran. 2020;17(4):[brak numerów stron, należy uzupełnić]. Dostępne pod: <https://ptlr.org/wp-content/uploads/2022/05/Profilaktyka-odlezyn-%E2%80%93-zalecenia-Polskiego-towarzystwa-leczenia-ran.-czesc-1.pdf> [Data cytowania: 2025 marzec 23]
 10. Styk B, Mendrycka M, Woźniak-Kosek A. Zastosowanie terapii podciśnieniowej w leczeniu ran w praktyce pielęgniarstwa - studium przypadku pacjentki z odleżynami III i IV stopnia. W: Współczesne wyzwania zdrowotne, od profilaktyki po leczenie chorób cywilizacyjnych. T. 2., s.78
 11. Casella G, Soricelli E, Genco A, et al. Use of platelet-rich plasma to reinforce the staple line during laparoscopic sleeve gastrectomy: Feasibility study and preliminary outcome. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2015;25(4):222-7
 12. McAleer JP, Kaplan E, Persich G. Efficacy of concentrated autologous platelet-derived growth factors in chronic lower-extremity wounds. J Am Podiatr Med Assoc. 2006;96(6):482-8
 13. Styk B, Mendrycka M, Woźniak-Kosek A. Ropień odbytu leczony terapią podciśnieniową oraz fibryną bogatopłytkową - opis przypadku. Leczenie Ran. 2024;21(4):108-14
 14. Niepełnosprawni.pl. Rehabilitacja neurologiczna z wykorzystaniem ćwiczeń PNF [Internet]. 2020. [Data cytowania: 2025 marzec 25]. Dostępne pod: <https://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/2000649%3Bjsessionid%3D5DAB3B9D0DB802617CC631A7EAE089FB>

OPIEKA PIELĘGNIARSKA W ODDZIALE INTENSYWNEJ TERAPII NAD 51-LETNIĄ PACJENTKĄ JAKO POTENCJALNYM DAWCĄ NARZĄDÓW W KONSEKWENCJI DOZNANEGO KRWOTOKU MÓZGOWEGO

MICHALINA NIKIEL, EWA ZARÓD, JOLANTA KOLONKO

Wstęp. Śmierć zdefiniowana została w Obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dn. 4.12.2019 r. jako „*trwała utrata przytomności oraz trwała utrata wszystkich funkcji pnia mózgu, spowodowana trwałym ustaniem krążenia lub krytycznym uszkodzeniem mózgu*” [1]. Szacuje się, że 90% przeszczepianych w Polsce narządów pochodzi od dawców zmarłych w mechanizmie śmierci mózgu, a pozostałe 10% od dawców żywych lub zmarłych na skutek nieodwracalnego zatrzymania krążenia [2]. Nadrzędnym aktem prawnym, który reguluje problematykę transplantacji w Polsce jest Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, nazywana ustawą transplantacyjną, która omawia aspekty dotyczące pobierania oraz donacji narządów, w tym również kwestie dotyczące zgody na ich pobranie [3].

Procedura pobierania narządów od zmarłego dawcy obejmuje także pewnego rodzaju uwierzytelnienie zgody na bycie dawcą po śmierci [4]. Zgodnie z ustawą transplantacyjną w art.5§1 w Polsce obowiązuje model zgody domniemanej, tzn. uznaje się, że obywatele wyrażają zgodę na pobranie narządów po śmierci [3,5]. Możliwe formy wyrażenia sprzeciwu obejmują: wpis w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów (CRS) na pobranie komórek, tkanek i narządów po śmierci, sporządzenie oświadczenia woli sygnowanego własnoręcznym podpisem lub wypowiedzenie się w obecności dwóch świadków o braku zgody.

Szczegółowa procedura orzekania śmierci mózgu składa się z dwóch wzajemnie ze sobą powiązanych etapów [2,3]. Na pierwszym etapie diagnozowania śmierci mózgu lekarz stwierdza wystąpienie u pacjenta arefleksji pniowej, co pozwala na postawienie hipotezy dotyczącej śmierci mózgu, a tym samym rozpoczyna dokumentację w Protokole Postępowania Diagnostycznego Śmierci Mózgu [6]. Analizie poddaje się stosowaną dotychczas terapię oraz diagnostykę (często poszerzaną o dodatkowe badania, np. TK, MRI, angiografię, jeśli wcześniej nie zostały wykonane). W konsekwencji wskazuje się na prawdopodobną etiologię śmierci mózgu. Do najczęściej występujących przyczyn ustania funkcji mózgu należą: schorzenia naczyń mózgowych (udar niedokrwienny lub krwotoczny), urazy, zatrucie, guzy mózgu [7].

Drugi etap to dwukrotne przeprowadzenie prób klinicznych przez specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii oraz specjalistę w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii, zgodnie ze ściśle określonym protokołem obejmującym analizę stwierdzeń i wykluczeń, potwierdzenie

trwałego bezdechu oraz arefleksji pniowej [6,8]. Podczas całej procedury zespołowi lekarskiemu towarzyszy najczęściej pielęgniarka oddziału intensywnej terapii, odpowiedzialna za przygotowanie pacjenta, a także niezbędnego sprzętu i otoczenia w celu poprawnego przeprowadzenia protokołu diagnostycznego. Spełnienie tylko wszystkich kryteriów zawartych w Protokole Postępowania Diagnostycznego Śmierci Mózgu świadczy o dokonanej u pacjenta śmierci mózgu, a tym samym o uznanie go za możliwego dawcę narządów [2,6].

W toku opieki nad dawcą narządów kluczową rolę sprawuje pielęgniarka anestezyjologiczna w oddziale intensywnej terapii (OIT), obejmująca opiekę nad dawcą [4]. Po stwierdzeniu i udokumentowaniu zgonu pacjenta w wyniku śmierci mózgu zmieniają się cele terapeutyczne – najważniejszym celem staje się ustabilizowanie stanu dawcy i utrzymanie prawidłowego funkcjonowania narządów przeznaczonych do pobrania i przeszczepienia [8]. Literatura w świetle aktualnych doniesień naukowych wskazuje na kilka najważniejszych elementów postępowania w opiece nad dawcą narządów:

- wczesne rozpoznanie przez pielęgniarkę oznak śmierci mózgu (pogorszenie stanu neurologicznego – wynik skali GCS ≤ 4 , zanik jednego lub więcej odruchów z pnia mózgu, utrata przez pacjenta spontanicznego oddechu) i szybka interwencja lekarska;
- posiadanie wiedzy na temat procesów dokonujących się w organizmie człowieka w konsekwencji śmierci mózgu i jego nieodwracalnej dysfunkcji;
- stosowanie sprawdzonych i właściwych z najnowszymi doniesieniami naukowymi schematów opieki nad dawcą;
- prowadzenie dokumentacji dotyczącej prowadzonej opieki nad zmarłym dawcą;
- planowanie kolejności następujących po sobie działań, jak i logistyka samego etapu pobierania narządów [7,8].

Wśród zadań pielęgniarki odpowiedzialnej za opiekę nad zmarłym dawcą narządów, wymienia się: monitorowanie parametrów życiowych i utrzymanie stabilizacji stanu dawcy, udział w dalszych procedurach diagnostycznych, utrzymanie równowagi metabolicznej i elektrolitowej, obserwację diurezy i wydalania oraz utrzymanie odpowiedniego balansu płynów, zapobieganie deregulacji temperatury ciała (hipotermii), kontrolę prawidłowego prowadzenia wentylacji pacjenta, a także zapobieganie infekcjom [9].

Cel pracy. Celem pracy jest analiza roli pielęgniarki w opiece nad pacjentem w stanie śmierci mózgu jako potencjalnym dawcą narządów, ze szczególnym uwzględnieniem aspektów medycznych, psychologicznych i organizacyjnych na przykładzie opisu przypadku 51-letniej pacjentki, która doznała krwotoku mózgowego.

Opis przypadku. 51-letnia pacjentka została przekazana do szpitala przez Zespół Ratownictwa Medycznego z powodu utraty przytomności z wtórnym urazem głowy, zaburzeniami kontaktu oraz osłabieniem siły mięśniowej kończyn po lewej stronie. Po przeprowadzeniu diagnostyki w ramach SOR została przyjęta do oddziału neurologii. Wśród chorób współistniejących odnotowano: nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemię, cukrzycę typu 1 (od okresu nastoletniego, poddawaną insulinoterapii), stan po dwóch cięciach cesarskich. Pacjentka stosowała doustną antykoncepcję hormonalną. W okresie poprzedzającym hospitalizację przez kilka dni zgłaszała występowanie bólu głowy. W pierwszym badaniu TK stwierdzono niewielką ilość krwi podpajęczynówkowo na sklepieniu płata czołowego prawego, z drobnym krwakiem lub stłuczeniem o wymiarach 10x3cm. Podanie kontrastu w trakcie badania nie uwidoczniło dodatkowych patologii. Kolejnego dnia rozszerzono diagnostykę o MRI głowy, w którym stwierdzono masywną zakrzepicę zatok żylnych mózgowia (zatoka strzałkowa górna, spływ zatok, prawa zatoka poprzeczna i esowata), dodatkowo zobrazowano wykrzepienia w obrębie kilku żył korowych prawej półkuli mózgu. W związku z powyższym stwierdzono udar krwotoczny prawej półkuli mózgu i rozpoczęto leczenie, uzyskując poprawę stanu neurologicznego chorej.

W trzeciej dobie hospitalizacji doszło do dynamicznego pogorszenia stanu pacjentki – wystąpiły zaburzenia świadomości, nasilenie niedowładu lewostronnego, ból głowy oraz wymioty. W trybie pilnym wykonano badanie TK głowy, które zobrazowało liczne obszary krwotoczne prawej półkuli mózgu, otoczone obrzękiem. Cały obszar wynaczynienia krwi miał wymiary 11,5x6cm. Zaobserwowano także obrzęk prawej półkuli i przemieszczenie centralnych struktur mózgowia o 10mm. Nie stwierdzono wskazań do interwencji operacyjnej. Zintensyfikowano leczenie, jednakże mimo to stan chorej nadal stopniowo się pogarszał. W godzinach wieczornych stan świadomości pacjentki określono w skali GCS na 5 pkt., zaobserwowano anizokorię P>L, a także pojawiła się reakcja wyprostna kończyn po stronie lewej. Przeprowadzono kolejne badanie TK głowy, które uwidoczniło progresję obrzęku mózgu, z porównywalnymi do poprzedniego wyniku ogniskami krwotoku. Chora została tego dnia przekazana do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii (OAIiT) w celu wdrożenia farmakologicznej sedacji i kontynuacji leczenia przeciwobrzękowego.

W chwili przyjęcia do OAIiT pacjentka była nieprzytomna (GCS 4-5 pkt), oddychała spontanicznie, prowadzono tlenoterapię bierną, odnotowano wysokie wartości ciśnienia tętniczego. Po zamonitorowaniu na stanowisku wdrożono sedację polimodalną, bez środków blokady nerwowo-mięśniowej z zachowanym oddechem spontanicznym. Bezpośrednio po przyjęciu założono wkłucie centralne i obwodowy dostęp do tętnicy promieniowej lewej.

Pacjentka została przyjęta z cewnikiem Foleya i zgłębnikiem żołądkowym założonym w oddziale neurologii. W dokumentacji na bieżąco odnotowywano uzyskany wynik w skali sedacji RASS (-5 pkt) oraz poziom bólu w skali CPOT (0-1 pkt). Celem zabezpieczenia drożności dróg oddechowych oraz prowadzenia wentylacji mechanicznej chora została zaintubowana z zastosowaniem wideolaryngoskopu, po elastycznej prowadnicy ze względu na pełne uzębienie i dość wysoko położone wejście do krtani. Rurka intubacyjna (śr. 7,5) pielęgnowana była codziennie, a oczyszczanie dróg oddechowych prowadzono z wykorzystaniem systemu zamkniętego. Pacjentka w dniu przyjęcia ważyła 72,5 kg, przy 164 cm wzrostu (BMI 26,77 kg/m² – nadwaga). Ocena pacjentki w skali Norton wynosiła 5 pkt (bardzo wysokie ryzyko rozwoju odleżyn).

Wtórnie do wdrożonej złożonej sedacji wystąpił spadek ciśnienia tętniczego, wobec którego rozpoczęto infuzję noradrenaliny. Utrzymano także włączone przez oddział neurologiczny leczenie przeciwobrzękowe i terapeutyczną dawkę HDCz. Pobrano od pacjentki krew żylną celem przeprowadzenia koniecznych badań. Dodatkowo wykonano także: badanie mikrobiologiczne popłuczyn oskrzelowo-pęcherzykowych, posiew moczu i krwi, wymaz z nosa oraz z odbytu, badanie przesiewowe w kierunku KPC.

W dniu przyjęcia uzyskane wyniki badań laboratoryjnych pozostawały w granicach normy, za wyjątkiem: podwyższonego poziomu D-dimerów (867 ng/ml), CRP (31,2 mg/l), proBNP (729 pg/ml). HbA1C wynosiło 9,1%, co świadczyło o nieprawidłowo kontrolowanej cukrzycy, glikemia na czczo: 197 mg/dl.

W kolejnych dniach kontynuowano wdrożone leczenie: polimodalną analgesedację, wentylację mechaniczną (tryb SIMV, FiO₂ 21%), wsparcie układu krążenia infuzją noradrenaliny oraz argipresyny, leczenie przeciwobrzękowe i przeciwdrgawkowe, profilaktykę wrzodów stresowych – wg indywidualnej karty zleceń (IKZ). Diureza stymulowana farmakologicznie, prowadzono bilans płynów. Stosowano żywienie enteralne oraz pojono pacjentkę przez zgłębnik żołądkowy. Obserwowano dyskretną anizokorię P>L. W kontroli gazometrii krwi tętniczej zaobserwowano utrzymującą się hipernatremię oraz kwasicę metaboliczną, natomiast parametry oksygenacji pozostawały w normie.

Trzeciego dnia temperatura ciała pacjentki wzrosła do 38,8°C, więc wdrożono farmakoterapię wg IKZ z zastosowaniem paracetamolu i preparatów nawadniających. Uzyskano niewielką poprawę i utrzymanie normotermii. Na odsysanie niewielkich ilości wydzieliny z dróg oddechowych chora reagowała kaszlem, z drzewa oskrzelowego odsysano wydzielinę o charakterze śluzowo-ropnym. Wystąpiła hiperglikemia (188-412 mg/dl), wymagająca

modyfikacji dawki wlewu insuliny. W gazometrii krwi tętniczej uzyskano poprawę uzyskując równowagę kwasowo-zasadową. Wynik skali sedacji RASS u pacjentki wynosił -5 pkt.

Czwartej doby w godzinach porannych zaobserwowano obustronne poszerzenie źrenic. W trybie pilnym wykonano badanie TK głowy, w którym uwidoczniono dalszą progresję zmian obrzękowych mózgowia i wgłobienie pod sierp mózgu. Rekonsultacja neurochirurgiczna ponownie nie wykazała wskazań do podjęcia leczenia operacyjnego. Kontynuowano wentylację mechaniczną, nie zaobserwowano własnego napędu oddechowego pacjentki. Wyniki badań wskazywały na utrzymującą się hipernatremię (do 160 mmol/L), obserwowano wysokie wartości glikemii (180-354 mg%), które regulowano modyfikacją podaży wlewu insuliny. Wobec obrazu tomograficznego świadczącego o niepomyślnym rokowaniu, a także z uwzględnieniem stanu klinicznego, czyli zaobserwowania obustronnego poszerzenia źrenic, brak odruchu kaszlowego i wymiotnego, braku napędu oddechowego – około godziny 23 podjęto decyzję o zakończeniu prowadzenia sedacji.

W piątej dobie hospitalizacji wykonano angiografię naczyń mózgowych. Badanie potwierdziło zatrzymanie krążenia mózgowego. Parametry życiowe pacjentki labilne, nadal podtrzymywane były wlewem noradrenaliny oraz argipresyny. Utrzymywano normotermię oraz kontynuowano wentylację mechaniczną (skorygowano FiO_2 z 21% na 30% pod kontrolą gazometrii krwi tętniczej). Obserwowano zaburzenia diurezy (obfite wydalenie rozcieńczonego moczu), które mogły wystąpić na podłożu śmierci mózgu.

W godzinach popołudniowych kontynuowano procedurę orzekania śmierci mózgu wg wytycznych zawartych w Obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2019 r. w sprawie sposobu i kryteriów stwierdzania trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu. Zgodnie z obowiązującymi przepisami, z zachowaniem odpowiedniego odstępu czasowego, po zaprzestaniu stosowania złożonej sedacji, przeprowadzono 2 próby przez dwóch lekarzy specjalistów. W wyniku procedury wykazano brak odruchów pniowych oraz trwały bezdech, co potwierdziło stawianą wcześniej prawdopodobną diagnozę śmierci mózgu.

Przeprowadzono rozmowę z najbliższą rodziną pacjentki – córką oraz siostrą i przyjęto oświadczenie, że zmarła za życia nie wyraziła sprzeciwu wobec możliwości pobrania narządów po jej śmierci. Rozpoczęto opiekę nad potencjalnym dawcą narządów z orzeczoną śmiercią mózgu w oddziale intensywnej terapii. Kontynuowano leczenie wdrożone od momentu wysunięcia przypuszczenia śmierci mózgu na skutek krwotoku śródmózgowego. Dokonano zgłoszenia do Poltransplantu. Wykonano liczne badania laboratoryjne i obrazowe w procesie kwalifikacji do eksplantacji. Zabieg pobrania wielonarządowego zaplanowano na następny dzień.

Szóstej doby w godzinach popołudniowych przekazano pacjentkę na blok operacyjny celem eksplantacji narządów. Od pacjentki pobrano następujące narządy: płuca, wątrobę, nerki, rogówki oraz skórę.

Proces pielęgnowania

1. Ryzyko destabilizacji hemodynamicznej związane z utratą ośrodkowej regulacji krążenia. Ryzyko niewydolności narządów przeznaczonych do eksplantacji.

Cel: Zapobieganie niestabilności hemodynamicznej. Utrzymanie prawidłowej perfuzji oraz funkcji narządów.

Interwencje pielęgniarские:

- ocena i monitorowanie parametrów życiowych (ciągły zapis EKG, pomiar ciśnienia tętniczego metodą bezpośrednią – utrzymywanie ciśnienia skurczowego w granicach 100-120 mmHg, MAP >70mmHg, saturacji >95%, OCŻ w granicach 8-12 cm H₂O, temperatury ciała – min. 35°C);
- kalibrowanie pomiaru inwazyjnego ciśnienia tętniczego po każdej zmianie pozycji ciała pacjentki względem przetwornika;
- pielęgnacja oraz utrzymanie drożności linii naczyniowych (wkłucie centralne, dostęp tętniczy);
- kontrola parametrów oddechowych i gazometrii, nadzór nad prowadzoną wentylacją mechaniczną według wytycznych;
- obserwacja pacjentki pod kątem zmian w zakresie szerokości źrenic, objawów wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego i tzw. „burzy wegetatywnej”;
- podawanie leków wazopresyjnych i inotropowych według indywidualnej karty zleceń;
- monitorowanie prawidłowej diurezy godzinowej (>1ml/kg/h), dbanie o nawodnienie pacjentki zarówno przez sondę żołądkową, jak i dożylnie zgodnie z IKZ oraz prowadzonym bilansem płynów;
- monitorowanie perfuzji narządowej, obserwacja pacjentki pod kątem występowania cech niedokrwienia, centralizacji krążenia;
- utrzymanie drożności dróg oddechowych;
- weryfikacja ustawień alarmów w monitorze i dostosowanie ich do sytuacji klinicznej pacjentki, reagowanie na wszystkie alarmy respiratora oraz kardiomonitora;

2. Niezdolność do spontanicznego utrzymania drożności dróg oddechowych w wyniku utraty świadomości.

Cel: Zapewnienie drożności dróg oddechowych. Utrzymanie właściwego natlenowania organizmu.

Interwencje pielęgniarskie:

- kontynuowanie wentylacji mechanicznej zgodnie z zaleceniami lekarza i nadzór nad jej prawidłowym przebiegiem, ocena skuteczności wentylacji;
- monitorowanie i ocena parametrów życiowych pacjentki: ciśnienie tętnicze w pomiarze metodą bezpośrednią, MAP, tętno, zapis EKG, temperatura ciała, ilość oddechów na minutę, etCO_2 , utrzymanie PaO_2 we krwi tętniczej na poziomie 80-100 mmHg przy możliwie niskich wartościach FiO_2 , a saturacji $>95\%$;
- regularna ocena uzyskanych wyników gazometrii krwi tętniczej (pH, PaO_2 , PaCO_2 , poziom hemoglobiny, SaO_2);
- stosowanie dodatniego ciśnienia końcowo-wydechowego (PEEP) wg zleceń lekarza;
- reagowanie na alarmy respiratora, interpretacja pojawiających się komunikatów;
- zabezpieczenie rur respiratora przed rozłączeniem lub zagięciem, szczególnie podczas zmiany pozycji pacjentki;
- odsysanie wydzieliny z dróg oddechowych zgodnie z potrzebami z wykorzystaniem układu zamkniętego oraz ocena zabarwienia, charakteru i ilości wydzieliny; dokumentacja w karcie obserwacji;
- nawilżanie dróg oddechowych, stosowanie filtrów HME oraz ich regularna wymiana;
- kontrola ciśnienia w mankiecie uszczelniającym rurki intubacyjnej z zastosowaniem manometru wg wskazań (utrzymanie ciśnienia na poziomie 17-25 mmHg);
- ocena położenia rurki intubacyjnej przez sprawdzenie głębokości jej wprowadzenia na wysokości kącika ust lub siekaczy, potwierdzenie właściwego położenia po każdej zmianie pozycji ciała pacjentki; osłuchiwanie klatki piersiowej celem określenia obecności wydzieliny oraz potwierdzenia właściwego położenia rurki intubacyjnej;
- bieżąca kontrola zestawu do intubacji, zapewnienie sprawności i kompletności sprzętu.

3. Zaburzenia wodno-elektrolitowe – hipernatremia w wyniku masywnego uszkodzenia OUN, hipokaliemia będąca konsekwencją stosowania leków diuretycznych;

Cel: Wyrównanie zaburzeń wodno-elektrolitowych. Utrzymanie wartości sodu w zakresie dopuszczalnym dla celów eksplantacji narządów, a jonów potasu w granicach normy.

Interwencje pielęgniarskie:

- ocena stanu pacjentki: stanu świadomości wg skali Glasgow, reakcji źrenic na światło, napięcia mięśniowego, zapisu EKG, parametrów życiowych; obserwacja pod kątem występowania objawów zaburzeń wodno-elektrolitowych;

- pobieranie materiału do badań celem oznaczania poziomu stężeń elektrolitów co kilka godzin w regularnych odstępach czasu; monitorowanie wpływu leczenia przeciwobrzękowego na poziom K^+ ;
- monitorowanie równowagi kwasowo-zasadowej na podstawie uzyskanych wyników z analizatora parametrów krytycznych;
- monitorowanie diurezy godzinowej oraz prowadzenie bilansu płynów, uwzględniającego wszystkie przyjmowane oraz wydalone płyny, a także inne czynniki wpływające na nawodnienie (np. gorączkę);
- dostosowanie podaży płynów i leków zgodnie z otrzymanymi wynikami badań, kartą zleceń, bilansem płynów; nawadnianie pacjentki wodą destylowaną;
- stosowanie u pacjentki suplementacji preparatami potasu zgodnie z IKZL oraz weryfikowanie w wynikach gazometrii ich skuteczności;
- przygotowywanie leków zgodnie z kartą charakterystyki, ze szczególnym uwzględnieniem ograniczenia rozpuszczania ich w 0,9% NaCl i zastąpienie preparatami 0,45% NaCl, 5% glukozy, Aqua pro Injectione – jeśli możliwe;

4. Zaburzenia w odżywianiu i nawadnianiu w wyniku zniesienia odruchu polykania. Ryzyko niedożywienia tkanek.

Cel: Utrzymanie prawidłowego funkcjonowania narządów przeznaczonych do eksplantacji, zapewnienie właściwego stopnia odżywienia. Nawodnienie organizmu.

Interwencje pielęgniarskie:

- ocena stanu odżywienia z uwzględnieniem BMI oraz skali NRS 2002 lub SGA;
- podawanie pokarmu oraz częste nawadnianie pacjentki przez sondę żołądkową;
- stosowanie żywienia przemysłowego o składzie i w objętości dostosowanej do obliczonego podstawowego spoczynkowego zapotrzebowania energetycznego, jeśli nie występują objawy nietolerancji żywieniowej;
- kontrola treści żołądkowej oraz zalegą, szczególnie przed podłączeniem nowej porcji żywienia po przerwie nocnej;
- obserwacja wyglądu, konsystencji, częstotliwości stolca oraz obserwacja pacjentki pod kątem występowania rozdęcia brzucha, wzrostu ciśnienia śródbrzusznego, regurgitacji, zalegą;
- codzienna pielęgnacja oraz regularna ocena położenia sondy żołądkowej, zachowanie drożności zgłębnika żołądkowego;
- pozycja półsiedząca lub półwysoka w czasie żywienia.

5. Wahania stężenia glukozy we krwi w przebiegu cukrzycy typu 1 oraz zaburzeń metabolicznych.

Cel: Utrzymanie glikemii na poziomie 140-180 mg% w okresie prowadzenia żywienia enteralnego.

Interwencje pielęgniarские:

- pomiar glikemii wielokrotnie w ciągu doby co 4-6 godzin, zwiększenie częstotliwości pomiarów w sytuacji wyników nie mieszczących się w pożądanej wartości glikemii;
- wlew dożylny z zastosowaniem preparatu krótkodziałającej insuliny według stężenia glukozy we krwi;
- stosowanie żywienia enteralnego w ilości i o wartości energetycznej pokrywającej zapotrzebowanie organizmu pacjentki;
- w sytuacji podejrzenia zaburzeń perfuzji, wystąpienia obrzęków obwodowych lub centralizacji krążenia oznaczanie glikemii z krwi żyłnej lub tętniczej, nie z włóścikowej;
- zapobieganie wystąpieniu hipoglikemii, obserwacja chorej pod kątem występowania np. zlewnego potu;
- odpowiednie nawodnienie pacjentki dożylnie lub przez zgłąbnik żołądkowy zgodnie z IKZ;

6. Ryzyko występowania zaburzeń w zakresie termoregulacji po uszkodzeniu i śmierci mózgu.

Cel: Zapewnienie skutecznej termoregulacji. Utrzymanie prawidłowych wartości temperatury organizmu dawcy narządów.

Interwencje pielęgniarские:

- monitorowanie i ocena parametrów życiowych pacjentki, w tym monitorowanie temperatury ciała w sposób ciągły; wczesne wykrywanie oznak infekcji, np. na podstawie ocenianych parametrów życiowych;
- prowadzenie bilansu płynów, uwzględniającego utratę wody w wypadku zwiększonej ciepłoty ciała;
- w okresie gorączki stosowanie technik fizykalnych chłodzenia ciała, dbanie o adekwatne nawodnienie organizmu, podawanie leków przeciwgorączkowych zgodnie z IKZ;
- pobieranie materiału do badań laboratoryjnych (np. CRP, PCT, WBC) oraz bakteriologicznych,
- w sytuacji obniżenia temperatury <36°C stosowanie technik ogrzewających pacjentkę, jak np. koce grzewcze, przetaczanie wyłącznie ogrzanych płynów dożylnie, ogrzewanie konwekcyjne; zapobieganie i unikanie wychładzania pacjentki.

7. Ryzyko rozwoju uogólnionej reakcji zapalnej na podłożu dodatnich wyników badań mikrobiologicznych. Ryzyko przeniesienia zakażenia do biorcy narządów.

Cel: Niedopuszczenie do rozwoju uogólnionej reakcji zapalnej, zmniejszenie ryzyka transferu zakażenia przez transplantację.

Interwencje pielęgniarские:

- monitorowanie i ocena parametrów życiowych pacjentki, monitorowanie objawów i parametrów wskazujących na rozwój infekcji;
- obserwacja skóry pod kątem zmian zabarwienia, wysypki lub innych zmian patologicznych oraz jej codzienna pielęgnacja;
- wymiana cewników, drenów, elementów respiratora (filtr, łącznik karbowany) i opatrunków zgodnie z procedurami, z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki;
- higiena jamy ustnej co najmniej 3x/dobę z wykorzystaniem środków bezalkoholowych;
- toaleta drzewa oskrzelowego adekwatnie do potrzeb, ocena odsysanej wydzieliny;
- jeśli możliwe, stosowanie rurki intubacyjnej z możliwością odsysania znad mankietu uszczelniającego;
- stosowanie preparatów antyseptycznych podczas pielęgnacji cewki moczowej i cewnika moczowego;
- pobranie materiału na badania wirusologiczne i screeningowe w kierunku chorób nowotworowych, a także materiału do badań mikrobiologicznych i wdrożenie procedur adekwatnie do wyników;
- utrzymywanie pozycji półwysokiej;
- współpraca z koordynatorem donacyjnym.

8. Ryzyko wystąpienia zaburzeń hormonalnych związanych z niewydolnością przysadki (zespół przysadkowy mózgu po śmierci mózgu).

Cel: Zminimalizowanie ryzyka wystąpienia konsekwencji zaburzeń hormonalnych.

Interwencje pielęgniarские:

- monitorowanie i ocena parametrów życiowych pacjentki, prowadzenie bilansu płynów oraz ocena stanu nawodnienia;
- monitorowanie diurezy godzinowej, ocena wydalanego moczu, obserwacja pacjentki pod kątem moczówki prostej;
- podawanie insuliny wg glikemii we wlewie, wdrożenie suplementacji hormonów, desmopresyny wg zaleceń lekarza;
- dostosowanie przepływu leków podtrzymujących krążenie do zmian wartości ciśnienia tętniczego, zgodnie z IKZ;

- kontrola poziomu jonów sodu i potasu oraz glukozy we krwi;

9. Ryzyko wystąpienia powikłań związanych z obecnością cewników naczyniowych – wkłucie centralne, kaniula tętnicza.

Cel: Brak cech infekcji w obrębie cewników naczyniowych. Redukcja ryzyka.

Interwencje pielęgniarские:

- monitorowanie parametrów życiowych i ich ocena, obserwacja pacjentki pod kątem występowania objawów stanu zapalnego oraz wczesnych powikłań wkłucia centralnego;
- ocena wkłucia centralnego i kaniuli tętniczej wg skali Baxter oraz prowadzenie dokładnej dokumentacji w zakresie dokonanych obserwacji, zmiany opatrunków i ewentualnych powikłań;
- obserwacja kończyny z wkłuciem tętniczym pod kątem występowania cech niedokrwienia;
- stosowanie opatrunków transparentnych i ich wymiana zgodnie z zaleceniami producenta lub w sytuacji ich poluzowania;
- monitorowanie drożności cewników naczyniowych, przepłukiwanie kanałów wkłucia 0,9% NaCl każdorazowo po podaży leku w bolusie oraz nie rzadziej niż 1x/12h gdy dostęp nie jest wykorzystywany do infuzji;
- stosowanie dezynfekcji aktywnej lub pasywnej elementów linii naczyniowej, w zależności od dostępnych rozwiązań, unikanie częstych manipulacji w obrębie cewników naczyniowych, stosowanie techniki bezdotykowej;
- pobranie materiału do badań bakteriologicznych w przypadku podejrzenia zakażenia krwi;
- przestrzeganie zasad związanych z utrzymaniem bezpiecznej linii naczyniowej.

10. Ryzyko wystąpienia urazu lub/i infekcji związanych z obecnością cewnika Foleya.

Cel: Utrzymanie higieny ciała pacjentki. Zminimalizowanie ryzyka powikłań.

Interwencje pielęgniarские:

- monitorowanie i ocena parametrów życiowych, a także okolicy cewki moczowej pod kątem ewentualnej infekcji;
- higiena ciała pacjentki z uwzględnieniem pielęgnacji okolicy krocza i cewki moczowej ciepłą wodą z mydłem lub/i środkami antyseptycznymi;
- kontrola diurezy godzinowej oraz obserwacja moczu;
- unikanie naciągania cewnika, regularna kontrola drożności systemu odprowadzającego mocz, utrzymywanie komory zbiorczej poniżej poziomu pęcherza;
- unikanie zbędnej manipulacji cewnikiem moczowym, stosowanie systemu zamkniętego z zastawką antyrefluksową;

11. Zagrożenie negatywnymi skutkami unieruchomienia w konsekwencji przebytego krwawienia śródmózgowego oraz uszkodzenia OUN.

Cel: Obniżenie ryzyka powikłań związanych z unieruchomieniem (np. odleżyn, powikłań zakrzepowych). Utrzymanie prawidłowego stanu skóry oraz zachowanie jej integralności.

Interwencje pielęgniarские:

- regularna toaleta drzewa oskrzelowego, stosowanie zasad profilaktyki zapalenia płuc;
- ocena stopnia odżywienia, wdrożenie diety adekwatnej do zapotrzebowania energetycznego i właściwe nawadnianie pacjentki;
- ocena ryzyka odleżyn np. według skali Norton, Waterlow lub Braden;
- ocena stanu błon śluzowych i skóry, jej pielęgnacja i wdrażanie profilaktyki odleżyn (w tym: stosowanie materaca przeciwoodleżynowego zmiennociśnieniowego i podkładek odciażających, udogodnień żelowych, zidentyfikowanie oraz eliminacja czynników modyfikowalnych ryzyka, utrzymanie skóry nawilżonej i wolnej od kontaktu z wilgocią);
- utrzymanie ciała pacjentki w czystości, codzienna zmiana bielizny pościelowej;
- monitorowanie kończyn pod kątem występowania obrzęku, zaczerwienienia;
- ćwiczenia bierne kończyn i stawów, współpraca z fizjoterapeutą;
- rozważenie zastosowania rękawów pneumatycznych jako metody profilaktyki przeciwzakrzepowej, podawanie leków przeciwzakrzepowych zgodnie z IKZ;

12. Obciążenie rodziny pacjentki związane z nagłą śmiercią osoby bliskiej, trudnością przyjęcia faktu śmierci mózgu i nieznanymi zagadnieniami związanymi z dawstwem narządów.

Cel: Zmniejszenie deficytu wiedzy rodziny w zakresie dawstwa narządów. Zmniejszenie niepokoju i dyskomfortu psychicznego, niepowikłana żałoba po stracie osoby bliskiej.

Interwencje pielęgniarские:

- ocena potrzeby interwencji psychologicznej;
- zapewnienie obecności osoby wspierającej, np. psycholog, kapelan;
- informowanie rodziny o możliwościach kontaktu z organizacjami wspierającymi rodziny dawców, infolinii dla osób w żałobie (np. telefon wsparcia dla osób po stracie i w żałobie);
- okazywanie empatii i zrozumienia dla trudnej sytuacji, w której znalazła się rodzina;
- wyjaśnienie procesu śmierci mózgu i kryteriów jej stwierdzenia, umożliwienie spotkania z koordynatorem donacyjnym w przypadku pojawienia się dodatkowych wątpliwości, które nie zostały wcześniej wyjaśnione;
- omówienie procedury pobrania narządów, aspektów etycznych, medycznych oraz prawnych;

- zapewnienie rodzinie intymności i odpowiednich warunków do rozmowy;
- umożliwienie pożegnania się z pacjentem w spokojnym, godnym otoczeniu;

Dyskusja. Rola pielęgniarki oddziału intensywnej terapii – mimo, iż na co dzień skupia się przede wszystkim na ratowaniu życia – obejmuje wczesną identyfikację potencjalnych dawców poprzez rozpoznanie zaburzeń mogących świadczyć o śmierci mózgu, a po jej orzeczeniu opiekę nad pacjentem w oczekiwaniu na eksplantację. Przeszczepienie narządów od osoby, u której doszło do śmierci mózgu jest możliwe pod warunkiem, iż narządy te są w dobrym stanie. Na ich jakość wpływ mają nie tylko czynniki niezależne (m.in. mechanizm, jaki doprowadził do śmierci dawcy, jego dotychczasowy stan zdrowia i wiek), ale również jakość opieki [7]. Wśród najważniejszych elementów, które należy uwzględnić w opiece nad chorym opisuje się zapewnienie stabilności hemodynamicznej i perfuzji narządowej, obejmujące zapewnienie adekwatnego wypełnienia łóżyska naczyniowego oraz rzutu serca [10-12]. U opisywanej pacjentki w odpowiedzi na ten problem prowadzono dokładny bilans płynów, płynoterapię drogą dożylną oraz enteralną, monitorowano parametry życiowe wraz z pomiarem inwazyjnego ciśnienia i OCŻ, przygotowywano oraz nadzorowano infuzje leków wazoaktywnych tak, by uzyskać MAP>70 mmHg.

Do momentu pobrania dawca powinien być prawidłowo odżywiony, a stosowanie żywienia enteralnego zmniejsza ryzyko zaburzeń w zakresie funkcji metabolicznych i wydalniczych [13]. Jednym ze zidentyfikowanych problemów pielęgnacyjnych u pacjentki było ryzyko niedożywienia, w związku z którym wdrożono takie interwencje jak: ocenę stanu odżywienia i zapotrzebowania energetycznego, wdrożenie adekwatnej podaży diety i płynów drogą enteralną i obserwację pod kątem powikłań lub oznak nietolerancji diety. Jednocześnie należy wspomnieć, iż zauważono, że u osób z rozpoznaniem śmierci mózgu często występuje hiperglikemia – odnotowuje się podwyższenie poziomu glikemii >200 mg/dl u 72% dawców [10]. W opisywanym przypadku pacjentka cierpiała na cukrzycę typu 1, która nie została właściwie uregulowana przed hospitalizacją, zatem trudno wskazać jednoznaczną przyczynę hiperglikemii. Postępowanie w tym wypadku, obejmujące m.in. podaż insuliny we wlewie, zintensyfikowanie częstotliwości pomiarów i obserwację pod kątem powikłań, uwzględniono w planie opieki, gdyż docelowy poziom glikemii u potencjalnych dawców należy utrzymywać <180 mg/dl.

Mimo, iż w literaturze opisuje się hipotermię i zaburzenia termoregulacji jako jeden z czynników najpowszechniej występujących u pacjentów z orzeczeniem śmierci mózgu [11], w opisywanym przypadku temperatura ciała zwykle była podwyższona w związku z toczącym się procesem zapalnym. Uwzględniono jednak w planie opieki postępowanie uwzględniające

zarówno zwiększoną temperaturę ciała, jak i możliwość występowania hipotermii (konieczność unikania utraty temperatury ciała poniżej 35°C).

Pacjenci w stanach krytycznych często wymagają wprowadzenia dodatkowych cewników naczyniowych i innych elementów – w przypadku potencjalnych dawców narządów przed pobraniem należy rozważyć ryzyko zakażenia, mogącego objąć przeszczepiane narządy i wpłynąć negatywnie na przeżywalność po przeszczepie biorcy [10]. W opisywanym przypadku założone zostały: kaniula tętnicza oraz centralna, cewnik Foleya, co wpłynęło na zidentyfikowanie problemów związanych z potencjalną transmisją zakażenia, gdyby doszło do powikłań infekcyjnych. Uwzględniono obserwację pod kątem objawów mogących świadczyć o występowaniu stanu zapalnego, postępowanie aseptyczne oraz profilaktykę zakażeń, a także pobieranie materiału do badań bakteriologicznych z zachowaniem szczególnej ostrożności, by uzyskać wiarygodny wynik i umożliwić wdrożenie celowanej antybiotykoterapii. Samo stwierdzenie dodatnich posiewów krwi u potencjalnych dawców nie stanowi bezwzględnej dyskwalifikacji z donacji, jednak konieczne jest wczesne wykrycie zakażenia i wdrożenie celowanej antybiotykoterapii 24-48 godzin przed pobraniem [10, 12]. Wśród zadań, jakie pielęgniarka będzie realizować u pacjenta uwzględnić należy także wspomaganie oddychania, utrzymanie adekwatnego natlenowania organizmu, profilaktykę zapalenia płuc (zapobieganie VAP oraz aspiracji treści żołądkowej) [13]. W planie opieki uwzględniono profilaktykę zakażeń układu oddechowego (m.in. toaletę jamy ustnej, ewakuację wydzieliny, stosowanie układu zamkniętego do odsysania, dbałość o wymianę elementów układu oddechowego, uniesienie wezglowia) oraz utrzymanie drożności dróg oddechowych i nadzór nad efektywną wentylacją.

Informacja o śmierci bliskiej osoby może stanowić ogromny ciężar i zaskoczenie dla rodziny chorego, utrudniając ustalenie woli pacjenta w zakresie dawstwa narządów w okresie, gdy czas gra istotną rolę. Od momentu podejrzenia śmierci mózgu należy objąć rodzinę pacjenta wsparciem oraz wdrożyć właściwą komunikację [13, 14]. W opisywanym przypadku uwzględniono interwencje pozwalające na przeżycie bliskim żałoby w sposób niepowikłany, uznając rodzinę chorego jako równorzędnych członków zespołu terapeutycznego.

Wnioski.

1. Opieka pielęgniarska nad pacjentem zakwalifikowanym jako potencjalny dawca narządów w OIT jest procesem złożonym, wymagającym wysokiej wiedzy oraz zaangażowania.
2. Najważniejsze elementy procesu pielęgnowania nad potencjalnym dawcą obejmują: zapewnienie stabilizacji hemodynamicznej i metabolicznej pacjenta w trosce o najwyższą jakość narządów przeznaczonych do eksplantacji, monitorowanie i wspomaganie funkcji

układu oddechowego, zapobieganie powikłaniom i potencjalnym zakażeniom u dawcy narządów, a także wsparcie psychologiczne rodziny pacjenta.

3. Efektywna opieka pielęgniarska ma bezpośredni wpływ na powodzenie transplantacji, a tym samym na życie i zdrowie biorców narządów. W związku z tym niezbędne jest ciągłe doskonalenie kompetencji personelu medycznego oraz edukacja na temat procedur transplantacyjnych.

Bibliografia

1. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2019 r. w sprawie sposobu i kryteriów stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu. (M.P. 2020 poz. 73).
2. Sułkowski M. Transplantacja komórek, tkanek i narządów pobranych od zmarłego dawcy w świetle obowiązujących przepisów prawnych w Rzeczypospolitej Polsce, *Sztuka Leczenia* 2024, 39(1), 51-56.
3. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Tekst jednolity (Dz. U. 2023 poz. 1185).
4. Kiszmal E. Zespół transplantacyjny – rola pielęgniarki anestezjologicznej. *Pielęgniarstwo Polskie* 2020, 76 (2) s. 122-126.
5. Ochotny P. Dawstwo narządów w świetle polskiej ustawy transplantacyjnej, *Studia Ecologiae et Bioethicae* 2019, 17 (3), 45-52.
6. Saucha W. Rozpoznanie śmierci mózgu [eBook]. Centrum Organizacyjno – Koordynacyjne do Spraw Transplantacji Poltransplant, Warszawa 2020 Dostępny w Internecie: https://www.poltransplant.pl/Download/BD/Rozpoznanie_smierci_mozgu_uwagi_praktyczne.pdf [dostęp: 26.02.2025]
7. Jurczak K, Parulski A, Dąbrowski R., Wybrane problemy biorców oraz dawstwa narządów we współczesnej polskiej transplantologii. *Nauka* 2024, 2 s. 53-62.
8. Czerwiński J, Małkowski P. Medycyna transplantacyjna dla pielęgniarek. PZWL, Warszawa 2017 s. 43-86.
9. Haor B, Wróblewska S, Daszuta K, Daszuta D. Confirming the Brain Death and the Nurse's Tasks in the Care of Potential Organ Donors and Their Families, *The Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing* 2019, 8 (3), 124–132.
10. Kotloff RM, Blosser S, Fulda GJ, Malinoski D, Ahya VN, Angel L, et al. Management of the Potential Organ Donor in the ICU: Society of Critical Care Medicine/American College of Chest Physicians/Association of Organ Procurement Organizations Consensus Statement. *Crit Care Med.* 2015 Jun;43(6):1291-325.
11. Hahnenkamp K, Böhler K, Wolters H, Wiebe K, Schneider D, Schmidt HH. Organ-Protective Intensive Care in Organ Donors. *Dtsch Arztebl Int.* 2016 Aug 22;113(33-34):552-8.
12. Grissom TE, Richards JE, Herr DL. Critical Care Management of the Potential Organ Donor. *Int Anesthesiol Clin.* 2017 Spring;55(2):18-41.
13. Milaniak I, Dębska G, Wykorzystanie modelu pielęgniarstwa Virginii Henderson w opiece nad potencjalnym dawcą narządów ze śmiercią mózgu. *Problemy pielęgniarstwa* 2017; 25(4):276-283.
14. Trzcńska M, Woderska A, Włodarczyk Z: Psychological principles in regard to the interview with the deceased donor's family. *Anaesthesiol Intensive Ther* 2014; 47: 200–207.

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

VIRA ABRAM, KATARZYNA KROCZEK, KORNELIA SKOCZYŁAS

Wstęp. Rdzeniowy zanik mięśni (ang. *spinal muscular atrophy* - SMA) to schorzenie dolnego neuronu ruchowego, dziedziczone autosomalnie recesywnie. Charakteryzuje się postępującym osłabieniem mięśni proksymalnych oraz atrofią mięśni szkieletowych. Szacuje się, że częstość występowania SMA wynosi od 1 na 10 000 do 20 000 przypadków. Według doniesień naukowych, SMA jest główną genetyczną przyczyną śmiertelności wśród noworodków [1,2]. W przebiegu choroby dochodzi do utraty motoneuronów rdzenia kręgowego, co prowadzi do osłabienia i zaniku mięśni. W większości przypadków choroba ma ciężki przebieg i jest nieuleczalna, co skutkuje niewydolnością oddechową oraz unieruchomieniem pacjenta. SMA najczęściej rozpoznawana jest w wieku niemowlęcym, choć jej objawy mogą pojawiać się w różnym wieku, od urodzenia aż po dorosłość. Przebieg, nasilenie objawów oraz występujące powikłania zależą od wielu czynników, w tym od jakości opieki, profilaktyki i czasu wdrożenia terapii. Im później choroba zostanie wykryta, tym gorsze są rokowania i krótszy okres przeżycia. [1,2].

Biorąc pod uwagę podłoże molekularne choroby, SMA wiąże się z mutacjami w genach SMN1 i SMN2. Symptomy pojawiają się na skutek mutacji tych genów. W 96% przypadków występuje delecja obu alleli genu, natomiast pozostałe mutacje to mutacje punktowe. U pacjentów z ostrą formą choroby zazwyczaj występuje 1-2 kopie genu, u pacjentów z postacią pośrednią 2-3 kopie, a u tych z łagodniejszą postacią – 3-6 kopii. Czynnikiem wpływającym na przebieg SMA jest płeć. U kobiet forma łagodniejsza jest dwukrotnie rzadsza niż u mężczyzn, a u nich choroba częściej ma postać bezobjawową [2].

Objawy SMA są zróżnicowane, różnice wynikają z typu choroby, który określa się na podstawie wieku wystąpienia pierwszych objawów oraz stopnia ich nasilenia. Do najczęstszych objawów należą: osłabienie mięśni - szczególnie rąk, nóg i tułowia, zanik mięśni, wiotkość mięśniowa, trudności z poruszaniem się, np. problemy z chodzeniem, wstawaniem, utrzymywaniem pozycji siedzącej lub głowy, problemy z oddychaniem i przełykaniem, brak lub osłabienie odruchów, takich jak odruch kolanowy, drobne drżenia mięśni, np. widoczne ruchy języka [4].

Jedną z klasyfikacji SMA stanowi skala Munsata, w której wyróżnia się 3 typy tej choroby, gdzie 1 – najbardziej zaawansowana postać, 3 – postać o łagodniejszym przebiegu. Obecnie, niektóre źródła proponują dodanie jeszcze dwóch typów SMA do tej klasyfikacji – 0 i 4.

Wynika to z traktowania niektórych badaczy SMA0 jako ciężkiej postaci SMA1, a SMA4 jako bardzo łagodnej postaci SMA3. SMA dzieli się na pięć typów, w zależności od genotypu, wieku zachorowania, ciężkości nasilenia objawów oraz najwyżej osiągniętego kamienia milowego w rozwoju motorycznym [4].

Diagnostyka SMA opiera się na badaniach genetycznych. Najczęściej wykorzystywanym badaniem jest badanie ilościowe z oceną kopii genów SMN1 i SMN2. Do oceny pacjentów z SMA służy skala CHOP INTEND. Obejmuje 16 elementów, w celu oceny motorycznej pacjenta. Każdy z elementów ocenia się w skali 0-4, gdzie 0 to brak reakcji, a 4 to pełna reakcja. W teście można otrzymać 64 punkty. Ocenia się następujące elementy: spontaniczny ruch kończyn dolnych, spontaniczny ruch kończyn górnych, chwyt, głowę w linii środkowej, przywodziciele stawu biodrowego, obrót, zginanie barku, zginanie ramienia, prostowanie kolan, zgięcie biodra, kontrolowanie ruchów głowy, zgięcie łokcia, zgięcie szyi, prostowanie głowy, wygięcie kręgosłupa [1,2].

Nieustannie trwają badania nad opracowaniem efektywnej terapii leczniczej dla pacjentów z rdzeniowym zanikiem mięśni. Połączenie badań przesiewowych oraz podawania leków u pacjentów pozwala zmniejszyć nasilenie dolegliwości oraz wyeliminować część objawów. Leki wykorzystywane w leczeniu SMA działają na zasadzie mechanizmów mutacji genetycznych zachodzących w przebiegu choroby. Na chwilę obecną, w Polsce dostępne są następujące leki w kierunku SMA: rysdyplam, onasemnogene abeparvovec i nusineren. Tę leki podawane są drogą dożylną w postaci jednorazowej dawki. U chorych uzyskuje się lepsze efekty leczenia, co poprawia ich rokowania. W Polsce stworzono program "Leczenie rdzeniowego zaniku mięśni" w 2019 roku. Jest to program lekowy u których występuje SMA potwierdzone badaniami genetycznymi. Według raportu z 2022 roku, program objął 791 chorych [5,6,7].

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

Prezentacja przypadku. Badaniem objęto 53-letniego mężczyznę z rozpoznaniem: zanik mięśni pochodzenia rdzeniowego. Pierwsze objawy choroby u pacjenta pojawiły się w wieku czterdziestu lat. Mężczyzna zaczął zauważać stopniowe osłabienie mięśni, drżenie palców oraz trudności w wykonywaniu codziennych czynności, takich jak chodzenie i podnoszenie przedmiotów. Ze względu na szybki postęp choroby w ciągu jednego roku po zdiagnozowaniu choroby u pacjenta pojawiły się trudności z utrzymaniem głowy w pozycji pionowej, zanik mięśni języka, czterokończynowy głęboki niedowład wiotki (siła mięśniowa proksymalnie 0 wg Lovetta). Możliwości ruchów stawów jakie zostały zachowane: to zginanie, prostowanie,

rotacja przedramienia w stawie łokciowym w odciążeniu, obecne słabe ruchy zginania w zakresie dłoni i stóp. Z uwagi na postępujące i nieodwracalne objawy choroby, brak akceptacji własnego ciała, osłabienie, przewlekłe zmęczenie, zależność od osób drugich nastrój pacjenta jest obniżony. Pacjent w kontakcie logicznym, zorientowany auto i allopsychicznie.

Opiekę nad chorym sprawują rodzice, którzy pomagają mu w wykonaniu podstawowych czynności, takich jak higiena osobista, ubieranie się, przyjmowanie posiłków oraz sprawy formalne. W związku z chorobą mężczyzna nie jest aktywny zawodowo, wcześniej pracował jako informatyk. Rodzice oraz pacjent nie posiadają dostatecznej wiedzy na temat choroby oraz nie akceptują sytuacji w jakiej się znaleźli. Pomimo upływu czasu od diagnozy, chory nadal wyraża poczucie złości, co jest odczuwane w czasie wykonywanych czynności. U chorego prowadzona jest rehabilitacja mająca na celu jak najdłuższe utrzymanie sprawności. Prowadzone są ćwiczenia bierne oraz gimnastyka oddechowa. Otoczenie chorego wyposażone jest w niezbędny sprzęt specjalistyczny, taki jak: drabinki i podnośnik, które pomagają mu w codziennych czynnościach (zmiana pozycji ułożeniowej ciała czy przemieszczanie z łóżka na wózek inwalidzki, zmianę bielizny pościelowej, kąpiel w wannie). Pacjent choruje przewlekłe na niedokrwistość, kamicy nerkową oraz nawracające infekcje układu moczowego. Jest po operacji korekcji kręgosłupa. Mężczyzna jest objęty opieką specjalistycznego ośrodka terapii leczenia tlenem. Jest zakwalifikowany do tlenoterapii domowej - przepływ tlenu 2-4 l/min przez minimum 17 godzin na dobę.

Przyjmowanie leki: Berodual w nebulizacjach, Protifal, Feroplex, Trittiko, Uroseren, oraz doraźnie Metoklopramid.

Na podstawie zebranych danych z wywiadu, obserwacji oraz zastosowanych skal oceny, u pacjenta występuje zaburzona wymiana gazowa oraz trudności w oddychaniu. Objawiająca się dusznością spoczynkową, w skali Borga 7/10. Przyczyną jest osłabienie mięśni oddechowych, przewlekły stan zapalny dróg oddechowych. Obecny jest ból o charakterze przewlekłym i dużym nasileniu, oceniony na 8/10 w skali NRS. Powstały na skutek deformacji kostnych, przeciążeń stawów. Występują zaburzenia odżywiania oraz ryzyko niedożywienia będące wynikiem obecnych trudności z przyjmowaniem posiłków i połykaniem, niedowaga, NRS 2020 >3 pkt. Przyczyny: osłabienie mięśni gardła i jamy ustnej. Obecne są zaparcia i wzdęcia powodujące dyskomfort, powstały na skutek ograniczona ruchomości i osłabienia perystaltyki jelit. Możliwe wystąpienie: bólów brzucha oraz pogorszenia stanu ogólnego. Obecne jest ryzyko powstania odleżyn. Wynik w skali Norton: 10/20 pkt – co wskazuje na wysokie ryzyko. Przyczyny wystąpienia ryzyka u pacjenta to: ograniczona ruchomość, niedożywienie. Pacjent zmaga się również z ograniczoną mobilnością i samodzielnością

w zakresie czynności pielęgnacyjno-higienicznych. Obserwuje się również ryzyko infekcji objawiające się nawracającą gorączką (do 39°C), przewlekłym stanem zapalnym górnych dróg oddechowych.

U pacjenta rozpoznano następujące problemy pielęgnacyjne:

Problem 1. Duszności spowodowane bakteryjnym zapaleniem płuc i niewydolnością oddechową.

Cel opieki: Zmniejszenie duszności.

Plan opieki:

- ocena stopnia duszności za pomocą skali Borga (pacjent uzyskał 7/10pkt),
- pomoc choremu w doborze najkorzystniejszej dla niego pozycji (wysoka lub półwysoka),
- zapewnienie prawidłowego mikroklimatu w pomieszczeniu,
- podawanie tlenu (zgodnie ze zleceniem lekarza – 2-4 l/min przez minimum 17 godzin na dobę),
- kontrola i ocena oddechów, tętna, ciśnienia tętniczego krwi, prowadzenie bilansu płynów,
- rozmowa z chorym na temat czynników wzmagających duszność,
- zastosowanie gimnastyki oddechowej,
- udokumentowanie wykonanych czynności.

Problem 2. Dolegliwości bólowe z powodu zmian postawy i obciążenia stawów.

Cel opieki: Eliminacja lub złagodzenie dolegliwości bólowych.

Plan opieki:

- określenie charakteru bólu,
- ocena bólu w skali NRS (pacjent uzyskał 8/10 pkt),
- działania podnoszące próg bólu – spokój, cisza, kompletne, celowe działania,
- wygodna pozycja, rozluźnienie odzieży,
- pomiar parametrów życiowych, świadomości, stanu skóry,
- zapewnienie pacjentowi komfortu psychicznego i fizycznego,
- prowadzenie farmakoterapii zgodnie z kartą zleceń lekarskich,
- udokumentowanie wykonanych czynności.

Problem 3. Osłabienie spowodowane nawracającą się gorączką – 39°C.

Cel opieki: Poprawa samopoczucia chorego, unormowanie parametrów temperatury ciała.

Plan opieki:

- monitorowanie temperatury ciała w zależności od potrzeby, tętna, ciśnienia tętniczego krwi, kontrola i ocena oddechów,
- zapewnienie terapeutycznego mikroklimatu w pomieszczeniu, w którym chory przebywa,
- pozostawienie chorego w łóżku, wygodne ułożenie, zastosowanie w razie potrzeby podpórek, koców, wałków,
- zastosowanie okładów wysychających i chłodzących na czoło i klatkę piersiową,
- pomoc choremu w czynnościach pielęgnacyjnych (podanie basenu, kaczki, czynności higieniczne),
- zastosowanie przewiewnej bielizny osobistej i pościelowej,
- podawanie środków farmakologicznych (Paracetamol, Metamizol),
- ocena skuteczności podjętych działań i ewentualna ich modyfikacja,
- udokumentowanie wykonanych czynności.

Problem 4. Przewlekłe zmęczenie z powodu niedokrwistości.

Cel opieki: Zmniejszenie poziomu odczuwanego zmęczenia oraz poprawa poziomu hemoglobiny.

Plan opieki:

- obserwacja ogólnego stanu pacjenta,
- motywowanie pacjenta do eliminacji czynników nasilających zmęczenie (stres, nadmierny wysiłek),
- informacja o konieczności wykonywania regularnych badań laboratoryjnych,
- informacja o spożywaniu żelaza, kwasu foliowego, witaminy z grupy B w diecie oraz w formie suplementów,
- pomiar i zapis parametrów życiowych (tętno, CTK, saturacja, liczba oddechów),
- poinformowanie chorego o unikaniu obrażeń mechanicznych i jak należy postępować w razie ich wystąpienia (zimne kompresy, stosowanie ucisku),
- rozmowa z rodziną na temat konieczności wprowadzenia zmian w zakresie żywienia: odpowiedniej ilości witamin przyjmowanej przez chorego,
- ocena podjętych działań i ewentualna ich modyfikacja w przypadku braku poprawy,
- udokumentowanie wykonanych czynności.

Problem 5. Dyskomfort z powodu zaparć spowodowanych stanem zaburzenia żołądkowo-jelitowym.

Cel opieki: Zmniejszenie dyskomfortu, zlikwidowanie zaparć.

Plan opieki:

- ocena stanu pacjenta,
- ocena rodzaju zaparć (ocena schematu oddawania stolca – pora dnia, objętość, częstość, konsystencja – zaparcia spastyczne),
- zachęcenie pacjenta do spożywania błonnika,
- poinformowanie pacjenta oraz jego rodziny na temat konieczności regularnego przyjmowania płynów,
- poinformowanie opiekunów o konieczności zwiększenia aktywności fizycznej,
- ustalenie stałych godzin posiłków w celu regulacji układu pokarmowego,
- zastosowanie środków farmakologicznych mających na celu pobudzenie perystaltyki jelit oraz ocena i skuteczności,
- udokumentowanie wykonanej czynności.

Problem 6. Dyskomfort związany z nawracającymi infekcjami układu moczowego.

Cel opieki: Zmniejszenie dyskomfortu.

Plan opieki:

- ocena dolegliwości bólowych,
- monitorowanie temperatury, ciśnienia tętniczego krwi, tętna, saturacji, ilości oddechów,
- dopijanie chorego,
- badanie moczu,
- prowadzenie bilansu płynów z godzinową oceną diurezy, ocena zabarwienia moczu,
- kąpiel chorego z zastosowaniem mydeł leczniczych – bezzapachowych, delikatne osuszanie miękkim ręcznikiem,
- umożliwienie oddawania moczu w pozycji siedzącej z wykorzystaniem kaczki,
- unikanie przegrzania, używanie bielizny z naturalnych materiałów,
- „wietrzenie” okolic intymnych,
- toaleta ujścia cewki moczowej,
- edukacja rodziny w zakresie działań zapobiegawczych występujących infekcji,
- w przypadku braku poprawy konsultacja z lekarzem POZ,
- udział w farmakoterapii,
- udokumentowanie wykonanych czynności.

Problem 7. Niebezpieczeństwo niedożywienia w związku z utartą apetytu i ogólną stratą sił.

Cel opieki: Zapobieganie utracie masy ciała przez poprawę apetytu i przywrócenie prawidłowej masy ciała.

Plan opieki:

- ocena ryzyka związanego ze stanem odżywienia według skali NRS 2002 (pacjent uzyskał >3 pkt, co oznacza wskazania do leczenia żywieniowego),
- codzienna ocena stopnia nawodnienia chorego i prowadzenia karty bilansu płynów,
- kontrolowanie ilości spożywanych posiłków,
- edukacja w zakresie diety (według dolegliwości chorego) oraz ewentualnych zmian w odżywianiu,
- zapewnienie choremu komfortu i towarzyszenie w przyjmowaniu posiłków,
- udokumentowanie wykonanych czynności.

Problem 8. Wysokie ryzyko rozwoju odleżyn.

Cel opieki: Zmniejszenie ryzyka rozwoju odleżyn.

Plan opieki:

- ocena ryzyka rozwoju odleżyn wg skali Norton (pacjent uzyskał 10/20pkt – wysokie ryzyko),
- ocena stanu skóry oraz miejsc najbardziej narażonych na wystąpienie ran chorego,
- zastosowanie materaca przeciwoleżynowego,
- stosowanie udogodnień – wałki, poduszki, kocę,
- w czasie toalety chorego dokładne mycie i osuszanie skóry,
- nawilżanie skóry preparatami dedykowanych pacjentom leżącym,
- oklepywanie, masowanie miejsc najbardziej narażonych na wystąpienie odleżyn,
- informowanie chorego i rodziny o konieczności częstych zmian pozycji ciała oraz aktywizacji,
- ocena podjętych działań i ewentualna ich modyfikacja,
- udokumentowanie wykonanych czynności.

Problem 9. Suchość skóry z powodu niedokrwistości.

Cel opieki: Złagodzenie objawów suchości skóry, zapobieganie przesuszeniu skóry.

Plan opieki:

- ocena stanu skóry pacjenta, obecności zaczerwienień, łuszczenia czy podrażnień,
- unikanie niekorzystnego działania gorącej wody na skórę chorego podczas wykonywania toalety ciała,
- unikanie pianących się płynów, stosowanie łagodnych detergentów i mydeł,

- delikatne osuszanie skóry,
- zalecenie regularnego stosowania nawilżających kremów i balsamów do ciała, które zawierają składniki nawilżające (mocznik, gliceryna czy kwas hialuronowy),
- unikanie drażniących czynników zewnętrznych, takich jak długotrwale przebywanie na słońcu, noszenie sztucznych materiałów,
- odpowiednia ilość przyjmowanych płynów w ciągu dnia,
- zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu pomieszczenia, gdzie przybywa pacjent,
- udokumentowanie wykonywanych czynności.

Problem 10. Występowanie uporczywych nudności i wymiotów spowodowanych kamicią nerki prawej.

Cel opieki: Zmniejszenie wymiotów oraz zapobieganie zaaspirowaniu treści żołądkowej do dróg oddechowych.

Plan opieki:

- ocena stanu pacjenta – częstość i nasilenie nudności oraz wymiotów, obecność bólu brzucha, obecność krwi w wymiocinach,
- monitorowanie temperatury, ciśnienia tętniczego krwi, tętna, saturacji, ilości oddechów,
- nawilżanie śluzówki i jamy ustnej oraz płukanie ust,
- zastosowanie zalecanej diety (według dolegliwości chorego),
- prowadzenie bilansu płynów,
- obserwacja stopnia nawodnienia pacjenta poprzez ocenę elastyczności powłok skórnych, wilgotności błon śluzowych,
- zastosowanie leków przeciwwymiotnych,
- pomoc choremu w przyjęciu pozycji półsiedzącej,
- udokumentowanie wykonywanych czynności.

Problem 11. Deficyt sprawności funkcjonalnej powodujące trudności w samodzielnym zaspokajaniu potrzeb fizjologicznych na skutek unieruchomienia.

Cel opieki: Zmniejszenie deficytu ruchowego oraz ułatwienie zaspokajania potrzeb fizjologicznych.

Plan opieki:

- ocena stopnia zaburzeń ruchu i czucia, zaburzeń funkcji zwieraczy, perystaltyki jelit, trudności w połykaniu, zaburzeń mowy, ocena skóry i określenie ryzyka powstania odleżyn,
- wskazówki na temat częstej zmiany pozycji ciała i aktywizacji,

- edukacja rodziny na temat pomocy w wykonywaniu ruchów oraz ćwiczeń rehabilitacyjnych – ćwiczenia bierne oraz czynne,
- zachęcanie do samodzielnego zaspokajania potrzeb fizjologicznych w ramach możliwości,
- pomoc w utrzymaniu higieny ciała,
- częsta zmiana bielizny osobistej chorego oraz pościelowej,
- oklepywanie i masaż,
- częste wietrzenie pomieszczenia,
- udokumentowanie wykonanych czynności.

Problem 12. Problemy z przełykaniem spowodowane zanikiem mięśni języka.

Cel opieki: Ułatwienie przełykania napojów oraz posiłków.

Plan opieki:

- ułożenie chorego w pozycji podpartej, ustabilizowanej,
- informacja dla rodziny na temat najlepszej do przełykania konsystencji pokarmu,
- polecenie pacjentowi przyjmowania niewielkich porcji oraz picie niewielkimi łykami,
- zapewnienie spokoju choremu w trakcie spożywania posiłków,
- wspieranie chorego w trakcie karmienia,
- wykonywanie toalety jamy ustnej po posiłku,
- regularna ocena wagi oraz BMI,
- udział w farmakoterapii i uzupełnianie niedoborów żywieniowych,
- konsultacja z lekarzem w razie nieprawidłowych wyników,
- ocena skuteczności podjętych działań i ewentualna ich modyfikacja,
- udokumentowanie wykonanych czynności.

Problem 13. Brak akceptacji własnego ciała przez chorego.

Cel opieki: Pozbycie się negatywnych emocji na temat własnego wizerunku przez pacjenta.

Plan opieki:

- nawiązanie kontaktu z pacjentem przez rozmowę,
- stworzenie przyjaznej atmosfery w trakcie rozmowy,
- przekazanie choremu oraz członkom rodziny informacji na temat możliwości pomocy terapeutycznej,
- udzielenie wsparcia emocjonalnego choremu,
- edukacja pacjenta i rodziny na temat radzenia sobie w różnych sytuacjach życia codziennego,

- organizacja wolnego czasu chorego: muzykoterapia, zajęcia artystyczne i kreatywne, kontakt z naturą, kontakt społeczny (rodzina, znajomi, telekonferencji, uczestnictwo w grupach wsparcia),
- udokumentowanie wykonanych czynności.

Problem 14. Brak akceptacji choroby syna ze strony rodziców.

Cel opieki: Zapewnienie wsparcia emocjonalnego, terapeutycznego i edukacyjnego rodzicom w procesie akceptacji i dostosowania się do nowej rzeczywistości.

Plan opieki:

- edukacja rodziców na temat choroby syna,
- zachęcania do skorzystania wsparcia psychologicznego – indywidualna terapia lub grupowe wsparcie dla rodziców osób chorych,
- zachęcanie do otwartej komunikacji między rodzicami a synem na temat jego choroby, obaw, potrzeb, uczuć,
- zachęcanie rodziców do akceptacji swoich własnych emocji w związku z chorobą syna,
- wspieranie rodziny w procesie podejmowania decyzji,
- zachęcanie rodziców do dbania o własne zdrowie psychiczne i fizyczne poprzez regularną aktywność fizyczną, zdrową dietę, odpoczynek.

Dla pacjenta oraz jego opiekunów opracowano następujące zalecenia pielęgniarские:

- Monitorowanie stanu zdrowia ogólnego: regularne kontrole lekarskie i pielęgniarские, także badania laboratoryjne: wskaźniki zapalne, morfologia. Monitorowanie ciśnienia tętniczego, tętna, saturacji, oddechów, masy ciała i nawodnienia.
- Organizacja regularnych przerw i wsparcia dla opiekunów (np. pomoc zewnętrzna, grupy wsparcia). Zachęcanie opiekunów do dbania o własne zdrowie fizyczne i psychiczne.
- Regularna ocena stanu skóry i właściwa jej pielęgnacja, prowadzenie profilaktyki przeciw odleżynowej.
- Zapewnienie odpowiedniej aktywności intelektualnej i stymulacji poznawczej: zachęcanie pacjenta do angażowania w proste ćwiczenia umysłowe, czytanie, słuchanie muzyki, gry planszowe lub rozmowy.
- Utrzymywanie codziennej rutyny dnia, co pomaga w zachowaniu orientacji i dobrego samopoczucia.
- Optymalizacja snu i rytmu dobowego przez zapewnienie warunków sprzyjających zdrowemu snu (ciemne, ciche, przewietrzone pomieszczenie).

- Adaptacja diety pod kątem mikroelementów i witamin oraz jej konsystencji. Monitorowanie ewentualnych niedoborów i konsultacje z lekarzem/dietetykiem.
- Planowanie sytuacji nagłych przez ustalenie jasnych procedur postępowania w przypadku nagłego pogorszenia stanu zdrowia (numery alarmowe, lista leków).
- Prowadzenie rehabilitacji i fizjoterapii adekwatnie do stanu chorego.
- Stosowanie się do zaleceń prowadzonej terapii tlenowej.

Podsumowanie. Rdzeniowy zanik mięśni to rzadkie i postępujące schorzenie, które stopniowo prowadzi do osłabienia i zaniku mięśni, znacząco wpływając na jakość życia chorego oraz jego bliskich. Skuteczne leczenie wymaga podejścia interdyscyplinarnego, angażującego nie tylko specjalistów – rehabilitantów, pielęgniarki środowiskowe czy lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej – ale także samego pacjenta i jego rodzinę. Kluczową rolę odgrywa kompleksowa opieka pielęgniarska, obejmująca systematyczne monitorowanie stanu zdrowia, wsparcie w codziennych czynnościach, pomoc w rehabilitacji oraz edukację chorego i opiekunów. Współpraca między pielęgniarką a całym zespołem medycznym zapewnia ciągłość i spójność działań terapeutycznych. Taki holistyczny model opieki pozwala nie tylko zminimalizować ryzyko powikłań, ale przede wszystkim poprawić komfort życia pacjenta i ułatwić rodzinie radzenie sobie z wyzwaniami towarzyszącymi chorobie.

Piśmiennictwo

1. Nishio H., Niba ETE, Saito T., Okamoto K., Takeshima Y., Awano H. Spinal Muscular Atrophy: The Past, Present, and Future of Diagnosis and Treatment. *Int. J. Mol. Sci.* 2023; 24, 11939. <https://doi.org/10.3390/ijms241511939> [dostęp: 10 stycznia 2024].
2. Jędrzejowska M., Kostera-Pruszczyk A., Rdzeniowy zanik mięśni – nowe terapie, nowe wyzwania. *Child Neurology*, 2016; 25: 11-17.
3. Kostera-Pruszczyk A., Napiórkowski Ł., Szymańska K., Jędrzejczyk J., Roszkowski M., Sowiński J., Frączek A., Ryglewicz D., Więckowska B. Spinal muscular atrophy: Epidemiology and health burden in children - a Polish national healthcare database perspective before introduction of SMA - specific treatment. *Neurologia i Neurochirurgia Polska*, 2021; 55(5): 479-484.
4. Das S., Dubey A. Comprehensive Review on Spinal Muscular Atrophy (SMA). *Perceptions Reprod Med.* 2021; 4(3): 333-337.
5. Kozon M., Krzyżanowska M., Olszewski J., Patryra A. Spinal muscular atrophy – the effectiveness of treatment and new therapeutic possibilities for selected groups of patients in Poland. *Prospects in Pharmaceutical Sciences*, 2023; 20(2): 68-71.
6. Butterfield R. Spinal Muscular Atrophy Treatments, Newborn Screening and the Creation of a Neurogenetics Urgency. *Seminars in Pediatric Neurology*, 2021; 38.

7. Kotulska K., Chmielewski D., Mazurkiewicz-Beldzińska M. et al. Safety, tolerability, and efficacy of a widely available nusinersen program for Polish children with Spinal Muscular Atrophy. *Eur J Paediatr Neurol*, 2022; 39.

PROCES PIELEGNOWANIA PACJENTA W TRAKCIE RADIOTERAPII GUZA MÓZGU – STUDIUM PRZYPADKU

DIANA PAJĄK, ELŻBIETA GARWACKA-CZACHOR, DOROTA MILECKA

Wstęp. Guzy mózgu należą do grupy nowotworów ośrodkowego układu nerwowego, które dzieli się na pierwotne oraz wtórne. Nowotwory pierwotne stanowią 40% nowotworów ośrodkowego układu nerwowego (OUN), a wtórne 60% i wynikają z przerzutów. Nie jest znany dokładny wpływ kancerogenów na powstawanie guzów mózgu [1-5]. Objawy ogniskowe wywołane przez nowotwory wewnątrzczaszkowe zależne są od lokalizacji nowotworu. Najczęstszym objawem jest ból głowy, który narasta wraz z powiększaniem się guza. Cechą charakterystyczną bólu głowy przy nowotworze jest pojawianie się go rano. Innym objawem jest nadciśnienie wewnątrzczaszkowe, które przyczynia się do występowania objawów ogólnych, tzw. nieswoistych. Charakteryzują się one bólami głowy nasilającymi się przy pochylaniu, zaburzeniami świadomości, przytomności, równowagi oraz wzroku, także nudnościami, wymiotami, sztywnością karku, obrzękiem tarczy nerwu wzrokowego, czy niedowładem ruchów gałki ocznej. Objawy związane z nadciśnieniem wewnątrzczaszkowym nie tylko są spowodowane uciskiem na otaczające tkanki przez rosnącego guza, ale również przez zaleganie krwi w naczyniach mózgowych oraz zaburzenie krążenia płynu mózgowo-rdzeniowego. Ból jest jednym z najczęstszych objawów u pacjentów chorych na nowotwory i ma negatywny wpływ na stan funkcjonalny i jakość życia pacjentów. Dolegliwości bólowe występują od 20% do 50% pacjentów chorych na raka. Około 80% pacjentów z zaawansowanym stadium raka odczuwa ból o nasileniu umiarkowanym do silnego. Ból może być również spowodowany leczeniem chirurgicznym, radioterapią, chemioterapią i terapiami wspomagającymi. Wśród objawów występują również napady padaczkowe, które najczęściej są spotykane przy guzach umiejscowionych w płacie czołowym, ciemieniowym lub skroniowym. Padaczka występuje u około 30% pacjentów z guzami mózgu [6-12].

Radioterapia jest metodą leczenia polegającą na zniszczeniu komórek nowotworowych i zmniejszeniu nowotworu za pomocą dużych dawek promieniowania. Radioterapię dzieli się na radioterapię radykalną oraz paliatywną. Radioterapia radykalna polega na wyleczeniu chorego z nowotworu, a paliatywna na złagodzeniu objawów spowodowanych nowotworem. Radioterapia najczęściej jest stosowana w leczeniu guzów złośliwych oraz jest uznawana za najbardziej skuteczną formę terapii w przypadku guzów szybko rosnących np. w stadium III lub IV [13-18]. Przy leczeniu radioterapią mogą wystąpić działania niepożądane, które są podzielone na ostre i późne. Odczyny popromienne są również podzielone na ogólnoustrojowe

oraz miejscowe. Wśród ostrych odczynów popromiennych występujących od 3 do 6 miesięcy od zakończenia radioterapii, wyróżnia się rumień skóry, łuszczenie się skóry, ból i świąd skóry. Późne odczyny popromienne mogą występować nawet do kilku lat, charakteryzują się martwicą kości, martwicą skóry, owrzodzeniami, przetokami i zwłóknieniami [14-19].



Rycina 1. Planowanie radioterapii u pacjenta z guzem mózgu, tzw. tomografia lokalizacyjna

Źródło: Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii, Zakład Radioterapii

Do zadań pielęgniarki w trakcie leczenia teloradioterapią należy przygotowanie pacjenta do terapii oraz opieka po niej. Mimo, że radioterapia jest jedną z głównych metod leczenia guzów mózgu, to niesie ze sobą wiele skutków ubocznych. Pielęgniarka ma obowiązek znać możliwe skutki uboczne, dzięki tej wiedzy może zapobiegać pojawianiu się ich lub zmniejszać ich natężenie. Podczas trwania leczenia, najczęstszym skutkiem ubocznym są uszkodzenia skóry spowodowane promieniowaniem jonizującym. Wśród odczynów popromiennych mogą wystąpić zaczerwienienia, złuszczenie, pieczenie, rumień i ból skóry. Po rozpoczęciu terapii, pielęgniarka obserwuje okolice poddatne na promieniowanie oraz ocenia je według najczęściej stosowanej skali RTOG (*Radiation Therapy Oncology Group*) od 0-4, gdzie 0 to skóra bez zmian, 1 informuje o pojawiającym się rumieniu i złuszczeniu na sucho, w stopniu 2 występuje obrzęk, złuszczenie na mokro oraz nasilony rumień, w stopniu 3 złuszczeniu towarzyszy wysięk oraz powiększający się obrzęk, a stopień 4 wskazuje na owrzodzenie, krwotok lub martwicę tkanki skórnej. Ocena stanu skóry według skali pozwala określić jakiej opieki wymaga pacjent. Przy zapobieganiu odczynom skórnym ważna jest edukacja pacjenta, którego pielęgniarka informuje o zaleceniach oraz zakazach mogących wpłynąć na wystąpienie odczynów popromiennych. Zakazane jest nakładanie kosmetyków, nagrzewanie, chłodzenie oraz wystawianie na różne warunki atmosferyczne miejsca napromieniowanego. Pacjent powinien wiedzieć również, aby nie podrażniać mechanicznie skóry oraz prowadzić prawidłową jej pielęgnację. W przypadku wystąpienia zmian skórnych pielęgniarka zabezpiecza je

odpowiednimi środkami. W przypadku rumienia i suchego złuszczenia się naskórka, stosowane są zasyпки, kremy oraz maści, które są aplikowane podczas wystąpienia wilgotnego złuszczenia się skóry. W leczeniu skórnych odczynów popromiennych stosowane są również opatrunki oraz leczenie farmakologiczne. Podczas sprawowania opieki nad pacjentem leczonym radioterapią pielęgniarka może spodziewać się wielu innych zmian skórnych takich jak: przewlekłe zapalenie skóry, blizny popromienne oraz skórne zmiany nowotworowe. Wśród powikłań u osób z rakiem mózgu występują zaburzenia widzenia, słuchu, świadomości oraz koordynacji ruchowej. Promieniowanie jonizujące może również pogłębić istniejące problemy neurologiczne. Groźnym skutkiem ubocznym jest spowodowanie lub zwiększenie obrzęku mózgu, może on zagrażać bezpieczeństwu chorego, dlatego też ważne jest rozpoznanie pierwszych objawów obrzęku oraz monitorowanie chorego. U pacjenta napromieniowanego mogą wystąpić zaburzenia mowy, afazja i zaburzenia pamięci, taki problem wymaga od pielęgniarki zrozumienia, wsparcia i cierpliwości. Pacjenta należy powiadamiać o istotnych informacjach tyle ile jest to konieczne, działania w tym problemie nastawione są na zapewnienie poczucia bezpieczeństwa. W przypadku wystąpienia napadów padaczkowych celem jest zabezpieczenie pacjenta i ścisła jego obserwacja w kierunku pojawienia się kolejnych napadów [20-22].

Celem głównym pracy jest zaplanowanie i zrealizowanie opieki pielęgniarskiej wobec pacjenta z guzem mózgu w trakcie radioterapii.

Materiał i metoda. Uczestnikiem badania był 62-letni pacjent z rozpoznanym guzem mózgu/glejakiem, leczony metodą radioterapii. Badanie przeprowadzono w Dolnośląskim Centrum Onkologii Pulmonologii i Hematologii (DCOPiH) we Wrocławiu na oddziale radioterapii w dniach 4.03.2024-6.03.2024 r. Pacjent oraz jego bliscy zostali poinformowani o celu badania oraz swoich prawach i wyrazili zgodę na jego przeprowadzenie. W badaniu zastosowano metodę studium indywidualnego przypadku [23]. Wykorzystano następujące techniki badawcze: wywiad, obserwację, analizę dokumentacji medycznej, pomiar bezpośredni i pośredni oraz elementy badania fizykalnego. Do uzyskania pomiarów wykorzystano: termometr, ciśnieniomierz, kalkulator, stetoskop, wagę, glukometr, centymetr krawiecki, wzrok badacza, skalę numeryczną oceny bólu NRS, skalę MMSE, skalę Baxtera, skalę Glasgow, skalę Barthel oraz skalę Douglas. Po analizie zebranych materiałów wyłoniono wnioski w postaci diagnoz pielęgniarskich. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej PANS nr 36/2023 z dnia 22.11.2023 r. oraz zgodę dyrektora DCOPiH nr NDB/12/2024/NB z dnia 18.01.2024 r.

Studium indywidualnego przypadku. Charakterystyka sytuacji zdrowotnej pacjenta.

Z wywiadu wynika, że 1 stycznia 2024 roku podczas jazdy samochodem pacjent zapomniał drogi do domu, poczuł również zagubienie. Opiekę sprawowała nad nim siostra, epizody utraty pamięci i niepokój towarzyszyły choremu przez kolejne dni. Pacjent trafił na oddział neurologii jednego ze szpitali we Wrocławiu. Wykonano rezonans magnetyczny głowy i dnia 5.01.2024 r. stwierdzono zmianę naciekową w obrębie ciała modelowatego. Pacjent został zakwalifikowany do biopsji guza mózgu, którą wykonano dnia 18.01.2024 r. W badaniu histopatologicznym rozpoznano glejaka wielopostaciowego, którego uznano za nieoperacyjnego, a pacjenta zakwalifikowano do leczenia paliatywnego radioterapią o dawce całkowitej 34.0 Gy w 10 frakcjach. Pacjent został przyjęty na oddział radioterapii stacjonarnej w DCOPIH dnia 26.02.2024 r. W dniu przyjęcia przeprowadzono wywiad z pacjentem oraz wykonano podstawowe badania. Pierwszą sesję radioterapii wykonano dnia 28.02.2024 r.

Ocena stanu biopsychospołecznego pacjenta. Pacjent odbył 5 z 10 planowanych sesji radioterapii. Po przeprowadzeniu wywiadu z pacjentem oraz analizie dokumentacji medycznej ustalono: płeć – mężczyzna, wiek – 62 lata, wzrost – 180 cm, masa ciała – 107 kg, BMI – 32 (otyłość I stopnia), tryb przyjęcia – planowy, przyczyna hospitalizacji - Z51.0 seanse radioterapii, rozpoznanie lekarskie - ICD10: C71.9 Nowotwór złośliwy mózgu – nieokreślony, choroby współistniejące - migotanie przedsionków, nadciśnienie tętnicze, czynniki ryzyka - wzmożone ciśnienie wewnątrzczaszkowe, zaburzenia pamięci. Parametry życiowe - RR: 144/81 mmHg, HR: 75 uderzeń/min, temperatura ciała: 36.8 °C, saturacja: 98% SpO2, brak objawów sinicy, obrzęków. Układ pokarmowy: stan odżywienia - otyłość, nagły spadek masy ciała, łaknienie i pragnienie zmniejszone, brak wymiotów, występujące zaparcia, dieta lekkostrawna, odruch połykania prawidłowy, protezy zębowe. Układ oddechowy: oddech prawidłowy, bez kaszlu, duszności, plwociny

Układ moczowy: z wywiadu prawidłowy, bez dolegliwości, pacjent chodzący bez cewnika i sprzętu pomocniczego. Układ kostno-stawowy: pacjent samodzielny. Układ nerwowy: logiczny, sen zaburzony, brak bólu, zaburzenia neurologiczne. Stan psychiczny: nastrój - zaburzony, lęki związane z chorobą i hospitalizacją. Zmysły: wzrok osłabiony, słuch prawidłowy. Błony śluzowe i skóra: jama ustna bez zmian, skóra ciepła, czysta, różowa, brak zmian skórnych. Wykształcenie: zawodowe – stolarz. Stan cywilny: kawaler. Środki utrzymania: pensja. Osoba zajmująca się pacjentem: siostra

Stan pacjenta w dniu 4.03.2024 r. - stan ogólny dobry i stabilny. Wykonano pomiary: ciśnienia tętniczego krwi 152/91 mmHg, tętno 83 uderzeń/min, saturacja 98% SpO2, temperatura 36.8 stopnia C, waga 107 kg, poziom glukozy we krwi – 139 mg/dl. Pacjent ma zaburzenia snu,

wybudza się w nocy i spaceruje, w ciągu dnia udaje się na drzemki. Wykonano kontrolę wyników badań laboratoryjnych: kreatynina 1.18, mocznik 60, WBC 11,59. Zgodnie z kartą zleceń wdrażono interwencje zwiększające podaż płynów. Pacjent wymagał kontroli przy spożywaniu posiłków, nie dojada. Chory pomyślnie odbył zaplanowaną sesję radioterapii. Nastrój pacjenta zaburzony – nie jest świadomy choroby, zapomina o przeprowadzonych z nim rozmowach, chce wrócić do domu i pracować. Za pomocą skali MMSE oceniono stan psychiczny pacjenta – badanie sprawiło wielką trudność - stwierdzono afazję w tym: akalkulię, agrafię, aleksję, niewyraźną mowę i zaburzenia pamięci. Pacjent gubi się na oddziale, wymaga stałej obserwacji, pomocy w wyjściu do toalety oraz w powrocie do sali, obecności personelu przy przyjmowaniu leków. Pacjent samodzielny (75 pkt. w skali Barthel); w skali Glasgow 14 pkt. Pacjent w płytkim kontakcie logicznym spowodowanym zaburzeniami neurologicznymi, zagubiony z poważnymi zaburzeniami pamięci, nie zgłasza żadnych dolegliwości. W skali Douglas pacjent uzyskał 24 punkty, nie występuje u niego ryzyko rozwoju odleżyn. Ocena okolicy napromieniowanej w skali RTOG - 0. Pacjent nie wypróżniał się.

Stan pacjenta w dniu 5.03.2024 r. - stan ogólny dobry i stabilny. Wykonano pomiary: ciśnienia tętniczego krwi - 144/81 mmHg, tętno 75 uderzeń/min, saturacja 99% SpO2, temperatura 36.9°C, waga 105.5 kg, poziom glukozy we krwi – 131 mg/dl. Pacjent wybudzał się w nocy i błądził po korytarzu, bez powiadomienia personelu opuścił oddział w celu „rozzurzenia się by wyzdrowieć”, nie wiedział jak wrócić na oddział, pacjent wymaga ścisłej obserwacji przez personel. Samopoczucie obniżone, jest zagubiony, nie wie co się z nim dzieje, zaobserwowano lęk spowodowany leczeniem i hospitalizacją, mowa pacjenta nie wyraźna, odpowiada krótkimi zdaniami. Skontaktowano się z rodziną pacjenta na jego prośbę, ponieważ nie mógł znaleźć telefonu. Pomyślnie odbyto zaplanowaną sesję radioterapii. Kontrolowano pacjenta pod względem uzupełniania płynów, spożywania posiłków oraz przyjmowania leków. Ocena okolicy napromieniowanej w skali RTOG - 0. Pacjent nie wypróżniał się.

Stan pacjenta w dniu 6.03.2024 r. - stan ogólny stabilny. Wykonano pomiary: ciśnienia tętniczego krwi - 161/93 mmHg, tętno 79 uderzeń/min, saturacja 98% SpO2, temperatura 36.6 stopnia C, waga 104.5 kg, poziom glukozy we krwi – 127 mg/dl. Pacjent w nocy spał z przerwami i chodził po salach pacjentów. Pomyślnie odbył zaplanowaną sesję radioterapii. Zaobserwowano nagły spadek masy ciała wraz z zaparciami, stwierdzono ryzyko wystąpienia sarkopenii. Pacjent w płytkim kontakcie logicznym, mowa wyraźniejsza, wymaga obserwacji ze względu na gubienie się w topografii oddziału. Wymaga również kontroli przy spożywaniu posiłków oraz płynów. Pacjent spokojny, zgłosił ból głowy w skali NRS – 2, nastrój zaburzony,

odczuwa lęk i niepokój. Ocena okolicy napromienianej w skali RTOG - 0. Pacjent wypróżnił się.

Wybrany wobec pacjenta model opieki pielęgniarstwa - ze względu na potrzeby pacjenta został wybrany model opieki pielęgniarstwa według Virginii Henderson. Człowiek składa się ze sfer: biologicznej, psychologicznej, społeczno-kulturowej i duchowej, które oddziałują na siebie i należy je zaspokajać. Model opieki Henderson wiąże się z ułożeniem planu opieki i ocenie przeprowadzonych interwencji. Teoria Henderson kładzie nacisk na podstawowe potrzeby człowieka i sposób, w jaki pielęgniarki mogą je zaspokoić. Według Henderson „umysł i ciało są nierozłączne, i wzajemnie powiązane”, a jednostka osiąga pełnię poprzez utrzymanie równowagi fizjologicznej i emocjonalnej. Współpraca z zespołem terapeutycznym jest istotna, jednak wymaga się, aby pielęgniarka potrafiła ocenić i poznać potrzeby pacjenta oraz pomóc mu w zaspokojeniu ich lub zapewnić odpowiednie warunki by mógł samodzielnie funkcjonować. Model opieki Henderson opiera się na teorii zakładającej zaspokojenie 14 potrzeb chorego, są to: potrzeby fizjologiczne, psychologiczne, duchowe i społeczne, co wskazuje na holistyczne podejście do pacjenta [24-25].

Proces pielęgnowania.

Diagnoza pielęgniarstwa 1: Ból głowy spowodowany podwyższonym ciśnieniem wewnątrzczaszkowym w przebiegu procesu rozrostowego w jamie czaszki.

Cel: Wyeliminowanie czynników zwiększających wzrost ciśnienia wewnątrzczaszkowego oraz zmniejszenie intensywności występujących objawów

Interwencje pielęgniarstwa:

- pomiar ciśnienia tętniczego
- ocena stopnia natężenia bólu w skali NRS - 2
- zapewnienie ciszy i spokoju
- zalecenie spożywania odpowiedniej ilości płynów
- zalecenia powolnej i ostrożnej zmiany pozycji ciała
- unikanie pozycji płaskiej lub z głową poniżej klatki piersiowej
- unikanie rotacji głowy
- zwalczanie zaparć
- unikanie czynników stresujących, wyjaśnianie wykonywanych procedur
- ponowna ocena stopnia natężenia bólu w skali NRS - 0

Realizacja: Wszystkie działania zostały zrealizowane zgodnie z planem. Pacjent stosuje się do zaleceń.

Ocena: Ból został wyeliminowany

Diagnoza pielęgnarska 2: Lęk i niepewność spowodowane hospitalizacją i złym stanem neurologicznym.

Cel: Zmniejszenie lęku poprzez wsparcie i zapewnienie poczucia bezpieczeństwa.

Interwencje pielęgnarskie:

- zdobycie zaufania pacjenta poprzez przeprowadzenie rozmów
- zapewnienie poczucia bezpieczeństwa
- okazanie empatii i wsparcia w chorobie, wysłuchanie obaw i przemyśleń pacjenta
- zachowanie cierpliwości podczas rozmowy
- odpowiadanie na pytania w zrozumiałym dla pacjenta języku
- zapewnienie choremu kontaktu z osobą mu bliską
- wyjaśnienie konieczności leczenia i hospitalizacji
- okazanie zainteresowania stanem pacjenta

Realizacja: Wszystkie działania zostały zrealizowane zgodnie z planem. Pacjent wykazuje chęć współpracy.

Ocena: Pacjent w dalszym ciągu odczuwa lęk i smutek. Należy prowadzić dalszą obserwację i kontynuować realizację działań.

Diagnoza pielęgnarska 3: Zaburzenia snu będące wynikiem procesu chorobowego.

Cel: Zaspokojenie potrzeby snu pacjenta.

Interwencje pielęgnarskie:

- zapewnienie ciszy i spokoju na sali pacjenta
- zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu poprzez wietrzenie sali
- zachęcenie pacjenta do podjęcia aktywności fizycznej w ciągu dnia
- dogłębne oglądanie pacjenta w nocy
- zaproponowanie wypicia ciepłej herbaty przed snem
- zadbanie o porządek na sali pacjenta oraz czystości bielizny pościelowej
- pomoc w wprowadzeniu rutyny wieczornej
- zalecenie stosowania technik relaksacyjnych przed snem, nauka oddychania relaksacyjnego

Realizacja: Wszystkie działania zostały zrealizowane zgodnie z planem. Pacjent wykazuje chęć współpracy.

Ocena: Sen pacjenta poprawił się, nadal odczuwa zmęczenie, należy kontynuować realizację działań.

Diagnoza pielęgnarska 4: Zmęczenie i osłabienie pacjenta będące skutkiem ubocznym leczenia metodą radioterapii.

Cel: Zapewnienie pacjentowi odpoczynku i regeneracji sił.

Interwencje pielęgniarские:

- pomoc choremu podczas badań i sesji radioterapii np. zapewnienie transportu wózkiem
- kontrola stanu nawodnienia i odżywienia pacjenta
- zapewnienie ciszy i spokoju na sali chorego
- przygotowanie spokojnego miejsca/sali do wypoczynku: zapewnienie świeżego powietrza, optymalnej temperatury, zaciemnienie pomieszczenia
- stosowanie technik relaksacyjnych, np. słuchanie muzyki pomagającej w spadku napięcia i uzyskaniu odprężenia
- edukacja pacjenta na temat efektów ubocznych leczenia metodą radioterapii - osłabienie organizmu i zmęczenie - oraz sposobów radzenia sobie z nimi.

Realizacja: Wszystkie działania zostały zrealizowane.

Ocena: Zaplanowane działania pielęgniarские w nieznacznym stopniu pomogły pacjentowi w regeneracji sił, ale problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarская 5: Wystąpienie zaparć spowodowane obniżoną perystaltyką jelit.

Cel: Zlikwidowanie lub zminimalizowania problemu zaparć i przywrócenie prawidłowej pracy jelit.

Interwencje pielęgniarские:

- kontrolowanie i dokumentowanie częstotliwości oddawania stolca
- zachęcenie pacjenta do aktywności fizycznej, spacerów po oddziale
- kontrolowanie pacjenta podczas spożywania posiłków
- motywowanie pacjenta do spożywania większej ilości płynów
- wykonanie badania fizykalnego jamy brzusznej
- instruktaż z wykonania masażu poprawiającego pracę jelit
- zwiększenie podaży białka

Realizacja: Wszystkie działania zostały zrealizowane zgodnie z planem. Pacjent stosuje się do zaleceń.

Ocena: Pacjent wypróżnił się.

Diagnoza pielęgniarская 6: Nieprawidłowe wartości glikemii spowodowane zaburzeniami metabolicznymi.

Cel: Kontrola glikemii i obserwacja w kierunku wystąpienia objawów hiperglikemii

Interwencje pielęgniarские:

- pomiar glikemii 3 x dziennie
- dokumentacja wyników pomiaru
- obserwacja pacjenta w przebiegu wystąpienia objawów hiperglikemii

- zachęcenie pacjenta do wykonywania lekkiej aktywności fizycznej
- edukacja pacjenta w zakresie zdrowego odżywiania, istoty choroby, leczenia, powikłań
- pomiar ciśnienia tętniczego, utrzymywanie prawidłowych wartości ciśnienia tętniczego

Realizacja: Wszystkie działania zostały zrealizowane zgodnie z planem.

Ocena: Pacjent wykazuje chęć współpracy, hiperglikemia – do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 7: Zagubienie pacjenta spowodowane zaburzeniami pamięci i afazją.

Cel: Zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa.

Interwencje pielęgniarskie:

- nawiązanie przyjaznej relacji z pacjentem i zapewnienie mu poczucia bezpieczeństwa
- kilkukrotne odpowiadanie na powtarzające się pytania
- kontrola przyswajania przekazanych informacji
- okazanie zainteresowania stanem pacjenta
- zapoznanie z topografią oddziału, ułożenie dzwonka alarmującego w zasięgu pacjenta
- umożliwienie pacjentowi kontaktu z bliskimi
- ciągła obserwacja i dogłębne badanie pacjenta
- zaprowadzanie pacjenta do toalety i do sali
- wykonanie badania stanu pacjenta za pomocą skali MMSE
- przeczytanie pacjentowi broszur informacyjnych o radioterapii ze względu na wystąpienie aleksji
- zaangażowanie pacjenta do wykonywania ćwiczeń pamięciowych w celu poprawy samopoczucia i zajęcia czasu

Realizacja: Wszystkie działania zostały zrealizowane zgodnie z planem. Pacjent wykazuje chęć współpracy.

Ocena: Pacjent nadal zaniepokojony, błądzi po oddziale, wymaga obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 8: Ryzyko znacznego spadku masy ciała i kacheksji spowodowane procesem chorobowym i zmniejszonym łaknieniem.

Cel: Dbłość o utrzymanie prawidłowej masy ciała

Interwencje pielęgniarskie:

- kontrola wagi pacjenta oraz sprawności fizycznej
- dogłębne badanie pacjenta w trakcie przyjmowania posiłków/ewentualna pomoc
- przypominanie pacjentowi o konieczności spożywania pokarmu
- podawanie posiłków estetycznych i ciepłych
- zwiększenie podaży białka
- zachęcenie pacjenta do podjęcia lekkiej aktywności fizycznej

Realizacja: Wszystkie działania zostały zrealizowane zgodnie z planem.

Ocena: Waga pacjenta nadal spada, chory wymaga dalszej obserwacji i działań zmierzających do jej utrzymania.

Diagnoza pielęgniarstwa 9: Ryzyko wystąpienia odczynu popromiennego.

Cel: Wykrycie wczesnych objawów oraz zminimalizowanie ryzyka wystąpienia odczynu popromiennego.

Interwencje pielęgniarstwa:

- edukacja pacjenta w zakresie możliwości wystąpienia odczynu popromiennego
- zalecenie przestrzegania zasad higieny miejsca napromieniowanego, zakładania czapek, drapania, nakładania kosmetyków,
- obserwacja skóry głowy w kierunku wystąpienia odczynu
- ocena okolicy napromieniowanej za pomocą skali RTOG - 0
- zalecenie informowania o wystąpieniu świądu i pieczenia skóry.

Realizacja: Wszystkie działania zostały zrealizowane zgodnie z planem. Pacjent wykazuje chęć współpracy.

Ocena: Ze względu na zaburzenia pamięci należy przypominać o zasadach i nadal obserwować pacjenta. Nie wystąpił odczyn popromienny.

Dyskusja. Studium przypadku dotyczy 62 letniego pacjenta z glejakiem wielopostaciowym mózgu w trakcie leczenia teleradioterapią. Ze względu na stan pacjenta oraz stopień zaawansowania nowotworu seanse radioterapii są elementem leczenia paliatywnego, co dowodzi o ograniczonej możliwości leczenia glejaka mózgu. Orzechowska i wsp. omawiając najnowsze metody leczenia glejaka wielopostaciowego zwracają uwagę na ograniczone możliwości leczenia tego nowotworu z uwagi na ciężkość choroby jaką jest glejak wielopostaciowy [26].

Pierwszym i najbardziej uciążliwym objawem występującym u pacjenta były zaburzenia pamięci, które znacznie utrudniały choremu codzienne funkcjonowanie. Pacjent czuł się zagubiony, dlatego ważna była pomoc choremu w kontakcie z bliskimi, należało również kilkakrotnie powtarzać przekazywane informacje. Pacjent gubił się w topografii oddziału, dlatego też wymagał ciągłej obserwacji. Wśród pojawiających się objawów neurologicznych wystąpiła również afazja w tym: akalkulia, agrafia, aleksja i niewyraźna mowa, co wskazuje na typowe objawy występujące przy nowotworze mózgu. Wyniki te są zbieżne z informacjami podanymi przez Zammar i wsp., w artykule wskazującym objawy neurologiczne glejaka wielopostaciowego [27]. Według Ziółkowskiej i wsp. możliwym skutkiem niepożądanym u pacjentów w trakcie radioterapii guza mózgu jest odczyn popromienny, który nie wystąpił

u opisywanego chorego [28]. Stosowano profilaktykę przeciw odczynom popromiennym mimo braku zmian skórnych i dolegliwości, dbano o czystość skóry, prawidłową pielęgnację oraz przypominano o zasadach zmniejszających ryzyko wystąpienia odczynu. Kontrolując stan okolicy napromienianej nie zaobserwowano zmian skórnych, co potwierdza skuteczność stosowanych zaleceń, które opisanych przez Wiśniewskiego i wsp., a dotyczących zasadach postępowania w przypadku popromiennego zapalenia skóry [29]. Z powodu swojego stanu i niechęci do hospitalizacji pacjent odczuwał głęboki smutek i miał zaburzenia snu, co może prowadzić do wystąpienia depresji. Badania prowadzone przez Fideckiego i wsp. wśród chorych na nowotwory również potwierdzają podwyższone ryzyko wystąpienia depresji u pacjentów onkologicznych [30]. Pacjent przez zaburzenia pamięci nie zdawał sobie sprawy z istoty choroby, procesu leczenia ani rokowania, wspominał o powrocie do normalnego życia i wyczekiwał dnia opuszczenia szpitala. Stan psychiczny pacjenta wymagał okazania empatii, wyrozumiałości oraz cierpliwości w celu stworzenia przyjaznej relacji i zbudowania poczucia bezpieczeństwa. Chory w dużym zakresie był samodzielny, co wpływało na jego samopoczucie w pozytywny sposób, ale zaburzenia neurologiczne ograniczały tę samodzielność w dość znacznym stopniu. W badaniach Repki i wsp. dotyczących oceny stanu funkcjonalnego i satysfakcji z leczenia pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową wyniki badań potwierdzają, że empatia, wyrozumiałość i przyjazne nastawienie ze strony personelu zwiększają satysfakcję z leczenia, a samodzielność poprawia stan funkcjonalny chorych [31]. Wśród często występujących działań niepożądanych podczas leczenia nowotworowego, obserwuje się nudności i wymioty, które nie pojawiły się u opisywanego pacjenta. Leppert i Woroń podają, że w przypadku leczenia teloradioterapią, zauważa się mniejsze występowanie nudności i wymiotów, niż w przypadku innych metod leczenia, jednak ryzyko pojawienia się tych objawów wzrasta przy guzach OUN i wymaga działania przeciwwymiotnego [32]. U badanego pacjenta zauważono również wystąpienie zaparć, które zostały wyeliminowane środkami zgodnie z podstawowymi zaleceniami. Pacjent chętnie współpracował i stosował się do zwiększenia podaży płynów, zwiększenia aktywności fizycznej oraz spożywania pokarmów łatwostrawnych zgodnie z zaleceniami. Podobne postępowanie zaleca Grupa Ekspertów Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej [33].

Pacjent nadal będzie kontynuował leczenie radioterapeutyczne i wymagał w związku z tym dalszej obserwacji, stosownych do sytuacji działań terapeutycznych i opiekuńczych.

Wnioski.

1. Nadrzędnym celem opieki nad pacjentem z nowotworem mózgu w trakcie radioterapii jest profilaktyka i wczesne rozpoznawanie powikłań spowodowanych radioterapią oraz ich eliminacja. Ważnym działaniem jest także edukacja pacjenta i jego bliskich.
2. Do powikłań, które utrudniają funkcjonowanie chorego oraz wywołują niepokój u pacjenta z guzem mózgu należą zaburzenia funkcji poznawczych. Głównym zadaniem pielęgniarki jest nawiązanie przyjaznego kontaktu z pacjentem i zapewnienie mu poczucia bezpieczeństwa.
3. Leczenie pacjenta onkologicznego obejmuje również edukację wprowadzającą do rozpoczęcia terapii oraz uzupełniającą wiedzę chorego i jego bliskich w trakcie jej trwania. W przypadku wystąpienia zaburzeń pamięci informacje przekazywane pacjentowi powinny zostać powtórzone kilkakrotnie, do momentu ich utrwalenia lub za każdym razem podczas wykonywania danych procedur.
4. Niezwykle obciążająca fizycznie i psychicznie terapia wymaga od personelu holistycznego i zindywidualizowanego podejścia do pacjenta, które wzmocni poczucie jego bezpieczeństwa, zwiększy zaufanie i wpłynie na poprawę procesu adaptacji w środowisku szpitalnym.
5. Pacjenci z chorobą nowotworową, szczególnie glejakiem wielopostaciowym, są obarczeni dużym ryzykiem zgonu. Wymaga to od personelu pełnej empatii i dużego zaangażowania w celu poprawienia jakości życia chorego.

Bibliografia

1. Kordek R. Co to jest nowotwór? [w:] Jeziorski A. Onkologia. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2015:11-23
2. Cisowski J. Windorbska W. Mierzwa T. Podstawy teoretyczne nowotworów. [w:] Koper A. Pielęgniarstwo onkologiczne. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2015:49-63
3. Pasz-Walczak G. Czynniki rakotwórcze [w:] Jassem J. Kordek K. Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy. wyd.5. Gdańsk: Via Medica, 2019:1-6
4. Pasz-Walczak G. Zapobieganie [w:] Jassem J. Kordek K. Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy. wyd.5. Gdańsk: Via Medica, 2019: 47-52
5. Kwaśniewska D. Smoter M. Chmielowiec M. Biologia molekularna [w:] Stec R. Smoter M. Deptała A. Onkologia. Podręcznik dla studentów medycyny. Pomoc dydaktyczna dla lekarzy specjalizujących się w onkologii. wyd.2. Gdańsk: Wydawnictwo AstariaMed, 2021:2-9
6. Kwaśniewska D. Pierwotne i wtórne nowotwory ośrodkowego układu nerwowego [w:] Stec R. Smoter M. Deptała A. Onkologia. Podręcznik dla studentów medycyny. Pomoc dydaktyczna dla lekarzy specjalizujących się w onkologii. wyd.2. Gdańsk: Wydawnictwo AstariaMed, 2021:132-140

7. Kozubski W. Liberski P. Neurologia. Tom 1. wyd.2. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie, 2014:537-541
8. Jeziorski A. Najczęstsze nowotwory - objawy, rozpoznawanie i leczenie. [w:] Jeziorski A. Onkologia. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2015:157-166
9. Szutowicz-Zielińska E. Biernat W. Nowotwory ośrodkowego układu nerwowego [w:] Jassem J. Kordek K. Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy. wyd.5. Gdańsk: Via Medica, 2019:299-301
10. Lindsay K.W. Bone I. Fuller G. Neurologia i neurochirurgia. wyd.2. Wrocław: Elsevier Urban & Partner, 2018:306-315
11. Jaskulski D. Liberski P. Michalak S. Nowotwory ośrodkowego układu nerwowego i neurologiczne zespoły paranowotworowe. [w:] Kozubski W. Liberski P. Neurologia. Tom 1-2. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie, 2013:537-563
12. Prusiński A. Neurologia Praktyczna. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2014:246-253
13. Radiation Therapy to Treat Cancer. NIH National Cancer Institute, <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/types/radiation-therapy> [Dostęp 14.02.2025]
14. Kępka L. Podstawy radioterapii. [w:] Stec R. Smoter M. Deptała A. Onkologia. Podręcznik dla studentów medycyny. Pomoc dydaktyczna dla lekarzy specjalizujących się w onkologii. wyd.2. Gdańsk: Wydawnictwo AstariaMed, 2021:26-37
15. Dyczka J. Jassem J. Fijuth J. Radioterapia nowotworów. [w:] Jassem J. Kordek K. Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy. wyd.5. Gdańsk: Via Medica, 2019:86-89
16. Fijuth J. Radioterapia. [w:] Jeziorski A. Onkologia. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2015:61-73
17. Maani EV. Maani CV. Radiation Therapy. [w:] StatPearls. Treasure Island (FL), 2022 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537036/> [Dostęp 14.02.2025]
18. Mezzacappa FM. Thorell W. Neuronal Brain Tumors. [w:] StatPearls. Treasure Island (FL) StatPearls Publishing, 2022 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK576406/> [Dostęp 14.02.25]
19. Brain tumours (primary) and brain metastases in adults. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2021 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544711/> [Dostęp 14.02.2025]
20. Cichocka B. i wsp. Opieka pielęgniarska w radioterapii. [w:] Koper A. Pielęgniarstwo onkologiczne. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2015: 263-293
21. Rybkowska K. Skale nasilenia popromiennego odczynu skóry. Forum Leczenia Ran, 2021 <https://forumleczieniaran.pl/skale-nasilenia-popromiennego-odczynu-skory/> [Dostęp 28.04.2025]
22. Dudek M. Radioterapia w leczeniu onkologicznym. Podstawy teleterapii w leczeniu nowotworów złośliwych. [w:] Łuczyk M. Szadowska-Szlachetka Z. Ślusarska B. Standardy i procedury w pielęgniarstwie onkologicznym. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie, 2017:113-120
23. Lesińska-Sawicka M., Kapała W. Case study w świetle literatury przedmiotu. [w:] Lesińska-Sawicka M. Metoda case study w pielęgniarstwie. Warszawa: BORGIS Wydawnictwo Medyczne, 2009.
24. Gonzalo A. Virginia Henderson: Nursing Need Theory. Nurseslabs. 2023 <https://nurseslabs.com/virginia-hendersons-need-theory/#h-virginia-henderson-s-need-theory> [Dostęp 14.04.2025]
25. Nursing Theories. Current Nursing, 2020 [Dostęp: 14.04.2025] https://currentnursing.com/nursing_theory/Henderson.html

26. Orzechowska A. i wsp. Glioblastoma multiforme - the latest treatment options. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej / Long-Term Care Nursing*. 2023;8 (3):8-17
27. Zammar SG. Specht CS. Zacharia BE. Crossed Aphasia as a Manifestation of Glioblastoma. *Cureus*, 2018; 10(2):2239 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5922509/> [dostęp 14.04.2024]
28. Ziółkowska E. Wiśniewski T. Zarzycka M. Odczyn popromienny u chorych poddanych radioterapii z powodu nowotworów ośrodkowego układu nerwowego. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2014; 10(3):106-113
29. Wiśniewski M. i wsp. Popromienne zapalenie skóry - zasady postępowania. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, 2013;7(2):41-45
30. Fidecki M. i wsp. Ocena ryzyka depresji wśród pacjentów onkologicznych w podeszłym wieku. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej*, 2022;7(2):25-33
31. Repka I. i wsp. Stan funkcjonalny i satysfakcja z leczenia pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej*, 2023;8(2):27-38
32. Leppert W. Woroń J. Nudności i wymioty u chorych na nowotwory - zalecenia postępowania terapeutycznego. *Gastroenterologia Kliniczna*, 2016; 8(3):85–98
33. Leppert W. i wsp. Constipation in cancer patients – the management recommendations of the Expert Group of the Polish Association for Palliative Medicine. *Palliative Medicine*, 2014;6(3):117-126

ROLA I ZADANIA PIELEŃNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM Z OTEPIENIEM

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

Wstęp. Otepienie nie jest jednostką chorobową - jest zespołem objawów, które prowadzą do zaburzeń funkcji poznawczych i behawioralnych [1]. W klasyfikacji ICD-10 otepienie występuje w kategorii F - zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, zajmując przedział od F00 do F03. Obejmuje ograniczenie umiejętności intelektualnych, zdolności postrzegania wzrokowo - przestrzennego, zaburzenia pamięci i uczenia się, języka oraz postrzegania własnej osoby [2, 3]. W konsekwencji zmiany te prowadzą do ograniczenia funkcjonowania w życiu codziennym, zarówno w realizacji codziennych aktywności, jak i wykonywaniu pracy zawodowej. Powodują one wzrastającą niesprawność osób chorych oraz uzależnienie się od innych. Objawy stopniowo postępują i są nieodwracalne [3]. W Polsce żyje około pół miliona pacjentów dotkniętych takimi objawami, w tym 0.3 miliona z nich to chorzy cierpiący na chorobę Alzheimera [2, 4]. Otepienie bardzo rzadko spotyka się w przypadku młodych ludzi oraz u osób w średnim wieku. Najczęściej występuje po 50 roku życia [4]. W wieku 60-65 lat zachorowalność jest na poziomie 1%, w ciągu następnych 20 lat wzrasta do 12%, a po 80 roku życia wynosi już około 20% [2]. Ponadto prawie połowa dziewięćdziesięciolatków boryka się z otepieniem [5]. Szacuje się, że na całym świecie do 2030 roku liczba chorych wrośnie do 65,7 miliona, a przez kolejne 20 lat - do 115,4 miliona [1]. Istnieje wiele przyczyn otepienia, jednak najczęstszą są trwałe zaburzenia neurodegradacyjne takie jak: choroba Alzheimera, otepienie z ciałami Lewy'ego, otepienie czołowo - skroniowe oraz otepienie występujące w przebiegu choroby Parkinsona [5,6].

Ze względu na ciężkość zaburzeń wyróżnia się trzy stadia otepienia: lekkie, umiarkowane i głębokie [1]. W przypadku otepienia lekkiego objawy dotyczą trudności w nabywaniu nowych umiejętności czy radzeniu sobie ze złożonymi czynnościami dnia codziennego. Samodzielność pacjenta jest przez to ograniczona jedynie w nieznacznym stopniu. Pacjent dotknięty otepieniem umiarkowanym pamięta jedynie dobrze zapamiętane informacje, występują zaniki pamięci krótkotrwałej. Samodzielność jest ograniczona, chory wymaga nadzoru oraz pomocy podczas codziennych czynności. Otepienie głębokie cechuje się całkowitą zależnością pacjenta od otoczenia. Człowiek traci kontakt z rzeczywistością, jego zachowanie staje się całkowicie niezrozumiałe dla otoczenia. Staje się niesamodzielny, wymaga całodobowej opieki [7,8]. Otepienie diagnozuje się na podstawie wystąpienia zaburzenia pamięci dotyczących ostatnich wydarzeń, zaburzeń osądu, myślenia, planowania, organizowania, przetwarzania informacji.

Muszą one występować od co najmniej 6 ostatnich miesięcy [9]. Jednocześnie zachowana jest świadomość otoczenia, nie występują przymglenia świadomości u pacjenta. Zmieniają się zachowania społeczne, chory staje się na zmianę drażliwy i apatyczny, ogólnie rozchwiany emocjonalnie. Wzmacniają się zaburzenia takie jak afazja, agnozja czy apraksja [9]. Wystąpienie wymienionych zaburzeń widoczne jest w przeprowadzonym wywiadzie i w wynikach badania neuropsychologicznego. Obecnie prowadzi się badania dotyczące diagnozowania otępień metodą PET. Jest coraz częściej uznawana za skuteczny sposób do wcześniejszej diagnozy chorób neurodegeneracyjnych [10].

W leczeniu otępienia o łagodnym i umiarkowanym stopniu nasilenia rekomenduje się stosowanie inhibitorów acetylocholinoesterazy (donepezyl, rywastygmina, galantamina) oraz antagonisty receptora NMDA – memantyny [2]. W przypadku braku skuteczności lub wystąpienia działań niepożądanych wskazana jest zmiana preparatu na inny z tej samej grupy terapeutycznej. W umiarkowanym i ciężkim stadium choroby zaleca się rozważenie terapii skojarzonej – memantyny z inhibitorem cholinesterazy. Leczenie powinno być kontynuowane również w zaawansowanych stadiach otępienia, gdyż przerwanie terapii może prowadzić do szybszej progresji objawów. Dostępne dane wskazują, że leczenie objawowe może spowolnić przebieg choroby średnio o około 18 miesięcy [11]. Należy jednak podkreślić, że obecnie nie istnieje leczenie przyczynowe otępienia. Oprócz terapii farmakologicznej, istotnym elementem leczenia otępienia są interwencje nefarmakologiczne, które mogą opóźniać rozwój objawów oraz poprawiać jakość życia pacjentów [12]. Najczęściej stosowane metody obejmują ćwiczenia poznawcze – słowno-logiczne, konstrukcyjno-przestrzenne, językowe, manualne oraz trening orientacji w czasie i przestrzeni. Uzupełnieniem są zajęcia wykorzystujące elementy arteterapii, takie jak praca z kalendarzem, zdjęciami, malowanie, rozwiązywanie krzyżówek, układanie puzzli, gry logiczne czy sudoku. Skuteczność wykazują również terapie sensoryczne: muzykoterapia, aromaterapia, światłoterapia i stymulacja wielozmysłowa. Aktywność fizyczna jest istotnym uzupełnieniem leczenia. Regularny wysiłek wspomaga funkcjonowanie układu sercowo-naczyniowego, poprawia wydolność tlenową i zmniejsza ryzyko współistniejących schorzeń, takich jak miażdżyca, cukrzyca czy osteoporoza [13].

Cel pracy. Celem pracy było przedstawienie złożoności opieki nad pacjentem z otępieniem, ze szczególnym uwzględnieniem wielowymiarowej roli pielęgniarki. Analizie poddano kompetencje pielęgniarskie w zakresie interwencji leczniczych, terapeutycznych, opiekuńczych oraz diagnostycznych, a także ich znaczenie w codziennej praktyce klinicznej. Podjęta tematyka ma na celu pogłębienie wiedzy na temat opieki pielęgniarskiej w kontekście

chorób otępiennych, a także zwrócenie uwagi na potrzebę kompleksowego, interdyscyplinarnego podejścia do pacjentów dotkniętych tym schorzeniem.

Metody i techniki badawcze. Przedmiotem niniejszej analizy była opieka nad pacjentem z otępieniem, oparta na modelu pielęgnowania według Dorothei Orem – jednej z klasycznych teorii pielęgniarstwa o szerokim zastosowaniu praktycznym. Orem definiuje człowieka jako istotę złożoną z komponentów fizycznych, psychicznych, społecznych i interpersonalnych. W centrum jej teorii znajduje się pojęcie samoopieki, rozumianej jako prawo i zdolność jednostki do samodzielnego zaspokajania własnych potrzeb [14,15]. W pracy zastosowano techniki badawcze takie jak: wywiad, obserwacja, pomiar, analiza dokumentacji medycznej oraz standaryzowane kwestionariusze: Skalę Barthel – do oceny samodzielności i ruchomości pacjenta, Skalę NRS – ocena bólu, Krótką Skalę Oceny Stanu Psychicznego *Mini-Mental State Examination* (MMSE), *Mini Nutritional Assessment* (MNA) do oceny stanu odżywienia, Skalę Norton – ocena stopnia narażenia na odleżyny, Skalę Katza – ocena stopnia samodzielności pacjenta w czynnościach dnia codziennego, Ateńską Skalę Bezsenności do oceny ilości i jakości snu, Skalę Morse’a – ocena ryzyka upadku.

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

Interpretacja zastosowanych narzędzi badawczych: Skala Barthel wynik 15/100 punktów - pacjentka niesamodzielna. Skala NRS – 4/10 – ból ok umiarkowany. Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE) wynik 12/30 punktów – otępienie średniego stopnia. Ocena stanu odżywienia Mini Nutritional Assessment (MNA) 1/14 gdyż utrata wagi w ciągu ostatnich 3 miesięcy nie jest znana. W ocenie samej pacjentki jej wynik to 5.5 punktów na 16 wszystkich punktów. Skala Norton 7/20 punktów - duże ryzyko powstania odleżyn. Skala Katza 1/6 punktów – znaczna niesprawność. Ateńska Skala Bezsenności 20/24 punkty – problemy z zaśnięciem i ciągłością snu. Skala Morse’a 125/125 punktów – duże ryzyko ponownego upadku.

Proces pielęgnowania.

Diagnoza pielęgnarska: Niepokój związany z pobytem w szpitalu wynikający z zaburzeń autopsychicznych i allopsychicznych spowodowanych otępieniem.

Cel opieki: zmniejszenie niepokoju.

Działania pielęgnarskie i uzasadnienie działań: Hospitalizacja u pacjentów z otępieniem często nasila dezorientację i wywołuje niepokój związany z nieznanym otoczeniem, zmianą rutyny oraz brakiem zrozumienia sytuacji. W takiej sytuacji kluczowe jest wdrożenie działań pielęgnarskich ukierunkowanych na redukcję stresu i budowanie poczucia bezpieczeństwa.

W pierwszej kolejności należy dokonać oceny stanu psychicznego pacjentki za pomocą MMSE, co pozwala dostosować komunikację i plan opieki do stopnia zaburzeń poznawczych. W dalszej kolejności niezbędne jest spokojne wyjaśnienie, gdzie pacjentka się znajduje i dlaczego została hospitalizowana. Podczas każdego kontaktu personel powinien przedstawiać się, utrzymywać kontakt wzrokowy, cierpliwie odpowiadać na pytania oraz informować o podejmowanych działaniach. Ważne jest również przedstawienie planu leczenia i opieki w sposób zrozumiały i dostosowany do możliwości poznawczych chorej. Dodatkowo należy zadbać o utrzymanie stałego rytmu dnia oraz umieszczenie w sali zegara i kalendarza w celu wspierania orientacji w czasie i przestrzeni. Komunikacja powinna opierać się na prostych, zamkniętych pytaniach bez sugestii, co zmniejsza ryzyko frustracji i nieporozumień. Zastosowanie powyższych działań sprzyja zmniejszeniu lęku wynikającego z dezorientacji i poczucia zagrożenia. Wzmacnia to relację terapeutyczną, poprawia komfort psychiczny pacjenta i umożliwia skuteczniejsze wdrażanie procesu terapeutyczno-opiekuńczego [16].

Ocena podjętych działań: Pacjentka nie reaguje już nerwowo na personel oddziału, powoli oswaja się z nowym miejscem. Nie zachowuje się agresywnie podczas podawania leków. Przez większość czasu jest spokojna i nie opuszcza swojej sali.

Diagnoza pielęgnarska: Deficyt samoopieki spowodowany przewlekłym unieruchomieniem.

Cel opieki: Poprawa samoopieki pacjentki.

Działania pielęgnarskie i uzasadnienie działań: Deficyt samoopieki u pacjentów z otępieniem jest częstym zjawiskiem wynikającym z postępujących zaburzeń poznawczych oraz fizycznych ograniczeń. W takiej sytuacji niezbędna jest kompleksowa interwencja pielęgnarska, której celem jest zaspokojenie podstawowych potrzeb chorego i zapewnienie mu bezpieczeństwa oraz komfortu. W pierwszej kolejności dokonuje się oceny stopnia samodzielności pacjentki z wykorzystaniem standaryzowanych narzędzi: skali Barthel oraz skali Katza. Pozwala to określić zakres deficytów i zaplanować odpowiedni poziom wsparcia. W ramach codziennej opieki pielęgnarska udziela pomocy w wykonywaniu czynności higienicznych, m.in. porannej

toaletcie, dbając o komfort termiczny poprzez dostosowanie temperatury wody do preferencji pacjentki. Wymieniana jest również pościel na czystą, a chorej udzielana jest pomoc w ubieraniu się. Z uwagi na znaczne ograniczenia w zakresie funkcji poznawczych i motorycznych, pacjentka wymaga karmienia i systematycznego nawadniania. W związku z inkontynencją konieczne jest także założenie pieluchomajtek oraz ich regularna zmiana [14]. Powyższe działania mają na celu kompensację utraconej zdolności do samoopieki. Zgodnie z teorią Dorothei Orem, każdy człowiek powinien być zdolny do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych. W przypadku ich deficytu rolą pielęgniarki jest fizyczne i psychiczne wspieranie pacjenta oraz dostarczanie niezbędnej edukacji w celu maksymalnego utrzymania jego niezależności i jakości życia.

Ocena podjętych działań: Pacjentka pozostaje niesamodzielną, współpracuje z zespołem pielęgniarskim oraz opiekunami medycznymi. Wymaga całodobowej opieki, nie radzi sobie sama z czynnościami higienicznymi oraz dnia codziennego. Problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska: Zmęczenie i osłabienie spowodowane zaburzeniami snu.

Cel opieki: Poprawa jakości oraz ilości snu.

Działania pielęgniarskie i uzasadnienie działań: Zaburzenia snu są powszechnym problemem wśród pacjentów geriatrycznych, szczególnie tych z otępieniem. Bezsenność wpływa negatywnie na funkcjonowanie w ciągu dnia, nasila zaburzenia poznawcze oraz obniża jakość życia [17,18]. Dlatego kluczowe znaczenie ma podejmowanie ukierunkowanych działań pielęgniarskich wspierających higienę snu. Pierwszym krokiem jest ocena jakości snu pacjentki za pomocą standaryzowanego narzędzia, jakim jest Ateńska Skala Bezsenności. Pozwala to na obiektywizację problemu i monitorowanie efektów interwencji. W celu poprawy warunków nocnego wypoczynku należy zadbać o ciszę na sali i korytarzu w godzinach wieczornych i nocnych oraz ograniczyć zbędne oświetlenie. Wieczne wietrzenie pomieszczenia oraz utrzymanie optymalnego mikroklimatu (temperatura 24–26°C, wilgotność ok. 50%) sprzyjają zasypianiu i poprawiają jakość snu. W godzinach wieczornych należy wykonywać wyłącznie niezbędne czynności pielęgnacyjne, unikając niepotrzebnego budzenia pacjentki. Istotne jest również utrzymanie stałego rytmu dobowego, co ułatwia synchronizację zegara biologicznego [19]. Pielęgniarka może ponadto uczyć pacjentkę prostych ćwiczeń oddechowych i relaksacyjnych oraz zachęcać do unikania późnych posiłków i spożycia kofeiny. W razie potrzeby podawane są leki nasenne lub uspokajające zgodnie ze zleceniem lekarskim.

Ocena podjętych działań: Pacjentka zasypia jedynie po zażyciu leków uspokajających lub nasennych. Bez nich nie śpi w nocy, jest niespokojna, woła personel. Przysypia w dzień, przez co jej rytm dnia jest jeszcze bardziej rozchwiany. Problem wymaga dalszej analizy.

Diagnoza pielęgniarstwa: Niedożywienie spowodowane niechęcią do spożywania posiłków.

Cel opieki: Przekonanie pacjentki do konieczności spożywania posiłków

Działania pielęgniarstwa i uzasadnienie działań: Niedożywienie, często jest konsekwencją niechęci do jedzenia. W celu oceny stanu odżywienia stosuje się *Mini Nutritional Assessment* (MNA), co umożliwi identyfikację niedoborów i planowanie adekwatnej interwencji. W ramach opieki pielęgniarstwa wdraża się indywidualnie dobraną dietę, zapewniającą odpowiednią podaż białek, tłuszczów, węglowodanów, witamin oraz mikro- i makroelementów, odpowiadającą zapotrzebowaniu pacjentki. Pielęgniarka aktywnie zachęca do spożywania posiłków, stosując przy tym żywienie medyczne w formie Nutridrinków, jeśli konieczne. Suplementacja witaminy B12, D3, żelaza oraz potasu odbywa się zgodnie ze wskazaniami lekarza. Prawidłowe żywienie ma kluczowe znaczenie dla utrzymania dobrego samopoczucia i funkcjonowania organizmu. Z wiekiem zmniejsza się zapotrzebowanie energetyczne, jednak niezbędne jest zapewnienie odpowiedniej podaży witamin, zwłaszcza witaminy D3, której niedobór wiąże się ze zwiększonym ryzykiem złamań, zaburzeń równowagi i upadków [20,21]. Terapia niedoborów wymaga regularności i trwałości, często trwającej kilka miesięcy. Działania te wspierają poprawę stanu odżywienia, zmniejszając ryzyko powikłań i przyczyniają się do poprawy jakości życia pacjentki z otępieniem.

Ocena podjętych działań: Pacjentka, zachęcana przez personel zaczęła przyjmować posiłki w większych ilościach. Wypija Nutridrinki, pije wodę z butelki przez słomkę oraz herbatę do posiłków.

Diagnoza pielęgniarstwa: Ryzyko zakażenia układu moczowego związane z obecnością cewnika w pęcherzu moczowym wynikające z nietrzymania moczu.

Cel opieki: Niedopuszczenie do rozwoju zakażenia układu moczowego

Działania pielęgniarstwa i uzasadnienie działań: Pacjentki z cewnikiem moczowym zmagają się ze zwiększonym ryzykiem zakażeń dróg moczowych, które są częstsze u kobiet z uwagi na krótszą cewkę moczową (3–5 cm) w porównaniu do mężczyzn (około 20 cm) [22]. Cewnik stanowi ciało obce w pęcherzu, co zwiększa ryzyko infekcji o około 5% dziennie [23]. Często jest on zakładany bez wskazań lub utrzymywany zbyt długo, co nasila ryzyko bakterii. W codziennej opiece pielęgniarstwa kluczowe jest przestrzeganie higieny osobistej pacjentki oraz toalety okolic intymnych przy każdej zmianie pieluchy jednorazowej [23,24]. Założenie karty obserwacji cewnika umożliwi systematyczne monitorowanie jego stanu i drożności,

którą pielęgniarka kontroluje poprzez zmianę pozycji cewnika lub płukanie specjalistycznymi preparatami np. uro-tainer. Wymiana cewnika Foleya odbywa się zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki, obejmując użycie jałowego sprzętu, dezynfekcję rąk i okolic cewki moczowej. Worki na mocz wymienia się po każdym ich wypełnieniu, umieszczając je poniżej poziomu pęcherza, co zapobiega cofaniu się moczu. Pielęgniarka obserwuje pacjentkę pod kątem objawów zakażenia: pieczenia, swędzenia, zaczerwienienia, bólu, gorączki czy obrzęku, i w razie potrzeby zleca badania oraz wspiera wdrożenie leczenia [25,26]. Tam, gdzie to możliwe, zaleca się stosowanie cewnikowania przerywanego zamiast cewnika stałego. Ważne jest również odpowiednie nawodnienie pacjentki, co pomaga w zapobieganiu infekcji.

Ocena podjętych działań: U pacjentki rozwinęło się zakażenie dróg moczowych, została wprowadzona antybiotykoterapia. Konieczna modyfikacja podjętych interwencji.

Diagnoza pielęgniarska: Ryzyko ponownego upadku spowodowane osłabieniem organizmu w wyniku zaniku masy mięśniowej oraz lęku.

Cel opieki: Zapobieżenie kolejnym upadkom oraz ich powikłaniom.

Działania pielęgniarskie i uzasadnienie działań: Upadki wśród osób starszych są poważnym zagrożeniem zdrowotnym, prowadzącym do urazów, utraty samodzielności, a nawet zgonów [27]. Ocenę ryzyka ich wystąpienia przeprowadza się z użyciem skali Morse'a, co pozwala na wdrożenie adekwatnych działań profilaktycznych. W celu zmniejszenia ryzyka upadku wprowadzono ćwiczenia bierne usprawniające aparat ruchu, a także dobrano wygodne, stabilne obuwie z antypoślizgową podeszwą i ewentualnymi wkładkami ortopedycznymi, dostosowanymi do stopy pacjentki. Zapewniono również odpowiedni sprzęt wspomagający poruszanie się, taki jak laska, balkonik czy kule ortopedyczne. Pielęgniarka wspiera pacjentkę podczas przemieszczania się oraz asekurując ją, trzymając pod ramię. Dodatkowo, na zlecenie lekarza, wdrożono suplementację witaminą D3, która wpływa korzystnie na gospodarkę wapniowo-fosforanową, zapobiega osteoporozie i wspomaga pracę mięśni, zmniejszając ryzyko upadków. Z wiekiem pogarszają się parametry chodu: długość kroku, jego prędkość i stabilność. Zaburzenia wynikają zarówno z degeneracji układu mięśniowo-szkieletowego, jak i neurologicznego [28]. Upadek może skutkować nie tylko fizycznymi obrażeniami (np. złamaniami), ale również stresem psychicznym, prowadzącym do izolacji społecznej, unikania aktywności i przewlekłego unieruchomienia.

Działania pielęgniarskie mają na celu nie tylko fizyczną ochronę pacjenta, ale także budowanie jego poczucia bezpieczeństwa, poprawę jakości życia i utrzymanie możliwie największej samodzielności.

Ocena podjętych działań: Pacjentka nie współpracuje, odmawia ćwiczeń, nie używa sprzętu pomocniczego. Prowadzona jest nieskuteczna suplementacja witaminy D3, poziom nie zmienia się – problem wymaga dalszej obserwacji.

Dyskusja. Ołepienie stanowi zespół objawów neurodegeneracyjnych, obejmujúcych zaburzenia funkcji poznawczych oraz zachowań, które wykraczają poza fizjologiczne procesy starzenia się. Pomimo rosnącej świadomości klinicznej, w praktyce medycznej wciąż dochodzi do błędnego utożsamiania łagodnych zaburzeń poznawczych związanych z wiekiem z pełnoobjawowym zespołem ołepiennym, co skutkuje niedoszacowaniem częstości występowania choroby w danych epidemiologicznych. Chorążyczewska i Sapilak [29] ocenili częstość występowania zaburzeń poznawczych w grupie 50 osób w podeszłym wieku, posługując się Krótką Skalą Oceny Stanu Psychicznego (MMSE) oraz testem rysowania zegara. Badani zgłaszali się do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej z przyczyn niezwiązanych bezpośrednio z zaburzeniami poznawczymi. Największy odsetek pacjentów z rozpoznany m ołepieniem (75%) odnotowano w przedziale wiekowym 80–84 lata, zaś najniższy (3,5%) w grupie 65–69 lat. Opisana w niniejszym opracowaniu pacjentka, w wieku 88 lat, należała do grupy szczególnie wysokiego ryzyka wystąpienia ołepienia.

Ołepienie jest najczęściej rozpoznawane u osób powyżej 60. roku życia, kwalifikujących się do populacji geriatrycznej. Pacjenci ci często obciążeni są licznymi chorobami współistniejącymi, wynikającymi z niekorzystnych wzorców zdrowotnych, czynników genetycznych oraz wpływów środowiskowych. Według Wojtyniaka [30], najczęściej występujące schorzenia w tej grupie obejmują: choroby układu krążenia, nadciśnienie tętnicze, schorzenia układu kostno-stawowego, cukrzycę, chorobę niedokrwinną serca, przewlekłe choroby przewodu pokarmowego, choroby obwodowego układu nerwowego, przewlekłe choroby układu oddechowego, zaburzenia czynności tarczycy, choroby nowotworowe, chorobę naczyń mózgowych, niedokrwistość oraz otyłość. Obciążenia te mogą istotnie pogarszać stan funkcjonalny pacjenta, zwiększając ryzyko powikłań klinicznych. W miarę progresji ołepienia i nasilania się chorób współistniejących pojawiają się kolejne problemy zdrowotne, takie jak: nietrzymanie moczu i stolca, zaburzenia równowagi, ryzyko upadków, unieruchomienie, zależność od opiekunów, niedożywienie, deficyty słuchu i wzroku, a także zjawiska wielochorobowości i wielolekowości.

Opisywana pacjentka, ze względu na zaawansowany wiek oraz istotne pogorszenie stanu ogólnego, była szczególnie narażona na wymienione powyżej czynniki, co znacznie komplikowało proces diagnostyczno-terapeutyczny. W trakcie hospitalizacji stosowano liczne preparaty farmakologiczne, a ich dobór, dawkowanie oraz schemat przyjmowania były

systematycznie monitorowane w celu minimalizacji ryzyka działań niepożądanych i interakcji lekowych. Mimo wdrożenia leczenia farmakologicznego, nie podjęto równoległe interwencji niefarmakologicznych – nie zlecono konsultacji psychologicznej ani terapii wspomagającej, co ograniczyło możliwość zastosowania kompleksowego modelu opieki nad pacjentką z otępieniem.

Zaburzenia funkcji zwieraczy prowadzą do znacznego obniżenia komfortu życia związanego z oddawaniem moczu i stolca oraz koniecznością stosowania środków higienicznych, takich jak wkładki urologiczne czy pieluchomajtki. W przypadkach nieskuteczności nieinwazyjnych metod opróżniania pęcherza moczowego konieczne bywa wdrożenie cewnikowania przerywanego bądź założenie cewnika stałego. Zgodnie z rekomendacjami Babskiej [30], cewnikowanie na stałe powinno być rozważane wyłącznie po wyczerpaniu alternatywnych metod, z uwagi na wysokie ryzyko zakażeń dróg moczowych. Ryzyko to jest szczególnie istotne u kobiet, ze względu na krótszą cewkę moczową, co sprzyja łatwiejszemu wnikananiu patogenów. Obecność cewnika może także wydłużać czas hospitalizacji oraz wymuszać intensyfikację antybiotykoterapii. W analizowanym przypadku zdecydowano o założeniu pacjentce cewnika Foleya na stałe, uznając to rozwiązanie za bardziej praktyczne niż cewnikowanie przerywane. Konsekwencją tej decyzji było jednak rozwinięcie się zakażenia układu moczowego, wymagające włączenia antybiotyku, co wydłużyło czas leczenia i zwiększyło jego złożoność [23].

Pacjenci w podeszłym wieku są szczególnie narażeni na zaburzenia chodu i równowagi, co istotnie zwiększa ryzyko upadków. Leczenie urazów pourazowych u seniorów jest utrudnione ze względu na ograniczone zdolności regeneracyjne organizmu. Lęk przed ponownym upadkiem skutkuje często rezygnacją z aktywności fizycznej, co prowadzi do przewlekłego unieruchomienia i rozpoczyna tzw. „kaskadę geriatryczną”. Jednym z najpoważniejszych powikłań długotrwałego unieruchomienia są odleżyny, które najczęściej lokalizują się w okolicach kości krzyżowej, pośladków, pięt, karku i potylicy. Stanowią one nie tylko źródło silnego bólu, ale również wrota zakażenia, prowadzące do powikłań ogólnoustrojowych. Kuberka, Głowacz i wsp. [31] opisują kolejne stadia rozwoju odleżyn – od zaczerwienienia i tkliwości, przez pęcherze i obrzęk, aż po martwicę tkanek. Autorzy wskazują na konieczność wdrażania wczesnej profilaktyki przeciwoleżynowej, obejmującej odpowiednią dietę oraz rehabilitację, u pacjentów szczególnie narażonych.

Pogorszenie słuchu i wzroku w istotny sposób wpływa na możliwości komunikacyjne pacjenta, zarówno w sferze werbalnej, jak i niewerbalnej. Dzięgielewska [32] podaje, że aż 65% pacjentów z ubytkami wzroku to osoby powyżej 50. roku życia. Pomimo dostępności korekty

wzroku (okulary, zabiegi operacyjne) oraz aparatów słuchowych, wielu seniorów nie korzysta z tych rozwiązań z powodu ograniczeń finansowych. W analizowanym przypadku pacjentka była osobą samotną, nieodwiedzaną w trakcie hospitalizacji, a jej sytuacja materialna była niepewna – prawdopodobnie utrzymywała się z niskiego świadczenia rentowego. Nie korzystała z konsultacji okulistycznych ani laryngologicznych, co było skutkiem braku środków na leczenie specjalistyczne. Zaawansowany niedosłuch skutkował licznymi trudnościami w komunikacji z personelem medycznym.

U osób w podeszłym wieku obserwuje się fizjologiczne obniżenie łaknienia i pragnienia, co prowadzi do niedostatecznej podaży składników odżywczych i niekontrolowanego spadku masy ciała. W stanach skrajnego niedożywienia organizm wykorzystuje białko mięśniowe jako źródło energii, co skutkuje zanikiem mięśni i pogorszeniem sprawności motorycznej. U opisywanej pacjentki występowały cechy wyniszczenia – była niezdolna do samodzielnego siedzenia i poruszania się, wykazywała znaczne osłabienie siły mięśniowej i liczne niedobory witaminowe. Mimo zidentyfikowanych deficytów nie zastosowano diety wspomagającej, a spożycie posiłków było możliwe jedynie w formie karmienia przez personel pielęgniarski.

Postępujące otępienie wymaga kompleksowego podejścia terapeutycznego, uwzględniającego zarówno aspekty medyczne, jak i psychospołeczne. Jak wskazuje Chan [33], najbardziej efektywną formą opieki nad osobami z chorobami przewlekłymi jest model zintegrowany, uwzględniający wszystkie czynniki ryzyka. Pielęgniarka, realizując działania profilaktyczne i promujące zdrowie, stanowi kluczowy element interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego.

Wnioski.

1. Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem z otępieniem polega na holistycznym podejściu, obejmującym kompleksową ocenę i zaspokajanie indywidualnych potrzeb.
2. Problemy pacjenta wynikają z coraz większej niesamodzielności w wyniku postępu choroby.
3. Opiekując się pacjentem z otępieniem należy wykazać się profesjonalizmem, empatią i wyrozumiałością. Należy obserwować pacjenta pod kątem zdrowia psychicznego, fizycznego oraz duchowego..
4. W opiece należy pamiętać zarówno o bieżących problemach jak i o profilaktyce chorób związanych z wiekiem czy uwarunkowaniami środowiskowymi i predyspozycjami genetycznymi, aby nie narażać go na dodatkowe objawy, dolegliwości i cierpienie.

Piśmiennictwo:

1. Araszkiewicz A. Psychogeriatrya. 1. wyd., 3. dodr. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2019. s. 31–44.
2. Hager K, Krause O, Brecht M, Cabanillas Diaz YA, Held S, Hensen J, i in. Geriatria. Wrocław: Edra Urban & Partner; 2018.
3. Beck O, Łakomski M, Kędziora-Kornatowska K, Radziwińska A, Weber-Rajek M, Żukow W. Otępienia jako choroby cywilizacyjne i społeczne XXI wieku = Dementia as a civilization and social diseases of the 21st century. *J Educ Health Sport*. 2016;6(6):677–694. doi:10.5281/zenodo.101640.
4. Szczeklik A. Interna Szczeklika 2022. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2022.
5. Gąsowski J, Piotrowicz K. Geriatria: wybrane zagadnienia. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2020.
6. Kumar A, Sidhu J, Goyal A, Tsao JW. Alzheimer Disease. W: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. [dostęp 2025-04-23]. Dostępne na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499922/NCBI>
7. Melis RJF, Haaksma ML, Muniz-Terrera G. Understanding and predicting the longitudinal course of dementia. *Curr Opin Psychiatry*. 2019;32(2):123–129. doi:10.1097/YCO.0000000000000482.
8. Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, i in. The clinical course of advanced dementia. *N Engl J Med*. 2009;361(16):1529–1538. doi:10.1056/NEJMoa0902234.
9. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems. 10th revision, Fifth edition. Geneva: WHO; 2016.
10. Rowley PA, Samsonov AA, Betthausen TJ, Pirasteh A, Johnson SC, Eisenmenger LB. Amyloid and Tau PET Imaging of Alzheimer Disease and Other Neurodegenerative Conditions. *Semin Ultrasound CT MR*. 2020;41(6):572–583. doi:10.1053/j.sult.2020.08.011.
11. Barczak A, Gabryelewicz T. Diagnosis and management in dementia – recommendations. *Aktualn Neurol*. 2021;21(2):65–75. doi:10.15557/AN.2021.0008.
12. Długosz-Mzur E, Bojar I, Gustaw K. Niefarmakologiczne metody postępowania u chorych z otępieniem. *Med Ogól Nauki Zdr*. 2013;19(4):458–462.
13. Kaźmierczak U, Radziwińska A, Dzierżanowski M, Bułatowicz I, Strojek K, Srokowski G, i in. Korzyści z podejmowania regularnej aktywności fizycznej przez osoby starsze = The benefits of regular physical activity for the elderly. *J Educ Health Sport*. 2015;5(1):56–68. doi:10.5281/zenodo.13935.
14. Ślusarska B, Zarzycka D, Zahradniczek K, red. Podstawy pielęgniarstwa. T. 1, Założenia koncepcyjno-empiryczne opieki pielęgniarstwa. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie; 2022.
15. Hernández YN, Pacheco JAC, Larreynaga MR. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gac Med Espirit*. 2017;19(3):82–92.
16. Cieślík A, Czyżowicz K, Górna K, Opozda K, Płotka A, Wojtas K, i in. Podstawy pielęgniarstwa psychiatrycznego. 2. wyd. uaktualnione i rozszerzone. Warszawa: PZWL; 2019.
17. Bollu PC, Kaur H. Sleep Medicine: Insomnia and Sleep. *Mo Med*. 2019;116(1):68–75.
18. Patel D, Steinberg J, Patel P. Insomnia in the Elderly: A Review. *J Clin Sleep Med*. 2018;14(6):1017–1024.
19. Kawalec A, Pawlas K. Czynniki środowiskowe wpływające na sen oraz zachowywanie higieny snu. *Probl Hig Epidemiol*. 2013;94(1):1–5.
20. Biskupek-Wanot A, Wanot B, Wiśniewska-Śliwińska H, red. Dieta a zdrowie i wiek. Częstochowa: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego im. Jana Długosza; 2020.

21. Bełz A, Stolecki M, Kudła M, Głogowska-Szeląg J. Witamina D – geriatryczny punkt widzenia. *Wiad Lek.* 2018;71(8):1628–1631.
22. Paulsen F, Waschke J, Jędrzejewski K, Polguj M, Sobotta J. Sobotta atlas anatomii człowieka: łacińskie mianownictwo anatomiczne. T. 2, Narządy wewnętrzne. Wrocław: Edra Urban & Partner; 2019.
23. Babska K. Prevention of urinary tract infections in patients with a urinary catheter. *Via Medica.* 2020;13(2):98–102.
24. Michno M, Sydor A. Zakażenia układu moczowego u dorosłych. *Przegl Lek.* 2016;73(7):504–508.
25. Mączyńska A. Antiseptic Non-Touch Technique – profilaktyka zakażeń związanych z założonym cewnikiem moczowym. *Forum Zakażeń.* 2018;9(4):233–237.
26. Gniewek D, Maj A. Wybrane czynności pielęgniarstwa. Wrocław: MedPharm; 2021.
27. Cameron ID, Dyer SM, Panagoda CE, Murray GR, Hill KD, Cumming RG, i in. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;9(9):CD005465.
28. Knast K, Gorzkowska A, Bieniek I, Rudzińska-Bar M. Zaburzenia chodu i upadki w różnych typach otępień. *Wiad Lek.* 2017;70(4):784–789.
29. Chorażyczewska E, Sapilak B. Częstość występowania zaburzeń funkcji poznawczych w grupie pacjentów powyżej 65. roku życia w wybranej placówce podstawowej opieki zdrowotnej z zastosowaniem testu MMSE oraz testu rysowania zegara. *Fam Med Prim Care Rev.* 2015;17(2):86–89.
30. Wojtyniak B. Stan zdrowia ludności Polski w starszym wieku na podstawie danych statystyki publicznej. W: *Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem.* Gdańsk: Gdański Uniwersytet Medyczny; 2021. s. 37–58.
31. Kuberka I, Głowacz J, Bąkowska M. Pressure ulcers – risk assessment, diagnosis and treatment. *Ir.* 2019;16(3–4):74–78.
32. Dzięgielewska M, Dzięgielewski K. Choroby oczu ludzi starszych a ich jakość życia. Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku; 2016. s. 103–116.
33. Chan SWC. Chronic Disease Management, Self-Efficacy and Quality of Life. *J Nurs Res.* 2021;29(1):e129.

SPECYFIKA OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD PACJENTEM PODDANYM BRACHYTERAPII GRUCZOŁU KROKOWEGO - STUDIUM PRZYPADKU

LIDIA PAŚ, ELŻBIETA GARWACKA-CZACHOR, DOROTA MILECKA

Wstęp. Rak gruczołu krokowego zajmuje pierwsze miejsce pod względem liczby zachorowań i drugie w zestawieniu przyczyn zgonów z powodu nowotworów. Jest to najbardziej rozpowszechniony nowotwór wśród mężczyzn powyżej 50 roku życia w Polsce i na świecie, charakteryzuje się największą dynamiką wzrostu zachorowań. Średni wiek wykrywalności raka prostaty to 66 lat. Liczba zachorowań w ostatnich 30 latach wzrosła około pięciokrotnie. Według danych z Krajowego Rejestru Nowotworów w 2019 roku zanotowano 17 638 przypadków zachorowań na raka stercza, co daje 20,6% nowotworów u mężczyzn, a standaryzowany współczynnik zachorowalności wynosi 48,9/100 tys [1-6]. Głównymi czynnikami mającymi wpływ na rozwój tego nowotworu są wiek, stres oksydacyjny, pochodzenie etniczne pacjenta/rasa - większa zachorowalność zauważana jest u Afroamerykanów, najmniejsza zaś u Azjatów. Dodatkowymi czynnikami zwiększającymi ryzyko zachorowalności są wysoki wzrost, nieprawidłowa dieta, otyłość, brak aktywności fizycznej oraz stale podwyższany poziom testosteronu [3,7].

Brachyterapia (grec. *brachy* – z bliska) jest metodą wykorzystującą energię fotonów i/lub cząstek pochodzących z rozpadu izotopów promieniotwórczych [8]. Specyfiką brachyterapii jest to, że wszczepia się źródło promieniotwórcze (lub cewniki wtórnie załadowane źródłami promieniotwórczymi) do guza (brachyterapia interstycjalna) lub bardzo blisko guza (brachyterapia przyguziczkowa). Wszczepienie jest prowadzone na podstawie wyników klinicznych oraz odpowiedniej modalności obrazowania. Całkowita dawka może być dostarczana poprzez ciągłe napromienianie o niskiej dawce (LDR - *Low Dose Rate*), impulsy o niskiej intensywności powtarzane, co godzinę przez kilka dni (napromienianie w dawkach impulsowych) lub kilka frakcji dostarczających wysokie dawki za każdym razem (napromienianie o wysokiej dawce – HDR - *High Dose Rate*). Można stosować różne radioizotopy o określonych właściwościach pod względem okresu półtrwania i energii. Najczęściej używanymi radioizotopami w nowoczesnej brachyterapii raka prostaty są izotopy jodu-125 lub irydu-192. Technika brachyterapii ma więcej zalet w porównaniu z innymi opcjami - jest przede wszystkim metodą prostą i mało inwazyjną, którą można wykonać w trybie ambulatoryjnym w znieczuleniu rdzeniowym z szybkim powrotem do zdrowia. Brachyterapia HDR prostaty może być także przeprowadzana w ciągu kilku sesji, składających

się z wprowadzenia cewników wewnątrz gruczołu przy użyciu radioaktywnych źródeł irydu-192 [8,9].



Rycina 1. Zespół zabiegowy w trakcie brachyterapii gruczołu krokowego
Źródło: Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii, Zakład Brachyterapii

Pacjenci ze zdiagnozowanym rakiem gruczołu krokowego mierzą się z ogromnym obciążeniem fizycznym, psychicznym, emocjonalnym oraz ekonomicznym. Ma to duży wpływ na jakość ich życia. Badanie jakości życia pacjentów po brachyterapii prostaty prowadzone w Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu od listopada 2020 r. do marca 2021 r. na grupie 50 mężczyzn w wieku 51-85 lat wykazało, że choroba nowotworowa, jak i powikłania leczenia wpływają na funkcjonowanie układu moczowego, pokarmowego oraz sferę seksualną. Brachyterapia powoduje pogorszenie funkcji seksualnych i tymczasowo zaburza działanie układu moczowego, co może skutkować obniżeniem całkowitej jakości życia u pacjentów [10].

Celem głównym pracy jest zaplanowanie i zrealizowanie opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z rakiem gruczołu krokowego w czasie brachyterapii.

Materiał i metoda badawcza. Materiały wykorzystane w pracy zostały pozyskane w dniach 2-4.03.2024 roku w Dolnośląskim Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii (DCOPiH) od 67-letniego pacjenta przebywającego na oddziale radioterapii. Pacjent wyraził świadomą zgodę na badanie oraz został poinformowany o możliwości rezygnacji z uczestnictwa na każdym etapie. Na realizację badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej nr 37/2023 z dnia 22.11.2023 przy Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Głogowie oraz zgodę dyrektora DCOPiH we Wrocławiu nr NDBI/3/2024/NB.

Badanie przeprowadzono metodą studium indywidualnego przypadku z zastosowaniem technik: wywiad skategoryzowany oraz częściowo swobodny, obserwacja bezpośrednia i pośrednia, analiza dokumentacji medycznej, pomiar (bezpośredni i pośredni) z wykorzystaniem elementów badania fizykalnego [11]. Narzędziami były odpowiednio: kwestionariusz wywiadu oraz notatnik, ocena wzrokowa oraz karty obserwacyjne, indywidualna dokumentacja medyczna (historia choroby, indywidualna karta opieki pielęgniarskiej, karty informacyjne z innych hospitalizacji itp.), aparat do pomiaru ciśnienia krwi, termometr. Do pomiaru pośredniego wykorzystano następujące skale - BMI (ang. *Body Mass Index*) służącą do wyrażenia stosunku masy ciała do wzrostu, skalę natężenia bólu NRS (*Numeric Rating Scale*) oraz skalę Glasgow służącą do oceny stanu świadomości pacjenta.

Studium indywidualnego przypadku. Badaniem objęto pacjenta lat 67. W październiku 2023 roku wykonywał on rutynowe badania kontrolne i z powodu podwyższonego poziomu PSA (11,28 ng/ml) został skierowany na konsultację do urologa. W listopadzie 2023 roku wykonano rezonans magnetyczny (MRI) miednicy, stwierdzono powiększenie gruczołu krokowego, nie wykazano powiększonych węzłów chłonnych oraz zmian mogących odpowiadać przerzutom do kości. Badanie MRI miednicy wykazało zmiany zwyrodnieniowe odcinka kręgosłupa, następnie 6.12.2023 roku wykonano u chorego biopsję przezodbytniczą stercza. Podczas tego badania pobrano 6 wycinków z płata lewego i 6 wycinków z płata prawego. W rozpoznaniu histologicznym stwierdzono gruczolakoraka zrazikowego prostaty (łac. *Acinar adenocarcinoma*). Według skali Gleasona: 3+3=6, *grade group 1*, naciek raka zajmuje lewy płat stercza. Brak neuroinwazji (nacieku komórek nowotworowych na struktury nerwowe), angioinwazji (nacieku komórek nowotworowych na naczynia krwionośne lub limfatyczne) oraz wykraczania poza pseudotorebkę stercza. Wycinki z płata lewego – jeden wycinek objęty naciekiem raka, łączna długość utkania raka - 1,5 mm, łączna długość pobranej tkanki - 42 mm. W żadnym z wycinków z płata prawego nie stwierdzono utkania się raka. Chory nie odczuwał dolegliwości.

24.01.2024 roku pacjent zgłosił się do Zakładu Radioterapii w stanie ogólnym bardzo dobrym z rozpoznaniem: nowotwór złośliwy gruczołu krokowego - cT1c cN0 Cm0, GS= 6(3+3), PSA max.= 11,28 ng/ml (st.IIA). Z uwagi na rozpoznanie nowotworu złośliwego, bardzo dobry stan ogólny, wiek, pacjent został zakwalifikowany do samodzielnej brachyterapii 3-D-HDR 192-Ir na obszar gruczołu krokowego, w odstępie dwóch tygodni. Brachyterapia 3-D-HDR to forma radioterapii wewnątrzystrojowej, gdzie wysoka dawka promieniowania jest precyzyjnie dostarczana bezpośrednio do tkanki nowotworowej z minimalnym wpływem na otaczające zdrowe tkanki. Wykorzystanie izotopu Iryd 192 pozwala na precyzyjne kontrolowanie dawki

promieniowania i zapewnienie intensywnego leczenia z krótkim cyklem ekspozycji. 3-D oznacza trójwymiarowe planowanie leczenia, pozwala na dokładne zlokalizowanie nowotworu oraz zaplanowanie optymalnego rozmieszczenia źródeł promieniowania. Po zebraniu wywiadu, rozmowie na temat leczenia oraz badaniu fizykalnym pacjent podpisał formularz zgody na leczenie. Wydano skierowanie na badania krwi - morfologia, biochemia, krzepliwość, badanie EKG oraz konsultację anestezyjologiczną. W dniu 8.02.2024 roku podczas konsultacji anestezyjologicznej pacjent został zakwalifikowany do znieczulenia podpajęczynówkowego, zalecona została okołooperacyjna profilaktyka przeciwzakrzepowa. W skali ASA (*ang. American Society of Anesthesiologists*) pacjent otrzymał ocenę ASA II - oznacza to umiarkowane ryzyko powikłań związanych z anestezją i operacją. Lekarz radioterapeuta kwalifikując pacjenta do zabiegu przeprowadził z nim rozmowę na temat przebiegu leczenia i ewentualnych skutków ubocznych. Pacjent wyraził ustną oraz pisemną zgodę na zaproponowaną metodę leczenia, czyli brachyterapię.

Dnia 2.03.2024 roku przeprowadzono wywiad z pacjentem oraz przeanalizowano dokumentację medyczną, ustalono następujące informacje o stanie zdrowia chorego: wiek - 67 lat, wzrost - 177 cm, masa ciała - 79 kg, BMI - 25,22 - nadwaga. Tryb przyjęcia - planowy - 2.03.2024 roku. Rozpoznanie lekarskie - nowotwór złośliwy gruczołu krokowego, stan po usunięciu nowotworu złośliwego skóry podudzia prawego (17.03.2023), stan po docięciu blizny z biopsją węzła chłonnego wartowniczego (13.06.2023). Choroby współistniejące - stan po leczeniu czerniaka złośliwego podudzia prawego, nieprawidłowa tolerancja glukozy, kamica nerkowa, czynniki ryzyka powikłań - niewielkie żylaki odbytu. Parametry życiowe - RR 130/80 mmHg, tętno 62 uderzenia/minutę, temperatura ciała 36,7 C, saturacja 95% SpO2. Stan odżywienia - nadwaga (niewielka), łaknienie i pragnienie - prawidłowe, dolegliwości dyspeptyczne (wymioty, nudności) - nie występują, wydalanie - prawidłowe, odruch połykania - prawidłowy, użębienie - pełne, oddech - prawidłowy, kaszel - brak, duszność - nie występuje, skóra - barwy cielistej, prawidłowo ucieplona, elastyczna, gładka, bez zmian patologicznych. Diureza - prawidłowa, dolegliwości ze strony układu moczowego - sporadyczne parcia naglące, nykturia po spożyciu większej ilości płynów. Układ mięśniowo-szkieletowy - poruszanie samodzielne, pełna ruchomość w stawach, sprawność fizyczna pełna. Układ nerwowy - świadomość pełna, logicznie odpowiada na pytania, zorientowany co do czasu i miejsca, sen - prawidłowy, brak zaburzeń neurologicznych, ból - brak, punktacja według skali Glasgow - 15 punktów. Stan psychiczny: nastrój - obniżony, obawy, lęki związane z chorobą oraz z powikłaniami. Zmysły - wzrok: okulary do czytania, smak: prawidłowy, słuch: prawidłowy. Przyjmowane leki - nie przyjmuje, nałogi - brak. Stan cywilny - żonaty,

wydolność opiekuńcza rodziny – pełna, wywiad rodzinny - matka: stan po nowotworze dróg rodnych i żołądka, ojciec: rak wątroby. Zawód - emeryt, wcześniej pracował w wojsku (narażenia na stres), wykształcenie – wyższe, sytuacja socjalno-bytowa: warunki na poziomie bardzo dobrym. Pacjent mieszka z żoną w bloku, w trzypokojowym mieszkaniu we Wrocławiu. Żona mężczyzny w 2015 roku przeżyła udar, wymaga pomocy w codziennych czynnościach, podstawowym opiekunem jest on, pomaga mu jedna z córek. Pacjent ma dwie córki. Jedna z nich mieszka za granicą (Niemcy), jest lekarzem, druga mieszka we Wrocławiu i w razie potrzeby pomaga rodzicom. Mężczyzna również opiekuje się 93 letnią matką, dogląda ją kilka razy w tygodniu. Pacjent do tej pory był bardzo aktywny fizycznie, czas wolny spędzał głównie na aktywnościach ruchowych. Jako były wojskowy jest osobą poukładaną oraz sumienną. Z obserwacji wynika, że nie chce pokazać słabości, w rozmowie bagatelizuje swój stan zdrowia.

Stan pacjenta w dniu 2.03.2024 r. - bardzo dobry. Parametry życiowe: RR 145/75 mmHg, tętno 88 uderzeń/min., saturacja 94% SpO2, temperatura ciała 36,3 C. Pobrano krew i mocz do badań laboratoryjnych. Zlecono przygotowanie do zabiegu - płynoterapię, oczyszczanie jelita i leczenie przeciwzakrzepowe. Pacjent dobrze znosi przygotowanie do zabiegu, porusza się samodzielnie, nie potrzebuje pomocy w podstawowych czynnościach, nie zgłasza bólu. Nastrój pacjenta oceniono na obniżony, wykazuje lęk przed zabiegiem, przeprowadzono rozmowę na temat brachyterapii, co uspokoiło chorego. W godzinach popołudniowych odwiedziły go córki, co znacznie poprawiło jego nastrój.

Stan pacjenta w dniu 3.03.2024r. - pacjent został przekazany do Pracowni II Zakładu Brachyterapii. Wykonane zostało znieczulenie podpajęczynówkowe, pacjent został ułożony w pozycji terapeutycznej i założono cewnik Foley’a no.14. Podano okołooperacyjną profilaktykę antybiotykową - Cefazolina 2g. i.v. Pole zabiegowe umyto i obłożono jałowymi chustami. Pod kontrolą USG umieszczono w kroczu aplikatory stalowe igłowe. Wyznaczono obszar do napromieniania oraz zkonturowano narządy krytyczne. Po wykonaniu planu leczenia w systemie Vitesse 4.0 i akceptacji planu, aplikatory podłączono do afterloadera. Technika brachyterapii HDR Ir-192 podano 13,5 Gy. Po zakończeniu napromieniania usunięto aplikatory i założono jałowy opatrunek na krocz. Podczas zabiegu stwierdzono utrudnione obrazowanie - płynne masy kałowe w bańce odbytnicy po zakłuciu igieł. Pacjent podczas sprawdzania drożności kanałów poruszył się - odsunął się od płytki o 0,5 cm. W obrazach live kontury PTV (*ang. Planning Target Volume-Planowana Objętość Celowa*) bez zmian, opadnięcie cewki moczowej na około 0,5 cm, celem redukcji wysokich dawek w obszarze cewki zmiana konturów w opcji live, redukcja wysokich dawek do dawek tolerancji dla cewki. Przebieg zabiegu oceniono na niepowikłany. Po obserwacji na sali wybudzeń, pacjent wraz z zaleceniami został przekazany do oddziału

macierzystego. Na Sali wybudzeń oceniono stan pacjenta według skali Aldreta: aktywność -1, oddech -2, skóra - 2, krążenie - 2, przytomność - 2. Zalecono leżenie na plecach przez dwie godziny. Po przeniesieniu na oddział pacjent zgłaszał mdłości. Zastosowano niefarmakologiczne metody zmniejszenia dolegliwości - spokojny oddech, popijanie niewielkich ilości wody. Mdłości ustąpiły 3 godziny po przeniesieniu na oddział. Po południu pacjent zgłaszał dolegliwości bólowe kręgosłupa, oceniono ból według skali NRS - 4, zastosowano środki przeciwbólowe i.v. na zlecenie lekarza. Po godzinie ponownie oceniono ból - NRS- 0. Stan pacjenta w dniu 4.03.2024 r. - samopoczucie pacjenta oceniono jako dobre. Pacjent zgłaszał ból i obrzęk okolicy krocza - oceniono w skali NRS-3, podano leki przeciwbólowe zgodnie ze zleceniem lekarskim. Zastosowano okład chłodzący w celu zmniejszenia obrzęku. Po godzinie ponownie oceniono ból według skali NRS-0. Pacjent odczuwa dyskomfort związany z cewnikiem, cewnik usunięto, pacjent oddał mocz po godzinie, zgłosił niewielkie pieczenie. Nastrój pacjenta oceniono na dobry - jest zadowolony z przebiegu zabiegu, jego obawy związane z komplikacjami podczas brachyterapii zmniejszyły się. Niepokoi się przyszłością oraz powrotem do sprawności. Pacjent wypisany do domu w stanie ogólnym dobrym. Zalecenia: pielęgnacja okolic krocza - mycie letnią wodą, unikanie urazów. Picie 2-2,5 l. wody dziennie. Dieta ubogoresztkowa, z wykluczeniem pokarmów pikantnych i wzdymających. W razie niepokojących objawów - gorączka, dreszcze, częstomocz, pieczenie przy oddawaniu moczu, obecność skrzepów w moczu, zatrzymanie moczu - niezwłoczne udanie się do lekarza. Za dwa tygodnie pacjent ma zgłosić się na kolejną brachyterapię.

Zastosowany model opieki pielęgniarstwiej. Model opieki pielęgniarstwiej zastosowany dla opisanego pacjenta bazuje na modelu potrzeb Virginii Henderson i jest teorią ludzkich potrzeb opartą o teorię Masłowa i koncentrującą się na umożliwieniu pacjentowi jak największej samowystarczalności. Teoria ta podkreśla niezależność pacjenta, zarówno zdrowego jak i chorego, który postrzegany jest jako całość. Polega na zaspokajaniu 14 uniwersalnych potrzeb: dopływu świeżego powietrza, pożywienia, dostarczania napojów w wystarczającej ilości i jakości, usuwania produktów przemiany materii, ruchu i utrzymania właściwej postawy ciała, snu i odpoczynku, odpowiedniego ubioru i codziennych możliwości ubierania i rozbierania się, utrzymania w normie temperatury ciała, utrzymywania czystości ciała, unikania niebezpieczeństw otoczenia, komunikowania się z innymi ludźmi w wyrażaniu swych uczuć, potrzeb, obaw bądź opinii, oddawania się praktykom religijnym stosownie do wyznawanej wiary, potrzeba celowej pracy i potrzeba uczenia się, odkrywania, przejawiania zainteresowań. Ustalono wspólnie z pacjentem postępowanie pielęgniarstwiej. Rola pielęgniarki to wspieranie pacjenta w zaspokajaniu podstawowych potrzeb, ale również ich realizacja, jeśli

pacjent nie jest w stanie sam ich zaspokoić. Ważna jest również aktywizacja pacjenta do samodzielności w codziennych czynnościach oraz motywowanie i dostarczanie mu niezbędnej wiedzy. Włączenie podstawowych potrzeb według teorii Henderson do praktyki pielęgniarstwa umożliwia wsparcie dobrego samopoczucia chorego, poprawia efektywność leczenia oraz rozwija zaufanie i relacje pomiędzy pacjentem, a pielęgniarką [12-14].

Proces pielęgnowania pacjenta

Diagnoza pielęgniarstwa: Obawy pacjenta dotyczące skuteczności terapii metodą brachyterapii.

Cel: Udzielenie wsparcia informacyjnego i emocjonalnego oraz zapewnienie poczucia bezpieczeństwa.

Zaplanowane działania:

- Przeprowadzenie rozmowy edukacyjnej z pacjentem, wyjaśniającej istotę choroby i leczenia.
- Edukacja na temat skuteczności terapii metodą brachyterapii.
- Stworzenie środowiska, w którym pacjent czuje się komfortowo, wyrażając swoje obawy.
- Okazanie wsparcia w chorobie.
- Użycie materiałów edukacyjnych, takich jak broszury, ulotki lub strony internetowe, które mogą pomóc w zrozumieniu procesu leczenia.
- Budowanie trwałej relacji opartej na zaufaniu i wzajemnym szacunku między pacjentem, a zespołem terapeutycznym.
- Skierowanie pacjenta do grup wsparcia, gdzie może podzielić się doświadczeniami z innymi osobami w podobnej sytuacji zdrowotnej.
- Umożliwienie kontaktu z bliskimi, edukowanie i zachęcanie do współpracy.
- Dostarczenie wsparcia przez zespoły multidyscyplinarne, w tym psychologów lub psychiatrów.

Realizacja: Wszystkie działania zostały przyswojone przez pacjenta oraz zrealizowane zgodnie z planem.

Ocena: Nieznaczna poprawa nastroju pacjenta, do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarstwa: Ból kroczka i delikatny obrzęk moszny po zabiegu brachyterapii.

Cel: Zmniejszenie bólu, obrzęku i niedogodności z nimi związanych.

Zaplanowane działania:

- Zastosowanie suchego okładu chłodzącego.
- Kontrola krwawienia w miejscach po usunięciu igieł.
- Ocena poziomu bólu według skali NRS- 2 punkty.
- Podanie leków przeciwbólowych zgodnie z kartą zleceń lekarskich.
- Ponowna ocena bólu według skali NRS po godzinie - wynik 0 punktów.
- W pozycji leżącej pacjenta zastosowanie wysokiego ułożenia jąder za pomocą wałka zwiniętego pod moszną.
- Zalecenie, aby podczas chodzenia pacjent stosował obcisłą bieliznę, podtrzymującą mosznę.
- Zachowanie jałowości podczas zmiany opatrunku.

Realizacja: Wszystkie działania zostały zrealizowane zgodnie z planem.

Ocena: Ból ustąpił, obrzęk moszny zmniejszył się.

Diagnoza pielęgniarska: Ból kręgosłupa spowodowany zastosowanym znieczuleniem oraz unieruchomieniem pacjenta po zabiegu.

Cel: Zmniejszenie bólu.

Zaplanowane działania:

- Ocena poziomu bólu według skali NRS - wynik 4 punkty.
- Podanie leków przeciwbólowych zgodnie ze zleceniem lekarskim.
- Monitorowanie parametrów życiowych - RR, tętno.
- Ponowna ocena bólu według skali NRS po godzinie - wynik 0 punktów.
- Zalecenie przyjęcia leżącej pozycji dla pacjenta, niewykonywanie gwałtownych ruchów głową.

Realizacja: Wszystkie działania zostały zrealizowane.

Ocena: Ból ustąpił.

Diagnoza pielęgniarska: Nudności spowodowane znieczuleniem podpajeczynówkowym.

Cel: Zmniejszenie dolegliwości ze strony układu pokarmowego.

Zaplanowane działania:

- Uspokojono chorego, zapewniono ciszę i spokój na sali.
- Zapewniono dopływ świeżego powietrza poprzez otwarcie okien.
- Zalecono spokojne i miarowe oddychanie.
- Zalecono popijanie wody niewielkimi porcjami.
- Regularnie sprawdzano parametry życiowe - RR, temperaturę, tętno.

Realizacja: Działania zostały zrealizowane, nudności ustąpiły.

Ocena: Nudności ustąpiły.

Diagnoza pielęgniarska: Pieczenie cewki moczowej po usunięciu cewnika Foley'a.

Cel: Zmniejszenie dyskomfortu związanego z oddawaniem moczu.

Zaplanowane działania:

- Monitorowanie objawów - zaczerwienienie, obrzęk, wyciek oraz charakterystyka moczu - kolor, zapach, obecność krwi.
- Zalecenie spożywania większej ilości płynów.
- Zalecenie unikania napojów zawierających kofeinę.
- Pielęgnacja krocza - mycie letnią wodą z mydłem i delikatne osuszanie ręcznikiem.

Realizacja: Działania zostały zrealizowane.

Ocena: Uczucie pieczenia nieznacznie się zmniejszyło. Chory do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska: Ryzyko wystąpienia infekcji pęcherza moczowego.

Cel: Zmniejszenie ryzyka wystąpienia infekcji pęcherza moczowego.

Zaplanowane działania:

- Monitorowanie objawów infekcji - zaczerwienienie, pieczenie, świąd, problemy z oddaniem moczu.
- Zachęcanie pacjenta do picia większej ilości płynów.
- Edukacja pacjenta na temat samoopieki - higieny po oddaniu moczu.
- Edukacja na temat właściwego opróżniania pęcherza, aby zapobiec zastoju moczu i namnażaniu się bakterii.

Realizacja: Wszystkie działania zostały zrealizowane.

Ocena: Ryzyko infekcji pęcherza zminimalizowano.

Diagnoza pielęgniarska: Ograniczenie aktywności fizycznej pacjenta spowodowane procesem chorobowym.

Cel: Wsparcie pacjenta w zrozumieniu tymczasowego ograniczenia aktywności fizycznej.

Zaplanowane działania:

- Poinformowanie o tymczasowym charakterze ograniczeń i ich znaczeniu dla procesu leczenia.
- Rozmowa o uczuciach i obawach związanych z ograniczeniami aktywności i procesem leczenia, wykazanie zrozumienia.
- Opracowanie indywidualnego planu opieki, który uwzględnia ograniczenia pacjenta i pomoże mu stopniowo powrócić do normalnej aktywności.

- Aktywizacja pacjenta do podjęcia aktywności dostosowanej do jego możliwości - spaceru.
- Edukacja pacjenta na temat powrotu do aktywności fizycznej po leczeniu.

Realizacja: Wszystkie działania zostały zrealizowane.

Ocena: Pacjent do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska: Deficyt wiedzy i umiejętności w zakresie samokontroli i samoopieki po hospitalizacji.

Cel: Zmniejszenie deficytu wiedzy oraz zwiększenie umiejętności w zakresie samokontroli i samoopieki.

Działania pielęgniarskie:

- Ocena wiedzy i umiejętności pacjenta w zakresie samokontroli i samoopieki.
- Zapoznanie pacjenta z zaleceniami po leczeniu dla chorych poddawanych brachyterapii prostaty.
- Wyjaśnienie choremu zaleceń dotyczących samoopieki i pielęgnacji po powrocie do domu.

Realizacja: Działania zostały zrealizowane.

Ocena: Pacjent zna zasady samokontroli i samoopieki na najbliższe 2 tygodnie. Po tym czasie ponownie zgłosi się do szpitala celem powtórzenia zabiegu brachyterapii. Problem do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska: Dysfunkcja seksualna spowodowana zabiegiem brachyterapii.

Cel: Wsparcie pacjenta w zrozumieniu problemu.

Zaplanowane działania:

- Edukacja pacjenta na temat możliwych problemów seksualnych - trudności z osiągnięciem lub utrzymaniem erekcji, zmiany libido, problemy z ejakulacją.
- Zaproponowanie pacjentowi udziału w grupach wsparcia dla pacjentów po zabiegu brachyterapii.
- Zaproponowanie wsparcia terapeuty - seksuologa, psychologa.
- Edukacja pacjenta na temat roli zdrowego odżywiania, aktywności fizycznej oraz unikania czynników ryzyka, które mogą pogłębiać problemy z funkcją seksualną.
- Zapewnienie, że opieka jest świadczona z poszanowaniem prywatności i godności pacjenta, a kwestie seksualne są omawiane dyskretnie i profesjonalnie.

Realizacja: Wszystkie działania zostały zrealizowane.

Ocena: Pacjent wyedukowany na temat dysfunkcji seksualnej, ale problem wymaga dalszej obserwacji.

Dyskusja. Rak gruczołu krokowego jest najbardziej rozpowszechnionym nowotworem u mężczyzn powyżej 50 roku życia. W Polsce jest drugim co do częstości występowania (po raku płuca), a w Stanach Zjednoczonych jest to obecnie najczęstszy nowotwór u mężczyzn [6]. Opisywany przypadek jest nietypowy, ponieważ pacjent nie odczuwał żadnych objawów, rutynowa diagnostyka pozwoliła mu na szybką terapię i większe możliwości wyleczenia. Z obserwacji wynika jednak, że pacjent nie chce okazywać słabości, możliwe jest więc to, że bagatelizował objawy związane z układem moczowym. Brachyterapia jest metodą leczenia nowotworu prostaty, która daje niewiele skutków ubocznych. Zaawansowana technologia planowania leczenia daje bardzo dobrą tolerancję oraz niską późną toksyczność. Najczęściej występującymi skutkami ubocznymi są dyskomfort w okolicy krocza oraz pieczenie podczas oddawania moczu. Na etapie wczesnym, podczas opieki pielęgniarskiej nad opisywanym pacjentem zadbano, aby skutki uboczne były jak najmniej odczuwalne dla pacjenta. Zastosowano okłady chłodzące na krocze w celu zmniejszenia obrzęku oraz monitorowano oddawanie moczu, aby zniwelować pieczenie. Wszystkie procedury pielęgniarskie przyniosły oczekiwane rezultaty - obrzęk oraz pieczenie uległy zmniejszeniu. Do skutków ubocznych brachyterapii należy również dysfunkcja seksualna. Jest to niewątpliwie duży problem dla pacjenta. Dostępne są różne metody leczenia, które poprawiają jakość życia seksualnego. Należą do nich: poradnictwo i terapia seksualna, farmaceutyki, kremy, pompy próżniowe, implanty [15]. Mężczyźni, co wynika z badań, niechętnie ujawniają problemy seksualne po leczeniu raka prostaty. Nielezione dysfunkcje mogą pozostać trwałe, jeśli nie są leczone. Ważne jest zatem edukowanie pacjenta w zakresie zaburzeń seksualnych, aby problemy związane z tą strefą życia zminimalizować [16]. Aktywność fizyczna jest podstawą dobrej jakości życia. Opisywany pacjent całe swoje życie był aktywny jako zawodowy wojskowy. Tymczasowe ograniczenie aktywności wywołało u niego niepokój. Został zapewniony o możliwości powrotu do aktywności sprzed choroby. Udowodniono, że większy poziom aktywności fizycznej wiąże się ze zmniejszeniem wskaźników śmiertelności ogólnej oraz związanej z rakiem prostaty. Ćwiczenia fizyczne są efektywnym sposobem na złagodzenie problemów emocjonalnych i fizycznych u pacjentów. Aktywność fizyczna zmniejsza ryzyko występowania raka prostaty o 9-14%. Wydaje się również, że wysiłek fizyczny w ramach pracy zawodowej oferuje większą ochronę przed tym schorzeniem w porównaniu z aktywnością podejmowaną dla rekreacji. Ponadto, aktywność fizyczna przyczynia się do łagodzenia ogólnych objawów związanych z nowotworem oraz poprawy ogólnej jakości życia [17]. Fizjoterapia jest częścią procesu

rehabilitacji pacjentów z rakiem prostaty. Stanowi kluczowy element przygotowania przed rozpoczęciem leczenia, jak i po leczeniu. Wspomaga leczenie nietrzymania moczu, które może być skutkiem ubocznym brachyterapii. Trening mięśni dna miednicy zwiększa siłę, wytrzymałość i autonomiczną koordynację mięśni dna miednicy i zwieraczy cewki moczowej. Przyczynia się do lepszej kompresji i wzrostu ciśnienia wewnątrz cewki moczowej w przypadku nagłego wzrostu ciśnienia w jamie brzusznej. Trening mięśni dna miednicy jest nieskomplikowaną i prostą procedurą, pomocną w kontrolowaniu pęcherza, jelit oraz funkcji seksualnych [18]. Wiedza pacjenta na temat samoopieki po okresie hospitalizacji jest niezbędnym elementem podtrzymania skuteczności leczenia. Zadaniem pielęgniarki jest edukacja pacjenta na temat samoopieki w domu. Zalecenia dotyczą pielęgnacji okolicy krocza - należy używać delikatnych środków myjących, letniej wody oraz delikatnie osuszać ręcznikiem poprzez jego dociskanie. Przeciwwskazaniem jest długotrwałe moczenie oraz wilgotne okłady. Ważne jest, aby unikać urazów i dotykania brudnymi rękami skóry w tej okolicy. W przypadku wystąpienia bólu lub siniaków w okolicy krocza, moszny lub prącia zaleca się stosowanie zimnych, suchych okładów, a także przyjmowanie leków przeciwbólowych dostępnych bez recepty, zgodnie z zaleceniami na opakowaniu. Dolegliwości bólowe powinny ustąpić w ciągu 7-14 dni po zabiegu. Możliwe jest wystąpienie krwawienia w okolicy krocza - należy zalecić ucisk krwawiącego miejsca przez około 5 minut przez jałową gazę. Jeżeli krwawienie nie ustąpi należy zgłosić się do lekarza [19,20]. Kolejnym możliwym powikłaniem jest obecność krwi lub skrzepów w moczu. Jeśli krwawienie jest intensywne należy skontaktować się z lekarzem. W przypadku ostrego zatrzymania moczu niezwłocznie zgłosić się do najbliższego szpitalnego oddziału ratunkowego z kartą informacyjną. W przypadku wystąpienia temperatury ciała powyżej 38° należy jak najszybciej skontaktować się z lekarzem, ponieważ istnieje prawdopodobieństwo wystąpienia zakażenia układu moczowego lub tkanek miękkich. Po zabiegu brachyterapii niewskazany jest intensywny wysiłek fizyczny i podnoszenie ciężarów o wadze przekraczającej 9 kg. Zwykle po kilku dniach od zabiegu można wrócić do normalnej aktywności. Edukacja pacjenta w zakresie możliwych powikłań oraz sposobu postępowania pomoże mu w trudnym okresie rekonwalescencji oraz ułatwi proces leczenia [19,20].

Opisywany pacjent nie miał wystarczającej wiedzy na temat rehabilitacji oraz skutków ubocznych po zabiegu, wiązało się to z lękiem przed całym procesem leczenia. Odpowiednie podejście do chorego, wykazanie zrozumienia i cierpliwości pozwoliło wyjaśnić mu wszelkie wątpliwości, uspokoiło go i polepszyło komunikację pomiędzy chorym, a personelem

medycznym. Pacjent wymaga dalszej obserwacji, ponieważ za dwa tygodnie powróci do szpitala celem wykonania drugiego i zarazem ostatniego zabiegu brachyterapii.

Wnioski.

Brachyterapia gruczołu krokowego jest korzystną dla pacjenta metodą leczenia. Skutki uboczne są niewielkie, a po krótkiej rekonwalescencji pozwalają choremu na prowadzenie stylu życia jak sprzed okresu choroby. Jest to niezwykle ważne dla omawianego pacjenta, który zawsze był bardzo aktywny fizycznie.

Wśród problemów pielęgnacyjnych dominowały objawy bezpośrednio związane z zabiegiem brachyterapii stercza (ból i obrzęk okolicy krocza, pieczenie cewki moczowej, unieruchomienie i nudności po znieczuleniu podpajęczynówkowym, deficyt wiedzy, co do stosowania się do zaleceń na przyszłość, lęk dotyczący skuteczności tej metody leczenia).

Do zadań pielęgniarki u pacjenta z rakiem gruczołu krokowego leczonego metodą brachyterapii należą przede wszystkim: dobre przygotowanie pacjenta do zabiegu brachyterapii (fizyczne i psychiczne), obserwacja wystąpienia niepokojących objawów po zabiegu, udział w terapii m.in. bólu oraz zapewnienie wsparcia, komfortu i poczucia bezpieczeństwa na każdym etapie leczenia.

Ważnym punktem opieki pielęgniarstwa jest edukacja pacjenta przygotowująca chorego do samokontroli i samoopieki po wypisaniu ze szpitala – skierowanie uwagi na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych i pielęgnację okolicy krocza oraz postępowanie w przypadku wystąpienia powikłań, do których zaliczamy ostre zatrzymanie moczu, krwawienia, gorączkę i dreszcze, ból, obrzęk.

Na obecnym etapie leczenia problemy rozpoznane u pacjenta zostały w pełni rozwiązane, ale 2 tygodnie po pierwszej sesji brachyterapii nastąpi druga, tak więc pacjent wymaga prowadzenia dalszych działań i obserwacji.

Bibliografia:

1. Kułakowski A. Skowrońska- Gardas A. (red.) Onkologia. Podręcznik dla studentów medycyny. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie, 2014.
2. Wiechno P. Rak stercza: współczesne spojrzenie. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie, 2021.
3. Stec R. Smoter M. Deptała A. Onkologia: podręcznik dla studentów medycyny: pomoc dydaktyczna dla lekarzy specjalizujących się w onkologii. Gdańsk: AsteriaMed, 2021.
4. Pujer K. (red.) Problemy nauk medycznych i nauk o zdrowiu. Wrocław: Exante, 2018.
<https://jbc.bj.uj.edu.pl/Content/570236/NDIGOZ039384.pdf> [Dostęp: 13.01.2025].
5. Olko P. Licak G. Tomkiewicz J. The influence of genetic and environmental factors on the incidence of prostate cancer in men. Journal of Education, Health and Sport, 2023;13(3):271-282.
<https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/41970> [Dostęp: 15.02.2025]

6. Wojciechowska U. i wsp. Cancer incidence and mortality in Poland in 2020. *Journal of Oncology*, 2023;73(3):129-145. <https://doi.org/10.5603/NJO.2023.0026> [Dostęp: 15.01.2025]
7. Wardecki D. Dołowy M. Rak prostaty - aktualne możliwości terapeutyczne. *Farmacja Polska*, 2022; 78 (5): 268–276.
https://web.archive.org/web/20220718222335id_/https://www.ptfarm.pl/download/?file=File%2FFarmacja+Polska%2F2022%2F5%2F04_SZ_Rak_prostaty_n.pdf [Dostęp:17.02.2025].
8. Strouthos I. Karagiannis E. Zamboglou N. High-dose-rate brachytherapy for prostate cancer: Rationale, current applications, and clinical outcome. *Cancer Reports*, 2022;5 (1) <https://doi.org/10.1002/cnr2.1450> [Dostęp: 18.01.2025].
9. Yamazaki H. i wsp. High-dose-rate brachytherapy with external beam radiotherapy versus low-dose-rate brachytherapy with or without external beam radiotherapy for clinically localized prostate cancer. *Scientific Reports*, 2021;11 <https://doi.org/10.1038/s41598-021-85682-9> [Dostęp: 19.01.2025]
10. Mess E. Tworzydło A. Misiąg W. Quality of Life of Patients with Prostate Cancer after Brachytherapy Treatment. *Preprints 2023*. <https://doi.org/10.20944/preprints202307.1237.v1> [Dostęp: 30.03.2025]
11. Lesińska-Sawicka M., Kapala W. Case study w świetle literatury przedmiotu. [w:] Lesińska-Sawicka M. *Metoda case study w pielęgniarstwie*. Warszawa: BORGIS Wydawnictwo Medyczne, 2009.
12. Milaniak I. Dębska G. Wykorzystanie modelu pielęgniarstwa Virginii Henderson w opiece nad potencjalnym dawcą narządów ze śmiercią mózgu. *Problemy Pielęgniarstwa* 2017; 25 (4): 276–283.
13. Khan K. Porównanie dwóch teorii pielęgniarstwa: „teorii potrzeby” i „teorii spokojnego końca życia” Virginii Henderson. *i-manager's Journal on Nursing*, 2023; 13(1), 1-6.
<https://doi.org/10.26634/jnur.13.1.19297> [Dostęp: 13.04.2025]
14. Zrozumienie i spełnienie podstawowych potrzeb Henderson w praktyce pielęgniarstwa: kompleksowy przewodnik. <https://nursingstudy.org/hendersons-fundamental-needs/> [Dostęp: 13.04.2025]
15. Cancer Research UK. Razem Pokonamy Raka <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/prostate-cancer/practical-emotional-support/sex-relationships/difficulty-getting-erection> [Dostęp:11.04.2025]
16. Röscher P. van Wyk JM. Mapping the prevalence of the neglected sexual side effects after prostate cancer treatment and the questionnaires used in their screening: a scoping review protocol. *Systematic Reviews*, 2020;214. <https://doi.org/10.1186/s13643-020-01473-9> [Dostęp:13.04.2025]
17. Gośliński J. Aktywność fizyczna a choroba nowotworowa. *Zwrotnik Raka* <https://www.zwrotnikraka.pl/aktywnosc-fizyczna-a-choroba-nowotworowa/> [Dostęp:13.04.2025]
18. Mazur-Biały A. i wsp. Physiotherapy as an Effective Method to Support the Treatment of Male Urinary Incontinence. *Journal of Clinical Medicine*, 2023;12(7) <https://doi.org/10.3390/jcm12072536> [Dostęp: 13.04.2025]
19. Skowronek J. i in. Brachyterapia gruczołu krokowego. Poradnik dla pacjentów. Wielkopolskie Centrum Onkologii. https://wco.pl/wp-content/uploads/2015/08/brachyterapia_prostata.pdf [Dostęp: 22.04.2025]
20. Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii. Zalecenia po leczeniu dla chorych poddawanych brachyterapii prostaty. Nr: LS/42 Z 24, wyd. 1