



Inwestowanie w pielęgniarstwo i poszanowanie praw pielęgniarek – kontrowersje i wyzwania

pod redakcją:

Edyty Kędry

Elżbiety Garwackiej - Czachor

Doroty Mileckiej

Piotra Jerzego Gurowca

GŁOGÓW 2022

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Głogowie



**Inwestowanie
w pielęgniarstwo
i poszanowanie praw
pielęgniarek – kontrowersje
i wyzwania**

Praca zbiorowa pod redakcją:

dr n. med. Edyty Kędry

dr n. med. Elżbiety Garwackiej - Czachor

dr n. o zdr. Doroty Mileckiej

dr n. o zdr. Piotra Jerzego Gurowca

Głogów 2022

RECENZENCI

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Gołba

dr hab. n. o zdr. Agnieszka Młynarska

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Głogowie

67-200 Głogów, ul. Piotra Skargi 5

tel.: 76 832 04 22

tel./fax: 76 835 35 82

e-mail: wydawnictwo@pwsz.glogow.pl

www.pwsz.glogow.pl

ISBN

978-83-63349-24-0

Copyright 2022 © by Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Głogowie

Projekt okładki i skład:

Edyta Kędra

Elżbieta Garwacka-Czachor

Dorota Milecka

Piotr Jerzy Gurowiec

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

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

Wykaz autorów

Agnieszka Bock

studentka studiów I⁰, kierunek pielęgniarstwo, PWSZ Głogów, Instytut Medyczny; Studenckie Koło Naukowe Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego przy Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Głogowie

dr n. med. Monika Borek

Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim; Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim; Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie – Koło przy ZOZ Ostrowiec Świętokrzyski

mgr Karolina Cichońska

Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim; Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim

dr n. o zdr. Małgorzata Cichońska

Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim; Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim; Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie – Koło przy ZOZ Ostrowiec Świętokrzyski

mgr piel. Nina Cież

Podhalańska Państwowa Uczelnia Zawodowa w Nowym Targu, Instytut Medyczny, kierunek Pielęgniarstwo

Weronika Czulińska

studentka studiów I⁰, kierunek pielęgniarstwo, PWSZ Głogów, Instytut Medyczny

Kamil Czyżewski

student studiów I⁰, kierunek pielęgniarstwo, PWSZ Głogów, Instytut Medyczny; Studenckie Koło Naukowe Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego przy Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Głogowie

lic. piel. Marzena Dolińska

studentka studiów II⁰, kierunek pielęgniarstwo, PWSZ Głogów, Instytut Medyczny

mgr Kinga Fecko-Galowicz

Podhalańska Państwowa Uczelnia Zawodowa w Nowym Targu, Instytut Medyczny, Kierunek Pielęgniarstwo

dr n. o zdr. Małgorzata Fraś

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

lic. piel. Marta Gabryś

studentka Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Głogowie, kierunek pielęgniarstwo, studia II stopnia

dr n. med. Elżbieta Garwacka – Czachor

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Głogowie, Instytut Medyczny, kierunek pielęgniarstwo; opiekun Studenckiego Koła Naukowego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego przy Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Głogowie

dr n. o zdr. Sylwia Głowala

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Collegium Medicum

Marta Gruszka

studentka studiów I⁰, kierunek pielęgniarstwo, PWSZ Głogów, Instytut Medyczny

dr n. o zdr. Piotr Jerzy Gurowiec

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Głogowie, Instytut Medyczny, kierunek pielęgniarstwo

lic. piel. Iga Karpierz

studentka Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Głogowie, kierunek pielęgniarstwo, studia II stopnia

mgr piel. Kinga Kąkol

Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Akademii Techniczno-Humanistycznej w Bielsku-Białej

dr n. med. Edyta Kędra

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Głogowie, Instytut Medyczny, kierunek pielęgniarstwo

dr n. med. Jadwiga Klukow

Zakład Opieki Holistycznej i Zarządzania w Pielęgniarstwie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

dr n. o zdr. Jolanta Kolonko

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

Daria Kościewicz

studentka studiów I^o, kierunek pielęgniarstwo, PWSZ Głogów, Instytut Medyczny; Studenckie Koło Naukowe Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego przy Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Głogowie

lic. piel. Oliwia Kościak

studentka Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Głogowie, kierunek pielęgniarstwo, studia II stopnia

mgr Katarzyna Kroczyk

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

dr n. med. Beata Kudłacik

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

mgr piel. Justyna Kusper - Tokarczyk

Szpital Specjalistyczny Chorób Płuc "Odrodzenie" im. Klary Jelskiej

dr n. med. Wioletta Ławska

Podhalańska Państwowa Uczelnia Zawodowa w Nowym Targu, Instytut Medyczny, Kierunek Pielęgniarstwo

dr n. med. Dorota Maciąg

Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim; Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie – Koło przy ZOZ Ostrowiec Świętokrzyski

dr n. med. Małgorzata Marć

Zakład Pielęgniarstwa i Zdrowia Publicznego, Instytut Nauk o Zdrowiu, Kolegium Nauk Medycznych, Uniwersytet Rzeszowski

Natalia Mazur

studentka studiów Ist, kierunek położnictwo, Uniwersytet Medyczny w Lublinie; Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze Rozwoju Położnictwa, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

dr n. o zdr. Anna Michalik

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

mgr Agnieszka Michalska

Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim; Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim

dr n. o zdr. Dorota Milecka

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Głogowie, Instytut Medyczny, kierunek pielęgniarstwo

dr n. o zdr. Magdalena Nieckula

Podhalańska Państwowa Uczelnia Zawodowa w Nowym Targu, Instytut Medyczny, Kierunek Pielęgniarstwo

Katarzyna Ochalek

Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa, Instytut Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Rzeszowski

Karolina Oruba

studentka studiów I^o, kierunek pielęgniarstwo, PWSZ Głogów, Instytut Medyczny

Magda Penar

Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa, Instytut Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Rzeszowski

dr n. med. Małgorzata Pabiś

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

Sandra Piątek

studentka studiów I^o, kierunek pielęgniarstwo, PWSZ Głogów, Instytut Medyczny

dr n. o zdr. Agnieszka Pieczykolan

Zakład Koordynowanej Opieki Położniczej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

mgr Katarzyna Pietraszko-Kamińska

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpital Wojewódzki w Bielsku- Białej

Klaudia Pietrzak

studentka studiów I^o, kierunek pielęgniarstwo, PWSZ Głogów, Instytut Medyczny; Studenckie Koło Naukowe Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego przy Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Głogowie

mgr Kinga Pochopień

Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej

mgr Maria Półtorak

Podhalańska Państwowa Uczelnia Zawodowa w Nowym Targu, Instytut Medyczny, Kierunek Pielęgniarstwo

Zuzanna Przybylska

studentka studiów I^o, kierunek pielęgniarstwo, PWSZ Głogów, Instytut Medyczny; Studenckie Koło Naukowe Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego przy Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Głogowie

Klaudia Rafałowicz

studentka studiów I^o, kierunek pielęgniarstwo, PWSZ Głogów, Instytut Medyczny

mgr Kornelia Skoczylas

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

Jacek Stasiowski

Szpital Specjalistyczny Chorób Płuc "Odrodzenie" im. Klary Jelskiej

lic. piel. Aneta Suliga

studentka studiów II⁰, kierunek pielęgniarstwo, PWSZ Głogów, Instytut Medyczny

dr n. o zdr. Marta Szara

Zakład Opieki Holistycznej i Zarządzania w Pielęgniarstwie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Aleksandra Świdarska

studentka studiów I⁰, kierunek pielęgniarstwo, PWSZ Głogów, Instytut Medyczny

lic. piel. Magdalena Trzebińska

studentka studiów II⁰, kierunek pielęgniarstwo, PWSZ Głogów, Instytut Medyczny

mgr piel. Magdalena Uryga

Podhalańska Państwowa Uczelnia Zawodowa w Nowym Targu, Instytut Medyczny, kierunek Pielęgniarstwo

Jan Walczuk

student studiów I⁰, kierunek pielęgniarstwo, PWSZ Głogów, Instytut Medyczny

lic. piel. Wątroba Patrycja

studentka studiów II⁰, kierunek pielęgniarstwo, PWSZ Głogów, Instytut Medyczny

Amelia Żachowska

studentka studiów I⁰, kierunek pielęgniarstwo, PWSZ Głogów, Instytut Medyczny; Studenckie Koło Naukowe Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego przy Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Głogowie

dr n. med. Kinga Żurawska vel Dziurawiec

Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Nauk Społecznych i Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Wschodnioeuropejska w Przemyślu

Słowo wstępne

Tytuł monografii „Inwestowanie w pielęgniarstwo i poszanowanie praw pielęgniarek – kontrowersje i wyzwania” nawiązuje do tegorocznego tematu przewodniego Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek, który jak wszyscy wiemy przypada na dzień urodzin twórczyni nowoczesnego pielęgniarstwa Florence Nightingale, czyli 12 maja. Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (*International Council of Nurses – ICN*) każdego roku ustanawia na kolejny rok temat, wokół którego koncentruje swoje działania. I tak, 2022 rok jest pod hasłem „*Invest in nursing and respect rights to secure global health*”. Inwestowanie w pielęgniarstwo i poszanowanie prawa do zabezpieczenia zdrowia globalnego koncentruje się na potrzebie ochrony, wspierania i inwestowania w zawód pielęgniarki w celu wzmocnienia systemów opieki zdrowotnej na całym świecie.

Przyjęty temat stał się dla autorów monografii inspiracją do promowania i realizowania zadań wyznaczonych przez ICN. Przewodnicząca ICN dr Pamela F. Cipriano podkreśla, że pielęgniarki są katalizatorami pozytywnej transformacji i są zdolne, aby odeprzeć siły, które zagrażają globalnemu zdrowiu, a także posiadają potencjał, żeby budować silne systemy opieki zdrowotnej. Swoją tezę opiera na dokumentach obejmujących: raport dotyczący stanu pielęgniarstwa na świecie wydany przez Światową Organizację Zdrowia w 2020 roku, dokument dotyczący globalnych kierunków strategicznych dla pielęgniarstwa i położnictwa na lata 2021-2025 oraz raporty ICN związane z sytuacją pielęgniarek w czasie pandemii COVID-19. Zadania wyznaczone przez ICN w części dotyczącej pielęgniarstwa, obejmują inwestowanie w edukację pielęgniarską, miejsca pracy dla pielęgniarek, przywództwo w pielęgniarstwie, świadczenie usług pielęgniarskich, bezpieczeństwo pielęgniarek i pracowników opieki zdrowotnej, zdrowie i dobre samopoczucie pielęgniarek. Natomiast zadania dotyczące inwestowania w zdrowie i zabezpieczenia zdrowia na świecie obejmują m.in. priorytetowe traktowanie zdrowia jako inwestycji oraz dążenie do globalnej solidarności na rzecz równości w dziedzinie zdrowia.

ICN określa zadania dla decydentów na poziomie globalnym i lokalnym, ale także dla samych pielęgniarek, tak żeby przyjęte priorytety były promowane i realizowane również przez środowisko pielęgniarskie. W przedstawionej monografii znajdują się opracowania, które mogą być wykorzystane we wszystkich wskazanych przez ICN obszarach praktyki zawodowej, tzn. inwestowania w edukację pielęgniarską, inwestowania w przywództwo w pielęgniarstwie, inwestowania w świadczenie usług pielęgniarskich, inwestowania w bezpieczeństwo

pielęgniarek i pracowników opieki zdrowotnej, inwestowania w zdrowie i dobre samopoczucie pielęgniarek oraz priorytetowe traktowanie zdrowia jako inwestycji.

Autorzy monografii mają świadomość, że jej tematyka jedynie w części porusza zagadnienia promowane przez ICN, mają jednak nadzieję, że niedosyt wynikający z tego faktu, będzie motywacją do prowadzenia badań, które będą przedmiotem kolejnej konferencji i publikacji.

Jako redaktorzy monografii dziękujemy wszystkim autorom, którzy wnieśli wkład w jej powstanie oraz organizatorom: Studenckiemu Kołu Naukowemu Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego przy PWSZ w Głogowie, Uczelnianemu Kołu Naukowemu Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego przy PWSZ w Głogowie oraz Instytutowi Medycznemu PWSZ w Głogowie.

Elżbieta Garwacka-Czachor

Dorota Milecka

Edyta Kędra

Piotr Jerzy Gurowiec

Spis treści

| | | |
|----|--|-----|
| 1 | Postrzeganie wizerunku współczesnej pielęgniarki w opinii społeczeństwa <i>Karolina Cichońska, Agnieszka Michalska, Małgorzata Cichońska</i> | 11 |
| 2 | Czynniki wpływające na podnoszenie kwalifikacji zawodowych personelu pielęgniarskiego <i>Kinga Fecko-Galowicz, Maria Póltorak, Magdalena Nieckula, Wioletta Ławska</i> | 29 |
| 3 | Pielęgniarstwo zawodem prestiżowym - oczekiwania a rzeczywistość <i>Magdalena Uryga, Justyna Kusper - Tokarczyk, Nina Cież, Jacek Stasiowski</i> | 39 |
| 4 | Opinia pielęgniarek na temat wykonywania badania fizykalnego jako przejawu autonomii zawodowej <i>Małgorzata Cichońska, Dorota Maciąg, Monika Borek</i> | 52 |
| 5 | Metody i techniki radzenia sobie ze stresem w pracy pielęgniarki <i>Aneta Suliga, Marzena Dolińska, Edyta Kędra</i> | 73 |
| 6 | Przywództwo jako element kultury organizacyjnej zespołów pielęgniarskich <i>Marta Szara, Jadwiga Klukow</i> | 85 |
| 7 | Profilaktyka nie tylko dla pacjenta czyli wiedza pielęgniarek na temat zagrożeń w miejscu pracy <i>Kinga Żurawska vel Dziurawiec, Małgorzata Pabiś</i> | 105 |
| 8 | Debata Oksfordzka – jako metoda pracy ze studentami Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Głogowie, na kierunku pielęgniarstwo. Doniesienie z przeprowadzonej Debaty- 8.04.2022 <i>Aleksandra Świdorska, Klaudia Pietrzak, Daria Kościewicz, Jan Walczuk, Sandra Piątek, Kamil Czyżewski, Zuzanna Przybylska, Dorota Milecka, Elżbieta Garwacka-Czachor, Edyta Kędra</i> | 114 |
| 9 | Zachowania zdrowotne studentów kierunku pielęgniarstwo <i>Agnieszka Michalska, Karolina Cichońska, Małgorzata Cichońska</i> | 120 |
| 10 | Szkoła Zdrowia – profilaktyka przez edukację. Promocja zaleceń Europejskiego kodeksu walki z rakiem <i>Elżbieta Garwacka-Czachor, Dorota Milecka, Klaudia Pietrzak, Weronika Czulińska, Marta Gruszka, Aleksandra Świdorska, Klaudia Rafałowicz, Karolina Oruba, Daria Kościewicz, Jan Walczuk, Zuzanna Przybylska, Agnieszka Bock, Amelia Zachowska</i> | 133 |
| 11 | Wiedza kobiet w wieku 25-59 lat na temat raka szyjki macicy – doniesienie wstępne <i>Anna Michalik, Kinga Kąkol</i> | 146 |
| 12 | Opieka pielęgniarska nad pacjentką po wyłonieniu stomii jelitowej - studium przypadku <i>Marta Gabryś, Elżbieta Garwacka- Czachor</i> | 159 |
| 13 | Model opieki nad pacjentką z rozpoznaną niedokrwistością z niedoboru żelaza w czasie hospitalizacji <i>Katarzyna Kroczek, Kornelia Skoczylas, Kinga Pochopień, Anna Michalik, Małgorzata Fraś</i> | 172 |
| 14 | Proces pielęgnowania wobec pacjenta z cukrzycą typu 2, będącą następstwem insulinooporności – studium przypadku <i>Magdalena Trzebińska</i> | 182 |
| 15 | Edukacja żywieniowa pacjenta z otyłością olbrzymią – studium przypadku <i>Kornelia Skoczylas, Katarzyna Kroczek, Małgorzata Fraś, Anna Michalik, Beata Kudlacik</i> | 195 |

| | | |
|----|---|-----|
| 16 | Problemy pielęgnacyjne w opiece nad pacjentką z zaawansowaną chorobą nowotworową – studium przypadku <i>Iga Karpierz, Elżbieta Garwacka-Czachor</i> | 203 |
| 17 | Zastosowanie ciągłej techniki nerkozastępczej u pacjenta intensywnej terapii <i>Jolanta Kolonko, Katarzyna Pietraszko-Kamińska</i> | 214 |
| 18 | Wpływ leczenia przeciwwirusowego na odległe skutki zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C <i>Sylwia Głowala</i> | 222 |
| 19 | Problemy pielęgnacyjne pacjenta hospitalizowanego z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc – studium przypadku <i>Patrycja Wątroba, Elżbieta Garwacka-Czachor</i> | 234 |
| 20 | Hospicjum perinatalne jako alternatywa dla aborcji <i>Natalia Mazur, Agnieszka Pieczykolan</i> | 251 |
| 21 | Studencka opieka pielęgnarska nad pacjentami hospitalizowanymi z powodu zakażenia SARS-CoV-2 <i>Katarzyna Ochalek, Magda Penar, Małgorzata Marć</i> | 259 |
| 22 | Charakterystyka kliniczno-epidemiologiczna chorych z wirusowym zapaleniem wątroby typu C <i>Sylwia Głowala</i> | 268 |
| 23 | Pielęgniarstwo istotnym elementem systemu ochrony zdrowia <i>Edyta Kędra, Piotr Jerzy Gurowiec, Oliwia Kościk</i> | 279 |

Postrzeganie wizerunku współczesnej pielęgniarki w opinii społeczeństwa

Karolina Cichońska, Agnieszka Michalska, Małgorzata Cichońska

Wstęp. Wizerunek zawodowy pielęgniarki rozumiany jest jako ogół przekonań, opinii, poglądów podzielanych przez społeczeństwo na temat tej grupy, stanowi ważną funkcję dla zawodu, jest wizytówką profesji i wpływa bezpośrednio na relacje międzyludzkie, które są nieodłącznym elementem pielęgniarstwa, powiązany jest z kompetencjami, postępowaniem etycznym i oczekiwaniami społecznymi [1].

Wizerunek zawodu pielęgniarki nabiera szczególnego znaczenia w okresie wielkich przeobrażeń, kiedy to tradycje zawodu ścierają się z nowoczesnymi trendami [1], które spowodowały zmiany postrzegania profesji przez społeczeństwo, jak i same pielęgniarki.

Pielęgniarka to nadal osoba, która towarzyszy człowiekowi w zdrowiu, niepełnosprawności, chorobie począwszy od narodzin, aż do śmierci pełniąc rolę opiekunki, przyjaciela, będąca wsparciem oraz pocieszeniem w chwilach trudu i cierpienia [2].

Na wizerunek zawodu pielęgniarki wpływ ma historia profesji oraz jego specyfika, która silnie oddziałuje na emocje ludzkie budując pozytywny obraz. Pozytywny wizerunek świadczy o społecznym prestiżu, o wysokiej pozycji wśród innych profesji [1].

Wraz z postępem cywilizacyjnym wzrasta liczba czynników, wedle których społeczeństwo ocenia jakość pracy poszczególnych zawodów, w tym również pielęgniarki. Często są one ściśle powiązane z funkcjonującymi w społeczności przekonaniami, poglądami, opiniami, uprzedzeniami i stereotypami, które są konsekwencją traktowania tego zawodu w przeszłości jako pomocniczego, a aktualnie funkcjonującego jako wyposażonego w kompetencje i autonomię [3].

Czynniki, które znacząco wpływają na postrzeganie wizerunku pielęgniarki to przede wszystkim postawa przedstawicieli zawodu, relacje interpersonalne oraz odpowiedzialność, kompetencje i wysokość zarobków. Wywierają one ogromny wpływ na sposób w jaki społeczeństwo postrzega grupę zawodową pielęgniarek, ponieważ kształtują relacje międzyludzkie w pielęgniarstwie [4].

Niezwykle ważną rolę w tej kwestii pełnią doświadczenia osobiste, bezpośredni kontakt pacjenta z pielęgniarką jako profesjonalistą, która oceniana jest przez pryzmat tego jak wygląda, jak się prezentuje, zachowuje, jaką posiada wiedzę i umiejętności [5].

Stale rosnący proces oceny i nieustanne dążenie pielęgniarek do budowy pozytywnego wizerunku przekonuje do analizy tego zagadnienia, które pozwoli na poznanie poglądów społeczeństwa na temat wzoru współczesnej pielęgniarki.

Celem pracy było ukazanie postrzegania wizerunku pielęgniarki w opinii społeczeństwa.

Material i metody. W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankietowania i narzędzie w postaci autorskiego kwestionariusza ankiety. Badania zrealizowano wśród 129 respondentów z województwa podkarpackiego w 2018 roku.

W badanej grupie znalazło się 129 osób. Kobiety stanowiły 58,1% badanych (N=75), a mężczyźni 41,9% osób.

Analizując wiek stwierdzono, że najwięcej było osób w wieku 31 -35 lat (N=22, tj. 17,1%), w wieku 21-25 lat było 16,3%, 41-45 lat i 26-30 lat (po12,4%), 36-40 lat 9,3%, poniżej 20 lat miało 7,8% badanych, a po 6,2% osób było w wieku 51-55 lat i 56-60 lat, 5,4% to badani w wieku 46-50 lat, po 3,2% liczyły grupy badanych w wieku 61-65 lat i powyżej 70 lat, a w wieku 66-70 lat było 0,8%.

Większość badanych (N=80, tj. 62,0%) funkcjonowała w związku małżeńskim, czyli była żonata/zamężna. Kawalerowie/ panny stanowili 30,2% badanych (N=39). Nieliczne były grupy osób w związkach partnerskich (N=8, tj. 6,2%) lub wdowców/ wdów (N=2, tj. 1,6%).

Wykształcenie podstawowe posiadało 5,4% osób (N=7), a 19,4% zawodowe. Najliczniejsza była grupa osób z wykształceniem średnim (N=49, tj. 38,0%). Wykształcenie wyższe posiadało 27,1% badanych (N=35), a 10,1% osób (N=13) to studenci.

Większość badanych (N=83, tj. 64,3%) oceniło swoją sytuację materialną, jako dobrą. Co trzecia osoba (N=43, tj. 33,3%) uznała ją za przeciętną. Nieliczni stwierdzili, że ich sytuacja materialna była bardzo dobra (N=2, tj. 1,6%) lub zła (N=1, tj. 0,8%).

Wyniki. Dobry stan zdrowia zadeklarowało 58,1% osób (N=83). Grupa 20,9% badanych (N=27) oceniła swój stan zdrowia, jako bardzo dobry, a 19,4% ankietowanych (N=25) uznało go za przeciętny. Pojedyncze osoby (N=1, tj. 0,8%) stwierdziły, że posiadają zły lub bardzo zły stan zdrowia.

Przebywanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy w szpitalu potwierdziło 41,9% badanych (N=54), a 56,6% osób (N=73) korzystało ze świadczeń zdrowotnych w tym czasie. Z usług publicznej placówki ochrony zdrowia korzystało 77,5% badanych lub ich bliskich (N=100), a z usług niepublicznych/prywatnych skorzystało 27,9% (N=36). Opisane wyniki w tab.1.

Tab. 1. Korzystanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy ze świadczeń medycznych osobiście lub przez bliskich

| Korzystanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy ze świadczeń medycznych osobiście lub przez bliskich | Tak | | Nie | | Ogółem | |
|--|-----|-------|-----|-------|--------|--------|
| | N | % | N | % | N | % |
| przebywanie w szpitalu | 54 | 41,9% | 75 | 58,1% | 129 | 100,0% |
| korzystanie ze świadczeń zdrowotnych | 73 | 56,6% | 56 | 43,4% | 129 | 100,0% |
| publiczna placówka | 100 | 77,5% | 29 | 22,5% | 129 | 100,0% |
| niepubliczna/ prywatna | 36 | 27,9% | 93 | 72,1% | 129 | 100,0% |

Wyniki nie sumują się do 100% ponieważ badani mogli wskazać więcej niż jedną odpowiedź.

Wykonywanie przez członka rodziny zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza wskazało 48,1% badanych (N=62). Grupa 51,9% osób (N=67) nie miała w rodzinie osób pracujących w tym zawodzie.

Analizując opinie na temat pracy pielęgniarki stwierdzono, że 55,8% badanych (N=72) pracę pielęgniarki uznało za bardzo ważną. 39,5% (N=51) uznało ją za ważną, 3,1% stwierdziło, że praca pielęgniarki jest średnio ważna, a 1,6% mało ważna.

Większość badanych tj. 94,6% uznała, że praca pielęgniarki polega na czynnościach pielęgnacyjnych. 39,5% uznała, że praca ta jest związana z czynnościami zapobiegawczymi, 36,4% rehabilitacyjnymi, a 31,8% leczniczymi. Nieliczni wskazali na wykonywanie przez pielęgniarkę czynności diagnostycznych (N=21, tj. 16,3%), edukacyjnych (N=17, tj. 13,2%) lub innych (N=1, tj. 0,8%).

Wygląd pielęgniarki za bardzo ważny uznało 31,0% badanych, za ważny uznało go 40%, wg 20% był on średnio ważny, dla 6% mało ważny, a dla 3% nieważny.

Analizując opinie na temat pielęgniarki zapytano respondentów o cechy, które powinny cechować pielęgniarkę. 81,4% tj. większość badanych stwierdziła, że pielęgniarka powinna odznaczać się odpowiedzialnością, 49,6% osób wskazała na dokładność, 43,4% na cierpliwość, 29,5% na serdeczność i troskliwość, po 27,1% na empatię i profesjonalizm, 18,6% na kompetencje, a 7,8% na komunikatywność.

Najczęściej zdaniem badanych na postrzeganie zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza wpływało doświadczenie (N=84, tj. 65,1%), rzadziej stosunek do podopiecznych i wykonywanych zadań (N=69, tj. 53,5%), wykształcenie (N=52, tj. 40,3%) lub profesjonalizm (N=45, tj. 34,9%). Inne czynniki kształtujące opinię respondentów na temat zawodu to wg. 25,6% cechy charakteru, 14,7% uznanie pacjentów, 12,4% doświadczenia własne, 8,5% wizerunek społeczny, 5,4% opinia przekazywana przez masmedia, po 4,7% prestiż zawodu i wysokość zarobków, 3,9% wygląd zewnętrzny, a 0,8% to inne czynniki.

Do czynników wzmacniających pozycję zawodową pielęgniarki w środowisku społecznym badani zaliczyli głównie posiadaną wiedzę i umiejętności (N=107, tj. 82,9%), rzetelność i uczciwość (N=88, tj. 68,2%), ustawiczne podnoszenie kwalifikacji (N=57, tj. 44,2%), bądź inne czynniki.

W opinii badanych na pozycję zawodową pielęgniarki/pielęgniarszą wpływały głównie same pielęgniarki (N=61, tj. 47,3%), pacjenci (N=59, tj. 45,7%) oraz pracodawca (N=53, tj. 41,1%). W nieco mniejszym stopniu lekarze (N=41, tj. 31,8%), rząd (N=33, tj. 25,6%), związki zawodowe (N=28, tj. 21,7%), media (13,2%), samorząd zawodowy (8,5%) i 3,1% towarzystwa naukowe.

Ocenę zaufania społecznego do wybranych zawodów badani ocenili w skali 1-10 pkt., gdzie wyższym wynikowi odpowiadał wyższy poziom zaufania. Wykazano, że najwyższej oceniono zaufanie do lekarzy (7,45±2,90) oraz ratowników medycznych (7,40±2,35). Nieco niżej ocenione zostało zaufanie do strażaków (7,07±2,64) oraz pielęgniarek (6,73±2,26). Niższym zaufaniem cieszyły się inne zawody – tab.2.

Tab. 2. Ocena zaufania społecznego wybranych zawodów (skala 1-10 pkt., gdzie 1 najmniejszy, 10-największy)

| Oceniany zawód | Średnia | Me | SD | Min. | Maks. |
|-------------------|---------|----|------|------|-------|
| Lekarz | 7,45 | 9 | 2,90 | 1 | 10 |
| Ratownik medyczny | 7,40 | 8 | 2,35 | 1 | 10 |
| Strażak | 7,07 | 7 | 2,64 | 1 | 10 |
| Pielęgniarka | 6,73 | 7 | 2,26 | 1 | 10 |
| Policjant | 5,70 | 6 | 2,54 | 1 | 10 |
| Sędzia | 5,35 | 5 | 2,99 | 1 | 10 |
| Nauczyciel | 5,19 | 5 | 2,18 | 1 | 10 |
| Psycholog | 5,12 | 5 | 2,46 | 1 | 10 |
| Farmaceuta | 5,12 | 5 | 2,32 | 1 | 10 |
| Urzędnik | 3,31 | 2 | 2,80 | 1 | 10 |

Analizując opinię respondentów na temat pozycji zawodu na tle innych profesji badani najczęściej pozycję zawodu określili jako średnią (N=65, tj. 50%) lub wysoką (N=49, tj. 38%). Wg 8% była ona niska, a po 2% uznało ją za bardzo wysoką lub nie wyrazili opinii.

63,6% badanych przyznało, że zawód pielęgniarki cieszy się szacunkiem społecznym, wg 20,9% osób (N=27) tak nie jest, a 15,5% respondentów (N=20) nie potrafiło wyrazić jednoznacznej opinii.

Najczęściej (N=40, tj. 31,0%) badani twierdzili, że pielęgniarka prawo do wykonywania zawodu uzyskuje po skończeniu Medycznego Studium Zawodowego. 28,7% wskazało studia wyższe, 29,5% badanych nie znało odpowiedzi, a 10% wskazało liceum medyczne.

Wyrażając opinie na temat „zarobków” najczęściej badani uważali zarobki pielęgniarek za dobre (N=49, tj. 38%) lub niskie (N=50, tj. 39%). Po 8% uznało je za bardzo dobre lub nie miało zdania, a 7% za bardzo niskie. 57,4% respondentów uznała zarobki pielęgniarek za nieadekwatne do wykonywanej pracy, 27,9% osób (N=36) uznało je za proporcjonalne, a 15% nie miało zdania na ten temat.

Możliwość polecenia zawodu pielęgniarki/ pielęgniacza bliskiej osobie w większym lub mniejszym stopniu zadeklarowało 56,7% badanych (N=73), 38% nie uczyniłoby tego, 5% zdecydowanie odradziłoby wybór tego zawodu, a 4% zdecydowanie by go polecało.

60% badanych stwierdziło, że prestiż zawodu pielęgniarki w przyszłości utrzyma się na stałym poziomie. Wzrost prestiżu prognozowało 32% badanych, a spadek 8% osób (N=10).

Manifestacja i protesty pielęgniarek w sprawie wzrostu wynagrodzeń i prawidłowych norm zatrudnienia popierało 55,0% badanych, 20% było przeciw, a 25% nie wyraziło opinii w tej kwestii.

Za główny postulat strajków i manifestacji pielęgniarek badani uznali wzrost wynagrodzenia (N=113, tj. 87,6%), poprawę ogólnych warunków pracy w ochronie zdrowia (N=63, tj. 48,8%), zwiększenie liczby zatrudnienia (N=46, tj. 35,7%) oraz 23,3% wzrost finansowania ochrony zdrowia, 17,8% poprawa jakości, a w opinii 1,6% badanych były to inne postulaty.

Za przeciętny wiek pielęgniarki w Polsce badani uznali najczęściej 31-40 lat (N=60, tj. 47%), nieco rzadziej 41-50 lat (N=48, tj. 37%), 10% wskazało 51-60 lat, a 6% poniżej 31 lat. 52% badanych uznała, że pielęgniarek pracujących w Polsce jest mało, wg 18% jest ich wystarczająca liczba, 14% trudno było określić ten stan, 9% uznało, że jest ich dużo, wg 5% bardzo mało, a wg 2% bardzo dużo.

Dla 66,7% badanych głównym źródłem wiedzy na temat zawodu pielęgniarskiego była telewizja, dla 48,1% znajomi, 41,9% wskazało Internet, 29,5% radio, 18,6% prasę, a 8,5% inne źródła.

Według 31,8% osób współczesne media kreują pozytywny wizerunek pielęgniarki., 27,1% było zdania, że wizerunek ten jest negatywny, 41,1% nie miało zdania w tej kwestii.

Obawy o przyszłość zawodu pielęgniarskiego w Polsce miało 54,3% badanych, 32,6% nie obawiało się przyszłości tego zawodu w naszym kraju, a pozostałe 13,2% badanych (N=17) nie miało zdania na ten temat.

W toku przeprowadzonej analizy wykazano, że osoby powyżej 40 roku życia częściej (70,8%) postrzegały zawód pielęgniarki za bardzo ważny. W opinii osób do 40 roku życia zawód ten był co najwyżej ważny. Również osoby powyżej 40 lat częściej (79,2%) uważały, że zawód pielęgniarki cieszy się szacunkiem społecznym.

Analiza statystyczna wykazała, że opinia badanych na temat pracy pielęgniarki była zależna od wieku ($p= 0,0061$), podobnie jak opinia o cieszeniu się szacunkiem społecznym zawodu pielęgniarki ($p= 0,0365$). Wykazano brak zależności pomiędzy wiekiem i innymi obszarami postrzegania zawodu pielęgniarki – tab.3.

Tab. 3. Postrzeganie zawodu pielęgniarki, a wiek badanych

| Postrzeganie zawodu pielęgniarki | | Wiek | | | | | | p |
|---|-------------------|-------|-------|-------|-------|------------|-------|--------|
| | | do 30 | | 31-40 | | powyżej 40 | | |
| | | N | % | N | % | N | % | |
| Opinia na temat pracy pielęgniarki | Bardzo ważna | 26 | 55,3% | 12 | 35,3% | 34 | 70,8% | 0,0061 |
| | Ważna | 21 | 44,7% | 22 | 64,7% | 14 | 29,2% | |
| Ocena pozycji zawodu pielęgniarki na tle innych zawodów | Bardzo wysoko | 0 | 0,0% | 1 | 2,9% | 1 | 2,1% | 0,7643 |
| | Wysoko | 15 | 31,9% | 14 | 41,2% | 20 | 41,7% | |
| | Średni | 28 | 59,6% | 15 | 44,1% | 22 | 45,8% | |
| | Nisko | 3 | 6,4% | 3 | 8,8% | 5 | 10,4% | |
| | Nie mam zdania | 1 | 2,1% | 1 | 2,9% | 0 | 0,0% | |
| Opinia o cieszeniu się szacunkiem społecznym zawodu pielęgniarki | Tak | 26 | 55,3% | 18 | 52,9% | 38 | 79,2% | 0,0365 |
| | Nie | 13 | 27,7% | 7 | 20,6% | 7 | 14,6% | |
| | Nie wiem | 8 | 17,0% | 9 | 26,5% | 3 | 6,3% | |
| Opinia na temat zarobków pielęgniarek | Bardzo dobre | 3 | 6,4% | 4 | 11,8% | 3 | 6,3% | 0,0821 |
| | Dobre | 21 | 44,7% | 15 | 44,1% | 13 | 27,1% | |
| | Niskie | 12 | 25,5% | 12 | 35,3% | 26 | 54,2% | |
| | Bardzo niskie | 5 | 10,6% | 0 | 0,0% | 4 | 8,3% | |
| | Nie mam zdania | 6 | 12,8% | 3 | 8,8% | 2 | 4,2% | |
| Opinia o adekwatności wysokości zarobków w zawodzie pielęgniarki do wykonywanej pracy | Tak | 14 | 29,8% | 11 | 32,4% | 11 | 22,9% | 0,1540 |
| | Nie | 22 | 46,8% | 19 | 55,9% | 33 | 68,8% | |
| | Nie wiem | 11 | 23,4% | 4 | 11,8% | 4 | 8,3% | |
| Opinia na temat liczby pielęgniarek pracujących zawodowo w Polsce | Bardzo dużo | 2 | 4,3% | 1 | 2,9% | 0 | 0,0% | 0,0622 |
| | Dużo | 7 | 14,9% | 2 | 5,9% | 3 | 6,3% | |
| | Wystarczająco | 13 | 27,7% | 6 | 17,6% | 4 | 8,3% | |
| | Mało | 15 | 31,9% | 20 | 58,8% | 32 | 66,7% | |
| | Bardzo mało | 3 | 6,4% | 0 | 0,0% | 3 | 6,3% | |
| | Trudno powiedzieć | 7 | 14,9% | 5 | 14,7% | 6 | 12,5% | |

Analiza statystyczna zgromadzonych danych nie wykazała zależności, aby płeć badanych istotnie różnicowała opinię na temat zawodu pielęgniarki – tab.4.

Tab. 4. Postrzeganie zawodu pielęgniarki, a płeć badanych

| Postrzeganie zawodu pielęgniarki | | Płeć | | | | p |
|---|---------------|-----------|-------|---------|-------|--------|
| | | Mężczyzna | | Kobieta | | |
| | | N | % | N | % | |
| Opinia na temat pracy pielęgniarki | Bardzo ważna | 27 | 50,0% | 45 | 60,0% | 0,2592 |
| | Ważna | 27 | 50,0% | 30 | 40,0% | |
| Ocena pozycji zawodu pielęgniarki na tle innych zawodów | Bardzo wysoko | 2 | 3,7% | 0 | 0,0% | 0,2782 |
| | Wysoko | 16 | 29,6% | 33 | 44,0% | |
| | Średni | 30 | 55,6% | 35 | 46,7% | |

| | | | | | | |
|---|-------------------|----|-------|----|-------|--------|
| | Nisko | 5 | 9,3% | 6 | 8,0% | |
| | Nie mam zdania | 1 | 1,9% | 1 | 1,3% | |
| Opinia o cieszeniu się szacunkiem społecznym zawodu pielęgniarki | Tak | 34 | 63,0% | 48 | 64,0% | 0,6601 |
| | Nie | 13 | 24,1% | 14 | 18,7% | |
| | Nie wiem | 7 | 13,0% | 13 | 17,3% | |
| Opinia na temat zarobków pielęgniarek | Bardzo dobre | 1 | 1,9% | 9 | 12,0% | 0,0891 |
| | Dobre | 17 | 31,5% | 32 | 42,7% | |
| | Niskie | 26 | 48,1% | 24 | 32,0% | |
| | Bardzo niskie | 5 | 9,3% | 4 | 5,3% | |
| | Nie mam zdania | 5 | 9,3% | 6 | 8,0% | |
| Opinia o adekwatności wysokości zarobków w zawodzie pielęgniarki do wykonywanej pracy | Tak | 10 | 18,5% | 26 | 34,7% | 0,1138 |
| | Nie | 34 | 63,0% | 40 | 53,3% | |
| | Nie wiem | 10 | 18,5% | 9 | 12,0% | |
| Opinia na temat liczby pielęgniarek pracujących zawodowo w Polsce | Bardzo dużo | 1 | 1,9% | 2 | 2,7% | 0,5947 |
| | Dużo | 2 | 3,7% | 10 | 13,3% | |
| | Wystarczająco | 10 | 18,5% | 13 | 17,3% | |
| | Mało | 30 | 55,6% | 37 | 49,3% | |
| | Bardzo mało | 3 | 5,6% | 3 | 4,0% | |
| | Trudno powiedzieć | 8 | 14,8% | 10 | 13,3% | |

Zródło: opracowanie własne

Mieszkańcy wsi częściej (54,1%) uważali, że zawód pielęgniarki cieszy się średnią pozycją na tle innych zawodów. Mieszkańcy miast natomiast częściej oceniali go nisko (22,6%). Analiza statystyczna potwierdziła zależność w zakresie oceny pozycji zawodu pielęgniarki na tle innych zawodów i miejsca zamieszkania respondentów ($p= 0,0174$). Brak zależności pomiędzy miejscem zamieszkania i innymi obszarami opinii – tab.5.

Tab. 5. Postrzeganie zawodu pielęgniarki, a miejsce zamieszkania badanych

| Postrzeganie zawodu pielęgniarki | | Miejsce zamieszkania | | | | p |
|--|----------------|----------------------|-------|--------|-------|--------|
| | | Wieś | | Miasto | | |
| | | N | % | N | % | |
| Opinia na temat pracy pielęgniarki | Bardzo ważna | 59 | 60,2% | 13 | 41,9% | 0,0742 |
| | Ważna | 39 | 39,8% | 18 | 58,1% | |
| Ocena pozycji zawodu pielęgniarki na tle innych zawodów | Bardzo wysoko | 2 | 2,0% | 0 | 0,0% | 0,0174 |
| | Wysoko | 38 | 38,8% | 11 | 35,5% | |
| | Średnio | 53 | 54,1% | 12 | 38,7% | |
| | Nisko | 4 | 4,1% | 7 | 22,6% | |
| | Nie mam zdania | 1 | 1,0% | 1 | 3,2% | |
| Opinia o cieszeniu się szacunkiem społecznym zawodu pielęgniarki | Tak | 62 | 63,3% | 20 | 64,5% | 0,9683 |
| | Nie | 21 | 21,4% | 6 | 19,4% | |
| | Nie wiem | 15 | 15,3% | 5 | 16,1% | |
| Opinia na temat zarobków pielęgniarek | Bardzo dobre | 9 | 9,2% | 1 | 3,2% | 0,2174 |
| | Dobre | 41 | 41,8% | 8 | 25,8% | |
| | Niskie | 35 | 35,7% | 15 | 48,4% | |
| | Bardzo niskie | 5 | 5,1% | 4 | 12,9% | |
| | Nie mam zdania | 8 | 8,2% | 3 | 9,7% | |
| Opinia o adekwatności wysokości zarobków w | Tak | 30 | 30,6% | 6 | 19,4% | 0,2130 |
| | Nie | 52 | 53,1% | 22 | 71,0% | |

| | | | | | | |
|---|-------------------|----|-------|----|-------|--------|
| zawodzie pielęgniarki do wykonywanej pracy | Nie wiem | 16 | 16,3% | 3 | 9,7% | |
| Opinia na temat liczby pielęgniarek pracujących zawodowo w Polsce | Bardzo dużo | 2 | 2,0% | 1 | 3,2% | 0,2565 |
| | Dużo | 12 | 12,2% | 0 | 0,0% | |
| | Wystarczająco | 18 | 18,4% | 5 | 16,1% | |
| | Mało | 49 | 50,0% | 18 | 58,1% | |
| | Bardzo mało | 3 | 3,1% | 3 | 9,7% | |
| | Trudno powiedzieć | 14 | 14,3% | 4 | 12,9% | |

Zródło: opracowanie własne

Stan cywilny badanych nie różnicował istotnie ich opinii na temat zawodu pielęgniarki – tab.6.

Tab. 6. Postrzeżenie zawodu pielęgniarki, a stan cywilny badanych

| Postrzeżenie zawodu pielęgniarki | | Stan cywilny | | | | p |
|---|-------------------|-----------------|-------|--------------------------------------|-------|--------|
| | | Żonaty/ Zamężna | | Stanu wolnego/ Związek partnerski | | |
| | | N | % | N | % | |
| Opinia na temat pracy pielęgniarki | Bardzo ważna | 49 | 61,3% | 23 | 46,9% | 0,1122 |
| | Ważna | 31 | 38,8% | 26 | 53,1% | |
| Ocena pozycji zawodu pielęgniarki na tle innych zawodów | Bardzo wysoko | 2 | 2,5% | 0 | 0,0% | 0,4476 |
| | Wysoko | 34 | 42,5% | 15 | 30,6% | |
| | Średnio | 36 | 45,0% | 29 | 59,2% | |
| | Nisko | 7 | 8,8% | 4 | 8,2% | |
| | Nie mam zdania | 1 | 1,3% | 1 | 2,0% | |
| Opinia o cieszeniu się szacunkiem społecznym zawodu pielęgniarki | Tak | 51 | 63,8% | 31 | 63,3% | 0,9773 |
| | Nie | 17 | 21,3% | 10 | 20,4% | |
| | Nie wiem | 12 | 15,0% | 8 | 16,3% | |
| Opinia na temat zarobków pielęgniarek | Bardzo dobre | 7 | 8,8% | 3 | 6,1% | 0,7475 |
| | Dobre | 32 | 40,0% | 17 | 34,7% | |
| | Niskie | 31 | 38,8% | 19 | 38,8% | |
| | Bardzo niskie | 4 | 5,0% | 5 | 10,2% | |
| | Nie mam zdania | 6 | 7,5% | 5 | 10,2% | |
| Opinia o adekwatności wysokości zarobków w zawodzie pielęgniarki do wykonywanej pracy | Tak | 23 | 28,8% | 13 | 26,5% | 0,1492 |
| | Nie | 49 | 61,3% | 25 | 51,0% | |
| | Nie wiem | 8 | 10,0% | 11 | 22,4% | |
| Opinia na temat liczby pielęgniarek pracujących zawodowo w Polsce | Bardzo dużo | 2 | 2,5% | 1 | 2,0% | 0,6864 |
| | Dużo | 6 | 7,5% | 6 | 12,2% | |
| | Wystarczająco | 15 | 18,8% | 8 | 16,3% | |
| | Mało | 45 | 56,3% | 22 | 44,9% | |
| | Bardzo mało | 3 | 3,8% | 3 | 6,1% | |
| | Trudno powiedzieć | 9 | 11,3% | 9 | 18,4% | |

Zródło: opracowanie własne

Nie stwierdzono, aby poziom wykształcenia badanych istotnie różnicował postrzeżenie zawodu pielęgniarki – tab.7.

Tab. 7. Postrzeżenie zawodu pielęgniarzki, a wykształcenie badanych

| Postrzeżenie zawodu pielęgniarzki | | Wykształcenie | | | | | | p |
|--|-------------------|-------------------------|-------|---------|-------|--------------------|-------|--------|
| | | Podstawowe/ Zawodowe | | Średnie | | Student/ Wyższe | | |
| | | N | % | N | % | N | % | |
| Opinia na temat pracy pielęgniarzki | Bardzo ważna | 21 | 65,6% | 26 | 53,1% | 25 | 52,1% | 0,4338 |
| | Ważna | 11 | 34,4% | 23 | 46,9% | 23 | 47,9% | |
| Ocena pozycji zawodu pielęgniarzki na tle innych zawodów | Bardzo wysoko | 0 | 0,0% | 2 | 4,1% | 0 | 0,0% | 0,3077 |
| | Wysoko | 15 | 46,9% | 20 | 40,8% | 14 | 29,2% | |
| | Średnio | 14 | 43,8% | 23 | 46,9% | 28 | 58,3% | |
| | Nisko | 3 | 9,4% | 4 | 8,2% | 4 | 8,3% | |
| | Nie mam zdania | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 4,2% | |
| Opinia o cieszeniu się szacunkiem społecznym zawodu pielęgniarzki | Tak | 24 | 75,0% | 33 | 67,3% | 25 | 52,1% | 0,0946 |
| | Nie | 4 | 12,5% | 12 | 24,5% | 11 | 22,9% | |
| | Nie wiem | 4 | 12,5% | 4 | 8,2% | 12 | 25,0% | |
| Opinia na temat zarobków pielęgniarzek | Bardzo dobre | 2 | 6,3% | 4 | 8,2% | 4 | 8,3% | 0,5569 |
| | Dobre | 16 | 50,0% | 18 | 36,7% | 15 | 31,3% | |
| | Niskie | 10 | 31,3% | 21 | 42,9% | 19 | 39,6% | |
| | Bardzo niskie | 2 | 6,3% | 1 | 2,0% | 6 | 12,5% | |
| | Nie mam zdania | 2 | 6,3% | 5 | 10,2% | 4 | 8,3% | |
| Opinia o adekwatności wysokości zarobków w zawodzie pielęgniarzki do wykonywanej pracy | Tak | 12 | 37,5% | 10 | 20,4% | 14 | 29,2% | 0,2527 |
| | Nie | 15 | 46,9% | 29 | 59,2% | 30 | 62,5% | |
| | Nie wiem | 5 | 15,6% | 10 | 20,4% | 4 | 8,3% | |
| Opinia na temat liczby pielęgniarzek pracujących zawodowo w Polsce | Bardzo dużo | 1 | 3,1% | 2 | 4,1% | 0 | 0,0% | 0,7684 |
| | Dużo | 4 | 12,5% | 4 | 8,2% | 4 | 8,3% | |
| | Wystarczająco | 5 | 15,6% | 11 | 22,4% | 7 | 14,6% | |
| | Mało | 14 | 43,8% | 25 | 51,0% | 28 | 58,3% | |
| | Bardzo mało | 3 | 9,4% | 1 | 2,0% | 2 | 4,2% | |
| | Trudno powiedzieć | 5 | 15,6% | 6 | 12,2% | 7 | 14,6% | |

Zródło: opracowanie własne

Analiza badań własnych wykazała, że osoby posiadające wśród rodzin pielęgniarzki/pielęgniarczy inaczej postrzegały ten zawód, niż badani nieposiadający takich osób w rodzinie. Stwierdzono, że badani, których członkowie rodziny wykonywali zawód pielęgniarzki/pielęgniarczy częściej uważały go za bardzo ważny (69,4%), z niskimi zarobkami (46,8%), nieadekwatnymi do wykonywanej pracy (74,2%), z małą ilością pielęgniarzek w Polsce (64,5%) – tab.8.

Analiza potwierdziła istotne statystycznie zależności pomiędzy występowaniem w rodzinie badanego osób wykonujących zawód pielęgniarzki/pielęgniarczy, a opinią na temat pracy pielęgniarzki ($p=0,0029$), zarobków pielęgniarzek ($p=0,0060$), adekwatności wysokości zarobków w zawodzie pielęgniarzki do wykonywanej pracy ($p=0,0010$) oraz opinii na temat liczby pielęgniarzek pracujących zawodowo w Polsce ($p=0,0050$).

Tab. 8. Postrzeżenie zawodu pielęgniarzki, a występowanie w rodzinie badanego osób wykonujących zawód pielęgniarzki/ pielęgniarza

| Postrzeżenie zawodu pielęgniarzki | | Występowanie w rodzinie badanego osób wykonujących zawód pielęgniarzki/ pielęgniarza | | | | p |
|--|-------------------|--|-------|-----|-------|--------|
| | | Tak | | Nie | | |
| | | N | % | N | % | |
| Opinia na temat pracy pielęgniarzki | Bardzo ważna | 43 | 69,4% | 29 | 43,3% | 0,0029 |
| | Ważna | 19 | 30,6% | 38 | 56,7% | |
| Ocena pozycji zawodu pielęgniarzki na tle innych zawodów | Bardzo wysoko | 2 | 3,2% | 0 | 0,0% | 0,0691 |
| | Wysoko | 19 | 30,6% | 30 | 44,8% | |
| | Średnio | 31 | 50,0% | 34 | 50,7% | |
| | Nisko | 8 | 12,9% | 3 | 4,5% | |
| | Nie mam zdania | 2 | 3,2% | 0 | 0,0% | |
| Opinia o cieszeniu się szacunkiem społecznym zawodu pielęgniarzki | Tak | 35 | 56,5% | 47 | 70,1% | 0,0921 |
| | Nie | 18 | 29,0% | 9 | 13,4% | |
| | Nie wiem | 9 | 14,5% | 11 | 16,4% | |
| Opinia na temat zarobków pielęgniarzek | Bardzo dobre | 5 | 8,1% | 5 | 7,5% | 0,0060 |
| | Dobre | 18 | 29,0% | 31 | 46,3% | |
| | Niskie | 29 | 46,8% | 21 | 31,3% | |
| | Bardzo niskie | 8 | 12,9% | 1 | 1,5% | |
| | Nie mam zdania | 2 | 3,2% | 9 | 13,4% | |
| Opinia o adekwatności wysokości zarobków w zawodzie pielęgniarzki do wykonywanej pracy | Tak | 11 | 17,7% | 25 | 37,3% | 0,0010 |
| | Nie | 46 | 74,2% | 28 | 41,8% | |
| | Nie wiem | 5 | 8,1% | 14 | 20,9% | |
| Opinia na temat liczby pielęgniarzek pracujących zawodowo w Polsce | Bardzo dużo | 1 | 1,6% | 2 | 3,0% | 0,0050 |
| | Dużo | 3 | 4,8% | 9 | 13,4% | |
| | Wystarczająco | 10 | 16,1% | 13 | 19,4% | |
| | Mało | 40 | 64,5% | 27 | 40,3% | |
| | Bardzo mało | 5 | 8,1% | 1 | 1,5% | |
| | Trudno powiedzieć | 3 | 4,8% | 15 | 22,4% | |

Zródło: opracowanie własne

Nie stwierdzono, by przebywanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy przez badanych w szpitalu istotnie wpływało na opinię o zawodzie pielęgniarzki – tab.9.

Tab. 9. Postrzeżenie zawodu pielęgniarzki, a przebywanie w szpitalu

| Postrzeżenie zawodu pielęgniarzki | | przebywanie w szpitalu | | | | p |
|---|----------------|------------------------|-------|-----|-------|--------|
| | | Tak | | Nie | | |
| | | N | % | N | % | |
| Opinia na temat pracy pielęgniarzki | Bardzo ważna | 33 | 61,1% | 39 | 52,0% | 0,3040 |
| | Ważna | 21 | 38,9% | 36 | 48,0% | |
| Ocena pozycji zawodu pielęgniarzki na tle innych zawodów | Bardzo wysoko | 1 | 1,9% | 1 | 1,3% | 0,1385 |
| | Wysoko | 16 | 29,6% | 33 | 44,0% | |
| | Średnio | 32 | 59,3% | 33 | 44,0% | |
| | Nisko | 3 | 5,6% | 8 | 10,7% | |
| | Nie mam zdania | 2 | 3,7% | 0 | 0,0% | |
| Opinia o cieszeniu się szacunkiem społecznym zawodu pielęgniarzki | Tak | 35 | 64,8% | 47 | 62,7% | 0,9680 |
| | Nie | 11 | 20,4% | 16 | 21,3% | |
| | Nie wiem | 8 | 14,8% | 12 | 16,0% | |

| | | | | | | |
|---|-------------------|----|-------|----|-------|--------|
| Opinia na temat zarobków pielęgniarek | Bardzo dobre | 4 | 7,4% | 6 | 8,0% | 0,7531 |
| | Dobre | 17 | 31,5% | 32 | 42,7% | |
| | Niskie | 24 | 44,4% | 26 | 34,7% | |
| | Bardzo niskie | 4 | 7,4% | 5 | 6,7% | |
| | Nie mam zdania | 5 | 9,3% | 6 | 8,0% | |
| Opinia o adekwatności wysokości zarobków w zawodzie pielęgniarki do wykonywanej pracy | Tak | 11 | 20,4% | 25 | 33,3% | 0,2678 |
| | Nie | 34 | 63,0% | 40 | 53,3% | |
| | Nie wiem | 9 | 16,7% | 10 | 13,3% | |
| Opinia na temat liczby pielęgniarek pracujących zawodowo w Polsce | Bardzo dużo | 1 | 1,9% | 2 | 2,7% | 0,5778 |
| | Dużo | 3 | 5,6% | 9 | 12,0% | |
| | Wystarczająco | 10 | 18,5% | 13 | 17,3% | |
| | Mało | 30 | 55,6% | 37 | 49,3% | |
| | Bardzo mało | 1 | 1,9% | 5 | 6,7% | |
| | Trudno powiedzieć | 9 | 16,7% | 9 | 12,0% | |

Źródło: opracowanie własne

Korzystanie ze świadczeń zdrowotnych nie różnicowało istotnie postrzeżenia zawodu pielęgniarki przez badanych – tab.10.

Tab. 10. Postrzeżenie zawodu pielęgniarki, a korzystanie ze świadczeń zdrowotnych

| Postrzeżenie zawodu pielęgniarki | | korzystanie ze świadczeń zdrowotnych | | | | p |
|---|-------------------|--------------------------------------|-------|-----|-------|--------|
| | | Tak | | Nie | | |
| | | N | % | N | % | |
| Opinia na temat pracy pielęgniarki | Bardzo ważna | 43 | 58,9% | 29 | 51,8% | 0,4197 |
| | Ważna | 30 | 41,1% | 27 | 48,2% | |
| Ocena pozycji zawodu pielęgniarki na tle innych zawodów | Bardzo wysoko | 1 | 1,4% | 1 | 1,8% | 0,1459 |
| | Wysoko | 30 | 41,1% | 19 | 33,9% | |
| | Średnio | 33 | 45,2% | 32 | 57,1% | |
| | Nisko | 9 | 12,3% | 2 | 3,6% | |
| | Nie mam zdania | 0 | 0,0% | 2 | 3,6% | |
| Opinia o cieszeniu się szacunkiem społecznym zawodu pielęgniarki | Tak | 46 | 63,0% | 36 | 64,3% | 0,0278 |
| | Nie | 20 | 27,4% | 7 | 12,5% | |
| | Nie wiem | 7 | 9,6% | 13 | 23,2% | |
| Opinia na temat zarobków pielęgniarek | Bardzo dobre | 6 | 8,2% | 4 | 7,1% | 0,5420 |
| | Dobre | 26 | 35,6% | 23 | 41,1% | |
| | Niskie | 31 | 42,5% | 19 | 33,9% | |
| | Bardzo niskie | 6 | 8,2% | 3 | 5,4% | |
| | Nie mam zdania | 4 | 5,5% | 7 | 12,5% | |
| Opinia o adekwatności wysokości zarobków w zawodzie pielęgniarki do wykonywanej pracy | Tak | 19 | 26,0% | 17 | 30,4% | 0,4948 |
| | Nie | 45 | 61,6% | 29 | 51,8% | |
| | Nie wiem | 9 | 12,3% | 10 | 17,9% | |
| Opinia na temat liczby pielęgniarek pracujących zawodowo w Polsce | Bardzo dużo | 1 | 1,4% | 2 | 3,6% | 0,3603 |
| | Dużo | 7 | 9,6% | 5 | 8,9% | |
| | Wystarczająco | 12 | 16,4% | 11 | 19,6% | |
| | Mało | 41 | 56,2% | 26 | 46,4% | |
| | Bardzo mało | 5 | 6,8% | 1 | 1,8% | |
| | Trudno powiedzieć | 7 | 9,6% | 11 | 19,6% | |

Źródło: opracowanie własne

Wykazano, że osoby, które korzystały z usług placówki publicznej częściej (69,0%) twierdziły, że zawód pielęgniarstwa cieszy się szacunkiem społecznym, co potwierdziła zależność statystyczna ($p=0,0177$) – tab.11.

Tab. 11. Postrzeganie zawodu pielęgniarstwa, a korzystanie z usług publicznej placówki

| Postrzeganie zawodu pielęgniarstwa | | publiczna placówka | | | | p |
|---|-------------------|--------------------|-------|-----|-------|--------|
| | | Tak | | Nie | | |
| | | N | % | N | % | |
| Opinia na temat pracy pielęgniarstwa | Bardzo ważna | 60 | 60,0% | 12 | 41,4% | 0,0754 |
| | Ważna | 40 | 40,0% | 17 | 58,6% | |
| Ocena pozycji zawodu pielęgniarstwa na tle innych zawodów | Bardzo wysoko | 2 | 2,0% | 0 | 0,0% | 0,6918 |
| | Wysoko | 40 | 40,0% | 9 | 31,0% | |
| | Średnio | 49 | 49,0% | 16 | 55,2% | |
| | Nisko | 8 | 8,0% | 3 | 10,3% | |
| | Nie mam zdania | 1 | 1,0% | 1 | 3,4% | |
| Opinia o cieszeniu się szacunkiem społecznym zawodu pielęgniarstwa | Tak | 69 | 69,0% | 13 | 44,8% | 0,0177 |
| | Nie | 20 | 20,0% | 7 | 24,1% | |
| | Nie wiem | 11 | 11,0% | 9 | 31,0% | |
| Opinia na temat zarobków pielęgniarstwa | Bardzo dobre | 9 | 9,0% | 1 | 3,4% | 0,1279 |
| | Dobre | 34 | 34,0% | 15 | 51,7% | |
| | Niskie | 41 | 41,0% | 9 | 31,0% | |
| | Bardzo niskie | 9 | 9,0% | 0 | 0,0% | |
| | Nie mam zdania | 7 | 7,0% | 4 | 13,8% | |
| Opinia o adekwatności wysokości zarobków w zawodzie pielęgniarstwa do wykonywanej pracy | Tak | 24 | 24,0% | 12 | 41,4% | 0,0551 |
| | Nie | 63 | 63,0% | 11 | 37,9% | |
| | Nie wiem | 13 | 13,0% | 6 | 20,7% | |
| Opinia na temat liczby pielęgniarstwa pracujących zawodowo w Polsce | Bardzo dużo | 2 | 2,0% | 1 | 3,4% | 0,1107 |
| | Dużo | 9 | 9,0% | 3 | 10,3% | |
| | Wystarczająco | 15 | 15,0% | 8 | 27,6% | |
| | M mało | 57 | 57,0% | 10 | 34,5% | |
| | Bardzo mało | 6 | 6,0% | 0 | 0,0% | |
| | Trudno powiedzieć | 11 | 11,0% | 7 | 24,1% | |

Zródło: opracowanie własne

Adekwatność wysokości zarobków do wykonywanej pracy w zawodzie pielęgniarstwa wskazywały istotnie częściej (44,4%) osoby, które w ciągu ostatniego roku korzystały z pomocy placówek niepublicznych/ prywatnych, a zależność okazała się istotna statystycznie ($p= 0,0335$) – tab. 12.

Tab. 12. Postrzeganie zawodu pielęgniarstwa, a korzystanie z usług niepublicznej/ prywatnej placówki

| Postrzeganie zawodu pielęgniarstwa | | niepubliczna/ prywatna | | | | p |
|------------------------------------|--------------|------------------------|-------|-----|-------|--------|
| | | Tak | | Nie | | |
| | | N | % | N | % | |
| | Bardzo ważna | 22 | 61,1% | 50 | 53,8% | 0,4510 |

| | | | | | | |
|---|-------------------|----|-------|----|-------|--------|
| Opinia na temat pracy pielęgniarki | Ważna | 14 | 38,9% | 43 | 46,2% | |
| Ocena pozycji zawodu pielęgniarki na tle innych zawodów | Bardzo wysoko | 1 | 2,8% | 1 | 1,1% | 0,8105 |
| | Wysoko | 13 | 36,1% | 36 | 38,7% | |
| | Średnio | 19 | 52,8% | 46 | 49,5% | |
| | Nisko | 2 | 5,6% | 9 | 9,7% | |
| | Nie mam zdania | 1 | 2,8% | 1 | 1,1% | |
| Opinia o cieszeniu się szacunkiem społecznym zawodu pielęgniarki | Tak | 22 | 61,1% | 60 | 64,5% | 0,9367 |
| | Nie | 8 | 22,2% | 19 | 20,4% | |
| | Nie wiem | 6 | 16,7% | 14 | 15,1% | |
| Opinia na temat zarobków pielęgniarek | Bardzo dobre | 4 | 11,1% | 6 | 6,5% | 0,4759 |
| | Dobre | 15 | 41,7% | 34 | 36,6% | |
| | Niskie | 11 | 30,6% | 39 | 41,9% | |
| | Bardzo niskie | 4 | 11,1% | 5 | 5,4% | |
| | Nie mam zdania | 2 | 5,6% | 9 | 9,7% | |
| Opinia o adekwatności wysokości zarobków w zawodzie pielęgniarki do wykonywanej pracy | Tak | 16 | 44,4% | 20 | 21,5% | 0,0335 |
| | Nie | 16 | 44,4% | 58 | 62,4% | |
| | Nie wiem | 4 | 11,1% | 15 | 16,1% | |
| Opinia na temat liczby pielęgniarek pracujących zawodowo w Polsce | Bardzo dużo | 1 | 2,8% | 2 | 2,2% | 0,1066 |
| | Dużo | 7 | 19,4% | 5 | 5,4% | |
| | Wystarczająco | 6 | 16,7% | 17 | 18,3% | |
| | Mało | 19 | 52,8% | 48 | 51,6% | |
| | Bardzo mało | 0 | 0,0% | 6 | 6,5% | |
| | Trudno powiedzieć | 3 | 8,3% | 15 | 16,1% | |

Zródło: opracowanie własne

Dyskusja. Pozytywny odbiór społeczny każdej profesji decyduje o prestiżu oraz pozycji zawodowej [1]. Pielęgniarstwo ze względu na wyjątkową misję i charakter pracy w sposób szczególny podlega ocenie publicznej [6].

Niejednokrotnie jest ona surowa i powiązana z osobistymi doświadczeniami każdego człowieka. Niewątpliwie wiąże się również z funkcjonującymi w społeczeństwie przekonaniem, poglądami, opiniami, uprzedzeniami i stereotypami będącymi konsekwencją traktowania tego zawodu w przeszłości jako pomocniczego [3,4].

Dla pielęgniarek wykonujących niezwykle trudną i wymagającą profesję istotne jest by ich wizerunek zawodowy był jak najbardziej korzystny. Stanowi to w dzisiejszych czasach nie lada wyzwanie.

Jak wykazały badania własne i analiza statystyczna nie stwierdzono, by płeć, stan cywilny oraz wykształcenie badanych istotnie różnicowały opinię na temat zawodu pielęgniarki.

W świetle uzyskanych badań wykazano występowanie statystycznie istotnej zależności pomiędzy postrzeganiem zawodu pielęgniarki, a miejscem zamieszkania oraz opinią o cieszeniu się szacunkiem społecznym zawodu pielęgniarki, a wiekiem badanych.

Trzeba zauważyć, że osoby posiadające w rodzinie pielęgniarki/pielęgniarzy inaczej postrzegały ten zawód, niż badani nie posiadający takich osób w rodzinie. Niewątpliwie dowodzi to temu, że środowisko pielęgniarskie, pracodawcy, media, instytucje państwowe i rząd nie ukazują aktualnych problemów w pielęgniarstwie wynikających z braków kadrowych, obciążeń pracą, czy zbyt małych nakładów finansowych na służbę zdrowia. (społeczeństwo obecnie nie jest świadome stanu rzeczy i zagrożeń wynikających z zaistniałej sytuacji).

Interesującym jest fakt, iż osoby, które korzystały z usług placówki publicznej częściej uznawały zawód pielęgniarki jako cieszący się szacunkiem społecznym ($p=0,0177$). Korzystanie ze świadczeń zdrowotnych przez badanych nie różnicowało istotnie postrzegania zawodu pielęgniarki przez badanych.

Na inne wyniki wskazują badania Kojder i Zarzyckiej, które dowodzą, że pielęgniarki lepiej oceniane są przez osoby mające z nimi bezpośrednio kontakt korzystając ze świadczeń pielęgniarskich [5].

W wyniku prowadzonych badań nie stwierdzono, by przebywanie w ostatnim czasie w szpitalu znacząco wpływało na opinię o zawodzie pielęgniarki. Może to przemawiać za faktem, iż społeczeństwo nie dostrzega wyraźnych różnic w funkcjonowaniu placówek medycznych, które mogłyby poprawić postrzeganie zawodu pielęgniarki. Opinia pacjentów jest bowiem ściśle powiązana z oceną jakości usług opieki zdrowotnej [7].

Jak pokazują wyniki badań własnych oraz badania Mroczek i wsp. ocena samodzielności pielęgniarek w oczach społeczeństwa jest niska.

Z badań respondentów obszaru bydgoskiego na temat samodzielności zawodowej pielęgniarek można wysunąć podobne wnioski. Zdaniem 39% ankietowanych pielęgniarka jest asystentem lekarza, według 37% jest pracownikiem samodzielnym, 24% uważa, iż jest pracownikiem fizycznym [8].

Praca pielęgniarki traktowana jest jako dodatek do leczenia, a nie jego istotna część, co zdecydowanie niekorzystnie wpływa na wizerunek zawodu. Przyczyną takiego stanu rzeczy może być zbyt mała autonomia zawodu. Pielęgniarka pomimo ukończenia długiego kształcenia, doświadczenia zawodowego, oraz stażu pracy nie posiada kwalifikacji do wykonywania EKG, szczepień, przetaczania krwi i środków krwiopochodnych. Wykształcenie wyższe nie daje pełnych uprawnień i wymusza zdobywanie dodatkowych kursów specjalistycznych .

Należałoby się zastanowić, jak duży wpływ na kreowanie wizerunku zawodu ma zakres czynności jaki wykonuje Polska pielęgniarka. Wynik uzyskany w badaniach własnych sugeruje

konieczność rozpoznania działań zmierzających do uświadomienia społeczeństwu nowych zadań pielęgniarskich.

Efekty niniejszych badań ukazują cechy pielęgniarki najwyższej cenione przez respondentów odpowiedzialność, dokładność (49,6%) i cierpliwość (43,4%).

Badania Sobczak i Kamińskiej ukazują, że w opinii uczniów cechy odznaczające dobrą pielęgniarkę to przede wszystkim: odpowiedzialność, komunikatywność, szybkość w działaniu, otwartość i zaradność [9].

W badaniach Strzeleckiej i wsp. co drugi badany pacjent (52,6%) wskazał, że pielęgniarki to osoby miłe, pomocne oraz uprzejme, ponad 40% badanych pozytywnie oceniło pracę pielęgniarki [10].

W opinii badanych mieszkańców województwa małopolskiego pielęgniarki odznaczają: wysoki poziom wiedzy (34%), opiekuńczość (29%) i profesjonalizm (26%) [11].

Wg badań własnych na postrzeganie zawodu pielęgniarki/ pielęgniarsza najbardziej wpływało doświadczenie (65,1%), rzadziej stosunek do podopiecznych i wykonywanych zadań (53,5%), wykształcenie (40,3%) lub profesjonalizm (34,9%).

W ankiecie przeprowadzonej w 2008 roku wśród pacjentów Szpitala Wojewódzkiego we Włocławku pacjenci uznali, że do najważniejszych czynników wpływających na postrzeganie wizerunku pielęgniarki należy sytuacja w ochronie zdrowia, wykształcenie pielęgniarki oraz oczekiwania jakie są przed nimi stawiane [7]

Do czynników wzmacniających pozycję zawodową pielęgniarki w środowisku społecznym badani zaliczyli głównie posiadaną wiedzę i umiejętności (82,9%) oraz rzetelność i uczciwość (68,2%) i ustawiczne podnoszenie kwalifikacji (44,2%).

Badania Sobczak i Kamińskiej potwierdzają, iż na wzmocnienie wizerunku pielęgniarki wpływa ustawiczne podnoszenie kwalifikacji zawodowych, a działalność naukowa i społeczna najsilniej wzmacnia pozycję zawodu [9].

Badania własne wykazały, iż na pozycję zawodową pielęgniarki największy wpływ mają głównie same pielęgniarki (47,3%), pacjenci (45,7%) oraz pracodawca (41,1%). W nieco mniejszym stopniu badani wskazywali lekarzy (31,8%), rząd (25,6%), czy związki zawodowe (21,7%).

Według 31,8% osób współczesne media kreują pozytywny wizerunek pielęgniarki, a nieco mniej (27,1%) było zdania, że wizerunek ten jest negatywny, podczas, gdy nie miało zdania w tej kwestii 41,1% osób.

Realizując swoje zadania pielęgniarka własną postawą i pracą tworzy wizerunek zawodu dbałość o dobrą markę profesji w codziennej pracy oraz kontaktach społecznych i zawodowych.

Badania opinii studentów pielęgniarstwa na temat wizerunku zawodowego pielęgniarki obok schludnego, czy zadbanego wyglądu wskazują umiejętności i cechy osobowości zwracając uwagę na przemęczenie pielęgniarek oraz wiążącą się z tym niekorzystną prezencją [4].

Z badań zarówno własnych jak i przeprowadzonych przez B. Mroczek i wsp. wynika, że estetyka wyglądu pielęgniarki jest niezmiernie istotna i znacząco wpływa na jej wizerunek oraz opinię o zawodzie [12].

Żychowska R. przypomina, że budowany wizerunek zależy od kultury osobistej oraz kreatywnej postawy nakierowanej na własny rozwój, określonej w konkretnych okolicznościach, gdyż wypracowana etykieta jest filarem do dalszego rozwoju zawodowego i oddziałuje na całokształt wizerunku społecznego .

Należałoby zauważyć, że w świetle przeprowadzonych badań ponad połowa ankietowanych (63,6%) przyznała, że zawód pielęgniarki cieszy się szacunkiem społecznym. Przeciwnego zdania było 20,9% osób, a 15,5% respondentów nie potrafiło stwierdzić, czy jest to zawód cieszący się szacunkiem społecznym.

W badaniach własnych ocenę zaufania społecznego do wybranych zawodów badani ocenili w skali 1-10 pkt., gdzie wyższym wynikom odpowiadał wyższy poziom zaufania. Wykazano, że najwyżej oceniono zaufanie do lekarzy ($7,45 \pm 2,90$) oraz ratowników medycznych ($7,40 \pm 2,35$). Nieco niżej ocenione zostało zaufanie do strażaków ($7,07 \pm 2,64$) oraz pielęgniarek ($6,73 \pm 2,26$).

Takie same wyniki uzyskali w swych badaniach Mroczek i wsp. wskazując, iż zawód pielęgniarki pod względem zaufania publicznego uplasował się na czwartym miejscu, za zawodem lekarza [35]. Podobne zdanie respondenci wyrazili w badaniach Jończyk [13].

Odmienne wyniki ukazały Skorupska i Machowicz badając poziom zaufania społecznego [14], gdzie na dziesięć zaproponowanych zawodów to pielęgniarki otrzymały najwyższe miejsce.

W badaniach Mędrzyckiej-Dąbrowskiej dotyczących wizerunku pielęgniarki w społeczeństwie badani wskazywali na duże zaufanie i szacunek do zawodu pielęgniarki [15].

Obecność pielęgniarstwa wśród zawodów zaufania publicznego w Polsce o czym świadczą chociażby badania CBOŚ jest dowodem profesjonalizmu, wysokiej jakości usług, bezpośredniej służby ludziom, a także działalności w interesie społecznym [16].

Według badań własnych można wywnioskować, że respondenci najczęściej uważali zawód pielęgniarki na tle innych zawodów za średni (N=65, tj. 50,4%) lub na wysokiej pozycji (N=49, tj. 38,0%). Jednak zbyt mało atrakcyjny do zaoferowania bliskiej osobie jako zawód na przyszłość i prognostycznie z niewielką możliwością wzrostu pod względem prestiżu profesji.

Większość badanych (60,5%) stwierdziło, że prestiż zawodu pielęgniarki w przyszłości utrzyma się na stałym poziomie. Wzrost prestiżu prognozowało jedynie 31,8% badanych (N=41), a spadek 7,8% osób (N=10).

Potwierdzenie można znaleźć w badaniach Sobczak i Kamińskiej na temat pozycji zawodowej pielęgniarek wśród innych zawodów medycznych, które pokazują, że zarówno w opinii młodzieży, jak i osób starszych pielęgniarstwo kształtuje się na średnim i wysokim poziomie. Według ludzi młodych czynnikami zachęcającymi do pracy w zawodzie pielęgniarki są głównie motywacje wewnętrzne: chęć kontaktu z ludźmi, niesienia pomocy, bycia potrzebnym. Zniechęcająco wpływają zarobki, opinia rówieśników, opinia społeczna o zawodzie, wizerunek medialny [9,15].

Z analizy zgromadzonego materiału daje się wywnioskować, jak niepokojącym zjawiskiem jest znikoma wiedza i świadomość społeczeństwa w zakresie aktualnej sytuacji w zawodzie pielęgniarstwie i że najwyższa pora, aby zastanowić się gdzie jesteśmy i dokąd zmierzamy w polskim pielęgniarstwie.

Wnioski

1. Współczesna pielęgniarka w opinii społeczeństwa postrzegana jest, jako osoba rzetelnie wykonująca obowiązki zawodowe i profesjonalista stale poszerzający swoją wiedzę.
2. Społeczeństwo ocenia pracę pielęgniarki jako wartościową i na wysokim poziomie.
3. Najważniejszymi cechami pożądanymi przez społeczeństwo u pielęgniarki są odpowiedzialność i dokładność.
4. Na tle innych zawodów zaufania społecznego w opinii społeczeństwa pielęgniarstwo zajmuje wysoką pozycję.
5. Większa część społeczeństwa uznaje zawód pielęgniarki za cieszący się szacunkiem społecznym.
6. Na postrzeganie zawodu pielęgniarki przez społeczeństwo wpływało głównie posiadanie w rodzinie osoby wykonującej ten zawód.
7. Najczęściej wskazywanym źródłem informacji o pielęgniarstwie była dla badanych telewizja.
8. Na opinie o zawodzie pielęgniarki wpływały zdaniem badanych głównie same pielęgniarki, pacjenci oraz pracodawca.
9. Wyniki badań wskazują na niewystarczającą wiedzę społeczeństwa na temat sytuacji w polskim pielęgniarstwie.

Bibliografia

1. Konstańczak S. Etyka Pielęgniarska. Wydawnictwo DIFIN. Warszawa 2010.
2. Tomaszewska M. Pielęgniarstwo współczesne, a tradycyjne. Magazyn Pielęgniarki i Położnej. 2008; 1-2: 8-10.
3. Kózka M, Płaszewska-Żywko L. Diagnozy i interwencje pielęgniarskie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
4. Koralewicz D, Kuriata-Kościelniak E, Mróz S. Opinia studentów pielęgniarstwa na temat wizerunku zawodowego pielęgniarek w Polsce. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2017; 7(4): 285-292.
5. Kojder E, Zarzycka D. Wizerunek zawodowy pielęgniarki i jego determinanty. Pielęgniarstwo XXI wieku. 2014; 2(47): 47-52.
6. Szumlak P. Od wieków pochylone nad chorym – Historia pielęgniarstwa. #Zawód Pielęgniarki [online] 2018-06-28 <https://everethnews.pl/newsy/od-wiekow-pochylone-nad-chorym-historia-pielęgniarstwa/>. Data i godzina dostępu: 18.11.2021 roku, 17.15.
7. Grabska K, Stefańska W. Sylwetka zawodowa pielęgniarek w opinii pacjenta. Problemy Pielęgniarstwa. 2009;17 (1): 8-12.
8. Głowacka M, Majsner M, Humańska M. Wykształcenie, a status społeczny pielęgniarek. Pielęgniarstwo XXI wieku. 2012; 3 (40): 71-74.
9. Sobczak M, Kamińska B. Poziom prestiżu zawodowego pielęgniarek w opinii wybranych grup. Problemy Pielęgniarstwa. 2012; 2 (20): 218-222.
10. Strzelecka A, Nowak- Starz G. Subiektywna ocena pacjentów dotycząca postawy personelu medycznego podstawowej opieki zdrowotnej w świetle satysfakcji z usług medycznych. Pielęgniarstwo Polskie. 2015; 3(23): 584-595.
11. Siwek M, Chmiel I, Dzierga K.. Postrzeżenie zawodu pielęgniarki przez społeczeństwo z województwa małopolskiego. Pielęgniarstwo XXI wieku. 2012; 4(42): 73-78.
12. Mroczek B, Parakiewicz A, Grochans E. Wizerunek społeczny zawodu pielęgniarstwa. Fam. Med. Prim. Care Rev. 2012; 14(1): 4-47.
13. Jończyk J. Ocena satysfakcji pacjenta w kontekście jakości opieki zdrowotnej. Prace naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu. 2011; 155:301-310.
14. Skorupska A, Machowicz A. Wybrane aspekty postaw pracowników ochrony zdrowia wobec pielęgniarek. Problemy Pielęgniarskie. 2010; 18(1): 53-59.
15. Mędrzycka-Dąbrowska W, Bąkowska G, Kwiecień-Jaguś K, Gaworska-Krzemińska A. Postrzeżenie zawodu pielęgniarstwa przez młodzież szkół ponadgimnazjalnych jako wybór przyszłego zawodu. Problemy Pielęgniarstwa, 2012; 20 (2): 192-200.
16. Krasnowski A. Zawody zaufania publicznego, zawody regulowane oraz wolne zawody. Geneza, funkcjonowanie i aktualne problemy. [w:] Opracowania tematyczne OT-625. Kancelaria Senatu. Biuro Analiz i Dokumentacji. Warszawa 2013.

Czynniki wpływające na podnoszenie kwalifikacji zawodowych personelu pielęgniarskiego

Kinga Fecko-Gałowicz, Maria Póltorak, Magdalena Nieckula, Wioletta Ławska

Wstęp. Intensywny rozwój technologiczny, systemowy i zmiany demograficzne na świecie na przestrzeni ostatnich lat wpłynęły na wiele dziedzin życia społecznego, w tym również na system ochrony zdrowia. Zwiększające się wymagania klientów i duża konkurencja zmusiły pracowników ochrony zdrowia do ustawicznego podnoszenia kwalifikacji. Wstąpienie Polski do Unii Europejskiej wymogło na systemie kształcenia personelu pielęgniarskiego dostosowanie się do standardów europejskich [1].

Kształcenie pielęgniarek w Polsce odbywa się na trzech poziomach. Pierwszy poziom to studia I stopnia (licencjackie) z liczbą godzin 4780. Kwalifikacje, które nabywa absolwent z tytułem licencjata pielęgniarstwa są automatycznie uznawane w krajach Unii Europejskiej. Kolejny poziom kształcenia to studia II stopnia (magisterskie) z liczbą godzin nie mniejszą niż 1300. Trzeci poziom to studia doktoranckie [2]. System boloński, w ramach którego odbywa się obecnie kształcenie zawodowe pielęgniarek/rzy w Polsce, daje duże możliwości podnoszenia kwalifikacji. Po zdobyciu tytułu zawodowego pielęgniarki/rza i otrzymaniu prawa wykonywania zawodu, personel pielęgniarski jest zobowiązany do ustawicznego kształcenia. Obowiązek stałego aktualizowania oraz podnoszenia swojej wiedzy i umiejętności zawodowych nakłada art.61 Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r o zawodach pielęgniarki i położnej z późniejszymi zmianami [3]. Ustawa wymienia następujące formy tego kształcenia: szkolenia specjalizacyjne, (tzw. specjalizacja), kurs kwalifikacyjny, specjalistyczny oraz doszkalający. W ramach doskonalenia zawodowego możliwe jest kształcenie podyplomowe a także udział w projektach badawczych dających możliwość wymiany doświadczeń i wiedzy np. podczas krajowych i międzynarodowych konferencji.

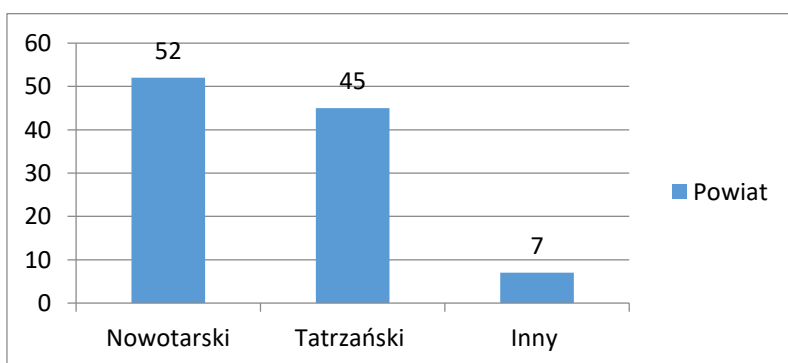
Obecnie sektor medyczny potrzebuje specjalistów o wysokim morale, wysokim poziomie wiedzy teoretycznej i praktycznej, i dużej pewności w podejmowaniu działań w opiece nad pacjentem. Podstawą wysokiej jakości opieki wobec pacjenta w ochronie zdrowia jest wysoko wykwalifikowany personel pielęgniarski, który najwięcej czasu spędza z pacjentem [4]. To właśnie on jest najbliżej pacjenta i pełni istotną rolę w procesie terapeutycznym. System edukacji pielęgniarskiej przygotowuje wysoko wykwalifikowany personel zdolny do wykonywania zadań i funkcji zawodowych posiadający szeroki zakres wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych, jak również zdolność do podejmowania działań w stosunku do

aktualnych wyzwań [5]. Większość uczelni wyższych kształcących studentów na kierunku pielęgniarstwo posiada Centra Symulacji Medycznej, w których studenci nabywają wiedzę i umiejętności praktyczne w bezpiecznym środowisku, w kontrolowanych i powtarzalnych warunkach, w których popełnienie błędu nie zagraża pacjentom. Mają możliwość ćwiczenia przypadków skomplikowanych oraz rzadkich z wykorzystaniem symulatorów pacjenta wiernie naśladujących człowieka, jego reakcje i parametry.

Celem pracy było poznanie opinii pielęgniarek na temat podnoszenia kwalifikacji zawodowych oraz planów dalszego kształcenia i jego form.

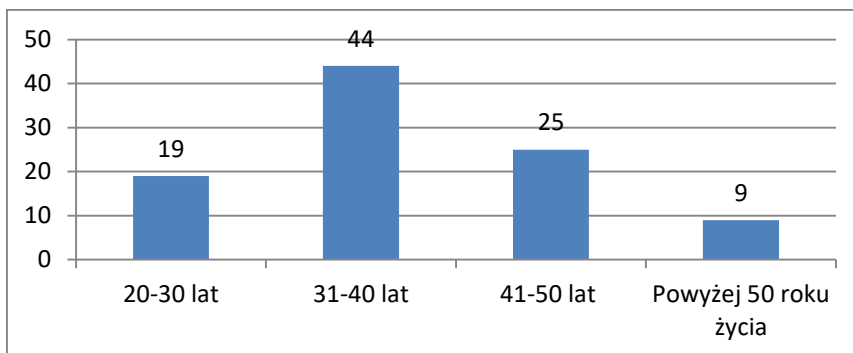
Material i metody. W badaniu wzięły udział 104 osoby, ale ze względu na nieprawidłowe wypełnienie kwestionariusza przez siedem osób do analizy zakwalifikowano 97 prawidłowo wypełnionych ankiet. Wszystkie respondentki to kobiety – pielęgniarki z doświadczeniem zawodowym, czynne zawodowo. Zamieszkałe w powiecie nowotarskim i tatrzańskim. Badania prowadzono na przełomie marca i kwietnia 2022 roku przy zastosowaniu sondażu diagnostycznego. Wykorzystano niestandardyzowany kwestionariusz ankiety własnego autorstwa obejmujący 13 pytań. W ankiecie zamieszczono pytania dotyczące danych demograficznych oraz pytania merytoryczne. Badanie było całkowicie dobrowolne i anonimowe. Kryterium włączenia – pielęgniarki czynne zawodowo i zamieszkałe w powiecie nowotarskim lub tatrzańskim.

Badane pielęgniarki w liczbie 97 (100%) zamieszkiwały powiat nowotarski i tatrzański - odpowiednio 52 (53,6%) i 45 (46,4%). Siedem ankiet wypełniły respondentki z innego powiatu. Te zostały wyłączone z badania.



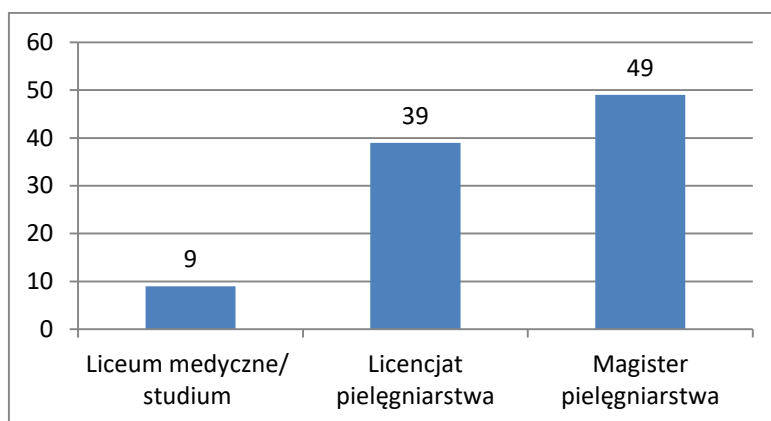
Ryc.1. Miejsce zamieszkania badanych pielęgniarek

Najliczniejszą grupę badanych ze względu na wiek stanowiły kobiety w przedziale wiekowym 31-40 lat (45%), w wieku 41-50 lat (25%) , w wieku 20-30 lat (19%) a powyżej 50 roku życia 9%.



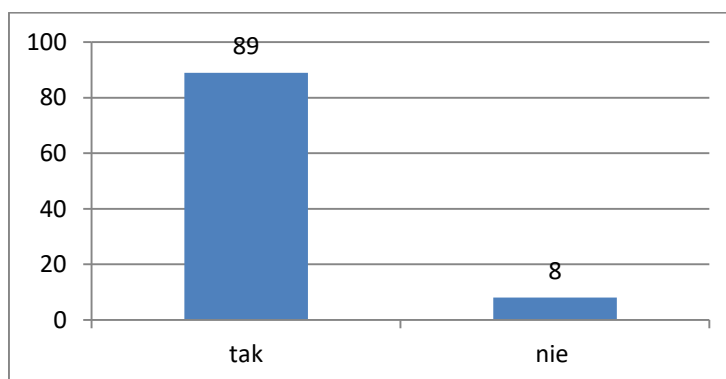
Ryc.2. Wiek badanych pielęgniarek

Najliczniejszą grupę badanych (50,5%) stanowiły pielęgniarki z wykształceniem magisterskim, następnie licencjat pielęgniarstwa (40,2%) oraz grupa pielęgniarek bez wykształcenia wyższego (9,3%).



Ryc.3. Wykształcenie badanych pielęgniarek

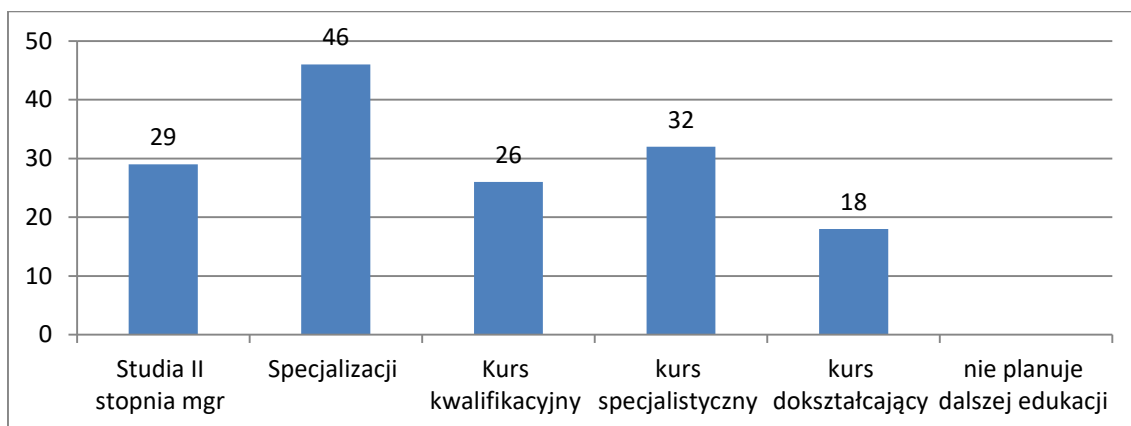
Wyniki badań. Pielęgniarki zostały zapytane czy w ciągu ostatnich pięciu lat podnosiły swoje kwalifikacje zawodowe? Zdecydowana większość 89 (91,7%) badanych potwierdziła, że podnosiła swoje kwalifikacje.



Ryc. 4. Podnoszenie kwalifikacji zawodowych przez pielęgniarki w ostatnich pięciu latach

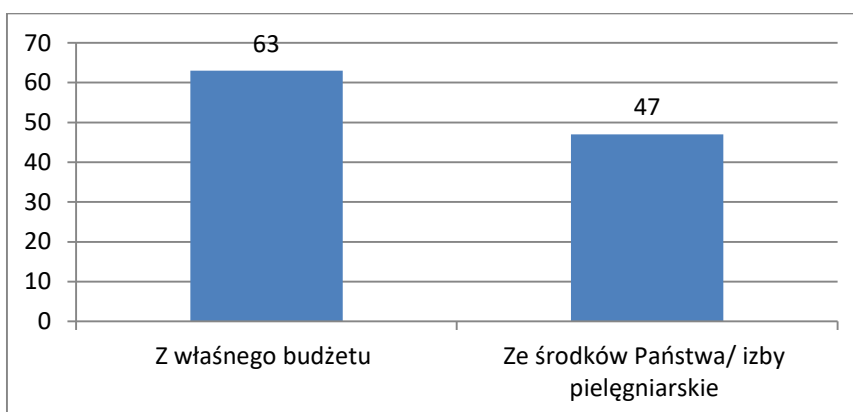
Pielęgniarki zostały poproszone o wskazanie formy kształcenia w jakiej brały udział. Najwięcej badanych 46 (47,4%) wskazało na szkolenie specjalizacyjne (specjalizacja), na drugim miejscu

znalazły się kursy specjalistyczne 32 (32%), a następnie studia II stopnia (magisterskie) prawie 29 (30%).



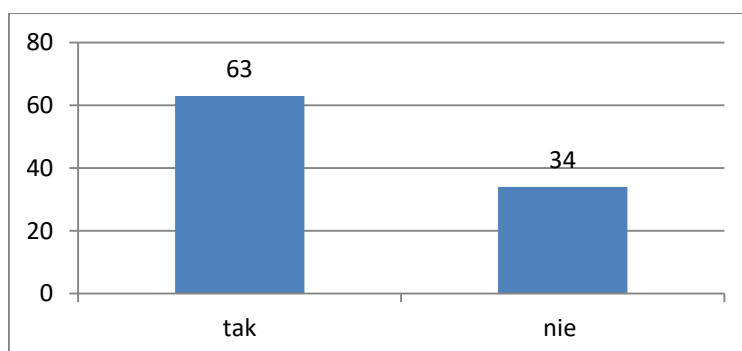
Ryc.5. Formy kształcenia z których korzystały pielęgniarki

Pielęgniarki zostały zapytane o finansowanie ich uczestnictwa w doskonaleniu zawodowym. Większość badanych, bo 63 (65%) zadeklarowało, iż koszt uczestnictwa w szkoleniach pokrywały z własnego budżetu.



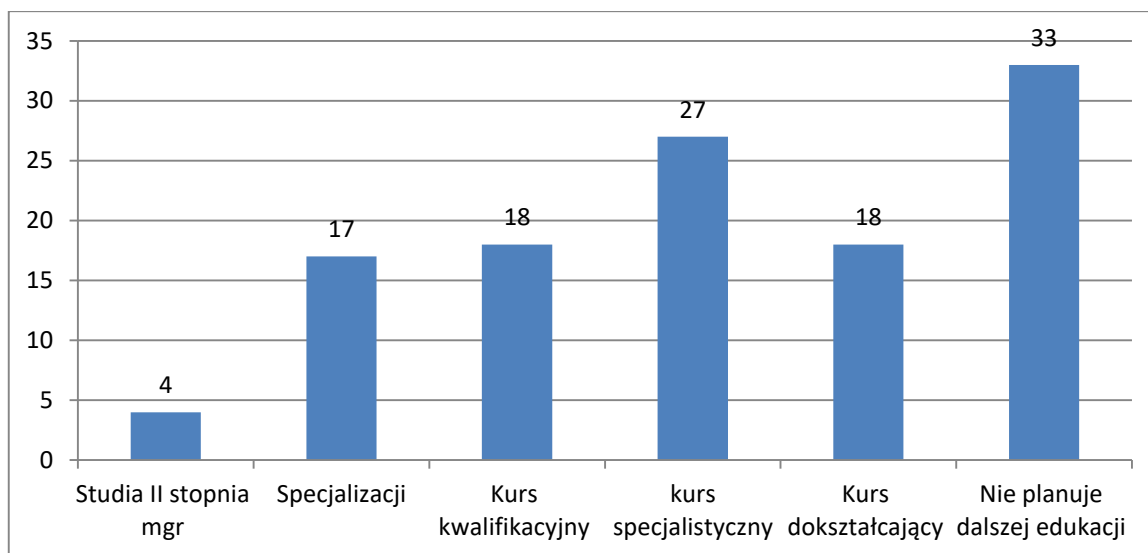
Ryc.6. Finansowanie uczestnictwa w doskonaleniu zawodowym

Zapytano o dalsze plany dotyczące szkoleń i chęć uczestnictwa w jakiegokolwiek formie kształcenia w kolejnych latach. Większość, bo blisko 63 (65%) deklaruje chęć dalszego kształcenia.



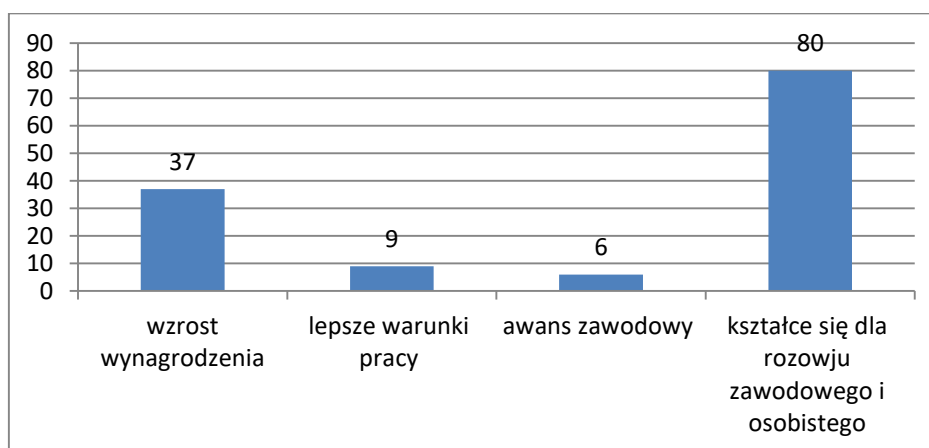
Ryc.7. Plany pielęgniarek dotyczące dalszego kształcenia

Zapytano jaką formę kształcenia w najbliższych latach wybiorą badane, aby podnieść swoje kwalifikacje. 27 osób (27,8%) deklaruje chęć uczestnictwa w kursach specjalistycznych, następnie po 18 osób (18,5%) w kursach kwalifikacyjnych i kursach doksztalających, 17 (17,5%) deklaruje chęć uczestnictwa w specjalizacji, a 4 osoby (4,1%) chce kontynuować naukę na studiach II stopnia. 33 osoby (30%) nie planują już dalszego kształcenia. Wyniki nie sumują się do 100% ponieważ respondentki mogły wybrać więcej niż jedną odpowiedź.



Ryc.8. Forma kształcenia w ciągu kolejnych pięciu lat

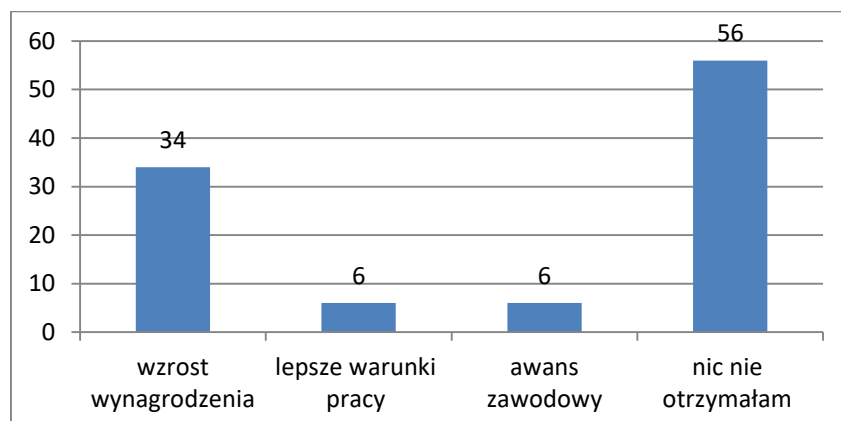
Ankietowane zostały zapytane co motywuje je do uczestnictwa w kursach. Jako główne czynniki podano kształcenie się dla rozwoju zawodowego i osobistego - 80 osób (82%), na wzrost wynagrodzenia liczy 37 (38 %) badanych. Tylko 6 osób (6%) jako motywację podaje awans zawodowy, a lepsze warunki pracy 9 (9%).



Ryc.9. Czynniki motywujące do udziału w doskonaleniu zawodowym

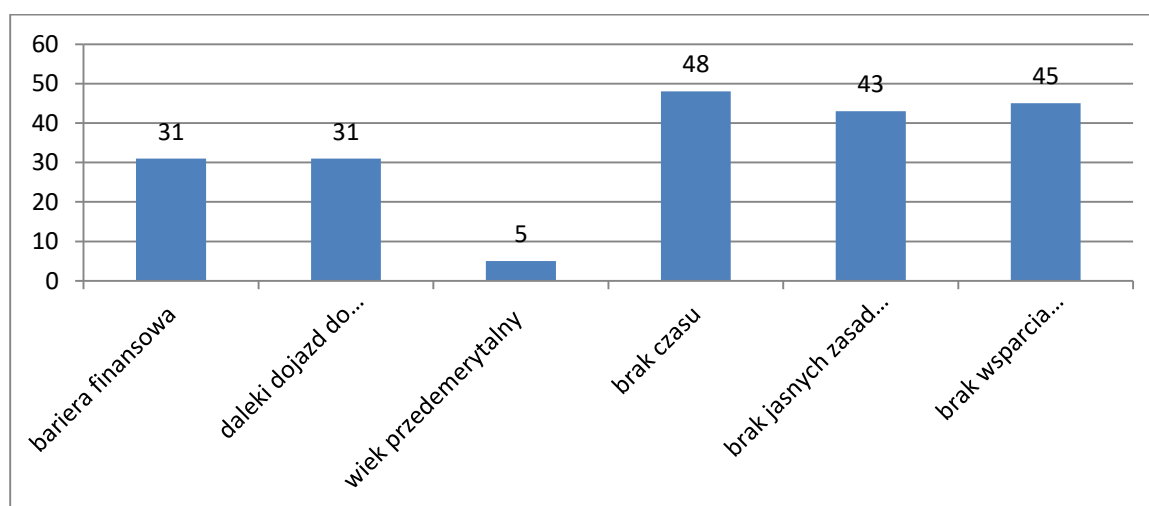
Badane pielęgniarki zostały zapytane o uzyskaną gratyfikację u pracodawcy po ukończeniu doskonalenia. Większość pielęgniarek - 56 (57,3%) przyznaje, że nie otrzymała żadnej dodatkowej gratyfikacji. Natomiast 34 (35%) badanych deklaruje wzrost swojego

wynagrodzenia. Niewielki odsetek badanych 6% czyli 6 osób deklaruje polepszenie warunków pracy i awans zawodowy po ukończonym doskonaleniu zawodowym.



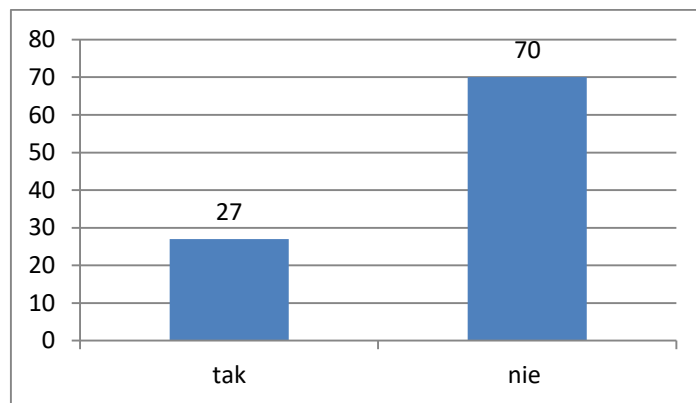
Ryc.10. Gratyfikacje uzyskane po ukończeniu doskonalenia zawodowego

Pielęgniarki zostały zapytane co zniechęca je do podnoszenia kwalifikacji? Jednym z głównych czynników demotywujących do dalszej nauki jest brak czasu. Prawie połowa badanych 48 (49,4%) ten czynnik podaje jako kluczowy w niepodjęciu dalszych szkoleń. Kolejnym czynnikiem był brak wsparcia finansowego ze strony pracodawcy - 45 (46,3%) oraz brak jasnych zasad udzielania urlopu szkoleniowego przez pracodawcę - 43 (44,3%). Oprócz wyżej wymienionych czynników następane miejsce zajmuje - bariera finansowa oraz daleki dojazd do ośrodków szkoleniowych. Tak deklaruje po 31 osób (31,9%). Czynnikiem demotywującym jest również wiek przedemerytalny. Wyniki nie sumują się do 100% ponieważ respondentki mogły wybrać więcej niż jedną odpowiedź.



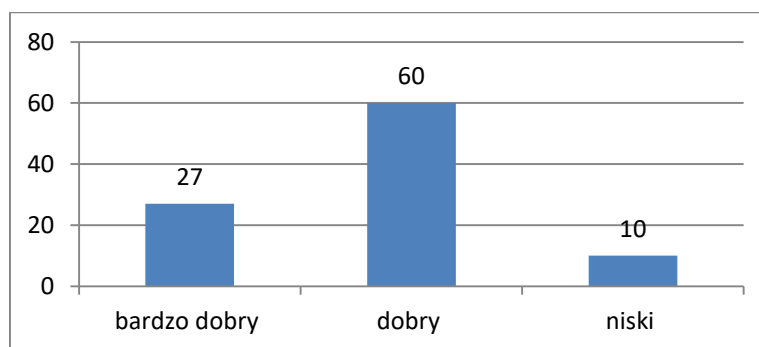
Ryc.11. Czynniki demotywujące do udziału w doskonaleniu zawodowym

Pielęgniarki zapytano czy czują się docenione przez swoich pracodawców z racji podnoszenia kwalifikacji zawodowych? Większość badanych, bo 70 (72%) przyznaje, że nie czuje się doceniana przez przełożonych.



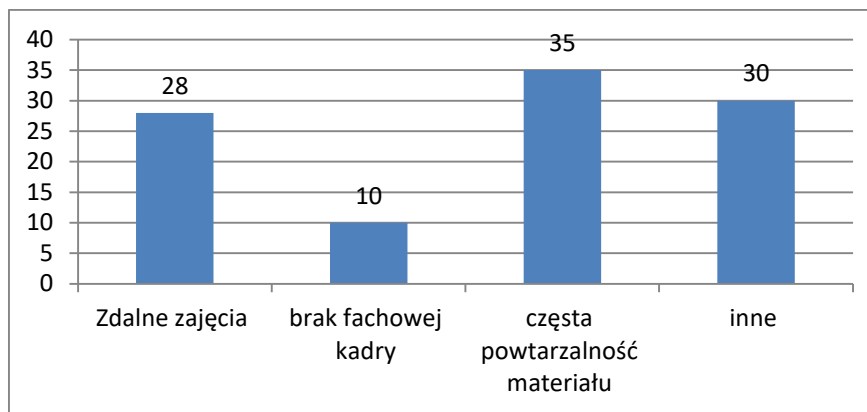
Ryc.12. Docenienie przez przełożonych za podnoszenie kwalifikacji zawodowych

Respondentki miały ocenić uzyskany poziom wiedzy po ukończonym szkoleniu, w którym brały udział w ciągu ostatnich pięciu lat. Większość badanych, bo 60 (60%) osób oceniło uzyskany poziom wiedzy jako dobry, 27 (27%) bardzo dobry, a pozostałe 10 osób (10,3%) niski.



Ryc.13. Subiektywna ocena wiedzy po ukończonym szkoleniu w ciągu ostatnich pięciu lat

Pielęgniarki wskazywały czynniki wpływające na subiektywną ocenę ich wiedzy po zakończeniu wybranych form kształcenia. Dla większości 35 (36%) głównym czynnikiem wpływającym na niższą ocenę była częsta powtarzalność materiału w modułach, a dla 28 (28,8%) zajęcia prowadzone zdalnie oraz brak fachowej kadry dla 10 (10,3%) osób. Wśród innych czynników wpływających na wyższą ocenę najczęściej wskazywane były: dobra organizacja zajęć, miła atmosfera, dostępność do materiałów dydaktycznych, prawidłowy dobór palcówek do odbycia stażu itp. Wyniki nie sumują się do 100% ponieważ respondentki mogły wybrać więcej niż jedną odpowiedź.



Ryc.14. Czynniki wpływające na subiektywną ocenę poziomu wiedzy w trakcie doskonalenia zawodowego

Dyskusja. W badaniach własnych podjęto próbę zaprezentowania czynników wpływających na podnoszenie kwalifikacji zawodowych personelu pielęgniarskiego zamieszkałego w województwie małopolskim w powiecie nowotarskim i tatrzańskim. Ciągły rozwój medycyny powoduje, że współczesne pielęgniarstwo wymaga stałego doskonalenia zawodowego [6]. Wyniki otrzymane z badań własnych wskazują, że pielęgniarki podejmują kształcenie głównie dla rozwoju zawodowego i osobistego. Następnym czynnikiem motywującym do podjęcia kształcenia w badanej grupie jest wzrost wynagrodzenia, co pokrywa się z badaniami Jagodzińskiej i Rezmerskiej. Z ich badań wynika, że czynnikami wpływającymi na podnoszenie poziomu kwalifikacji zawodowych pielęgniarek w toku kształcenia podyplomowego były: chęć uzyskania wyższego wynagrodzenia, korzystniejsze warunki zatrudnienia oraz chęć podjęcia pracy za granicą [7]. Podobnie przedstawiają się wyniki badań Bidzińskiej i wsp. gdzie wykazano, że wśród pielęgniarek, które podnosiły swoje kwalifikacje, głównym motywem podjęcia kształcenia podyplomowego była chęć pogłębiania swojej wiedzy i umiejętności [8]. Wyniki badań uzyskane przez Zdanowską potwierdzają, że pielęgniarki podejmują dalsze kształcenie w celu zaspokajania swoich ambicji [9]. Analiza wyników badań własnych wykazała, że głównym czynnikiem zniechęcającym pielęgniarki do podejmowania kształcenia był brak czasu oraz brak wsparcia finansowego ze strony pracodawcy. Duże odległości do ośrodków szkoleniowych (najczęściej Kraków) nie stanowią dla wielu naszych badanych problemu, jednak jest część pielęgniarek, które właśnie ze względu na ww. czynniki nie może sobie pozwolić na uczestnictwo w doskonaleniu zawodowym, zwłaszcza w systemie stacjonarnym. Podobnie przedstawiają się wyniki badań Bidzińskiej i wsp. gdzie problem bariery finansowej pojawia się w kwestii utrudnienia w podejmowaniu kształcenia podyplomowego pielęgniarek. Nawiązując do wyników przeprowadzonych badań własnych największym zainteresowaniem cieszą się kursy specjalistyczne i w tych właśnie chcą

w najbliższych latach uczestniczyć pielęgniarki. Podobne wyniki można znaleźć w badaniach Ozgi i wsp. bowiem wśród możliwości szkolenia podyplomowego w zakresie pielęgniarstwa respondenci wymieniali na pierwszym miejscu kurs specjalistyczny [10]. Z badań własnych wynika, że kształcenie podyplomowe personelu pielęgniarstwa było finansowane z własnego budżetu, zaś w badaniach Tomaszewskiej i wsp. stwierdzono, że ograniczenia finansowe oraz wysokie koszty kształcenia podyplomowego to jeden z głównych czynników mający decydujący wpływ na doskonalenie zawodowe [11]. W badaniach własnych wykazano, że pielęgniarki prezentują dużą wolę dalszego kształcenia się i podnoszenia swoich kwalifikacji. Wyniki te pokrywają się z licznymi innymi publikacjami [9,11,12]. Konkludując należy zauważyć, iż pomimo braku czasu i dofinansowania pielęgniarki starają się podnosić swoje kwalifikacje, wykazują chęć dalszego uczestnictwa w różnych formach szkoleń. W badaniach własnych pielęgniarki najczęściej oceniały poziom uzyskanej wiedzy na szkoleniach jako dobry. Wpływ na ich ocenę miała częsta powtarzalność materiału na poszczególnych modułach, a na drugim miejscu były zajęcia prowadzone w sposób on-line. Powyższe wyniki badań wskazują, iż pielęgniarki w toku swojego kształcenia zawodowego, a następnie kontynuując naukę trafiają na powtarzalność materiału co później zaniża ich ocenę z odbytego szkolenia. Sądząc po uzyskanych wynikach można by się spodziewać jeszcze większego zainteresowania kształceniem podyplomowym gdyby personel pielęgniarstwa był bardziej doceniany przez swoich pracodawców, a lepsze wynagrodzenie wpłynęło na wyższy poziom satysfakcji.

Wnioski.

1. Pielęgniarki chętnie się doksztalają, a największym zainteresowaniem w doskonaleniu zawodowym cieszą się szkolenia specjalistyczne (specjalizacje). Wzrost poziomu własnej wiedzy po zakończeniu doksztalania oceniają w stopniu dobrym, a przyczynę tej oceny upatrują w częstej powtarzalności materiału i zajęciach prowadzonych w formie zdalnej.
2. Najistotniejszymi czynnikami motywującymi do podjęcia doskonalenia zawodowego przez pielęgniarki jest rozwój osobisty i prestiż zawodowy, natomiast czynnikami demotywującymi były brak czasu i wsparcia finansowego ze strony pracodawców. Duża odległość do ośrodków szkoleniowych nie stanowi większego problemu dla pielęgniarek, jednak w obliczu wymienionych czynników ograniczających można przypuszczać, że po ich zniwelowaniu zainteresowanie i uczestnictwo w doksztalaniu mogłoby się zwiększyć.

3. Mimo tego, że wielu pracodawców oferuje wyższe zarobki dobrze wykształconemu i doksztalającemu się personelowi, to są i takie pielęgniarki, które mimo podnoszenia kwalifikacji nie czują się doceniane w swoim miejscu pracy.

Bibliografia

1. Tokarski Z. Kształcenie ustawiczne w pielęgniarstwie. Wydawnictwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, Łódź 2017.
2. Szarkowska- Skiba M, Czyżma- Domańczyk J. Kształcenie Praktyczne na kierunku pielęgniarstwo w uczelni zawodowej- blaski i cienie. [W:] Głowacka M, Łodzińska M. (red). Pielęgniarstwo Polskie, Europejskie, Światowe. Warszawa 2017; str 298- 310.
3. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r. Internetowy System Aktów Prawnych. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/> WDU20111741039/O/D20111039.pdf [data wejścia 16.05.2022]
4. Fecko - Gałowicz K, Półtorak M, Ławska W. Ocena kompetencji personelu pielęgniarstwa przez pacjentów poddawanych terapii nerkozastępczej. Ruzomerske zdravotnicke dni 2021 – XV. Rocnik. Ruzomberok 2021.
5. Antonova O, Sharlovych Z. Szkolenie specjalistów pielęgniarstwa i poszukiwanie sposobów jego integracji w europejskiej przestrzeni edukacyjnej. Українська поліоністика. Випуск 19. 2021
6. Iwanicka- Maciura A, Smoleń E. Wizerunek współczesnego absolwenta pielęgniarstwa- spojrzenie przez pryzmat kodeksu etyki. [W:] Dobrowolska B, Foryś Z, Jaśkiewicz J. (red). Pielęgniarstwo na rzecz milenijnych celów rozwoju. Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych. KA im Andrzeja Frycza Modrzewskiego. Kraków 2014.
7. Jagodzińska A, Rezmerska L. Czynniki wpływające na podnoszenie poziomu kwalifikacji zawodowych pielęgniarek w ramach kształcenia podyplomowego. Wydawnictwo Państwowej Uczelni Zawodowej we Włocławku, 2017.
8. Bidzińska E, Sobczak MD., Rakowska KA. Motywy podwyższania wykształcenia przez pielęgniarki Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Elblągu. Problemy Pielęgniarstwa 2007; 15: 197-202.
9. Zdanowska J, Sielska J, Głowacka MD. Założenia ustawowe a oczekiwania pielęgniarek dotyczące ułatwień podczas podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Pielęgniarstwo Polskie 2016; 2: 144-148.
10. Ozga D, Binkowska- Bury M, Marć M. Zainteresowanie pielęgniarek szkoleniem podyplomowym w medycynie ratunkowej. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Medycznego. Rzeszów 2006;4: 275-278.
11. Tomaszewska M, Cieśla D, Czerniak J, Dykowska G. Możliwości doskonalenia zawodowego pielęgniarek – potrzeby a rzeczywistość. Problemy Pielęgniarstwa 2008; 16:40-47.
12. Jaworska I, Wrońska I Czynniki wpływające na podejmowanie decyzji o kształceniu w systemie studiów pomytowych w grupie zawodowej pielęgniarek. Journal of Health Sciences 2013;3 (9): 15-30.

Pielęgniarstwo zawodem prestiżowym - oczekiwania a rzeczywistość

Magdalena Uryga, Justyna Kusper - Tokarczyk, Nina Cież, Jacek Stasiowski

Wstęp. Prestiż – „*trudny do uchwycenia, bo nie widzimy go bezpośrednio. Tkwi w środku - przykryty etykietami pozycji społecznej, owinięty płaszczem pozorów, spowity siecią gestów, ukłonów, respektu i pochlebstw*” [1]. Ten poetycki opis Domańskiego idealnie odzwierciedla istotę słowa „prestiż”. Na co dzień jednak używając tego pojęcia mamy na myśli po prostu szacunek, autorytet, poważanie dla danej osoby lub/i zawodu. W nomenklaturze socjologii natomiast oznacza to kryterium statusu społecznego, w którego skład wchodzi: zawód, wykształcenie, styl życia, dochód. Na podstawie czynników prestiżu można określić co jest ważne dla społeczeństwa. Wraz z biegiem czasu, zmianami jakie zachodzą w społeczeństwie, można twierdzić, że również te kryteria ulegają zmianie. Mówiąc o prestiżu warto się pochylić nad tym co daje nam prestiż, czego od niego oczekiwać i w końcu jak go zbudować? Ma on dwa oblicza: pierwszy wypracowuje się latami, zbudowany jest na kanwie wysiłku talentu i doświadczeń, to on sprawia, że nas lub nasz zawód szanują, poważają, że jesteśmy doceniani. Lecz prestiż ma też drugie oblicze – „pułapkę”, podnosi naszą samoocenę i sprawia, że czujemy się lepsi od innych, chcemy w ten sposób zaistnieć, stajemy się niebezpiecznie dumni.

Pielęgnacja i opieka nad chorymi istnieje od zarania dziejów. Pielęgniarstwo jako zawód nie istnieje długo lecz ma za sobą wyboistą drogę. Sięgając wstecz do okresu XIX wieku możemy dostrzec jak przez ten czas zmienił się wizerunek pielęgniarki.

W historii naszego zawodu wiele kobiet miało wpływ na tworzenie się nowoczesnego pielęgniarstwa, ale niewątpliwie jedną z nich była Florence Nightingale. Wtedy poziom jej wykształcenia był na bardzo wysokim poziomie. Niestety w owych czasach zawód ten był uznawany za haniebnny. Żadna z szanujących się kobiet nie podejmowała się go. Opiekę nad chorymi w tamtym okresie pełniły wyłącznie zakonnice i osoby z marginesu społecznego (alkoholiczki, prostytutki, więźniarki). Zajmowanie się chorymi uważano za najgorszą z prac. W okresie wojny gdy armia brytyjska wyruszyła na Krym przeciw Rosji, to ona wraz z „angielską bandą”- tak nazywano oddział pielęgniarek - przybyły w 1854 roku do polowego szpitala. Pielęgniarki przyjęto niechętnie, jednak gdy przychodziły kolejne transporty rannych okazało się, że pomoc pielęgniarek jest niezastąpiona. Pielęgniarki zajęły się warunkami sanitarnymi, zatroszczyły o segregację chorych, zorganizowały kuchnie, pralnie. Po półrocznej działalności, pielęgniarki sprawiły, że wśród rannych śmiertelność spadła z 42% na 2%. Po wojnie Florence Nightingale wróciła do kraju, została doceniona przez świat.

Od czasu jej działalności, w pielęgniarstwie zmieniło się bardzo wiele. Z roku na rok zmienia się także status polskiego pielęgniarstwa, znacznie zwiększył się poziom wykształcenia w tej grupie zawodowej, zmiana kompetencji, aktualizacja obowiązków i przepisów prawnych. Nawet wzrost problemów zdrowotnych w społeczeństwie powoduje, że zwiększają się oczekiwania ludzi względem pielęgniarki/pielęgniarsza. Wszystkie te czynniki powodują, że zawód ten jest z roku na rok inaczej postrzegany. Wraz z biegiem czasu i wszystkimi zmianami zmienia się wizerunek i pozycja pielęgniarki, która aktualnie jest już zupełnie na innym poziomie, a metody kształcenia wyglądają o wiele lepiej. Dziś, doskonalenie zawodowe jest obowiązkiem każdej aktywnej pielęgniarki. Zawód ten wymaga wiedzy fachowej i specjalistycznej. Kształcenie pielęgniarek w Polsce odbywa się na trzech poziomach: studia pierwszego stopnia, kończące się uzyskaniem tytułu licencjata pielęgniarstwa, studia drugiego stopnia kończące się uzyskaniem tytułu magistra pielęgniarstwa oraz studia trzeciego stopnia zakończone uzyskaniem tytułu doktora. Dalsza działalność naukowa może pozwolić na uzyskanie habilitacji a nawet tytułu profesora. Pielęgniarki mają możliwość uczestniczyć czynnie i biernie w konferencjach ogólnopolskich i międzynarodowych, a także w zjazdach naukowych. Poza działalnością naukową istnieje ścieżka rozwoju specjalistycznego poprzez uczestnictwo w kursach dokształcających, kursach specjalistycznych, kursach kwalifikacyjnych oraz szkoleniach specjalizacyjnych, które to kończą się przyznaniem tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa [2].

Celem pracy było zbadanie oceny pielęgniarstwa jako zawodu prestiżowego przez studentów studiów licencjackich na kierunku pielęgniarstwo i porównanie jej z oceną przez pielęgniarki pracujące w zawodzie minimum 2 lata.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzone zostało wśród pielęgniarek oraz studentów, których podzielono na dwie oddzielne grupy respondentów. Grupę I stanowili studenci studiów stacjonarnych I stopnia na kierunku pielęgniarstwo w Podhalańskiej Państwowej Uczelni Zawodowej w Nowym Targu. Ankiety zostały rozprawdzone drogą elektroniczną i uzupełnionych zostało 50 kwestionariuszy. Grupę II stanowiły pielęgniarki i pielęgniarze, którzy pracują minimum 2 lata w zawodzie, posiadają doświadczenie w pracy z pacjentami, a także wyrobioną opinię na temat wykonywanego zawodu. Ankiety zostały rozesłane drogą elektroniczną do pielęgniarek pracujących w różnych podmiotach leczniczych oraz do uczestników szkolenia specjalizacyjnego z pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki a także z pielęgniarstwa operacyjnego. W tej grupie zostało wypełnionych 106 kwestionariuszy. Udział w badaniu był dobrowolny dla obu grup.

Wśród respondentów I grupy znalazło się 46 kobiet (92%) i 4 mężczyzn (8%). 37 osób (74%) było mieszkańcami wsi, a 13 (26%) pochodziło z miasta. 20 osób (40%) było studentami pierwszego roku, 16 osób (32%) drugiego roku i 14 osób (28%) studentami trzeciego roku. Wśród respondentów II grupy wyłoniono 102 kobiety (96%) i 4 mężczyzn (4%). 56 osób (53%) zamieszkiwało wieś, a 50 osób (47%) miasto. Aż 63 respondentów (59%) miało tytuł magistra, 38 osób (36%) tytuł licencjata, a zaledwie 5 osób (5%) ukończyło studium medyczne. Najwięcej, bo 33 osoby (31%) było pracownikami oddziałów intensywnej terapii, 30 osób (28%) bloku operacyjnego, a 43 osoby (41%) to pracownicy innych podmiotów leczniczych (oddziałów internistycznych, chirurgicznych, kardiologicznych, szpitalnego oddziału ratunkowego, pulmonologicznych, podstawowej opieki zdrowotnej, sanatorium, psychiatrii, oddziału zakaźnego, pediatrii).

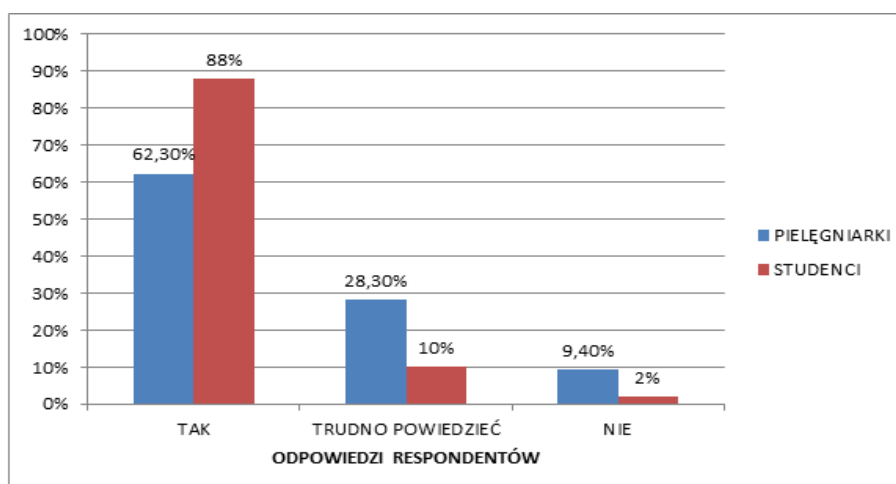
Do badania wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankietowania, a za narzędzie posłużyły dwa autorskie kwestionariusze ankiety składające się z 21 pytań dla grupy I i 22 pytań dla grupy II. Badano zależności między grupą I a grupą II oraz w grupie studentów zależność między rokiem studiów a postrzeganiem zawodu. Analizy materiału badawczego dokonano przy użyciu programu Excel i posłużono się testem chi kwadrat. We wszystkich testach przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Badania zrealizowano w miesiącach marzec - kwiecień 2022 roku.

Wyniki. W badaniach zadano pytanie czy w trakcie studiów zmieniło się podejście do pielęgniarstwa jako zawodu prestiżowego. Zmianę podejścia zaobserwowano u 74% osób. 62% uznało, że zmieniło się na korzyść, 18% wskazało, iż zawsze uważało pielęgniarstwo za zawód prestiżowy i nic się nie zmieniło, 12% uznało, że ich podejście zmieniło się na niekorzyść, 8% zawsze sądziły, że pielęgniarstwo nie jest zawodem prestiżowym i nic się nie zmieniło w trakcie trwania studiów. Nie stwierdzono zależności między respondentami z różnego roku studiów ($\chi^2=2,919$, $p=0,199$).

Jedno z pytań dotyczyło ponownego wyboru zawodu. Zaskakujące jest, że odpowiedzi były zbliżone w obu grupach. Aż 78% studentów i nieco mniej, bo 65,1% pielęgniarek zadeklarowało, że ponownie wybrałoby ten zawód. Niestety 22% studentów i aż 34,9% pielęgniarek nie podjęłyby się drugi raz takiego wyboru. Statystycznie nie wykazano zależności między studentami, a osobami pracującymi ($\chi^2=2,656$, $p=0,265$). Warto też podkreślić, że wśród studentów 84% studentów jest dumnych z wyboru zawodu, ale tylko 78% wybrałoby go jeszcze raz. Nie wykazano też zależności między rokiem studiów, a ponowną chęcią podjęcia studiów na kierunku pielęgniarstwo ($\chi^2=0,888$, $p=0,298$).

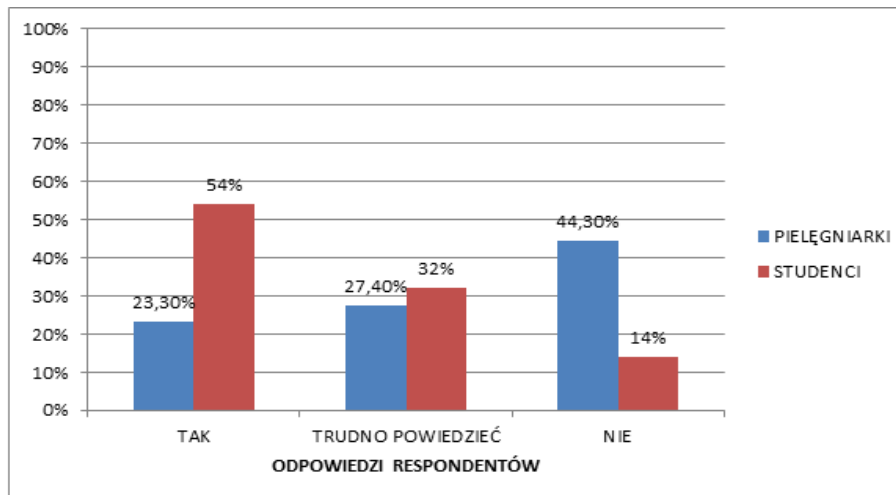
Studenci podobnie jak pielęgniarki postrzegają kwestię wynagrodzenia pielęgniarek. W obu grupach połowa respondentów tj. 50% studentów i 49,1% pielęgniarek uważa, że pielęgniarki zdecydowanie nie dostają godziwego wynagrodzenia za swoją pracę, podobnego zdania – „raczej nie” - jest 30% studentów i 31,1% pielęgniarek. Za odpowiedzią „raczej tak” opowiedziało się tylko 6% studentów i 6,6% pielęgniarek, a zaledwie 0,9% pielęgniarek uznało, że wynagrodzenie jest godziwe. Nie umiało się opowiedzieć po żadnej ze stron 12,3% pielęgniarek i 14% studentów. Statystycznie nie stwierdzono zależności pomiędzy studentami, a pielęgniarkami i podejściem do wynagrodzenia ($\chi^2=0,964$, $p=0,591$).

Wyniki zamieszczone na Rycinie 1. wskazują, że niewiele ponad połowa badanych pielęgniarek wie, że pielęgniarstwo jest zawodem zaufania publicznego. Znacznie lepiej natomiast wypadli studenci kierunku pielęgniarstwo, którzy w 88% procentach potwierdzili swoją wiedzę w tym zakresie. Wyniki te są statystycznie zależne ($\chi^2=10,926$, $p=0,004$). Wartości procentowe przedstawia ryc.1.



Ryc. 1. Pielęgniarstwo zawodem zaufania publicznego w opinii respondentów

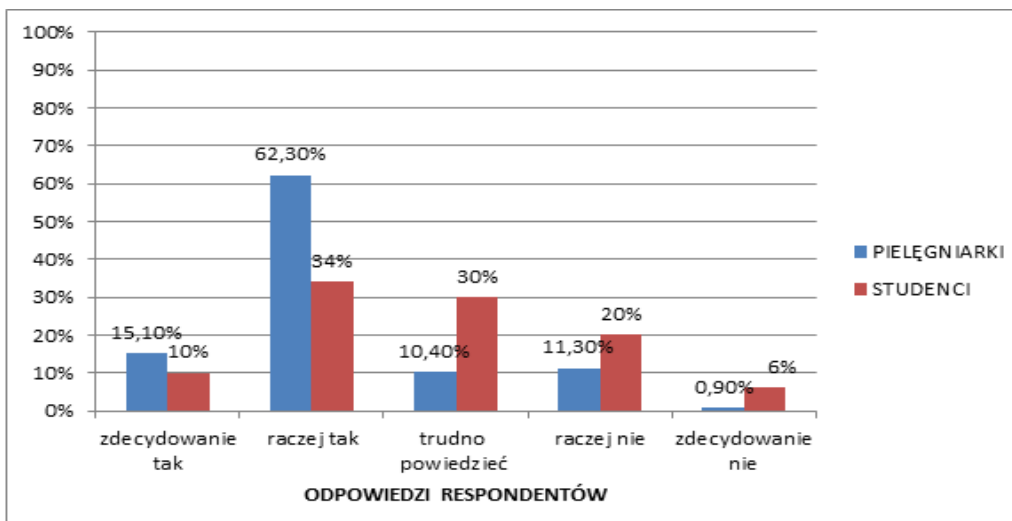
Pielęgniarstwo w opinii społeczeństwa jest postawione wysoko w hierarchii zawodów. Jednak badania własne wskazują, iż osoby wykonujące zawód pielęgniarki same nie oceniają go jako zawodu prestiżowego, przyznało tak aż 44% badanych pielęgniarek. Zdecydowanie więcej studentów niż pielęgniarek postrzega pielęgniarstwo jako zawód prestiżowy. Stwierdzona została zależność statystyczna między obiema grupami w podejściu do pielęgniarstwa jako zawodu prestiżowego ($\chi^2=15,429$, $p=0,0004$). Wartości procentowe przedstawia ryc.2.



Ryc.2. Pielęgniarstwo zawodem prestiżowym w opinii respondentów

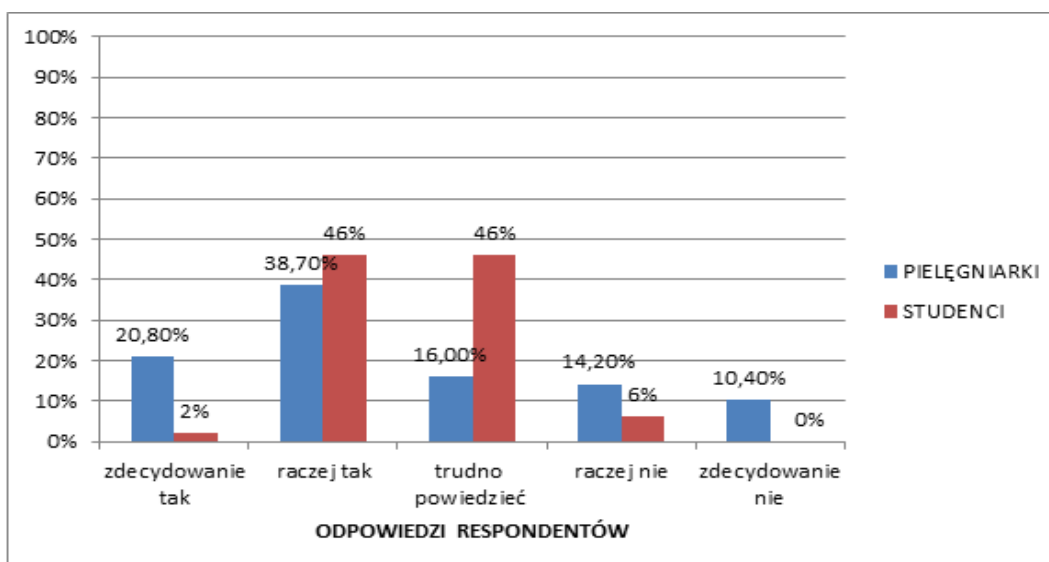
Pielęgniarstwo za zawód autonomiczny uznawany jest wśród 46% studentów i 44,3% pielęgniarek. Innego zdania jest 8% studentów i 14,2% pielęgniarek. Dość nietypowo, prawie połowa ankietowanych 46% spośród studentów i 41,5% respondentów pracujących, nie było w stanie określić czy tak, czy nie. Statystycznie nie ma zależności między studentami a pracującymi pielęgniarkami ($\chi^2=1,236$, $p=0,539$). Przykre jest, że 79,3% pielęgniarek i 78% studentów spotyka się z nierównym traktowaniem w pracy, a tylko 10,4% pielęgniarek i 6% studentów nie ma takich odczuć. 9,4% pielęgniarek i 16% studentów nie opowiedzieli się po żadnej ze stron. Wyniki te nie były statystycznie zależne ($\chi^2=3,295$, $p=0,509$).

Czas pandemii pokazał, jak ważne dla pracowników ochrony zdrowia są środki ochrony oraz wsparcie zapewnione przez pracodawców. W ankiecie na zadane pytanie o poczucie bezpieczeństwa w pracy i zapewnienie odpowiedniej ilości środków ochrony odpowiedzi były statystycznie zależne od obu grup ($\chi^2=18,808$; $p=0,000857$). Zdecydowana większość pielęgniarek - ponad 77% zaznaczyła, iż czuje się bezpiecznie w pracy i ma zapewnioną odpowiednią ilość środków ochrony. Tą samą opinię podziela zaledwie 44% studentów, pozostali nie są pewni bądź twierdzą, iż pielęgniarki nie mają zapewnionej wystarczającej ilości środków ochrony. Wartości procentowe przedstawiono na ryc.3.



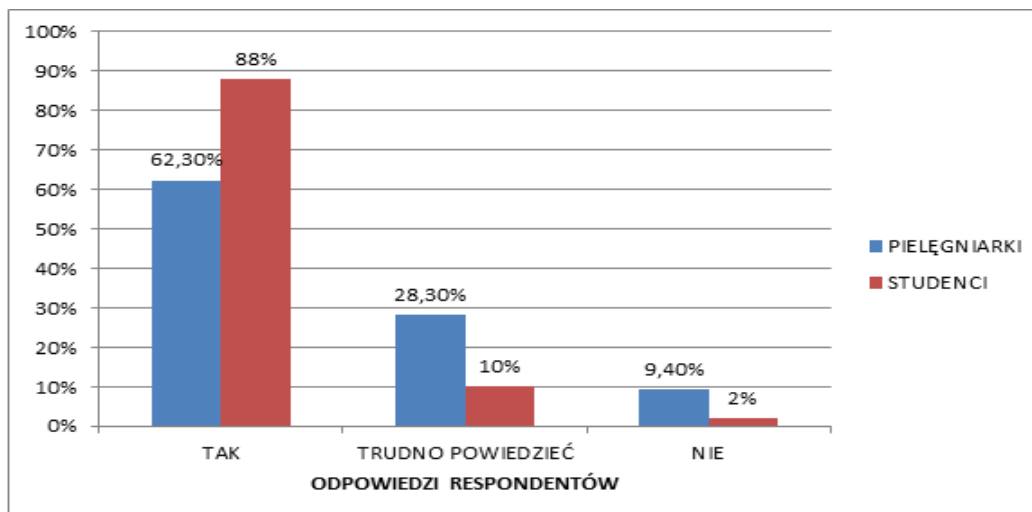
Ryc.3. Poczucie bezpieczeństwa w pracy pielęgniarki w opinii respondentów

Opinią ponad połowy badanych pielęgniarek, pracodawcy umożliwiają im swobodny dostęp do szkoleń, jednak aż 24% ankietowanych pielęgniarek stwierdziło, iż pracodawcy nie dają im takiej możliwości. Doskonalenie zawodowe jest obligatoryjne w zawodzie pielęgniarki, zatem wydaje się to niepokojące, że aż taka liczba badanych nie ma zagwarantowanej możliwości szkolenia zawodowego przez pracodawców. Prawie połowa studentów sądzi, że szkolenia są wspierane przez pracodawców, a zaledwie 6% badanych studentów uważa, że raczej nie. Wartości procentowe przedstawia ryc.4. Odpowiedzi te są statystycznie zależne ($\chi^2=27,589$).



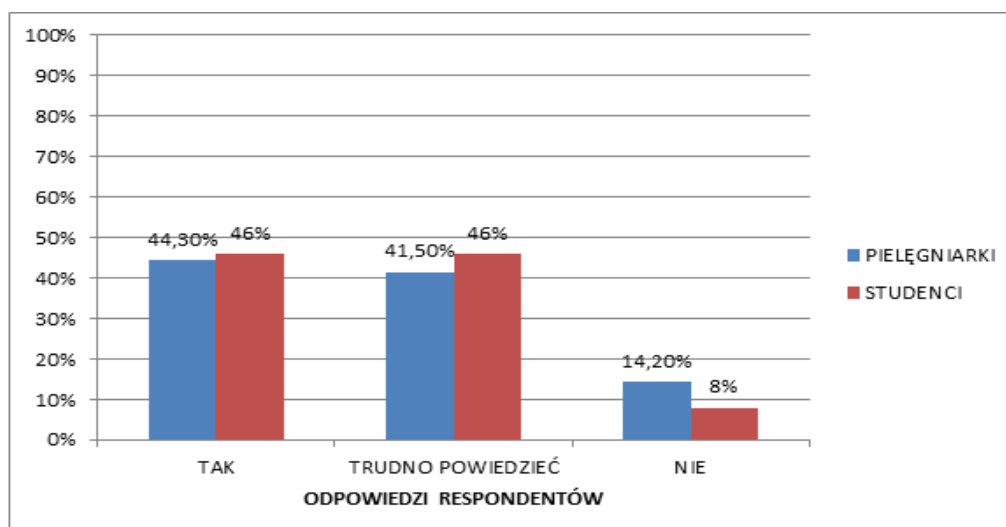
Ryc.4. Umożliwienie pielęgniarkom swobodnego dostępu do szkoleń przez pracodawcę

Obie grupy respondentów w zdecydowanej większości uważają, że pielęgniarki są w pracy przeciążone fizycznie. Wyniki procentowe przedstawiono na ryc.5. Odpowiedzi obu grup są statystycznie zależne ($\chi^2=14,57$; $p=0,00567$).



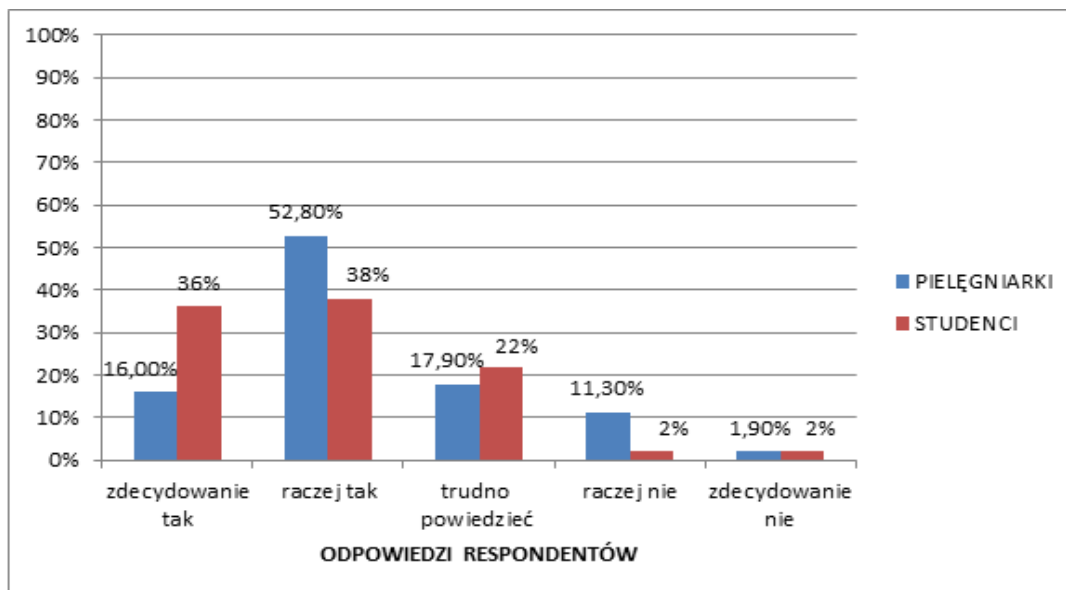
Ryc.5. Przeciążenie fizyczne pracą w opinii respondentów

W kwestii przeciążeń psychicznych w pracy pielęgniarki, ponownie obie grupy odpowiedziały podobnie. Tym razem jednak blisko połowa, zarówno pielęgniarek jak i studentów, nie umiała jednoznacznie określić czy przeciążenia te występują czy też nie. Wartości procentowe przedstawia ryc.6. Odpowiedzi te są statystycznie zależne od grupy ($\chi^2=12,53$; $p=0,014$).



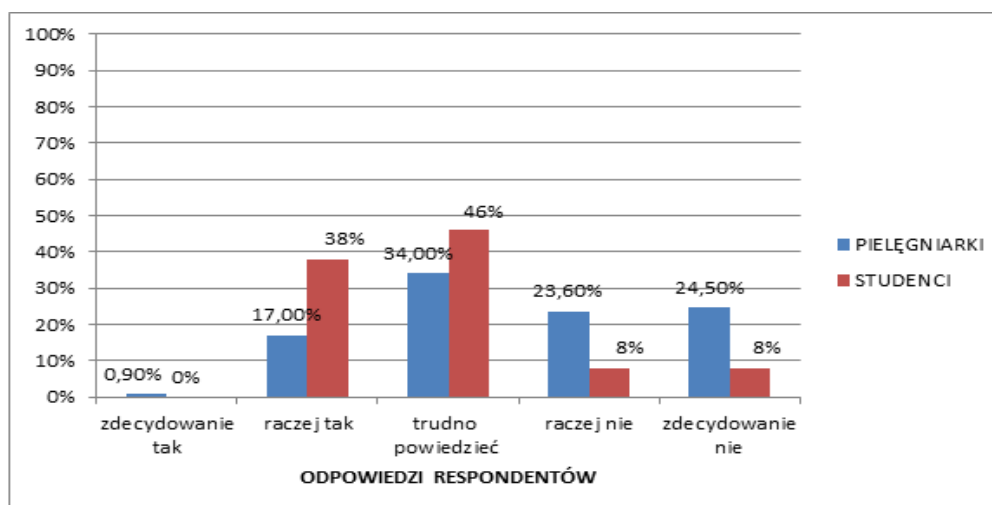
Ryc.6. Przeciążenie psychiczne pracą w opinii respondentów

Jedno z pytań dotyczyło poczucia spełnienia się w pracy. Opinia studentów jest bardziej optymistyczna, a wyniki okazały się być statystycznie zależne od grupy badanej ($\chi^2=11,426$; $p=0,022$). Wyniki procentowe przedstawiono na ryc.7.



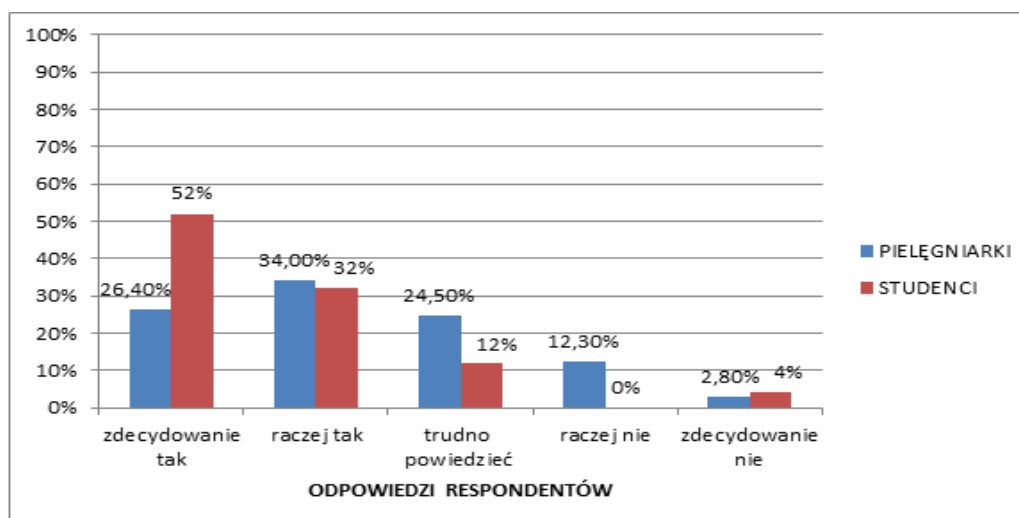
Ryc.7. Poczucie spełnienia się w pracy pielęgniarki w opinii respondentów

Kolejne pytania, jakie zadano respondentom dotyczyły odczuwania szacunku ze strony: koleżanek pielęgniarek, pacjentów, lekarzy i dyrekcji zakładu pracy. Z badań wynika, że najbardziej czujemy się szanowane przez pacjentów (60,4%) później przez pielęgniarki (53,7%), na kolejnym miejscu są lekarze (19,8%) i wreszcie dyrekcja (17,9%). Najbardziej czujemy się nieszanowane ze strony dyrekcji (48,1%), ze strony lekarzy (32,1%), i co ciekawe później ze strony pacjentów (29,3%), a na końcu innych pielęgniarek (20,7%). Odpowiedzi „trudno powiedzieć” udzieliło: 25,5% pielęgniarek w stosunku do innych pielęgniarek, 22,6% osób odnośnie pacjentów, 31,1% osób odnośnie lekarzy i 34% osób odnośnie dyrekcji. Odpowiedzi obu grup były zbliżone do siebie, statystycznie zależne okazały się być tylko wyniki dotyczące dyrekcji zakładu pracy ($\chi^2=17,37$; $p=0,0016$), porównanie przedstawiono na ryc.8.



Ryc.8. Poczucie szacunku ze strony dyrekcji zakładu pracy w opinii respondentów

Studenci są zdecydowanie bardziej dumni z wyboru zawodu od pielęgniarek pracujących w zawodzie. Wartości procentowe przedstawia ryc.9. Odpowiedzi te są zależne statystycznie od grupy respondentów ($\chi^2=15,73$; $p=0,0034$), a odpowiedzi wśród studentów nie są zależne od roku studiów ($\chi^2=4,3$; $p=0,135$).



Ryc.9. Poczucie dumy z wyboru zawodu w opinii respondentów

Dyskusja. Opieka pielęgnacyjna nad ludźmi chorymi od wieków sprawowana była przez osoby, które nie były utożsamiane z szacunkiem czy też poważaniem środowiska. Koniec XIX wieku był przełomowy w kontekście propagowania świadomości i edukacji zdrowotnej oraz powstania zawodu pielęgniarki. To wtedy osoby sprawujące opiekę zostały określone oraz zauważone. Od tego czasu opinia społeczna powoli i stopniowo zaczęła dostrzegać ważność istnienia tego zawodu oraz podnosić jego rangę. Dziś możemy już powiedzieć, że zawód pielęgniarski plasuje się w czołówce najbardziej uznanych przez opinię społeczną zawodów. Jak wskazuje Centrum Badania Opinii Społecznej, w roku 2019 w hierarchii zawodów według poważania społecznego pielęgniarka zajmuje aż drugie miejsce. Tym samym, wyprzedziła takie zawody jak lekarz czy profesor uniwersytetu [3]. Widać zatem jak istotne stało się pielęgniarstwo, jak bardzo jest dostrzegane przez społeczeństwo. W badaniach własnych dostrzeżono jednak rozbieżność w ocenie prestiżu tego zawodu przez pielęgniarki, a studentów pielęgniarstwa. Pielęgniarki, oceniły wykonywany przez siebie zawód jako mało poważany w przeciwieństwie do studentów pielęgniarstwa, którzy to uznali, iż zawód ten jest bardzo szanowany. Podobnie ma się opinia na temat pielęgniarstwa jako zawodu zaufania publicznego. Wiele osób najwyraźniej nie zdaje sobie sprawy z tego, że pojęcie „zawodu zaufania publicznego” jest tylko polskim tworem, nie ma uregulowanej definicji i zostało wprowadzone przez artykuł 17 Konstytucji z dnia 2 kwietnia 1997, który wiąże wykonywanie zawodu

z istnieniem samorządu zawodowego. [4] Samorząd pielęgniarek i położnych został powołany w 1991 roku i tworzy najliczniejszą grupę zawodową, tym samym pielęgniarstwo jest w grupie zawodów zaufania publicznego. Niestety wśród badanych pielęgniarek przeważa opinia, iż zawód pielęgniarki nie jest zawodem zaufania publicznego. W tym samym temacie studenci w większości odpowiedzieli prawidłowo, niestety nie zostało zbadane, czy to wynika z ich wiedzy w danym temacie, czy tylko własnych odczuć. Podobnie wygląda sytuacja jeśli chodzi o zawód autonomiczny. Glińska i wsp. wykazali niski poziom świadomości pielęgniarek w kwestii autonomii zawodowej, a także samodzielności zawodu [5], w naszych badaniach niespełna połowa respondentów w obu grupach uznała pielęgniarstwo za zawód autonomiczny. Wyniki badań wykazały także, iż częściej to studenci odczuwają dumę z powodu wyboru tego kierunku niż same pielęgniarki pracujące w zawodzie. Duma często idzie w parze z szacunkiem, a szacunek to coś, co otrzymujemy, ale to też coś, co możemy komuś dać. W badaniach zadane zostały pytania odnoszące się do poczucia szacunku ze strony różnych grup społecznych, tj. pacjentów, lekarzy, samych pielęgniarek oraz dyrekcji. Zarówno studenci jak i pracujące pielęgniarki podobnie wyrazili opinię na temat szacunku ze strony pacjentów, lekarzy oraz innych pielęgniarek, jednak wyraźnie zaznaczyła się rozbieżność w opinii odnoszącej się do szacunku okazywanego przez dyrekcję. Zaledwie niespełna $\frac{1}{5}$ pielęgniarek odczuwa szacunek ze strony dyrekcji placówek ochrony zdrowia, przy prawie $\frac{2}{3}$ takiej samej opinii wśród studentów. Temat ten zgłębiany został również przez innych autorów. Gdy wczytamy się we wnioski podane w badaniach przeprowadzonych na uczniach klas maturalnych zauważymy, że maturzyści zupełnie odmiennie niż studenci kierunku oceniają zawód pielęgniarki. Jak podaje Pierzak, prestiż zawodu pielęgniarki oceniany jest na niskim poziomie. Co więcej, pielęgniarka kojarzy się respondentom jako pomocnik lub asystent lekarza [6]. Według badań Koralewicz i wsp., prestiż zawodu był motywacją 3,3% studentów do podjęcia studiów na kierunku pielęgniarstwo. W tych samych badaniach studenci uznali, że prestiż zawodowy wzrasta z każdym rokiem a wpływ na to ma wykształcenie, wynagrodzenie, doskonalenie zawodowe [7]. Jednak w badaniach własnych zarówno studenci jak i pracujące pielęgniarki oceniają wynagrodzenie finansowe jako niegodziwe. Podobnie Pierzak w badaniach wśród maturzystów wskazuje, iż najbardziej istotnym czynnikiem powodującym małą ilość kadry pielęgniarskiej jest właśnie niskie wynagrodzenie. Co ciekawe, obala przy tym hipotezę istnienia związku wysokości wynagrodzenia, a decyzją wyboru tego zawodu [6]. Do tego tematu w swoich badaniach odnieśli się także Marcinowicz i wsp., którzy wskazali, iż studenci pielęgniarstwa podczas podejmowania decyzji o wyborze zawodu kierowali się w głównej mierze aspektami praktycznymi, których główną motywacją była możliwość

znalezienia pracy. Zwrócili oni jednak uwagę na konieczność wzmocnienia szacunku w tym zawodzie, a także wyrazili wiarę w to, że istnieje szansa na poprawę wizerunku oraz podniesienie prestiżu zawodu pielęgniarki [8]. W badaniach własnych, na zadane pytanie odnoszące się do zmiany podejścia do pielęgniarstwa jako zawodu prestiżowego, otrzymano większość odpowiedzi świadczących o poprawie opinii na temat zawodu lub utrzymaniu korzystnej opinii przed rozpoczęciem studiów.

Po analizie badań własnych zauważono występowanie problemu, swego rodzaju niedowartościowania polskiej pielęgniarki. Aktualnie polska pielęgniarka ma coraz większą możliwość samorozwoju, kształcenia naukowego i specjalistycznego. Pomimo wiedzy o tych możliwościach, korzystania z nich, podwyższania własnych kwalifikacji oraz stopni wykształcenia, środowisko wciąż żyje „duchem przeszłości”, tym jak kiedyś postrzegany był ten zawód. Zapominamy o tym, że społeczeństwo dostrzega nasz potencjał zawodowy, nie widzimy lub nie chcemy zauważyć pozytywnych reakcji, także środowisk medycznych, na naszą ciągłą chęć podnoszenia kwalifikacji oraz samorozwoju. A przecież społeczeństwo widzi zmiany i możliwości, a my dumnie określamy się mianem „specjalistek”. Skąd więc bierze się ta opinia, że nasz zawód nie jest zawodem zaufania publicznego, a jego prestiż jest niewielki? Tomaszewska i wsp. w swoich badaniach na temat możliwości doskonalenia zawodowego pielęgniarek, zwrócili uwagę na czynniki ograniczające rozwój zawodowy pielęgniarek. Zaskakującym było, iż *„dostęp do szkoleń jest ograniczany przez kadrę zarządzającą placówkami ochrony zdrowia (66%) oraz pielęgniarstwem (55%), który jest wypadkową odpowiedzi ponad 90% wszystkich badanych pielęgniarek odcinkowych”* [9]. Czytamy tutaj o ograniczeniu, lecz czym jest ograniczenie jeśli nie brakiem szacunku? A zatem, czy osoby ograniczone w kwestii rozwoju zawodowego, a zarazem nieuznawane za pracownika zasługującego na wsparcie zwierzchników w podnoszeniu kwalifikacji zawodowych, mają szansę wzmocnienia swojej pozycji we własnej hierarchii zawodów?

Według badań Siwek i Nowak-Starz badani podali, że duże znaczenie w postrzeganiu pielęgniarki ma jej gotowość do szkoleń oraz, że współczesna pielęgniarka to osoba wykonująca rzetelnie swoje obowiązki, systematycznie zwiększająca swoją wiedzę i dążąca do profesjonalizmu [10]. Można powiedzieć, że ten profesjonalizm zaczyna być doceniany, bo wciąż kształtuje się nowa siatka płac z grupami zależnymi od wykształcenia. Ciekawe jest, że pozycja tego zawodu jest oceniana wyżej przez innych przedstawicieli personelu medycznego, a także przez pacjentów niż przez same pielęgniarki [11]. Widać, że w społeczeństwie pielęgniarki są doceniane a inni widzą ich ciężką pracę, młode osoby wybierające ten właśnie zawód wiedzą i spodziewają się, że jest to praca bardzo ciężka fizycznie i psychicznie, że

wynagrodzenie finansowe wciąż nie satysfakcjonuje, jednak są pełni optymizmu, patrzą na ten zawód bardziej pozytywnie niż starsze pielęgniarki. Dlatego kluczowym wydaje się być zmiana opinii właśnie wśród samych pielęgniarek, docenienie siebie i swoich koleżanek, tak, aby nikt nie czuł się nieszanowany w swoim środowisku, a także pozytywniej patrzeć na to co już pewnie spowszedniało, na nowo docenić rangę swojego zawodu.

Wnioski.

1. Badanie ukazało, że niektóre elementy oczekiwane przez studentów pokrywają się, ale są też różnice, które mogą ich zaskoczyć.
2. Studenci niezależnie od roku studiów postrzegają wybrany zawód bardziej pozytywnie niż pracujące pielęgniarki. Uważają, że jest prestiżowy, daje poczucie spełnienia się i wybraliby go jeszcze raz
3. Wciąż wiele pielęgniarek nie zdaje sobie sprawy, że zgodnie z Konstytucją ich zawód przynależy do grupy „zawodów zaufania publicznego”, co z kolei wiąże się z pewnym prestiżem i przywilejami.
4. Ciężko mówić o zawodzie prestiżowym, gdy na co dzień w pracy spotykamy się z niesprawiedliwym traktowaniem, odczuwalnym brakiem szacunku ze strony koleżanek pielęgniarek, czy lekarzy. Dyrekcja, co może zaskoczyć studentów, również nie daje poczucia szacunku, a dodatkowo w niektórych przypadkach nie daje możliwości swobodnego dostępu do szkoleń.
5. Studenci obserwując pracę pielęgniarek postrzegają ją jako bardziej niebezpieczną, a także bardziej męczącą fizycznie i psychicznie niż wdrożone już w pracę pielęgniarki.

Bibliografia

1. Domański H. Prestiż. WNUMK, Toruń 2012
2. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz. U. 2011 Nr 174 poz. 1039, Art.66
3. Komunikat z badań CBOS (2019), Które zawody poważamy?, Warszawa, CBOS, 2019, Nr 157/2019.
4. Krasnowolski A. Zawody zaufania publicznego, zawody regulowane oraz wolne zawody. Geneza, funkcjonowanie i aktualne problemy. Kancelaria senatu, Biuro analiz i dokumentacji. Warszawa; 2013
5. Glińska J. Nowak A. Brosowska B. Lewandowska M. Analiza poziomu świadomości pielęgniarek w zakresie autonomii zawodowej, Problemy Pielęgniarstwa 2010, 18 (4): 477-482
6. Pierzak M. Nursing as a profession practiced in the future - opinion of junior high school students. Journal of Education, Health and Sport. 2017;7(7):125-140. eISSN 2391-8306.
7. Koralewicz D. Kuriata-Kościelniak E. I. Mróz S. Opinia studentów pielęgniarstwa na temat wizerunku zawodowego pielęgniarek w Polsce, Piel Zdr Publ. 2017; 7(4):285-292
8. Marcinowicz L. Owłasiuk A. Slusarska B. et al. Choice and perception of the nursing profession from the perspective of Polish nursing students: a focus group study. BMC Med Educ 16, 243 (2016).

9. Tomaszewska M. Cieśla D. Czerniak J. (2008), Możliwości doskonalenia zawodowego pielęgniarek - potrzeby a rzeczywistość, *Problemy Pielęgniarstwa*, 16 (1,2), ss. 40-47.
10. Siwek M. Nowak-Starz G. Współczesny wizerunek pielęgniarstwa w opinii społeczeństwa; *Pielęgniarstwo Polskie* Nr 3 (65) 2017
11. Machul M. Chrzan-Rodak A. Bieniak M. Bąk J. Chładaś Majdańska J. Dobrowolska B. Wizerunek pielęgniarek i pielęgniarstwa w Polsce w mediach oraz w opinii różnych grup społecznych. Systematyczny przegląd piśmiennictwa naukowego z lat 2010-2017

Opinia pielęgniarek na temat wykonywania badania fizykalnego jako przejawu autonomii zawodowej

Małgorzata Cichońska, Dorota Maciąg, Monika Borek

Wstęp. Pielęgniarstwo to zawód o charakterze opiekuńczym, wykonywany przez pielęgniarkę, system, kierunek kształcenia i przedmiot nauczania, dyscyplina naukowa, a także podsystem w systemie ochrony zdrowia [1]. Na przestrzeni lat pod wpływem wielu czynników zmieniał się sposób definiowania pielęgniarstwa. Niewątpliwie jednym z głównych czynników, które wpłynęły na kształtowanie czynności zawodowych i profesjonalizację pielęgniarstwa było powolne uwalnianie się spod wpływów zakonnych, rozwój wiedzy medycznej i kształtowanie się nowych specjalności medycznych.

Współczesną, profesjonalną opiekę pielęgniarską postrzega się jako zorganizowany system określonych świadczeń pielęgniarskich tworzony przez grupę zawodową, której celem jest świadczenie usług pielęgniarskich na określonym poziomie, zgodnym z oczekiwaniami społecznymi [2].

System opieki powinien być wsparty szeroką wiedzą medyczną, socjologiczną, psychologiczną, epidemiologiczną i innymi naukami niezbędnymi do określenia złożoności profesjonalnej opieki pielęgniarskiej [3].

Wśród uprawnień i kompetencji pielęgniarki jako realizatora współczesnego pielęgnowania istnieje możliwość realizowania badania fizykalnego. Uprawnienia do badań fizykalnych pielęgniarka uzyskuje jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa uzyskany po 2001 r., lub ukończyła studia pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo, które rozpoczęły się w roku akademickim 2012/2013, lub posiada zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu badania fizykalnego Advanced Physical Assessment [4].

Celem badania fizykalnego jest ocena stanu zdrowia pacjenta pozwalająca na sformułowanie przez pielęgniarkę diagnozy pielęgniarskiej, a za pomocą takiego badania pielęgniarka może określić pojawiające się odchylenia od normy (fizjologii) bez konieczności stawiania diagnozy lekarskiej.

We współczesnym pielęgniarstwie badanie fizykalne jest integralnym elementem pielęgnowania [5], który warto wykorzystywać w praktyce.

Celem pracy jest poznanie opinii pielęgniarek i pielęgniarzy dotyczące autonomii zawodu, postrzegane przez pryzmat samodzielnego wykonywania badań fizykalnych.

Material i metoda. Badanie zrealizowano wśród 109 pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w zakładach opieki zdrowotnej w jednym z miast w województwie śląskim metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankietowania, a narzędziem była autorska ankieta składająca się z 24 pytań jednokrotnego wyboru. Zgromadzone wyniki poddano analizie uzyskując wartości procentowe, a zależności uzyskano wykorzystując częściową metodę statystyczną – test χ^2 . Badaniem zostało objętych 109 pielęgniarek/pięgniarzy pracujących w różnych zakładach opieki zdrowotnej. 73% badanej populacji stanowiły kobiety, a 27% mężczyźni.

Tab.1. Płeć badanych

| Płeć | | | | Razem | |
|---------|----|-----------|----|-------|-----|
| Kobiety | | Mężczyźni | | | |
| N | % | N | % | N | % |
| 80 | 73 | 29 | 27 | 109 | 100 |

Mieszkańcy wsi stanowili 71% badanych, natomiast mieszkańcy miasta 29%.

Tab.2. Miejsce zamieszkania badanych

| Miejsce zamieszkania | | | | Razem | |
|----------------------|----|------|----|-------|-----|
| Miasto | | Wieś | | | |
| N | % | N | % | N | % |
| 32 | 29 | 77 | 71 | 109 | 100 |

Dominująca grupa badanych to osoby w wieku 41-50 lat stanowiące 43% badanych, w wieku 51-60 lat było 31%, w wieku 31-40 lat 19%, a mniej niż 30 lat miało 6% respondentów.

Tab.3. Wiek badanych respondentów

| Wiek | | | | | | | | | | Razem | |
|-------|---|-------|----|-------|----|-------|----|------------|---|-------|-----|
| do 30 | | 31-40 | | 41-50 | | 51-60 | | powyżej 61 | | | |
| N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 7 | 6 | 21 | 19 | 47 | 43 | 34 | 31 | 0 | 0 | 109 | 100 |

Wśród badanych respondentów ponad połowę ogółu stanowiły osoby zatrudnione w szpitalu wojewódzkim – 51%, 22% w szpitalu specjalistycznego, 16% w ratownictwie medycznym, 6% w przychodni, a 5% samozatrudnieni.

Tab.4. Miejsce zatrudnienia badanych respondentów

| Miejsce zatrudnienia | Ogółem | |
|-------------------------|--------|-----|
| | N | % |
| Szpital specjalistyczny | 23 | 21 |
| Szpital wojewódzki | 57 | 52 |
| Szpital miejski | 0 | 0 |
| Szpital powiatowy | 0 | 0 |
| Przychodnia | 7 | 6 |
| Ratownictwo medyczne | 17 | 16 |
| Samozatrudnienie | 5 | 5 |
| Razem | 109 | 100 |

Biorąc pod uwagę poziom wykształcenia stwierdzono, że największy odsetek badanych tj. 23% stanowiły osoby z wykształceniem średnim ze specjalizacją oraz z tytułem licencjata i ze specjalizacją, 18% to osoby z tytułem magistra pielęgniarstwa, z wykształceniem średnim było 16%, z tytułem licencjata 14%, a z tytułem magistra innej specjalności ze specjalizacją 6%.

Tab.5. Wykształcenie badanych respondentów

| Wykształcenie | Ogółem | |
|--|--------|-----|
| | N | % |
| Średnie | 0 | 0 |
| Średnie ze specjalizacją | 25 | 23 |
| Licencjat | 15 | 14 |
| Licencjat ze specjalizacją | 25 | 23 |
| Magister pielęgniarstwa | 17 | 16 |
| Magister pielęgniarstwa ze specjalizacją | 20 | 18 |
| Magister innej specjalności | 0 | 0 |
| Magister innej specjalności ze specjalizacją | 7 | 6 |
| Razem | 109 | 100 |

Wyniki. Z analizy zgromadzonych danych wynika, że pielęgniarstwo jest postrzegane przez respondentów jako zawód autonomiczny i samodzielny, gdyż 39% respondentów na postawione pytanie odpowiedziało „tak”, a 43% „raczej tak”. 10% badanych odpowiedziało „nie”, 3% „zdecydowanie nie”, natomiast 5% nie miało zdania.

Tab.6. Poczucie na temat autonomii zawodu, a wiek badanych respondentów

| Czy zdaniem Pana/Pani zawód pielęgniarki jest zawodem autonomicznym i samodzielny? | Ogółem | |
|--|------------|------------|
| | N | % |
| Tak | 43 | 39 |
| Raczej tak | 47 | 43 |
| Nie | 11 | 10 |
| Zdecydowanie nie | 3 | 3 |
| Nie mam zdania | 5 | 5 |
| Razem | 109 | 100 |

Analiza odniesienia odczuwanej autonomii zawodu do płci wykazała, że najczęściej poczucie autonomii zgłaszały pielęgniarki w wieku 41-50 lat (18% badanych) oraz 51-60 lat (13%). Inne grupy wieku to 6% deklarujących poczucie autonomii w wieku 31-40 lat i 2% do 30 lat.

Na uwagę zasługuje fakt, że poczucie autonomii wśród pielęgniarek dominuje nad ich innym stosunkiem do zawodu (82% badanych).

Najniżej swoją autonomię zawodową oceniają pielęgniarki w wieku do 30 lat, 41-50 lat i 51-60 lat (po 1%).

Zdaniem badanych w wieku 41-50 lat zawód pielęgniarki jest zawodem autonomicznym ponieważ po 18% respondentów odpowiedziało na pytanie „tak” lub „raczej tak”. 13% badanych w wieku 51-60 lat potwierdziło poczucie autonomii zawodu odpowiadając „tak”, a 14% „raczej tak”. Po 1% badanych odpowiedziało „zdecydowanie nie” czyli ich zdaniem zawód pielęgniarki nie jest zawodem autonomicznym.

Odniesienie poczucia autonomii do wykształcenia potwierdziło, że im wyższe wykształcenie tym jest większe poczucie autonomii zawodowej. 39% badanych odpowiedziało „tak” i 43% „raczej tak”, a tylko 10% „nie” i 3% „zdecydowanie nie”. Na ten temat tylko 5% nie miało zdania.

Odniesienie poczucia autonomii do miejsca zatrudnienia potwierdziło, że zawód pielęgniarki jest zawodem autonomicznym, ponieważ z ogółu badanych 39% odpowiedziało „tak”, a 43% „raczej tak”.

Analizując wyniki badań można stwierdzić, że według respondentów wykonywanie badań fizykalnych przez pielęgniarki postrzegane jest przez pozostały personel medyczny niekorzystnie, gdyż 25% badanych respondentów wybrało odpowiedź „źle”, a 23% „bardzo źle”. Pozostałe odpowiedzi to: „bardzo dobrze” wybrało 9%, „dobrze” 17% i „raczej dobrze” 21%.

Tab.7. Postrzeżenie przez pozostały personel samodzielne wykonywanie badań fizykalnych przez pielęgniarki

| Jak postrzegane jest w Państwa środowisku pracy samodzielne wykonywanie badań fizykalnych przez pozostały personel medyczny? | Ogółem | |
|--|--------|-----|
| | N | % |
| Bardzo dobrze | 10 | 9 |
| Dobrze | 19 | 17 |
| Z Raczej dobrze | 23 | 21 |
| Źle | 27 | 25 |
| Bardzo źle | 25 | 23 |
| Nie mam zdania | 5 | 5 |
| Razem | 109 | 100 |

Analiza wyników postrzegania wykonywania badań fizykalnych wg wykształcenia wykazała, że samodzielne wykonywanie badań fizykalnych przez pielęgniarki jest „źle” lub „bardzo źle” postrzegane przez blisko 50% pozostałego personelu medyczny. Odpowiedź „źle” wybrało 6% pielęgniarek z wykształceniem średnim ze specjalizacją, 4% z licencjatem, 5% licencjat ze specjalizacją, a 3% magister pielęgniarstwa, 6% magister pielęgniarstwa ze specjalizacją oraz 3% magister innej specjalności ze specjalizacją, co stanowi 25% ogółu badanych.

Natomiast odpowiedź „bardzo źle” wybrało po 4% badanych pielęgniarek z wykształceniem średnim i ze specjalizacją, z licencjatem oraz 5% z licencjatem i specjalizacją.

Do autonomii pielęgniarek w zakresie badania fizykalnego „bardzo źle” odniosło się 6% pielęgniarek z tytułem magistra pielęgniarstwa, 4% z magistrem pielęgniarstwa i ze specjalizacją oraz 2% magister innej specjalności ze specjalizacją, co stanowi 23% ogółu badanych. „Bardzo dobrze” oceniło te kompetencje tylko 9% ogółu badanych, „dobrze” 17%, a „raczej dobrze” 21%.

Samodzielne wykonywanie badania fizykalnego postrzegane jest przez pozostały personel w zależności od miejsca zatrudnienia. 15% badanych pracujących w szpitalu wojewódzkim „źle” postrzega samodzielne wykonywanie badania fizykalnego przez pielęgniarki, a „bardzo źle” widzi to 17%. W szpitalu specjalistycznym „źle” postrzega fakt badania fizykalnego przez pielęgniarki 5% badanych, a „bardzo źle” 3%.

Respondenci odnosząc się do wykonywania badania fizykalnego w większości potwierdzili przydatność kompetencji. Jest ono „raczej” przydatne w pracy pielęgniarki wg 55% badanych oraz przydatne wg 39%. Odpowiedzi przeczące nie występowały, natomiast 6% badanych respondentów nie miało zdania na ten temat. Oznacza to, że dominująca część badanych (94%) deklaruje przydatność tej kompetencji u pielęgniarek.

Odnosząc zdanie na temat przydatności badania fizykalnego w pracy do wykształcenia pielęgniarek stwierdzono, że 8% pielęgniarek z wykształceniem średnim i specjalizacją wybrało odpowiedź „tak”, „raczej tak” 14%, z licencjatem „tak” 5%, „raczej tak” 9%, z licencjatem i specjalizacją „tak” 8%, „raczej tak” 13%, z magistrem pielęgniarstwa „tak” 6%, „raczej tak” 8%, z magistrem pielęgniarstwa i specjalizacją „tak” 7%, „raczej tak” 10%, z magistrem innej specjalności i specjalizacją „tak” 6%, „raczej tak” 1%, co stanowi, że 39% badanych odpowiedziało „tak” i 55% „raczej tak”.

Odnosząc zdanie badanych na temat przydatności badania fizykalnego w pracy do miejsca zatrudnienia stwierdzono, że osoby wykonujące zawód pielęgniarki w szpitalu specjalistycznym wybrały odpowiedź „tak” (8%), a „raczej tak” 13%.

W szpitalu wojewódzkim 15% odpowiedziało „tak”, a „raczej tak” 36%. W odniesieniu do ogółu badanych 39% odpowiedziało „tak”, a 55% „raczej tak”. Natomiast tylko 6% ogółu badanych nie miało zdania na ten temat.

85% respondentów badanie fizykalne zalicza do świadczeń diagnostycznych, 9% uznało je za świadczenia zapobiegawcze, a 6% za lecznicze.

Tab.8. Rodzaj świadczenia jakim jest badanie fizykalne

| Rodzaj świadczenia jakim jest badanie fizykalne | Ogółem | |
|---|--------|-----|
| | N | % |
| zapobiegawcze | 10 | 9 |
| diagnostyczne | 93 | 68 |
| lecznicze | 6 | 3 |
| rehabilitacyjne | 24 | 18 |
| Razem | 133 | 100 |

Wyniki badań po uwzględnieniu wykształcenia badanych potwierdziły, że badanie fizykalne zostało uznane przez 17% badanych z wykształceniem średnim i ze specjalizacją za świadczenie diagnostyczne. Takiego zdania było też 8% badanych z licencjatem, 15% z licencjatem i specjalizacją, 12% z magistrem pielęgniarstwa oraz 15% magistrów pielęgniarstwa ze specjalizacją.

18% respondentów z wykształceniem średnim i ze specjalizacją uznało badanie fizykalne za świadczenie rehabilitacyjne, a 2% za świadczenie zapobiegawcze.

Za świadczenie lecznicze uznało je 3% badanych z licencjatem i 2% magister innej specjalności ze specjalizacją.

W odniesieniu do miejsca zatrudnienia badanie fizykalne zostało uznane za świadczenie diagnostyczne przez 45% pracujących w szpitalu wojewódzkim, 17% pracujących w szpitalu specjalistycznym, przez 14% pracujących w ratownictwie medycznym, 6% pracujących w przychodniach i 4% samozatrudniających się. Tylko 6% ogółu badanych uznało badanie fizykalne za świadczenie lecznicze i 9% za świadczenie zapobiegawcze.

W zakresie przyporządkowania badania fizykalnego do rodzaju wymogów formalno-prawnych regulujących jego wykonywanie 63% badanych wskazało „rozporządzenie”, 32% „ustawę”, a 5% „wytyczne”.

Odnosząc się do wykształcenia rozporządzenie wskazało 13% pielęgniarek z wykształceniem średnim i ze specjalizacją, 8% z tytułem licencjata, 11% z licencjatem i specjalizacją, 10% z tytułem magistra, 16% z magistrem pielęgniarstwa i specjalizacją. Stanowi to 63 % ogółu badanych. Natomiast 32% ogółu badanych jest zdania, że wymogi te zawiera ustawa.

Według 44% badanych pracujących w szpitalu wojewódzkim wymogi formalno-prawne dotyczące wykonywania badań fizykalnych przez pielęgniarki reguluje Rozporządzenie, 9% twierdziło, że jest to Ustawa, 17% pracujących w szpitalu specjalistycznym było zdania, że wymogi te zawarte są w Ustawie, 3% w Rozporządzeniu, a 1% w wytycznych. Według pracujących w Ratownictwie Medycznym 11% wymogi te zawarte są w Rozporządzeniu, 4% w Ustawie i 1% w wytycznych. Zdaniem samozatrudniających się w opinii 3% jest to Rozporządzenie, a wg 2% Ustawa.

Największą samodzielność w obszarze oceny ogólnej chorego pielęgniarki wykazują w odniesieniu do pomiaru ciśnienia tętniczego, gdyż jego wykonywanie potwierdziło 64% badanych.

Za obszar samodzielnego działania pielęgniarki pomiar temperatury ciała uznało 26% ogółu badanych, 4% wskazało na ocenę skóry, 3% ocenę charakteru i zapachu oddechu, 1% ocenę cech nawodnienia, 1% wyglądu paznokci, 1% wyglądu i stanu spojówek, a 0% ocenę dziąseł i zębów.

Tab.9. Samodzielność pielęgniarki w obszarze oceny ogólnej chorego

| Samodzielność pielęgniarki w obszarze oceny ogólnej chorego | Ogółem | |
|---|--------|----|
| | N | % |
| pomiar temperatury | 28 | 26 |
| pomiar ciśnienia tętniczego krwi | 71 | 64 |
| ocena skóry | 4 | 4 |

| | | |
|------------------------------------|-----|-----|
| ocena charakteru i zapachu oddechu | 3 | 3 |
| ocena nawodnienia | 1 | 1 |
| ocena wyglądu paznokci | 1 | 1 |
| ocena wyglądu i stanu spojówek | 1 | 1 |
| dziąseł i zębów | 0 | 0 |
| Razem | 109 | 100 |

Opinię że w zakresie samodzielności pielęgniarki dominuje pomiar ciśnienia tętniczego wyraziło 13% osób z wykształceniem średnim i ze specjalizacją, 7% z licencjatem, 19% z licencjatem i specjalizacją, 11% z magistrem pielęgniarstwa, 10% z magistrem pielęgniarstwa i specjalizacją, 5% z magistrem innej specjalności i specjalizacją. Co stanowi 64% ogółu badanych.

Uwzględniając miejsce zatrudnienia stwierdzono, że największą samodzielność respondenci wykazują w obszarze oceny ogólnej chorego, którym jest pomiar ciśnienia tętniczego krwi. Tak wskazywało 39% pielęgniarek pracujących w szpitalu wojewódzkim, natomiast 15% pracujących w szpitalu specjalistycznym, 7% pracujących w Ratownictwie Medycznym. Na pomiar ciśnienia tętniczego wskazało 64% ogółu badanych, 26% wskazało na pomiar temperatury ciała, 4% na ocenę skóry, 3% charakteru zapachu oddechu, 1% na ocenę cech nawodnienia organizmu, wygląd paznokci, stan i wygląd spojówek, a 0% oceniło w ten sposób dziąsła i zęby.

W zakresie opinii dotyczącej samodzielności pielęgniarki w obszarze oceny ogólnej chorego najwięcej badanych tj. 64% wskazało na pomiar ciśnienia tętniczego krwi, 26% uznało, że jest to pomiar temperatury, 4% ocena skóry, a po 1% wskazało na ocenę nawodnienia organizmu, wyglądu paznokci oraz wyglądu i stanu spojówek.

Analizując wyniki dotyczące największej samodzielności pielęgniarek w zakresie realizacji badania fizykalnego w zakresie oceny układu sercowo-naczyniowego na pomiar tętna wskazało 80% badanych, 16% uznało, że jest to ocena obrzęków, 3%, że ocena wypełnienia żył, 2%, że osłuchiwanie tonów serca, a nikt nie wskazał badani uderzenia koniuszkowego serca.

Tab.10. Samodzielność pielęgniarki w obszarze układu sercowo-naczyniowego chorego

| Samodzielność pielęgniarki w obszarze układu sercowo-naczyniowego chorego | Ogółem | |
|---|--------|-----|
| | N | % |
| pomiar tętna | 87 | 80 |
| obecność obrzęków | 17 | 16 |
| ocena wypełnienia żył szyjnych | 3 | 3 |
| badanie uderzenia koniuszkowego | 0 | 0 |
| osłuchiwanie tonów serca | 2 | 2 |
| Razem | 109 | 100 |

W opinii 17% pielęgniarek z wykształceniem średnim i ze specjalizacją samodzielność badania układu sercowo- naczyniowego przejawia się w pomiarze tętna i takiego zdania było także 10% licencjatów, 17% osób z licencjatem i specjalizacją, 14% magistrów pielęgniarstwa, 16% magistrów pielęgniarstwa ze specjalizacją, 6% magistrów innej specjalności i ze specjalizacją, co stanowi 74% ogółu badanych.

Obecność obrzęków ocenia 6% z wykształceniem średnim ze specjalizacją, 4% z licencjatem, 3% licencjat ze specjalizacją, 1% magistrów pielęgniarstwa, 3% magistrów pielęgniarstwa ze specjalizacją, co stanowi 16% ogółu badanych.

Ocenę wypełnienia żył szyjnych wykonuje tylko 3% badanych z licencjatem i specjalizacją. Wśród badanych nikt nie wykonuje badania uderzenia koniuszkowego i tylko 1% wykonuje badanie tonów serca z wykształceniem magister pielęgniarstwa i magistra innej specjalności ze specjalizacją.

Wyniki badań biorące pod uwagę miejsce zatrudnienia wykazały, że największa samodzielność pielęgniarki w zakresie realizacji oceny układu sercowo-naczyniowego to pomiar tętna, na którego wykonywanie wskazało 44% respondentek zatrudnionych w szpitalach wojewódzkich, 19% w szpitalach specjalistycznych, 4% w przychodniach, 9% w Ratownictwie Medycznym oraz 4% samozatrudniających się.

Obecność obrzęków ocenia 6% pracujących w szpitalu wojewódzkim, 3% w przychodniach i 6% w Ratownictwie Medycznym.

Analizując dalsze pytania kwestionariusza ankiety stwierdzono, że wg 61% badanych samodzielność pielęgniarki w obszarze układu oddechowego chorego w największym stopniu

obejmuje pomiar saturacji, wg 16% jest to osłuchiwanie i opukiwanie, 12% ocena oddechu, a 12% badanie palpacyjne.

Tab.11. Samodzielność pielęgniarki w obszarze układu oddechowego chorego

| Samodzielność pielęgniarki w obszarze układu oddechowego chorego | Ogółem | |
|--|--------|-----|
| | N | % |
| osłuchiwanie, opukiwanie | 17 | 16 |
| badania palpacyjnego | 12 | 11 |
| pomiaru saturacji | 67 | 61 |
| oceny oddechu | 13 | 12 |
| Razem | 109 | 100 |

Uwzględniając wykształcenie stwierdzono, że największą samodzielność w ocenie układu oddechowego chorego wykazuje 17% pielęgniarek z licencjatem i specjalizacją, 14% z wykształceniem średnim i specjalizacją, 11% magistrów pielęgniarstwa ze specjalizacją, 8% magistrów pielęgniarstwa, 6% licencjatów, 6% magistrów innej specjalności i ze specjalizacją. Osłuchiwanie i opukiwanie wykonuje 6% pielęgniarek z wykształceniem średnim i specjalizacją, 4% licencjatów ze specjalizacją, 3% licencjatów, 2% magistrów pielęgniarstwa i magistrów pielęgniarstwa ze specjalizacją.

Badanie palpacyjne wykonywane jest przez 5% magistrów pielęgniarstwa i ze specjalizacją, 4% magistrów pielęgniarstwa i 3% licencjatów.

Oceny oddechu dokonuje 4% pielęgniarek z wykształceniem średnim i specjalizacją, 3% z tytułem licencjata i ze specjalizacją, 2% licencjatem i magistrów pielęgniarstwa oraz 1% magistrów pielęgniarstwa ze specjalizacją i magistrów innej specjalności ze specjalizacją.

Samodzielność pielęgniarki w obszarze badania układu oddechowego (biorąc pod uwagę miejsce zatrudnienia) przejawia się w pomiarze saturacji. Tak twierdzi 35% badanych pracujących w szpitalu wojewódzkim, 14% w szpitalu specjalistycznym, 8% w Ratownictwie Medycznym, 3% samozatrudniających się oraz 2% pracujących w przychodniach.

Oceny oddechu dokonuje 5% pielęgniarek pracujących w szpitalu wojewódzkim. Badanie palpacyjne pielęgniarka wykonuje w ramach badania fizykalnego wg 4 % pracujących w szpitalu wojewódzkim i specjalistycznym oraz wg 3% w Ratownictwie Medycznym.

Oceniając możliwość samodzielnego wykonywania badania fizykalnego przez pielęgniarki w aspekcie jego wpływu na postrzeganie autonomii zawodu jakim jest pielęgniarstwo stwierdzono, że 48% badanych oceniło ten zakres dobrze, 28% raczej dobrze, 17% bardzo dobrze, 6% nie miało zdania, a 1% raczej dobrze.

Tab.12. Postrzeganie przez pacjentów samodzielnego wykonywania badań fizykalnych przez pielęgniarki

| Postrzeganie przez pacjentów samodzielnego wykonywania badań fizykalnych przez pielęgniarki | Ogółem | |
|---|--------|-----|
| | N | % |
| Bardzo dobrze | 18 | 17 |
| Dobrze | 53 | 48 |
| Raczej dobrze | 31 | 28 |
| Źle | 0 | 0 |
| Raczej źle | 1 | 1 |
| Nie mam zdania | 6 | 6 |
| Razem | 109 | 100 |

Odniesienie tego stanowiska do wykształcenia wykazało, że badani z wykształceniem średnim i ze specjalizacją ocenili (6%) postrzeganie samodzielnego wykonywania badań fizykalnych bardzo dobrze, 14% dobrze, a 3% raczej dobrze.

Z tytułem licencjata 1% wskazało „bardzo dobrze”, 6% „dobrze”, 6% „raczej dobrze”. Z kolei licencjat ze specjalizacją wskazywał 3% „bardzo dobrze”, 13% „dobrze”, 5% „raczej dobrze”. Osoby z tytułem magister pielęgniarstwa w 4% wskazały „bardzo dobrze”, 6% „dobrze”, 6% „raczej dobrze”, zaś magister pielęgniarstwa ze specjalizacją 4% „bardzo dobrze”, 7% „dobrze”, 7% „raczej dobrze”.

Odniesienie tego stanowiska do miejsca zatrudnienia wykazało, że badani zatrudnieni w szpitalu wojewódzkim wybrali odpowiedź „dobrze” co stanowi 31%, „raczej dobrze” 12% i „bardzo dobrze” 6%. Pracujący w szpitalu specjalistycznym w 3% wskazali odpowiedź „bardzo dobrze”, 8% „dobrze”, 9% „raczej dobrze”. W pozostałych miejscach zatrudnienia wypowiedzi na poziomie 1-6% to „bardzo dobrze”, 2-4% „dobrze”, 1-5% „raczej dobrze”.

W toku analizy wyników badań dokonano oceny w zakresie samodzielnego wykonywania badania fizykalnego przez pielęgniarki w opinii rodziny pacjenta. Kompetencje pielęgniarek w zakresie wykonywania badania fizykalnego 47% rodzin chorych dobrze postrzega dodatkowe kompetencje pielęgniarek, 32% postrzega je raczej dobrze, a 14% bardzo dobrze.

Tab.13. Postrzeganie przez rodzinę pacjenta samodzielnego wykonywania badań fizykalnych przez pielęgniarki wg wykształcenia badanych

| Postrzeganie przez rodzinę pacjenta samodzielnego wykonywania badań fizykalnych przez pielęgniarki | Ogółem | |
|--|--------|------|
| | N | % |
| Bardzo dobrze | 15 | 14% |
| Dobrze | 52 | 47 |
| Raczej dobrze | 35 | 32 |
| Źle | 1 | 1 |
| Raczej źle | 1 | 1 |
| Nie mam zdania | 5 | 5 |
| Razem | 109 | 100% |

Odniesienie tego stanowiska do wykształcenia wykazało, że badani ze średnim wykształceniem i specjalizacją (13%) wskazali odpowiedź „dobrze”, 3% „bardzo dobrze”, 6% „raczej dobrze”, „raczej źle tylko 1%.

Natomiast badani z tytułem licencjata, licencjata ze specjalizacją, magistra pielęgniarstwa i magistra pielęgniarstwa ze specjalizacją wskazali odpowiedź „dobrze” (5-10%), „bardzo dobrze”(2-4%) i „raczej dobrze” 2-7%.

Odniesienie samodzielnego wykonywania badań fizykalnych przez pielęgniarki w aspekcie postrzegania przez rodzinę pacjenta do miejsca zatrudnienia wykazało, że wśród respondentów pracujących w szpitalu wojewódzkim odpowiedź „dobrze” wybrało 32% badanych, „raczej dobrze” 16%, a 2% „bardzo dobrze”.

Natomiast w pozostałych miejscach zatrudnienia odpowiedź „dobrze” wybrało 2-11% badanych, „raczej dobrze” 2-9%, a 1-4% „bardzo dobrze”.

Analiza w aspekcie wykształcenia potwierdziła, że 43% odpowiedziało „tak”, 54% „raczej tak”, 6% czyli bardzo niewielki procent ogółu badanych respondentów odpowiedziało „nie” i 3% jest zdania, że obecny proces kształcenia nie przygotowuje w pełni do samodzielnego wykonywania badania fizykalnego przez pielęgniarki. Tylko 2% „nie miało zdania” na ten temat.

Oceniając system kształcenia pielęgniarek wobec poziomu ich przygotowania do wykonywania badania fizykalnego uzyskano potwierdzenie, że system dotychczasowego kształcenia pielęgniarek w pełni przygotowuje je do samodzielnego wykonywania badania fizykalnego, gdyż 43% badanych odpowiedziało „tak”, 54% „raczej tak”, 7% odpowiedziało „nie”, 3% „raczej nie”, a 2% „nie miało zdania”, na ten temat.

Tab.14. System kształcenia wobec poziomu przygotowania do wykonywania zawodu

| System kształcenia wobec poziomu przygotowania do wykonywania zawodu | Ogółem | |
|--|--------|-----|
| | N | % |
| Tak | 43 | 39 |
| Raczej tak | 54 | 50 |
| Nie | 7 | 6 |
| Raczej nie | 3 | 3 |
| Nie mam zdania | 2 | 2 |
| Razem | 109 | 100 |

Według badanych respondentów ze względu na ich miejsce zatrudnienia wyniki wykazują, iż proces dotychczasowego kształcenia w pełni przygotowuje pielęgniarzki do samodzielnego wykonywania przez nie badania fizykalnego, ponieważ 39% respondentów odpowiedziało „tak”, 50% „raczej tak”, 6% odpowiedziało „nie”, a 3% „raczej nie. Tylko 2% „nie miało zdania „ na ten temat.

Biorąc po uwagę wiek badanych respondentów w odniesieniu do ich kompetencji w zakresie badania fizykalnego podczas wykonywania czynności związanych z zawodem wyniki badań potwierdziły, że 19% osób w wieku 41-50 lat odpowiedziało „tak”, „raczej tak” odpowiedziało 18%. Z grupy w wieku 41-50 lat odpowiedzi „nie” udzieliło 3%, „zdecydowanie nie” 1% i 1% nie miało zdania na ten temat. W przedziale wieku 51-60 lat odpowiedź „tak” wskazało 17%, „raczej tak” 10%, „nie” 2% i „zdecydowanie nie” 1%. 4% badanych w wieku do 30 lat odpowiedziało „tak” i 3% „raczej tak”, natomiast 9% w przedziale wieku 31-40 lat odpowiedziało „tak”, 8% „raczej tak” i 1% udzieliło odpowiedzi „nie”.

Uwzględniając wykształcenie badanych stwierdzono, że swoje kompetencje w zakresie badania fizykalnego podczas wykonywania czynności związanych z zawodem uznaje 10% osób posiadających wykształcenie średnie ze specjalizacją, a „raczej tak” 12%.

Badanych z licencjatem na „tak” była 9%, a „raczej tak” 4%, z licencjatem i ze specjalizacją na „tak” było 11% i 7% na „raczej tak”, po 7% było magistrów pielęgniarstwa na „tak” i „raczej tak”, magistrów pielęgniarstwa ze specjalizacją na „tak” było 9% i na „raczej tak” 7%, natomiast magistrów innej specjalności ze specjalizacją na „tak” było 3% i na „raczej tak” 2%.

Biorąc pod uwagę miejsce zatrudnienia stwierdzono, że 28% badanych pracujących w szpitalu wojewódzkim wykorzystuje swoje kompetencje do badania fizykalnego, a „raczej” korzysta z nich 18%. Po 2% tam pracujących nie korzysta z tego i nie robi tego „zdecydowanie” lub „nie miało zdania”.

7% pracujących w szpitalu specjalistycznym wykorzystuje kompetencje do badania fizykalnego, „raczej tak” robiło to 12%, „nie” i „zdecydowanie nie” 1%.

Natomiast 7% pracujących w Ratownictwie Medycznym potwierdziło wykorzystywanie umiejętności, a 6% raczej je wykorzystywało.

Z badania fizykalnego korzystało 4%, a 2% „raczej tak” pracujących w przychodni. Spośród samo zatrudniających się korzysta z kompetencji badania 3%, a 1% „raczej” korzysta z tej umiejętności.

Biorąc pod uwagę wyniki badań ustalono także częstotliwość wykonywania badania fizykalnego przez pielęgniarki. Procedurę badania 64% pielęgniarek przeprowadza często, 28% sporadycznie, a 8% wykonuje ją rzadko. Wśród badanych respondentów nie było osób, które nie wykonują badania fizykalnego, a posiadają kwalifikacje uprawniające do jego przeprowadzenia.

Tab.15. Częstotliwość wykonywania badań fizykalnych w codziennej pracy pielęgniarki

| Częstotliwość wykonywania badań fizykalnych w codziennej pracy pielęgniarki | Ogółem | |
|---|--------|-----|
| | N | % |
| Często | 70 | 64 |
| Sporadycznie | 30 | 28 |
| Rzadko | 9 | 8 |
| Nigdy | 0 | 0 |
| Razem | 109 | 100 |

Odniesienie częstotliwości wykonywania badań fizykalnych w codziennej pracy pielęgniarki do wykształcenia wykazało, że wśród badanych z wykształceniem średnim ze specjalizacją wykorzystuje swoje kompetencje „często” 14%, 7% sporadycznie. 14% osób z licencjatem i ze specjalizacją robi to „często”, a 4% sporadycznie. Spośród magistrów pielęgniarstwa 11% badanie wykonuje „często”, a 5% sporadycznie. Spośród magistrów pielęgniarstwa ze specjalizacją 12% robi to „często”, a 6% sporadycznie.

Analizując częstotliwość realizacji badania fizykalnego w praktyce z uwzględnieniem miejsca zatrudnienia stwierdzono, że wśród badanych pracujących w szpitalu wojewódzkim „często” bada fizykalnie 40% pielęgniarek, 9% robi to sporadycznie, a 3% „rzadko”.

W szpitalu specjalistycznym 9% bada „często”, 7% „sporadycznie”, a 5% „rzadko”. 6% badanych z wykształceniem średnim i ze specjalizacją bada fizykalnie, 13% „raczej” to robi. 2% z tytułem licencjata bada, a 6% „raczej” to robi. Z grupy z tytułem magistra pielęgniarstwa 7% bada, a 4% „raczej” to robi. Po 6% badanych magistrów pielęgniarstwa ze specjalizacją

bada i „raczej” bada. Wśród magistrów innej specjalności ze specjalnością bada, a 5% na „raczej” to robi.

Analiza wyników ze względu na miejsce zatrudnienia pozwoliła stwierdzić, że wśród pracujących w szpitalu specjalistycznym 9% badanych podaje, że bada fizykalnie, a „raczej” robi to 11%. Wśród pracujących w szpitalu wojewódzkim bada 8%, 29% podaje, że raczej to robi. W pozostałych miejscach zatrudnienia bada fizykalnie 2-5% pielęgniarek, a raczej to robi 1-4%.

Analizując wymogi dotyczące samodzielnego wykonywania badań fizykalnych przez pielęgniarkę stwierdzono, że zdaniem 45% badanych respondentów do takich czynności wymagane jest ukończenie kursu specjalistycznego, 39% twierdzi, że powinno to być szkolenie specjalizacyjne, a 16%, że podyplomowe.

Tab.16. Wymogi dotyczące samodzielnego wykonywania badań fizykalnych przez pielęgniarkę , a wykształcenie

| Wykonywanie badania fizykalnego przez pielęgniarkę w ramach świadczeń diagnostycznych bez zlecenia lekarskiego | Ogółem | |
|--|--------|-----|
| | N | % |
| nie wymaga specjalnych uprawnień | 0 | 0 |
| wymaga ukończenia szkolenia podyplomowego | 14 | 16 |
| wymaga ukończenia szkolenia specjalizacyjnego | 33 | 39 |
| wymaga ukończenia kursu specjalistycznego | 38 | 45 |
| Razem | 109 | 100 |

Odniesienie realizacji badania fizykalnego przez pielęgniarki do ich wykształcenia wykazało, że 2% badanych z tytułem licencjata uważa, że wykonywanie takiej czynności wymaga ukończenia szkolenia podyplomowego, 12% szkolenia specjalizacyjnego, a 11% ukończenia kursu specjalistycznego.

Podobnie twierdzili badani z tytułem licencjata, licencjata ze specjalizacją, magistra pielęgniarstwa, magistra pielęgniarstwa ze specjalizacją oraz magistra innej specjalności ze specjalizacją.

Odniesienie wyników do miejsca zatrudnienia potwierdziło, że w grupie opowiadającej się za koniecznością ukończenia kursu specjalistycznego dominowały pielęgniarki pracujące

w szpitalu wojewódzkim (28%), 6% pracowało w ratownictwie, 4% w szpitalu specjalistycznym, 2% w przychodni, a 1% to samozatrudniający się.

W grupie osób, które uznały, że wykonywanie badania fizykalnego przez pielęgniarkę wymaga ukończenia szkolenia specjalizacyjnego było 17% pielęgniarek pracujących w szpitalu wojewódzkim, 13% w specjalistycznym, 6% w ratownictwie medycznym i po 3% w przychodni i samozatrudniających się.

Zdania, że pielęgniarka może wykonywać badanie fizykalne po ukończeniu szkolenia podyplomowego było 7% pielęgniarek pracujących w szpitalu wojewódzkim, 5% w specjalistycznym, 4% w ratownictwie, 2% w przychodni, a 1% samozatrudniających się.

Analiza wyników uprawnień pielęgniarki zgodnie z obowiązującymi regulacjami wykazała, że pielęgniarka jest uprawniona do wykonywania samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego badania fizykalnego umożliwiającego wczesne wykrywanie chorób sutka. Analizując wyniki stwierdzono, że według badanych z wykształceniem średnim i ze specjalizacją takiego zdania było 6% badanych i 14% przypuszczało, że tak jest. 5% z tytułem licencjata odpowiedziało „tak”, a 7% „raczej tak”.

Po 7% osób z tytułem magistra pielęgniarstwa było na „tak i „raczej tak”. 8% magistrów pielęgniarstwa ze specjalizacją wybrało odpowiedź „tak”, a 4% „raczej tak”. 34% ogółu badanych wybrało odpowiedź „tak” i 51% „raczej tak”. 3% raczej nie, a 12% nie miało zdania w tym zakresie.

Tab.17. Uprawnienia pielęgniarki do badań fizykalnych bez zlecenia lekarskiego mających na celu wykrywanie chorób sutka

| Czy pielęgniarka zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego badania fizykalnego umożliwiającego wykrywanie chorób sutka | Ogółem | |
|---|--------|-----|
| | N | % |
| Tak | 37 | 34 |
| Raczej tak | 56 | 51 |
| Nie | 0 | 0 |
| Raczej nie | 3 | 3 |
| Nie mam zdania | 13 | 12 |
| Razem | 109 | 100 |

Odniesienie wyników badań dotyczących uprawnienia pielęgniarki do badań fizykalnych bez zlecenia lekarskiego mających na celu wykrywanie chorób sutka do miejsca zatrudnienia pozwoliło stwierdzić, że pielęgniarka zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi jest uprawniona do wykonywania samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego badania fizykalnego

umożliwiającego wczesne wykrywanie chorób sutka. Taką opinię potwierdziło 16% pracujących w szpitalu wojewódzkim wybierając odpowiedź „tak” i 29% „raczej tak”.

W pozostałych miejscach zatrudnienia większość badanych wybrała odpowiedź „tak” i „raczej tak”.

Analizując wyniki i odnosząc je do wykształcenia badanych stwierdzono, że zdecydowana większość tj. 97% bez względu na wykształcenie stwierdziła, że pielęgniarkę upoważniają do samodzielnego wykonywania badań fizykalnych wszystkie wymienione rodzaje szkoleń.

Jedynie 1% badanych z licencjatem uznało, że wystarczy kurs specjalistyczny lub tytuł specjalisty oraz po 1% pielęgniarek specjalistek ze średnim wykształceniem oraz z tytułem licencjata, że uprawnienia do badania fizykalnego posiada pielęgniarka, która ukończyła studia I-go stopnia na kierunku pielęgniarstwo.

Uwzględniając miejsce zatrudnienia stwierdzono, że 97% badanych bez względu na miejsce zatrudnienia stwierdziła, że pielęgniarkę upoważniają do samodzielnego wykonywania badań fizykalnych wszystkie wymienione rodzaje szkoleń.

Po 1% pielęgniarek pracujących w szpitalu wojewódzkim wskazało na kurs specjalistyczny lub tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa oraz ukończenie studiów I-go stopnia jako upoważniające do samodzielnego badania fizykalnego. 1% pielęgniarek z POZ wskazało, że jest to ukończenie studiów licencjackich .

Dyskusja. Zawód pielęgniarki jest zawodem autonomicznym i pielęgniarka może samodzielnie bez zlecenia lekarza podejmować działania i udzielać świadczeń zdrowotnych (zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych), do których musi jednak posiadać kwalifikacje i kompetencje [6].

Pielęgniarki mają aktualnie poczucie autonomii zawodowej, które postrzegają jako niezależność w realizowaniu zadań zawodowych dających możliwość planowania własnej pracy, swobodnego wyboru metod oraz ich oceny.

Obecny system kształcenia pozwala przygotować pielęgniarki do wykonywania świadczeń związanych z opieką pielęgniarską w odniesieniu do różnych kategorii odbiorców świadczeń, w różnym stanie zdrowia, w warunkach szpitalnych, ambulatoryjnych oraz w środowisku zamieszkania umożliwiając korzystanie z autonomii zawodowej [7].

W związku z tak szerokim zakresem opieki bardzo ważnym jest posiadanie przez pielęgniarki kompetencji w zakresie wykonywania badań fizykalnych, których celem jest ocena stanu zdrowia pacjenta pozwalająca na sformułowanie diagnozy pielęgniarskiej. Za pomocą takiego badania pielęgniarka może określić pojawiające się odchylenia od normy (fizjologii) bez konieczności stawiania diagnozy lekarskiej. Umiejętność stawiania diagnozy pielęgniarskiej

stwarza szansę na szybsze zauważenie problemu zdrowotnego, ustalenie celu działania, zaplanowaniu działania oraz na ocenie pojętych działań [7].

We współczesnym pielęgniarstwie badanie fizykalne jest integralnym elementem procesu pielęgnowania, natomiast umiejętność prawidłowego i profesjonalnego wykonywania badania fizykalnego przyczynia się między innymi do polepszenia współpracy z zespołem terapeutycznym [5].

Obecnie pielęgniarki posiadają kompetencje do realizacji nowych zadań i wyzwań jakim jest badanie fizykalne, gdyż absolwenci kierunku pielęgniarstwo, którzy ukończyli studia I stopnia są przygotowani do realizacji świadczeń diagnostycznych obejmujących badanie fizykalne w zakresie określonym dla tych kierunków studiów, które można określić jako świadczenia podstawowe, które może być przez pielęgniarkę wykonane samodzielnie bez zlecenia lekarskiego [8].

Pielęgniarka stosująca badanie fizykalne staje się pełnoprawnym członkiem zespołu terapeutycznego, a dla pacjenta bardziej kompetentnym i efektywnym opiekunem.

Dotychczasowe doniesienia na temat wykonywania badania fizykalnego przez pielęgniarki potwierdziły, że większość pielęgniarek oceniła poziom swojej wiedzy, umiejętności i doświadczenia w stosowaniu badania fizykalnego w praktyce na dostateczny pomimo, że potwierdziły posiadanie kompetencji po realizacji przedmiotu, odbyciu szkolenia lub kursu z badania fizykalnego.

Główną trudnością w realizacji badania w praktyce jest w opinii badaczy niepewność pielęgniarek wobec opinii środowiska pracy, bowiem wykonywanie badania fizykalnego w Polsce dotychczas było przypisywane praktyce lekarskiej [9].

Pielęgniarki realizują badanie fizykalne w specyficznych sytuacjach i w odniesieniu do wybranych grup swoich podopiecznych. Wykonanie badania fizykalnego w przypadku pacjenta w starszym wieku wymaga rozszerzenia go o dodatkowe elementy, takie jak: identyfikacja tzw. wielkich problemów geriatrycznych, uwzględnienie stanu psychicznego, czy ocena wydolności funkcjonalnej i umożliwia wykorzystanie posiadanych kompetencji i umiejętności [10].

Badania potwierdzają, że badanie fizykalne realizują także pielęgniarki pracujące w oddziałach chirurgicznych. Częściej wykonują one ogólne badanie fizykalne i pomiary oddechu, tętna, ciśnienia krwi i temperatury ciała podczas hospitalizacji w porównaniu z pielęgniarkami z oddziałów niechirurgicznych. Jednak przy przyjęciu do szpitala częściej oceniają układ tętniczy. Poziom wykształcenia i doświadczenie zawodowe w zawodzie to czynniki wpływające na częstotliwość badań fizykalnych [11].

Realizacja kompleksowego wywiadu i badania fizykalnego pacjenta w praktyce zawodowej odbywa się w różny sposób. Badania potwierdzają, że tylko niewielka część pielęgniarek realizuje je w praktyce. W badaniu Borowiak i wsp. tylko 42,8% pielęgniarek deklaruowało realizację badania fizykalnego. Wśród istniejących trudności w realizacji wywiadu i badania fizykalnego w praktyce pielęgniarskiej wskazano min.: małe wsparcie ze strony lekarzy, pielęgniarek, kadry zarządzającej oraz brak czasu/nadmiar obowiązków, brak wiedzy i umiejętności, brak akceptacji ze strony pacjentów, czy brak odpowiedniego sprzętu/pomieszczeń [12].

Brak jest doniesień w piśmiennictwie na temat wykorzystania kompleksowego badania fizykalnego w pracy pielęgniarki nefrologicznej. W związku z tym, że wiele schorzeń nerek wpływa na cały organizm badanie fizykalne należy traktować jako podstawowy element pielęgniarstwa nefrologicznego i istnieje konieczność zwiększenia zakresu umiejętności klinicznych dla wszystkich pielęgniarek nefrologicznych, a jedną z nich, która powinna być uniwersalna, jest umiejętność dokonywania badania fizykalnego pacjenta [13].

Badanie fizykalne jest także kluczowe w ocenie stanu zdrowia pacjentów z chorobami neurologicznymi. Ze względu na fakt, że badanie neurologiczne jest sztuką znajdowania objawów będących skutkiem zaburzenia czynności lub uszkodzenia układu nerwowego włączenie go do praktyki pielęgniarki neurologicznej stanowi ważny krok ku opiece holistycznej, obejmując aspekt biologiczny, funkcjonalny i psychospołeczny. Pielęgniarka wykorzystując w swej pracy badanie fizykalne staje się pełnoprawnym członkiem zespołu terapeutycznego, a w opinii pacjentów – kompetentnym opiekunem. Nabycie umiejętności oceny stanu zdrowia i stosowanie badania przedmiotowego zapewnia lepszą opiekę, jest wyrazem poszerzenia kompetencji i odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek, a także zwiększa prestiż zawodu [14].

Analizując zagadnienie badania fizykalnego w pielęgniarstwie w badaniach, w kontekście poczucia autonomii zawodowej badania potwierdzają, że pielęgniarki mają niską świadomość, że reprezentują wolny zawód i odczuwają niski poczucie autonomii zawodowej, a duży odsetek nie jest świadomy swojego profesjonalizmu i kompetencji [15].

Podsumowując z całą pewnością można stwierdzić, że badania z zakresu postrzegania przez pielęgniarki własnej autonomii odczuwane przez pryzmat czynności zawodowych, które mogą wykonywać bez zlecenia (w tym badanie fizykalne) powinny być podejmowane nadal celem bardziej całościowej oceny opisywanego problemu i jego głębszego poznania.

Wnioski

1. Zdaniem badanych zawód pielęgniarki jest zawodem autonomicznym.

2. Wykonywanie badań fizykalnych przez pielęgniarki ma wpływ na ich opinię dotyczącą autonomii zawodu.
3. Postrzeganie autonomii zawodowej przez pielęgniarki wyrażonej przez realizację badania fizykalnego nie zależy od wieku badanych.
4. Rodzaj wykształcenia i miejsce zatrudnienia respondentów mają wpływ na postrzeganie autonomii zawodowej przez pielęgniarki.
5. Wykonywanie badań fizykalnych przez pielęgniarki jest dobrze postrzegane przez pacjentów oraz ich rodziny, a źle widziane przez inny personel medyczny.

Bibliografia

1. Cipora E. Polskie pielęgniarstwo zawodowe – przeszłość i teraźniejszość” [w:] Rozmowy o profesjonalizacji w pielęgniarstwie, red. N. Gozdek, wyd. Werset, Lublin 2009.
2. Poznańska S. Pielęgniarstwo – zakresy rozumienia dziedziny [w:] Podstawy pielęgniarstwa, tom I, red. B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek, PZWL, Warszawa 2011.
3. Zarzycka D. Opieka, a pielęgniarstwo i pielęgnowanie [w:] Podstawy pielęgniarstwa, tom I, red. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K., PZWL, Warszawa 2011.
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. 2017 poz. 497) tekst jednolity.
5. Gorkowicz B, Strecker D. Rola badania fizykalnego w pracy pielęgniarki. Pielęgniarstwo XXI wieku 2007, 8:169-171.
6. [http://dziennikustaw.gov.pl/Dz.U. 2011 Nr 174 poz. 1039](http://dziennikustaw.gov.pl/Dz.U.2011.Nr.174.poz.1039): data dostępu: 02.04.2022, godzina 15:15.
7. Krajewska Kułak E. Szczepański M. [red]: Badanie fizykalne w praktyce pielęgniarek i położnych, Wyd. Czelej, Lublin 2009.
8. Kózka M. Opinia na temat samodzielnego wykonywania badania fizykalnego w praktyce pielęgniarki/położnej w tym ustosunkowania się do uprawnień uzyskiwanych przez absolwentów szkół licencyjnych oraz magisterskich w powyższym zakresie. Kraków, dnia 2012-10-18 <http://oipip.elblog.pl/wp-content/uploads/2013/05/osz12.pdf>
9. Stetoskop w praktyce pielęgniarskiej <http://intensywnaterapia.com/tag/badanie-fizykalne/> data dostępu: 10.04.2022, godzina 15:15.
10. Misiak K. Zadania pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w ujęciu gerontologicznym. Piel. Zdr. Publ. 2011; 1, 4: 359–366
11. Mędrzycka-Dąbrowska W, Piotrkowska R, Kwiecień-Jaguś K, Jarzynkowski P, Popiołek S. Badanie fizykalne stosowane przez pielęgniarki na wybranych oddziałach szpitalnych. Wyd. Borgis. Medycyna Rodzinna 2018; 1: 16-21.
12. Borowiak E. J, Bogus K, Glińska J. Kompleksowy wywiad i badanie fizykalne w praktyce pielęgniarskiej. Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej. 2020; 4, vol. 5: 283-296.
13. Grabowski W, Grabowska H, Gaworska – Krzemińska A, Rutkowski P. O potrzebie badania fizykalnego w pielęgniarstwie nefrologicznym. Problemy Pielęgniarstwa 2016; 23(4): 533-536.

[https://www.researchgate.net/publication/308573613_O_potrzebie_badiania_fizykalnego_w_pielęgniars
twie_nefrologicznym](https://www.researchgate.net/publication/308573613_O_potrzebie_badiania_fizykalnego_w_pielęgniars
twie_nefrologicznym).

14. Padykuła M, Czaja E, Pieczyrak-Brhel P, Kózka M. Znaczenie badania fizykalnego w pielęgniarstwie neurologicznym. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2017; Vol.17, Nr 4(61): 46-51.
15. Glińska J, Nowak A, Brosowska B, Lewandowska M. Analiza poziomu świadomości pielęgniarek w zakresie autonomii zawodowej. *Problemy Pielęgniarstwa* 2010; 18 (4): 477–482.

Metody i techniki radzenia sobie ze stresem w pracy pielęgniarki

Aneta Suliga, Marzena Dolińska, Edyta Kędra

W życiu współczesnego człowieka jedną z kluczowych ról odgrywa praca, w szczególności praca zawodowa. Stanowi ona jedną z najważniejszych form działalności człowieka, stwarza możliwość zdobywania nowych umiejętności i radzenia sobie z pojawiającymi się wyzwaniami. Stanowi ona źródło utrzymania pracownika i jego rodziny, często jest również źródłem satysfakcji. Ale człowiek wiąże z pracą również różne oczekiwania takie, jak satysfakcja, zadowolenie czy zapewnienie dobrobytu sobie i najbliższym. Rzeczywistość jest jednak często inna, a praca oznacza wtedy udrękę, wyzwala w człowieku niechęć, bunt i agresję. W takich sytuacjach, w związku z wykonywaniem pracy zawodowej pojawia się stres. Stres stanowi obecnie niezwykle istotny element rzeczywistości i nie da się go wykluczyć z codzienności zdecydowanej większości osób. Należy zauważyć, iż współczesne społeczeństwo określa tym terminem nie tylko wyjątkowe, rzadkie, traumatyczne zdarzenia, ale również ciągłe, nieustanne trudności życia towarzyszące człowiekowi niemal na każdym kroku. Każdy człowiek codziennie przeżywa mniejsze oraz większe na pięć emocjonalne, prawie każdego dnia spotyka się z sytuacjami wywołującymi stres.

Słowo „stres” znaczy ciężar, napór, presja. Pojęcie stresu do literatury zostało wprowadzone po raz pierwszy przez kanadyjskiego fizjologa Hansa Selyego w 1979 roku. Stres w jego rozumieniu oznaczał nieswoistą reakcję organizmu na stawiane mu żądania, czyli żądania przystosowania się organizmu do nowych warunków. Reakcja nieswoista według Selyego, to reakcja nietypowa, niekonkretna dla różnego rodzaju stresorów. Uważał, że nie można przewidzieć, jak zareagują różne organizmy na te same czynniki obciążające. Jako fizjolog brał pod uwagę głównie reakcje fizjologiczno-hormonalne, w których myślenie człowieka i przeżywanie nie miało znaczenia. Inaczej mówiąc stres według Selyego, to stan organizmu ujawniający pod wpływem działania nieprzyjemnych, trudnych czy zbyt wymagających bodźców [1]. Jego teoria nosi ona nazwę „biologicznej teorii stresu”. Twierdził on, że różnorodne czynniki patogenne, czy to psychiczne czy fizyczne obciążają ludzki organizm, przez co zaburzają homeostazę ustroju, co w konsekwencji powoduje wyzwolenie w organizmie energii obronnej, czyli odpowiedzi swoistej i uogólnionej odpowiedzi nieswoistej określonej jako zespół przystosowania lub „ogólny zespół adaptacyjny”. Zespół ten wywoływany jest poprzez oddziaływanie na organizm stresorów, czyli czynników szkodliwych, ma charakter

przystosowawczy. Według niego stres jest fizjologiczną reakcją, która jest niezależna od bodźca wyzwalającego, tzn., że różne bodźce prowadzą do podobnych skutków [2]. Selye wyróżnił trzy stadia ogólnego zespołu adaptacyjnego: stadium reakcji alarmowej (mobilizacja sił obronnych organizmu, gdzie wyróżnia się fazę szoku – początkowy, bezpośredni wpływ czynnika na organizm, oraz fazę przeciwdziałania szokowi – reakcje obronne połączone ze zmianami fizjologicznymi), stadium odporności (względnej adaptacji) oraz stadium wyczerpania (organizm nie zwalcza już stresora, co prowadzi do utraty sił obronnych) [1].

Inne podejście do problematyki stresu prezentuje Richard Lazarus, twórca popularnej teorii stresu i radzenia sobie. Według Lazarusa stres to szczególny rodzaj transakcji jaki występuje pomiędzy człowiekiem i środowiskiem, wynikający ze sposobu oceny sytuacji, w której znalazł się człowiek oraz oceny własnych możliwości poradzenia sobie z tą sytuacją. Uważał, że jeśli ktoś ma wysokie poczucie swoich kompetencji, to nawet w sytuacji bardzo trudnej nie będzie w stresie, natomiast człowiek myślący o sobie negatywnie może być w stresie nawet przy doświadczeniu najmniejszej trudności [1].

Jakkolwiek nie mówiąc stres jest to reakcja niespecyficzna. Zjawisku temu mogą towarzyszyć zarówno pozytywne jak i negatywne stany emocjonalne. Stres z negatywnymi emocjami wywołuje reakcję obronną, natomiast stres związany z pozytywnymi emocjami pobudza do parcia do celu [3].

Ważnym pojęciem łączącym się ze stresem jest tzw. stresor. Termin ten wprowadził H. Selye. Chciał on w ten sposób wykazać różnice pomiędzy przyczyną (stresor) a skutkiem (stres). Stresor oznacza zatem to, co przed człowiekiem stawia wymagania, wszelkie bodźce obciążające organizm jednostki. W sytuacji kiedy stresor ma charakter bardzo silny albo też jego działanie przedłuża się, dochodzi do wyczerpania organizmu [4]. Stresory mogą być różnego rodzaju, m.in. organizacyjne (pozaosobiste) – specyfika zawodu, miejsce wykonywania pracy, oraz osobiste – czynniki demograficzne i osobowościowe [5,6].

Czynniki powodujące stres nazywane są stresorami, i mogą mieć charakter jednorazowy, mogą powtarzać się z pewną regularnością lub mogą działać chronicznie. Przedłużający się bądź wyjątkowo silny stres o charakterze negatywnym ma niekorzystne skutki dla zdrowia człowieka i funkcjonowania jego organizmu. Objawy stresu można podzielić na trzy grupy: psychologiczne, fizjologiczne i behawioralne.

Psychologiczne objawy to takie, które związane są z psychiką człowieka, a co za tym idzie z różnymi procesami w niej zachodzącymi – dotyczącymi spostrzegania, myślenia oraz sfery emocjonalnej człowieka [7].



Ryc.1. Psychologiczne objawy stresu [8]

Objawy fizjologiczne dotyczą procesów zachodzących w ciele człowieka. Ze strony fizjologii stres może objawiać się np. bezsennością – po odbyciu intensywnej zmiany w pracy, kiedy organizm jest stale pobudzony, „działa” na dużych obrotach i trudno jest mu się wyciszyć [7].



Ryc.2. Fizjologiczne objawy stresu [8]

Do objawów behawioralnych, czyli tych, które związane są z zachowaniem człowieka można zaliczyć przykładowo skłonność do ryzykownych, nieprzemyślanych działań lub brak chęci rozwijania swoich zdolności spowodowany zmęczeniem i wyczerpaniem organizmu [7].



Ryc. 3. Behawioralne objawy stresu [8]

Współczesne pielęgniarstwo nabiera coraz większego znaczenia w systemie opieki zdrowotnej, stanowiąc tym samym jego niezbędny element. Coraz bardziej zaznacza swoją rolę w odniesieniu do promowania i zachowania zdrowia oraz zapobiegania chorobom w różnych środowiskach funkcjonowania człowieka. Pielęgniarki stanowią najliczniejszą grupę pracowników medycznych zatrudnionych w podmiotach leczniczych, odgrywającą zasadniczą rolę w opiece nad człowiekiem zdrowym i chorym. Stefania Poznańska przedstawiła pielęgniarstwo jako złożoną działalność, zawód, profesję, naukę i sztukę. Według autorki złożona działalność opiera się na świadczeniu profesjonalnej opieki pielęgniarstwiej zarówno pojedynczemu człowiekowi, jak i całemu społeczeństwu [9]. W obecnie obowiązujących przepisach prawnych zamieszczonych w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej pielęgniarstwo określone jest jako samodzielny zawód medyczny, który może wykonywać osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu. Ponadto w art. 4. tego dokumentu prawnego zostało wyraźnie określone, na czym polega wykonywanie zawodu pielęgniarki [10].

Pojęcie stresu w pracy używane jest zamiennie z określeniami „stres organizacyjny” oraz „stres roli zawodowej”. Większość koncepcji, które dotyczą stresu w pracy, opiera się na interakcji pomiędzy wymaganiami, jakie stawia środowisko pracy, a indywidualnymi zasobami pracowników [11]. W interakcji tej mogą brać udział różne stresory, które w kontekście pracy zawodowej klasyfikowane są na wiele różnych sposobów. Zawód pielęgniarki jest zawodem

niosącym pomoc i z założenia jest ukierunkowany na zdrowie i prewencję chorób, a jednocześnie sam w sobie stanowi źródło obciążeń fizycznych i psychicznych, których skutkiem są problemy zdrowotne, społeczne i osobiste. Wszystkie sytuacje trudne, z którymi spotykają się pielęgniarki, wiążą się z nieustannym narażeniem na szkodliwe czynniki stanowiące zagrożenie dla zdrowia. Fundamentalne znaczenie ma tu kontakt z pacjentami, a tym samym ze szkodliwym i zakaźnym materiałem biologicznym [8].

Biorąc pod uwagę specyfikę pracy pielęgniarki wyróżniono sześć grup cech pracy pielęgniarki nadających jej stresogenny charakter:

- cechy związane z treścią pracy (np.: wymuszona koncentracja uwagi, równoległe wykonywanie kilku czynności, wymagana długotrwała czujność i bezbłądność);
- cechy wynikające z organizacji pracy (np.: sztywne godziny pracy, narzucone tempo, pośpiech, presja czasu);
- cechy społeczne wynikające z konieczności interakcji z ludźmi (np.: konieczność rywalizacji, kooperacji, kompromisu, brak wsparcia ze strony przełożonych);
- psychologiczne cechy pracy wynikające z jej relacji do potrzeb i preferencji pracowników (np.: niski prestiż społeczny, niskie pobory, dylematy moralne, ograniczona możliwość awansu i rozwoju zawodowego);
- cechy pracy wywołujące zakłócenia praca – dom (np.: praca zmianowa, praca „pod telefonem”, zmieniający się grafik dyżurów, duża liczba nadgodzin);
- fizyczne warunki pracy (np.: niewygodna pozycja, nie- przyjemny zapach, kontakt z wydalnikami i wydzielinami, niedoposażenie stanowiska pracy) [12].

Praca pielęgniarki należy do trudnych, jest złożona i ma wielozadaniowy charakter. Niezbędna jest w niej konieczność posiadania dużej sprawności manualnej przy czynnościach zabiegowych i pielęgnacyjnych. Dodatkowo od pielęgniarki wymagane jest prowadzenie dokumentacji, obsługa sprzętu i urządzeń medycznych, zbieranie wywiadu o stanie zdrowia pacjenta, edukacja prozdrowotna pacjentów i ich rodzin oraz promocja zdrowia. Każda z tych czynności wymaga różnych zdolności, predyspozycji i umiejętności. Ze względu na specyfikę pracy w tej grupie zawodowej zaburzony zostaje rytm całodobowy, co niesie za sobą ujemne skutki zdrowotne i emocjonalne. Pielęgniarki, w aktualnej sytuacji systemu ochrony zdrowia, to jedna z najbardziej narażonych na stres grup zawodowych [13]. Zawód pielęgniarki związany z ratowaniem zdrowia i życia człowieka, a pielęgniarka jest pod stałą presją. Podejmowanie działań, wymaga stałej koncentracji i dyspozycji psychofizycznej, o każdej

porze dnia i nocy. Pielęgniarka ma zapewnić poczucie bezpieczeństwa choremu, a jednocześnie realizować wysokiej jakości proces pielęgnowania.

Wraz ze wzrostem znaczenia profesjonalnej opieki pielęgniarskiej zmienia się także społeczny sposób postrzegania tej grupy zawodowej, a z drugiej strony społeczeństwo oczekuje od pielęgniarki znacznie większej wiedzy i umiejętności, niż to było jeszcze kilkanaście lat temu. Zawód pielęgniarki i położnej postrzegany jest w oczach opinii publicznej jako ważny, odgrywający zasadniczą rolę w zmaganiu się z wyzwaniami zdrowia publicznego [14]. Oczekiwania społeczne w stosunku do pracowników ochrony zdrowia, w tym również w odniesieniu do pielęgniarek są bardzo wysokie. One także stwarzają dodatkowe czynniki stresujące. Przy braku wsparcia ze strony pracodawcy, atmosfera panująca w oddziale, konflikty i nieporozumienia, niekiedy mobbing, doprowadzają do odczuwania nasilonych reakcji emocjonalnych, co ma znaczący wpływ na motywację i zaangażowanie w pracę. W środowisku zawodowym pielęgniarka jest osobą, od której oczekuje się zrozumienia, wsparcia i profesjonalnej pomocy medycznej. Zbyt duże osobiste zaangażowanie emocjonalne w relacje z pacjentem, nadwrażliwość, może generować lęki i obawy, a to może doprowadzić do wyczerpania i przewlekłego stresu [15].

Radzenie sobie ze stresem jest to aktywność ukierunkowana na to, aby człowiek mógł odzyskać równowagę pomiędzy wymaganiami a możliwościami oraz by polepszyć swój stan emocjonalny [2]. Wśród zasad i zaleceń postępowania proponowanych przez specjalistów (lekarzy, psychologów, teologów) wymienia się między innymi: samoświadomość, umiejętność pokierowania sobą oraz wypoczynek i regenerację sił.

Samoświadomość polega na uczeniu się rozpoznawania swoich potrzeb i poznawania siebie, refleksji nad własnym działaniem i sposobem realizowania się zawodowo. Najlepszym sposobem obniżenia stresu jest ocena swoich relacji z innymi, poznanie ich silnych i słabych stron. Umiejętność pokierowania sobą wymaga stawiania sobie realnych celów, nauczenia się właściwego gospodarowania swoją energią oraz uczuciami. Bardzo ważne jest opanowanie i mądre stosowanie zasad asertywnego postępowania. Istotą wypoczynku i regeneracji sił jest znalezienie dla siebie czasu i zajęcia, które będzie formą relaksu np. szydełkowanie, uprawianie sportu, udział w grupach zainteresowań [16].

W niwelowaniu psychologicznych objawów odczuwania bardzo silnego stresu pomocne może być pozytywne otoczenie, środowisko bowiem ma znaczący wpływ na samopoczucie i rozwój. W życiu codziennym warto otaczać się osobami dobrze nastawionymi, będącymi wsparciem i dodającymi otuchy w trudnych chwilach. Ważne są rozmowy z osobami godnymi zaufania, które potrafią cierpliwie słuchać i służyć pomocą w trudnych chwilach. Inną bardzo istotną

metodą w walce ze stresem jest zdolność automotywacji, ponieważ to każdy z nas wie najlepiej co korzystnie wpływa na poprawę jego nastroju.

Koleją techniką, która może być pomocna w walce ze stresem jest umiejętność poszukiwania innej perspektywy patrzenia na problem. Szukanie różnych punktów widzenia oraz próba znalezienia pozytywnych stron problemu, czy zaistniałej sytuacji stresowej. Medytacja lub modlitwa również może być skuteczna w walce ze stresem, ma bowiem działanie wyciszające i pozwala w skupieniu myśli skierować w innym kierunku. Aby zadbać o dobrą kondycję psychiczną można również zwrócić się o pomoc do specjalisty: psychologa czy psychoterapeuty, który popatrzy na problem z innej perspektywy i pomoże w zrozumieniu danej sytuacji [17].



Ryc. 4. Radzenie sobie ze stresem w sferze psychologicznej [15]

Najprostszym, a zarazem najskuteczniejszym sposobem radzenia sobie ze stresem w sferze fizjologicznej jest sen, dzięki któremu organizm regeneruje się. Ważna jest tu dobra jakość i odpowiedni czas snu. Kolejnym ważnym aspektem jest dbanie o zdrową, zbilansowaną dietę. W czasie sytuacji stresowych należy unikać spożywania w nadmiernych ilościach alkoholu, kawy, słodczy. Podstawą diety powinny być warzywa, owoce, produkty bogate w magnez i żelazo. Zalecane są napary ziołowe np. melisa, rumianek oraz spożywanie dużej ilości wody.

Dobry sposobem redukującym stres jest aktywność fizyczna np. jazda na rowerze, pływanie, gimnastyka czy spacer, ruch bowiem poprawia samopoczucie i pozwala odpocząć psychicznie. Techniki relaksacyjne takie jak trening autogenny Schulza czy Jacobsona również pomagają zredukować odczuwany stres. W technikach relaksacyjnych neutralnym punktem skupienia jest najczęściej oddech. Koncentrując się na danych partiach ciała można poczuć tempo i rytm oddechu, a to pozwala odciągnąć uwagę od świata zewnętrznego a skupić się na doświadczeniach płynących z wnętrza organizmu.

W obniżaniu poziomu stresu bardzo pomocne są zabiegi rozluźniająco-pielęgnujące np. masaż, kąpiele. Można tu skorzystać z profesjonalnych salonów SPA lub zafundować sobie SPA we własnej wannie (odpowiednia atmosfera np. muzyka, olejki zapachowe) [18].



Ryc. 5. Radzenie sobie ze stresem w sferze fizjologicznej [15]

Jedną z technik radzenia sobie ze stresem w sferze behawioralnej może być nagradzanie siebie, tzn. sprawianie sobie drobnych przyjemności np. kupienie ulubionych perfum. Skuteczną formą odwrócenia uwagi w stanach silnego napięcia może być muzykoterapia. Jest to technika łagodzenia napięcia poprzez słuchanie odpowiednio dobranej muzyki. Muzykoterapia pozwala wytworzyć pewnego rodzaju równowagę pomiędzy sferą przeżyć emocjonalnych a procesami fizjologicznymi.

W odniesieniu do niektórych osób odprężające działanie będzie miało obejrzenie interesującego filmu, programu przyrodniczego czy kabaretu. Osobom uzdolnionym manualnie

w rozładowaniu napięcia, odprężenia może pomóc zajęcie się różnego rodzaju rękodziełem np. malowanie, rysowanie, szydełkowanie. Zwykła czynność życia codziennego jak np. gotowanie również może pobudzić kreatywność i odwrócić uwagę od sytuacji stresowej. W sytuacjach odczuwania stresu warto skupić się na rzeczach, które sprawiają przyjemność, które się lubi np. pielęgnowanie kwiatów.

Duża ilość informacji przekazywanych przez media czy portale społecznościowe może nasilać reakcje stresowe, dlatego też warto unikać długiego spędzania czasu na portalach społecznościowych [18].



Ryc.6. Radzenie sobie ze stresem w sferze behawioralnej [15]

Do innych przykładów sposobów radzenia sobie ze stresem można zaliczyć:

- ćwiczenia oddechowe - ćwiczenia te pomagają w regulacji tempa oraz natężenia oddechu, poprawiają wentylację płuc, zwiększa się wydolność układu oddechowego, a tym samym organizm jest lepiej dotleniony;
- masaż klasyczny - jego działanie związane jest głównie z regulowaniem napięcia mięśniowego; przyczynia się do uzyskania ogólnego stanu odprężenia organizmu poprzez jego działanie zarówno na układ ruchu, jak również na skórę, zakończenia nerwowe, układ krwionośny, czy pośrednio na narządy wewnętrzne;

- ćwiczenia fizyczne - ruch fizyczny jest efektywną profilaktyką i terapią stresu; proste, niemęczące czynności ruchowe przyczyniają się do odprężenia mózgu i całego organizmu;
- terapia śmiechem - śmiech to olbrzymie narzędzie terapeutyczne, które skutecznie rozładowuje niezdrową atmosferę i wszelkie napięcia w grupie; łagodzi stany rozdrażnienia i złości, podnosi sprawność umysłową oraz wzmacnia odporność, poprawia samopoczucie oraz wiarę w siebie, pomaga zapomnieć o niemiłych wydarzeniach, zwiększa zadowolenie z życia oraz zmniejsza podatność na stres;
- technika afirmacji - afirmacja jest odmianą autosugestii, która pozwala uwierzyć człowiekowi w jego własne, głęboko utkwione możliwości; jej zadaniem jest wzmocnienie poczucia własnej wartości; technika ta skupia się na pozytywnym myśleniu o sobie i własnych możliwościach;
- chromoterapia - jest to terapia wykorzystująca barwy; stosuje się ją jako uzupełnienie dla uzyskania szybszych efektów relaksacyjnych; ogólne uspokojenie oraz stan odprężenia powodują barwa zielona, odcienie niebieskiego oraz złote odcienie żółci;
- wizualizacja - polega na pobudzaniu umysłu za pomocą wyobrażeń dla osiągnięcia postawionego celu; wyzwala zdolności człowieka i wspomaga możliwości twórcze; przeciwdziała stresowi, dzięki tworzeniu określonych wyobrażeń, przez co zmienia się nastawienie do siebie i świata [2].

W badaniach dotyczących stresu i radzenia sobie z nim Lazarus wyłonił trzy istotne oceny wykorzystywane w radzeniu sobie ze stresem: ocenę pierwotną (dostrzeżenie zagrożenia, z każdej strony), ocenę wtórną (ocena kierunku niezbędnych działań, w celu radzenia sobie ze stresem) oraz ocenę zdarzenia (przewidywanie negatywnych wpływów danego czynnika, aby zminimalizować następstwa, straty osobiste, żeby osiągnąć pożądaną rezultat, przy niezbędnym do tego zaangażowaniu). Natomiast skutki radzenia sobie ze stresem ten sam badacz podzielił na: pozytywne (eustres; jako krótkotrwałe działanie bodźca, które może mieć nawet wpływ mobilizujący, taka sytuacja nie jest zagrożeniem dla zdrowia) oraz negatywne (distress; jako długotrwałe działanie czynnika stresogennego, które może wywoływać lęk, frustrację, poczucie niezaspokojenia potrzeb, depresję - taka sytuacja jest zagrożeniem dla zdrowia) [1].

Filozofia stresu zawodowego uwzględnia warunki fizyczne pracy, czynniki ryzyka na danym stanowisku pracy, zagrożenia i standardy postępowania. Działania takie służą temu, aby takie czynniki eliminować, naprawiać, poprawiać zdrowie i eliminować zagrożenie chorobą

zawodową oraz negatywne następstwa, jako efekt zmęczenia pracą, często doprowadzający do wypalenia zawodowego [19].

Bibliografia

1. Łosiak W. Psychologia stresu. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne; 2012. 26–27.
2. Basińska M. Czynniki wyzwalające stres w pracy pielęgniarki. Forum psychologiczne 1998; 3(2): 166–180.
3. Czezelewska E. Poradnik pielęgniarki i położnej. Jak radzić sobie ze stresem w pracy. Nursing. PZWL; 11.03.2021. <https://nursing.com.pl/arttykul/poradnik-pielegniarki-i-poloznej-jak-radzic-sobieze-stresem-w-miejscu-pracy-604a29658c00e3025846cb5f> [dostęp 21.04.2022]
4. Wojtczak D. Stres i wypalenie zawodowe w pracy pielęgniarek. Praca Socjalna. 2007; 4: 33–49.
5. Mojs E, Głowacka MD. Wypalenie zawodowe u polskich pielęgniarek. Now Lek. 2005; 74(2): 238–243.
6. Anczewska M, Świtaj P, Roszczyńska J. Wypalenie zawodowe. Post Psychiatr Neurol. 2005; 14(2): 67–77.
7. Bilski B. (red.), Stres psychiczny w pracy zawodowej pielęgniarki. [w:] Higiena pracy dla pielęgniarek. Wybrane zagadnienia. Poznań: UM, 2004, str. 130-145.
8. Artych A. Poznaj swój stres – cykl edukacyjny o nas samych. Stowarzyszenie Pielęgniarki Cyfrowe; 23.04.2020. <https://www.pielegniarkicyfrowe.pl/2020/04/23/poznaj-swoj-stres-cykledukacyjny-o-nas-samych/> [dostęp 21.04.2022]
9. Poznańska S. Wprowadzenie do pielęgniarstwa. [w:] Ślusarska B, Zarzycka D, Zahradniczek K (red.). Podstawy pielęgniarstwa. Założenia teoretyczne, tom I. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2004. 21–22.
10. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Dz.U. z 2011 r. nr 174, poz. 1039, <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20111741039> (data dostępu: 1.07.2014).
11. Ogińska-Bulik N. Stres zawodowy w zawodach usług społecznych. Warszawa: Difin; 2006. 9–35.
12. Grochowska A, Bodys-Cupak I, Korus M. Sposoby radzenia sobie z trudnościami przez pielęgniarki pracujące na oddziałach pediatrycznych. 2017. http://www.pielegniarstwo.ump.edu.pl/uploads/2017/1/97_1_63_2017.pdf [dostęp 21.04.2022]
13. Skorupska-Król A, Szabla A, Bodys-Cupak I. Opinie pielęgniarek na temat czynników stresogennych związanych z ich środowiskiem pracy. 2014. https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/bitstream/handle/item/133645/skorupskakrol_sztaba_bodyscupak_opinie_piel_egniarek_na_temat_czynnikow_stresogennych_2014.pdf?sequence=5&isAllowed=y [dostęp 21.04.2022]
14. Abramczyk A. Status społeczny i zawodowy pielęgniarki w Polsce i wybranych krajach europejskich. Zeszyt Naukowy Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy, LZDZ. 2011; 1(10): 17.
15. Stawiarska K, Artych A. Techniki radzenia sobie ze stresem – część I. Stowarzyszenie Pielęgniarki Cyfrowe; 20.05.2020. <https://www.medexpress.pl/techniki-radzenia-sobie-ze-stresem-czesc-i/77780> [dostęp 22.04.2022]
16. Tartas M, Derewicz G, Walkiewicz M, Budziński W. Źródła stresu zawodowego w pracy pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach o dużym obciążeniu fizycznym i psychicznym – Hospicjum oraz chirurgii ogólnej. Ann. Acad. Med. Gedan. 2009; 39; str.145-153.

17. Kozak S. Patologie w środowisku pracy. Zapobieganie i leczenie. Warszawa: DIFIN; 2009, str.168-169.
18. Palczak B. Praca i stres...Równowaga i spokój. Stowarzyszenie Pielęgniarki Cyfrowe; 13.05.2020. <https://www.medexpress.pl/wplyw-pracy-pielegniarki-pielegniarza-na-zycieosobiste-3/77683> [dostęp 23. 04.2022]
19. Artych A. Stawiarska K. Techniki radzenia sobie ze stresem – część II. Stowarzyszenie Pielęgniarki Cyfrowe; 07.05.2020. <https://www.pielegniarkicyfrowe.pl/2020/05/07/techniki-radzenia-sobie-ze-stresemczesc-ii/> [dostęp 23.04.2022]

Przywództwo jako element kultury organizacyjnej zespołów pielęgniarskich

Marta Szara, Jadwiga Klukow

Wstęp. W piśmiennictwie dotyczącym zarządzania pojęcie kultura organizacyjna po raz pierwszy zostało zdefiniowane w latach 50. XX wieku, natomiast na początku lat 80. XX wieku wprowadzono zagadnienia związane z kulturą organizacyjną do teorii organizacji i zarządzania [1]. Pomimo to pojęcie kultury organizacyjnej w dalszym ciągu stanowi jedno z najtrudniejszych słów do zdefiniowana. Mimo, iż było przedmiotem wielu debat naukowych w ciągu ostatnich dwudziestu pięciu lat [2].

Kultura organizacyjna to wspólne wartości, normy i przekonania pracowników danej organizacji lub jednostki organizacyjnej [3]. Podlega wpływom czynników wewnętrznych i zewnętrznych, a także determinują ją rozwiązania techniczne i organizacyjne [4]. Poprzez potężny, ukryty i często nieuświadomiony zestaw sił, które determinują jej oddziaływanie na zachowania czy sposoby postrzegania pracowników, ma niepodważalny wpływ wzorce myślowe zarówno indywidualnych pracowników, jak i grup pracowniczych [2].

Kultura organizacyjna pozwala obserwować, doświadczać oraz zrozumieć środowisko pracy [5]. Jest adekwatna do przekonań i wartości istniejących w organizacji od dłuższego czasu, a także do zachowań pracowników wpływających m.in. na ich stosunek do pracy czy komunikacji interpersonalnej [6]. Powstaje przede wszystkim pod wpływem założycieli i menadżerów organizacji, w związku z czym można nią kierować i dokonywać w niej zmian [7].

Kultura organizacyjna jest społecznie uczona i przekazywana przez członków danej organizacji, przez co wskazuje właściwe zasady postępowania w tej organizacji [6]. Odnosi się przede wszystkim do tego co jest w organizacji najbardziej cenione: dominujących stylów przywództwa, języka, symboli, procedur, definicji sukcesu [8].

Można stwierdzić, że kultura organizacyjna to wzór wspólnych podstawowych założeń, których nauczyła się grupa pracowników, gdy rozwiązywała problemy adaptacji zewnętrznej i integracji wewnętrznej, które zadziały na tyle dobrze, że zostały uznane za słuszne. Co sprawia, że nowych członków organizacji należy nauczyć właściwego sposobu postrzegania, myślenia i odczuwania w odniesieniu do tych problemów [2]. Stanowi często wartość dodaną strategii organizacji systemu ochrony zdrowia [8], a poprzez odzwierciedlanie wartości i norm może wpływać na postawy i zachowania pracowników systemu opieki zdrowotnej.

Kultura organizacyjna to zjawisko złożone, w związku z czym analiza przysparza wiele trudności. Wynikają one przede wszystkim z wielokierunkowych relacji z innymi elementami organizacji, pozostałymi podsystemami organizacyjnymi (strategia, struktura organizacyjna, zasoby ludzkie, rzeczowe, finansowe), a także otoczeniem zewnętrznym. Przejawami kultury organizacyjnej są symbole, sposoby komunikowania się, rytuały, mity, tabu oraz klimat organizacyjny. Wiele elementów i zachodzących między nimi zależności jest niewidoczne, a nawet nieświadomione, co powoduje, że trudno ją obserwować i mierzyć. Literatura podaje wiele metod, za pomocą których można badać kulturę organizacyjną, dostarczając kilkanaście standaryzowanych narzędzi badawczych [9].

Modelem preferowanym do oceny kultury organizacyjnej podmiotów opieki zdrowotnej jest model wartości konkurujących [8]. Model wartości konkurujących (ang. *Competing Values Framework*, CVF) opracowany Camerona i Quinna, stanowi fundament narzędzia pozwalającego na ocenę profilu kultury organizacyjnej (OCAI, Organization Culture Assessment Instrument). Struktura modelu wartości konkurujących oparta jest o dwuwymiarową oś współrzędnych, odzwierciedlającą orientacje na: elastyczność i swobodę kontra stabilność i kontrola oraz orientacja na sprawy wewnętrzne i integrację kontra orientacja na otoczeniu i zróżnicowanie [10].

Pierwszy z wymiarów (orientacja na elastyczność i swobodę kontra stabilność i kontrola) podkreśla różnice w kładzionym nacisku na wartości organizacyjne, takie jak: spontaniczność, zmiana, dynamizm, stabilność, ład, kontrola. Wymiar orientacji na sprawy wewnętrzne i zewnętrzne wskazuje na wybór w zakresie utrzymania i doskonalenia istniejącej organizacji a interakcję ze środowiskiem zewnętrznym [10]. Dwa wymiary modeli wartości konkurujących wyznaczają cztery typy kultur organizacyjnych: kultura hierarchii, kultura klanu, kultura rynku, kultura adhokracji.

Kultura organizacyjna *typu hierarchia* jest w wysokim stopniu sformalizowana i oparta na cechach zaproponowanych przez M. Webera, które uznano za atrybuty biurokracji (zasady, specjalizacja, merytokracja, hierarchia, odrębna własność, bezosobowość, odpowiedzialność). Zadania pracowników są ściśle określone procedurami. Przywódca jest koordynatorem i organizatorem. Kontrola wewnętrzna (spójność organizacji) wynika z przepisów, regulaminów, wąskiej specjalizacji i scentralizowanych decyzji. Regułą zarządzania jest stwierdzenie, że „kontrola sprzyja efektywności”. Organizacja charakteryzuje się trwałością i przewidywalnością [10].

W kulturze organizacyjnej ukierunkowanej *na rynek* zarządzający w większym stopniu koncentrują się na sprawach zewnętrznych niż wewnętrznych organizacji. Organizacja działa uwzględniając ekonomiczne mechanizmy rynkowe, takie jak zmniejszenie kosztów, transakcje z innymi organizacjami, uzyskanie przewagi konkurencyjnej. Najważniejszymi wartościami są konkurencyjność i wydajność. Przywódca charakteryzuje się nieustępliwością. Sukces utożsamiano z udziałem w rynku i z jego penetracją, a zasada zarządzania brzmi: „konkurencja sprzyja efektywności” [10].

Kultura organizacyjna *typu klan* jest charakteryzowana w większym stopniu jako wielka rodzina niż organizacja. Zarówno dla pracowników, jak i przywódców najważniejsza jest współpraca, wzajemne wsparcie, wspólne wyznawanie wartości i celów. Spójność organizacji zapewnia lojalność i przywiązanie do tradycji. Przywódcy pełnią rolę mentora i opiekuna podwładnych. Reguła zarządzania brzmi: „uczestnictwo sprzyja zaangażowaniu” [10].

Kultura organizacyjna nazwana *adhokracja* (słowo powstało od wyrażenia *ad hoc*) ukierunkowana jest na dynamiczność i doraźne działania. Najczęściej formy organizacji tego typu powoływane zostają do wykonania określonego zadania. Charakteryzują się innowacyjnością, elastycznością i kreatywnością w sytuacji zdominowanej przez niepewność i nadmiar informacji. Spójność organizacji to chęć eksperymentowania i innowacyjność. W kulturze typu *adhokracja* nie ma stałego przywódcy, zależności służbowej, a władza przekazywana jest wzajemnie przez ludzi w zależności od sytuacji (*ad hoc*). Regułą zarządzania jest stwierdzenie, że „innowacja sprzyja uzyskiwaniu zasobów” [10].

Należy zaznaczyć, że wyżej wymienione typy kultury organizacyjnej zostały wyróżnione ze względów metodologicznych, natomiast w praktyce najczęściej występują typy mieszane.

Kultura organizacyjna stanowi punkt odniesienia w procesie formułowania celów i strategii organizacji, ustanawia wzór oceny, interpretację wspólnych programów działania, zachowań członków organizacji. Pełni funkcję integracyjną, percepcyjną, adaptacyjną, nadawania tożsamości i stymulowania zmian organizacyjnych. Tworzenie kultury organizacyjnej jest wypadkową postępowania menadżerów i liderów organizacji [3,11]. W organizacjach opieki zdrowotnej, podobnie jak w innych sektorach gospodarki, nie ogrywa ważniejszej roli w kształtowaniu kultury organizacyjnej niż przywództwo [11].

Przywództwo w literaturze z zakresu zarządzania, określone zostało jako proces, w którym jednostka oddziałuje na grupę jednostek, aby osiągnąć założony cel [12]. Przywództwo to nie tylko stosowany styl kierowania, ale przede wszystkim autorytet, w najszerszym tego słowa znaczeniu. Przywództwo opiera się zarówno na obiektywnych czynnikach (w postaci zdolności kierowniczych), jak i subiektywnych (cechach osobowościowych przywódców) [6].

W piśmiennictwie z zakresu zarządzania, wyodrębniono cztery domeny przywództwa charakterystyczne dla zespołów pielęgniarskich oraz piątą – ogólną dla wszystkich domen, traktując je nie tylko jako pielęgniarstwo w ramach zaawansowanej praktyki [13]:

1. **Przywództwo kliniczne** – odnosi się m.in. do prowadzenia praktyki pielęgniarskiej opartej na dowodach naukowych w zakresie różnych warunków i specjalności; promowania zdrowia; zarządzania samoopieką pacjentów poprzez ich zaangażowanie, zapobiegające ponownym hospitalizacją. Pielęgniarka pełni rolę nauczyciela, mentora/coacha, wykazując się krytycznym myśleniem. Współpracuje z pozostałymi członkami zespołu terapeutycznego, pełniąc rolę łącznika. Dopasowuje praktykę pielęgniarską do celów organizacyjnych, jednocześnie podejmując aktywne działania na rzecz rozwoju i wdrażania standardów, rekomendacji praktycznych, zapewnienia jakości, inicjatyw edukacyjnych i badawczych [13].
2. **Przywództwo zawodowe** – opiera się m.in. na przyjmowaniu odpowiedzialności za własny rozwój zawodowy poprzez doskonalenie podyplomowe; uczestnictwie w organizacjach zawodowych, mając wpływ na praktykę pielęgniarską; wykorzystywaniu umiejętności doradczych przywódczych w zespołach międzybranżowych w celu tworzenia zmian w systemie opieki zdrowotnej oraz zasadach świadczenia usług zdrowotnych; uczestnictwie w działaniach związanych z recenzowaniem i opiniowaniem np. publikacji [13].
3. **Przywództwo w systemie ochrony zdrowia** – powiązane jest m.in. z przyczynianiem się do rozwoju, wdrażania i monitorowania standardów; zwiększaniem wydajności pracy zespołów pielęgniarskich i zarządzaniem konfliktami grupowymi wewnątrz organizacji; planowaniem i realizowaniem szkoleń oraz zapewnieniu konsultacji dla uczestników systemu ochrony zdrowia; opracowaniem standardów postępowania etycznego; identyfikowaniem problemów, zarówno wewnątrz jak i na zewnątrz organizacji, mogących mieć wpływ na świadczenie podstawowych usług zdrowotnych; posiadaniem wiedzy na temat systemu opieki zdrowotnej i jego elementów składowych: podmiotów leczniczych, modeli pielęgnowania, modeli finansowania świadczonej opieki, roli i zadań pracowników systemu ochrony zdrowia [13].
4. **Polityka zdrowotna** – polega na m.in. kierowaniu, inicjowaniu i zapewnianiu przywództwa w działaniach związanych z polityką, aby dokonywać zmian w praktyce pielęgniarskiej, sposobie świadczenia usług zdrowotnych oraz polityce zdrowotnej; przedstawianiu pielęgniarstwa jako kluczowego interesariusza i decydenta systemu ochrony zdrowia [13].

5. **Kompetencje ogólne obejmujące cztery domeny** – dotyczą m.in. posiadania zaawansowanych umiejętności komunikacyjnych, umożliwiających prowadzenie inicjatyw w zakresie poprawy jakości i bezpieczeństwa pacjentów i pracowników w systemie ochrony zdrowia; umiejętności wykorzystania zasad zarządzania, finansów, ekonomii, w celu opracowania i wdrożenia skutecznych planów inicjatyw ogólnosystemowych i lokalnych praktyk, poprawiających jakość świadczonej opieki; udziału w tworzeniu środowiska pracy opartego na współpracy i wspierającego rozwój zawodowy; umiejętności korzystania z mentoringu/coachingu, w celu przygotowania adeptów zawodu; umiejętności oceny i rozwiązywania konfliktów etycznych i prawnych w systemach opieki zdrowotnej związanych z wykorzystaniem informacji, technologii informacyjnych, sieci komunikacyjnych i opieki nad pacjentem [13].

Przywództwo w organizacji, to w pewnym stopniu spoiwo, które łączy elementy środowiska pracy [14]. W kulturze organizacyjnej role przywódcze mogą być różne, w zależności od jej dominującego typu w organizacji. Przywódca organizacyjny może przyjmować role: doradcy, mentora, obserwatora, koordynatora, innowatora, wizjonera, konkurenta, producenta. Role przywódcze dla poszczególnych typów kultur organizacyjnych zgodnych z typologią Camerona i Quinna są następujące:

1. Kultura organizacyjna typu klan:

- doradca: zorientowany na pracowników i procesy, stara się zażegnać konflikty i szuka porozumienia i kompromisu. Siła przywódcza wynika z włączania ludzi w proces podejmowania decyzji i rozwiązywania problemów. Namawia pracowników do włączania się w uczestnictwo organizacyjne, jednocześnie wykazując otwarte podejście [10].

- mentor: przywódca troskliwy, pełny zrozumienia. Dostrzega podwładnych i otacza troską pracowników, dbając o ich potrzeby. Siła przywódcza wynika z okazywania szacunku i stwarzania atmosfery wzajemnego zaufania. Aktywnie dba o zaangażowanie zespołu pracowniczego i wzmacnia jego morale [10].

2. Kultura organizacyjna typu hierarchia:

- obserwator: uznawany za specjalistę i osobę dobrze poinformowaną. Wykazuje się postawą osoby posiadającej informacje na temat bieżącej działalności organizacji. Dzieli się ze swoją wiedzą. Aktywnie dba o prowadzenie dokumentacji organizacyjnej. Siła przywódcza wynika przede wszystkim z umiejętności zarządzania informacjami [10].

- koordynator: przywódca postrzegany jako osoba godna zaufania i solidny pracownik. Pilnuje płynności pracy oraz stabilności struktury organizacyjnej. Zmierza do uzyskania stabilności i pełnej kontroli. Siła przywódcza wynika z umiejętności skoordynowania wielu procesów, zwłaszcza dostosowania do aktualnej sytuacji, bieżących problemów pracy, zarządzania harmonogramami pracy, przydzielaniem zadań, ustalania procesów, itp. [10].

3. Kultura organizacyjna typu adhokracja:

- innowator: odbierany jako osoba zdolna i pomysłowa. Jego siła przywódcza wynika z sugestywnego przekazywania interesujących perspektyw i pobudzania nadziei u pozostałych członków zespołu. Roztacza w zespole pracowniczym wizję zmian. Umiejętnie nakłania do innowacyjności i przystosowania się do nowych warunków organizacyjnych [10].

- wizjoner: przywódca nastawiony ma przyszłość. W największym stopniu skupia się na tym, dokąd organizacja zmierza. Wskazuje na możliwości i prawdopodobieństwo osiągnięcia zakładanych celów. Charakterystycznym wyróżnikiem jest strategiczne przywództwo i stałe doskonalenie bieżącej działalności [10].

4. Kultura organizacyjna typu rynek:

- konkurent: oceniany jako osoba agresywna i zdecydowana w swoim postępowaniu. Aktywnie dąży do postawionego celu, a konkurentów traktuje jako współzawodników, co go motywuje. Głównym celem jego działalności jest zwycięstwo. Wszystkie działania koncentruje na konkurentach i pozycji zewnętrznej, rynkowej [10].

- producent: postrzegany jako osoba zorientowana na zadaniach i obowiązkach. Założone cele osiąga dzięki wytężonej pracy. Racjonalnie uzasadnia konieczność wykonywania zleconych zadań i skutecznie potrafi je egzekwować. Jednocześnie aktywnie skłaniając innych do zwiększania swojej wydajności [10].

Przywództwo stanowi jedną z najważniejszych kwestii decydujących o tym, czy dana organizacja przetrwa i będzie prosperowała na dużą skalę, czy zostanie zmniejszona, bądź wchłonięta przez inną organizację [11].

Celem pracy było ocena przywództwa stanowiącego element kultury organizacyjnej zespołów pielęgniarskich.

Material i metody. W badaniu udział wzięło 508 pielęgniarek zatrudnionych w ośmiu szpitalach na terenie województwa lubelskiego i mazowieckiego, na czterdziestu siedmiu oddziałach szpitalnych.

Kryterium włączenia stanowił staż pracy na stanowisku pielęgniarki – minimum 1 rok, oraz zatrudnienie w podmiocie leczniczym o charakterze lecznictwa zamkniętego (szpital kliniczny, wojewódzki, miejski/powiatowy). Kryterium wyłączenia stanowiło zatrudnienie w podmiocie leczniczym innego typu niż szpital, bądź zatrudnienie na oddziale intensywnej terapii, oddziale intensywnej opieki medycznej, bloku operacyjnym, szpitalnym oddziale ratunkowym a także staż pracy w zawodzie pielęgniarki poniżej 1 roku.

W badaniu udział wzięło 508 pielęgniarek, z czego większość stanowiły kobiety - 99,2%. Najlicniejsza grupa badanych pielęgniarek była w przedziale wiekowym 46-50 lat (25%). Badane pielęgniarki najczęściej deklarowały posiadanie wykształcenia wyższego zawodowego – licencjat pielęgniarstwa (41,5%). Zróżnicowanie pozostałych respondentów pod względem posiadanego poziomu wykształcenia było porównywalne: pielęgniarki z wykształceniem średnim: liceum medyczne (17,1%), studium medyczne (21,3%) oraz wyższym – magister pielęgniarstwa (20,1%). Większość respondentów biorących udział w badaniu nie posiadała specjalizacji w żadnej z dziedzin pielęgniarstwa (73,6%) a ich całociowy staż pracy w zawodzie pielęgniarki wahał się od 1 roku do 43 lat. Najbardziej liczebną grupę stanowiły pielęgniarki ze stażem pracy w zawodzie powyżej 20 lat (54,7%), najmniej ze stażem pracy w zawodzie 1-2 lata (3,9%). Większość badanych przepracowała na badanym oddziale okres od 8 do 15 lat (31,3%). Liczną grupę stanowiły pielęgniarki ze stażem pracy na danym oddziale wynoszącym powyżej 20 lat (27,2%). Szczegółowe zestawienie cech socjodemograficznych respondentów przedstawiono w tabeli 1.

Tab.1. Charakterystyka grupy badanej

| Badana cecha | Zróżnicowanie badanej cechy | | Ogółem | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|---------------------------|--------|-----|------|
| | | N | % | N | % |
| Płeć | Kobieta | 504 | 99,2% | 508 | 100% |
| | Mężczyzna | 4 | 0,8% | | |
| Wiek | 21-25 lat | 14 | 2,8% | 508 | 100% |
| | 26-30 lat | 32 | 6,3% | | |
| | 31-35 lat | 41 | 8,1% | | |
| | 36-40 lat | 69 | 13,6% | | |
| | 41-45 lat | 87 | 17,1% | | |
| | 46-50 lat | 127 | 25,0% | | |
| | 51-55 lat | 68 | 13,4% | | |
| | 56-60 lat | 66 | 13,0% | | |
| | Powyżej 60 lat | 4 | 0,8% | | |
| | Wykształcenie | Średnie - liceum medyczne | 87 | | |
| Średnie - studium medyczne | | 108 | 21,3% | | |
| Wyższe - licencjat pielęgniarstwa | | 211 | 41,5% | | |
| Wyższe - magister pielęgniarstwa | | 102 | 20,1% | | |

| | | | | | |
|---|----------------|-----|-------|-----|------|
| Posiadanie specjalizacji | Tak | 134 | 26,4% | 508 | 100% |
| | Nie | 374 | 73,6% | | |
| Staż pracy w zawodzie pielęgniarki | 1-2 lata | 20 | 3,9% | 508 | 100% |
| | 3-7 lat | 54 | 10,6% | | |
| | 8-15 lat | 80 | 15,7% | | |
| | 16-20 lat | 76 | 15,0% | | |
| | Powyżej 20 lat | 278 | 54,7% | | |
| Staż pracy na danym oddziale | 1-2 lata | 61 | 12,0% | 508 | 100% |
| | 3-7 lat | 89 | 17,5% | | |
| | 8-15 lat | 159 | 31,3% | | |
| | 16-20 lat | 61 | 12,0% | | |
| | Powyżej 20 lat | 138 | 27,2% | | |

N – liczba badanych

Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, za pomocą standaryzowanego kwestionariusza Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI) autorstwa K. Camerona i R. Quinna. Standaryzowane narzędzie autorstwa K. Camerona i R. Quinna zostało opublikowane w wersji anglojęzycznej w *Diagnosing and Changing Organizational Culture: Based on the Competing Values Framework 1st Edition* by Kim S. Camerron and Robert E. Quinn (Cameron i Quinn, 2015). Narzędzie do oceny kultury organizacyjnej OCAI, składa się z sześciu kryteriów głównych (Cameron i Quinn, 2015):

- 1) Cechy dominujące charakteryzujące organizację,
- 2) Przywództwo,
- 3) Zarządzanie pracownikami,
- 4) Spójność organizacji,
- 5) Kierunek rozwoju strategicznego,
- 6) Kryteria sukcesu organizacji.

Do każdego kryterium głównego przypisano cztery kryteria szczegółowe oznaczone literami A-D. Kryteria szczegółowe pozwalają na scharakteryzowanie aktualnej i pożądanego kultury organizacyjnej w danym kryterium głównym. Do oceny każdego kryterium głównego (1-6) przypisano 100 punktów dla potrzeb analizy stanu obecnego i stanu pożądanego. Respondent może przyznawać punkty w zależności od stopnia odzwierciedlenia sytuacji obecnej i pożądanego w każdym kryterium. Największą liczbę punktów przyznaje się kryterium szczegółowemu najbardziej charakteryzującemu badaną kulturę organizacyjną. Analiza rzetelności narzędzia dokonana za pomocą współczynnika Alfa Cronbacha wykazała dla kultury typu hierarchia – 0.774; kultury typu rynek – 0.741; kultury typu klan – 0.913, kultury typu adhoracja – 0.755.

Projekt badawczy uzyskał pozytywną opinię Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie (KE-0254/190/2016).

Wyniki. Badane pielęgniarki wskazały, że *przywództwo* organizacyjne, stanowiące element kultury organizacyjnej ich zespołów, w badanych podmiotach leczniczych obecnie charakteryzuje się cechami przypisanymi do kultury organizacyjnej typu hierarchia ($M=31,28 \pm 17,65$). Zdecydowanie niższe wartości uzyskano w cechach przypisanych do kultury organizacyjnej typu klan ($M=26,38 \pm 14,61$), typu rynek ($M=23,70 \pm 17,06$) i typu adhoracja ($M=18,66 \pm 9,36$). Dane te są połowicznie zbieżne z danymi dotyczącymi cech pożądaných. W opinii respondentów, przywództwo organizacyjne powinno cechować się zarówno służeniem pomocą i roztaczaniem opieki, jak i koordynowaniem, sprawnym organizowaniem, stwarzaniem harmonijnych warunków do osiągnięcia dobrych wyników, czyli elementami z kultury organizacyjnej typu klan ($M=32,12 \pm 15,94$) i typu hierarchia ($M=32,46 \pm 19,48$). Podobne dane uzyskano także dla kultury organizacyjnej typu adhoracja. Obecnie postrzegana była na poziomie $M=18,66 \pm 9,36$, co było porównywalne do stanu pożądanego ($M=19,14 \pm 10,52$). Najmniej pożądanymi są cechy kultury organizacyjnej typu rynek ($M=16,36 \pm 11,51$). Graficzne porównanie przedstawiono na rycinie 1, a dane szczegółowe w tabelach 2,3,4.

Tab.2. Przywództwo w organizacji – stan obecny

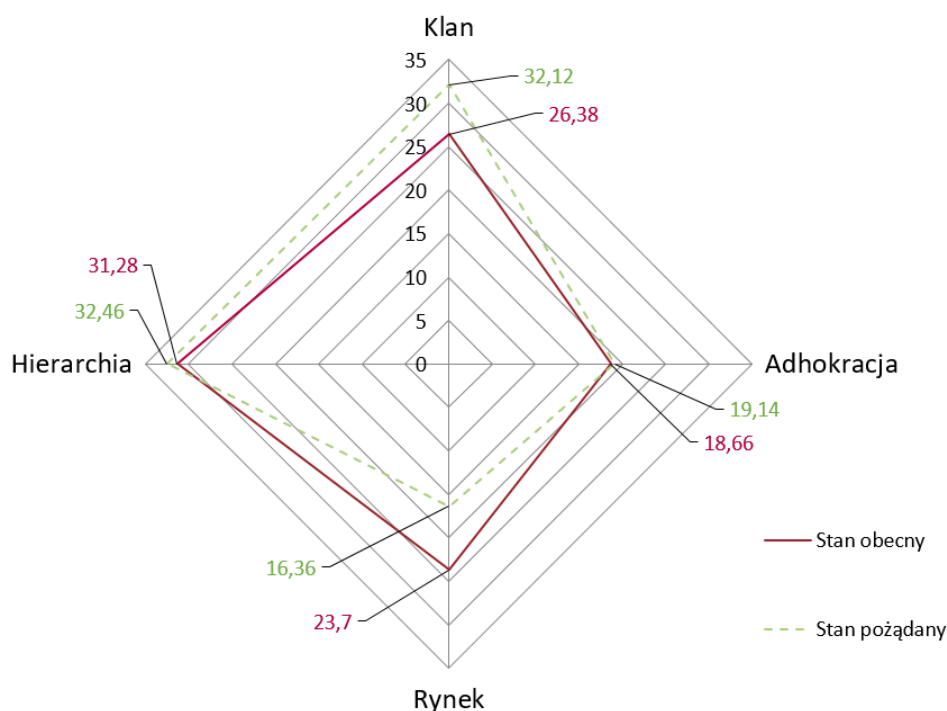
| Stan obecny | Przywództwo w organizacji | | | | | | |
|-------------------|---------------------------|-------|------|--------|-------|-------|-------|
| | M | SD | Min | Max | Q1 | Me | Q3 |
| Klan | 26.38 | 14.61 | 0.00 | 100.00 | 20.00 | 25.00 | 30.00 |
| Adhokracja | 18.66 | 9.36 | 0.00 | 50.00 | 10.00 | 20.00 | 25.00 |
| Rynek | 23.70 | 17.06 | 0.00 | 100.00 | 15.00 | 20.00 | 25.00 |
| Hierarchia | 31.28 | 17.65 | 0.00 | 100.00 | 20.00 | 30.00 | 40.00 |

M – średnia, *SD* – odchylenie standardowe, *Min* – wartość minimalna, *Max* – wartość maksymalna, *Q1* – kwartył dolny, *Me* – Mediana, *Q3* – kwartył górny
Źródło: opracowanie własne.

Tab.3. Przywództwo w organizacji – stan pożądaný

| Stan pożądaný | Przywództwo w organizacji | | | | | | |
|-------------------|---------------------------|-------|------|--------|-------|-------|-------|
| | M | SD | Min | Max | Q1 | Me | Q3 |
| Klan | 32.12 | 15.94 | 0.00 | 100.00 | 25.00 | 30.00 | 40.00 |
| Adhokracja | 19.14 | 10.52 | 0.00 | 60.00 | 10.00 | 20.00 | 25.00 |
| Rynek | 16.36 | 11.51 | 0.00 | 100.00 | 10.00 | 15.00 | 25.00 |
| Hierarchia | 32.46 | 19.48 | 0.00 | 100.00 | 20.00 | 30.00 | 40.00 |

M – średnia, *SD* – odchylenie standardowe, *Min* – wartość minimalna, *Max* – wartość maksymalna, *Q1* – kwartył dolny, *Me* – Mediana, *Q3* – kwartył górny
Źródło: opracowanie własne.



Ryc.1. Przywództwo w organizacji – stan obecny i pożądany

Źródło: opracowanie własne.

Tab.4. Przywództwo w organizacji – porównanie stan obecny i pożądany

| Porównanie stan obecny – stan pożądany | | | | | | | |
|--|--------|------------|-------|--------|--------|------------|-------|
| Klan | | Adhokracja | | Rynek | | Hierarchia | |
| Z | p | Z | p | Z | p | Z | p |
| -8.147 | <0.001 | -0.636 | 0.525 | -9.978 | <0.001 | -0.893 | 0.372 |

Źródło: opracowanie własne.

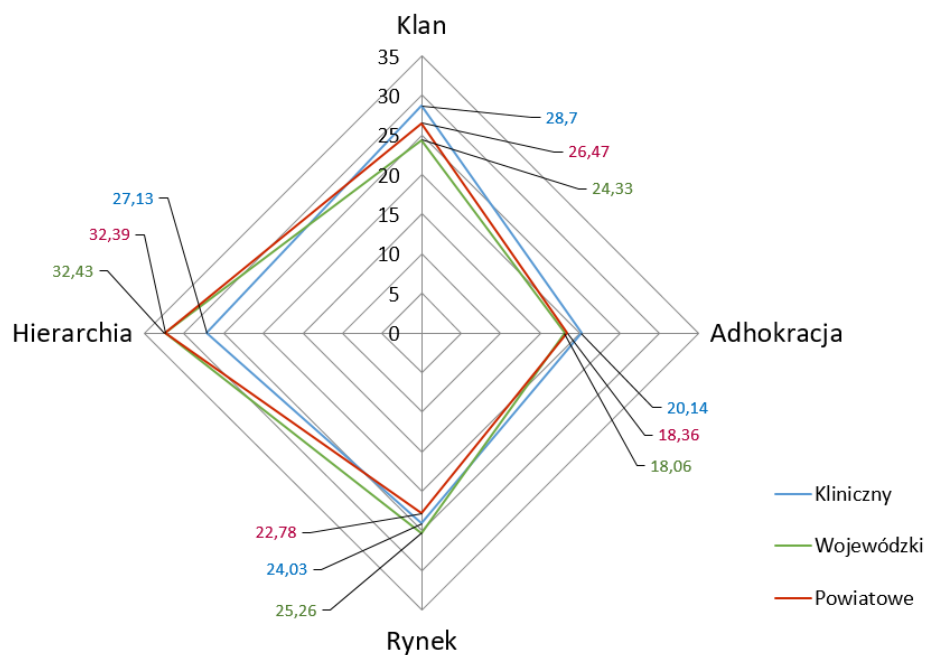
Pielęgniarki zatrudnione w szpitalu klinicznym postrzegały obecne *przywództwo* w organizacji jako typ klanu ($M=28,70 \pm 15,35$), co było zbieżne z ich preferowanymi oczekiwaniami ($M=31,85 \pm 15,23$). Podobne wnioski, co do zbieżności stanu aktualnego i preferencji, można wysnuć na podstawie danych uzyskanych od pielęgniarek zatrudnionych w szpitalach powiatowych. Obecnie pielęgniarki ze szpitali powiatowych dostrzegały *przywództwo* w organizacji noszące znamiona kultury organizacyjnej typu hierarchia ($M=32,39 \pm 15,70$) i także samo było przez nie oczekiwane ($M=34,76 \pm 19,29$). Jednocześnie stosunkowo wysoki wynik odnotowano dla preferowanego *przywództwa* w organizacji o typie klanu ($M=31,35 \pm 14,98$). Wyraźne różnice pomiędzy obecnie postrzeganym, a pożądanym typem *przywództwa* w organizacji zaobserwowano wśród pielęgniarek ze szpitala wojewódzkiego. Analiza danych wykazała, że obecnie *przywództwo* w organizacji cechuje kultura organizacyjna typu hierarchia ($M=32,43 \pm 21,91$), natomiast pożądaną powinna cechować kultura organizacyjna typu klan

($M=33,84 \pm 18,18$). Zaobserwowane rozbieżności przedstawiono na ryc.2 i 3 oraz w tab.5 i 6.

Tab.5. Przywództwo w organizacji w poszczególnych typach szpitali – stan obecny i pożądany

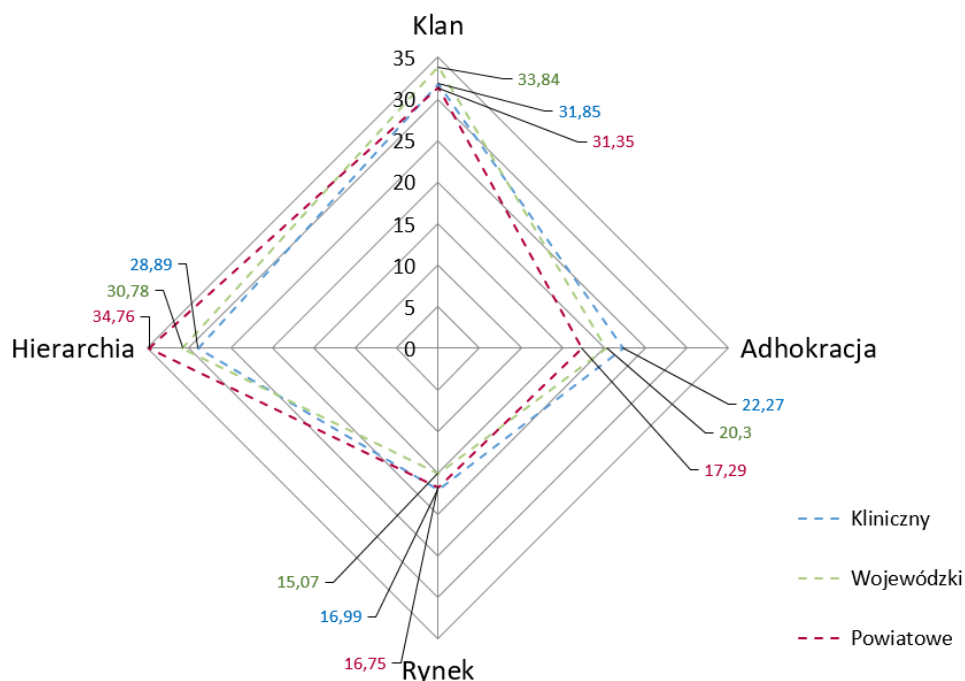
| Typ szpitala | Przywództwo w organizacji | | | | | | | |
|-------------------|---------------------------|------------|-------|--------------|---------------|------------------|--------------|--------------|
| | Stan obecny | | | | Stan pożądany | | | |
| | Klan | Adhokracja | Rynek | Hierarchia | Klan | Adhokracja | Rynek | Hierarchia |
| Kliniczny | 28.70 | 20.14 | 24.03 | 27.13 | 31.85 | 22.27 | 16.99 | 28.89 |
| Wojewódzki | 24.33 | 18.06 | 25.26 | 32.43 | 33.84 | 20.30 | 15.07 | 30.78 |
| Powiatowe | 26.47 | 18.36 | 22.78 | 32.39 | 31.35 | 17.29 | 16.75 | 34.76 |
| H | 2.928 | 3.836 | 2.722 | 9.428 | 1.140 | 21.566 | 6.665 | 9.396 |
| p | 0.231 | 0.147 | 0.256 | 0.009 | 0.566 | <0.001 | 0.036 | 0.009 |

Źródło: opracowanie własne.



Ryc. 2. Przywództwo w organizacji w poszczególnych typach szpitali – stan obecny

Źródło: opracowanie własne.



Ryc.3. Przywództwo w organizacji w poszczególnych typach szpitali – stan pożądaný
Źródło: opracowanie własne.

Tab. 2. Porównanie przywództwo w organizacji w poszczególnych typach szpitali – stan obecny i pożądaný

| Typ szpitala | Porównanie stan obecny – stan pożądaný | | | | | | | |
|--------------|--|--------|------------|-------|--------|--------|------------|-------|
| | Klan | | Adhokracja | | Rynek | | Hierarchia | |
| | Z | p | Z | p | Z | p | Z | p |
| Kliniczny | -3.657 | <0.001 | -3.075 | 0.002 | -4.948 | <0.001 | -0.218 | 0.827 |
| Wojewódzki | -4.979 | <0.001 | -1.631 | 0.103 | -5.449 | <0.001 | -0.432 | 0.665 |
| Powiatowe | -5.373 | <0.001 | -2.101 | 0.036 | -6.779 | <0.001 | -1.453 | 0.146 |

Źródło: opracowanie własne.

Analizując *przywództwo* w organizacji z perspektywy rodzaju oddziałów dostrzeżono, że na oddziałach zachowawczych i pediatrycznych obecnie pielęgniarki oceniają je jako reprezentujące kulturę organizacyjną typu hierarchia (tab.7). Jest to podejście odmienne od pożądanego, gdyż w obu wypadkach preferowanym typem jest typ klanu. Jednocześnie obie grupy pielęgniarek stosunkowo wysoko oceniają typ hierarchiczny jako stan pożądaný. Natomiast zbieżność co do przywództwa w organizacji zarówno w stanie obecnym, jak i pożądanym zaobserwowano wśród pielęgniarek z oddziałów zabiegowych. Tu dominuje i jest jednocześnie preferowany typ hierarchiczny, przy równocześnie wysokiej ocenie typu klanu. Uzyskane wyniki przedstawiono w tab.7 oraz tab.8. Graficzną wersję zaprezentowano na ryc.4 i 5.

Tab.7. Przywództwo w organizacji ze względu na rodzaj oddziału – stan obecny i pożądany

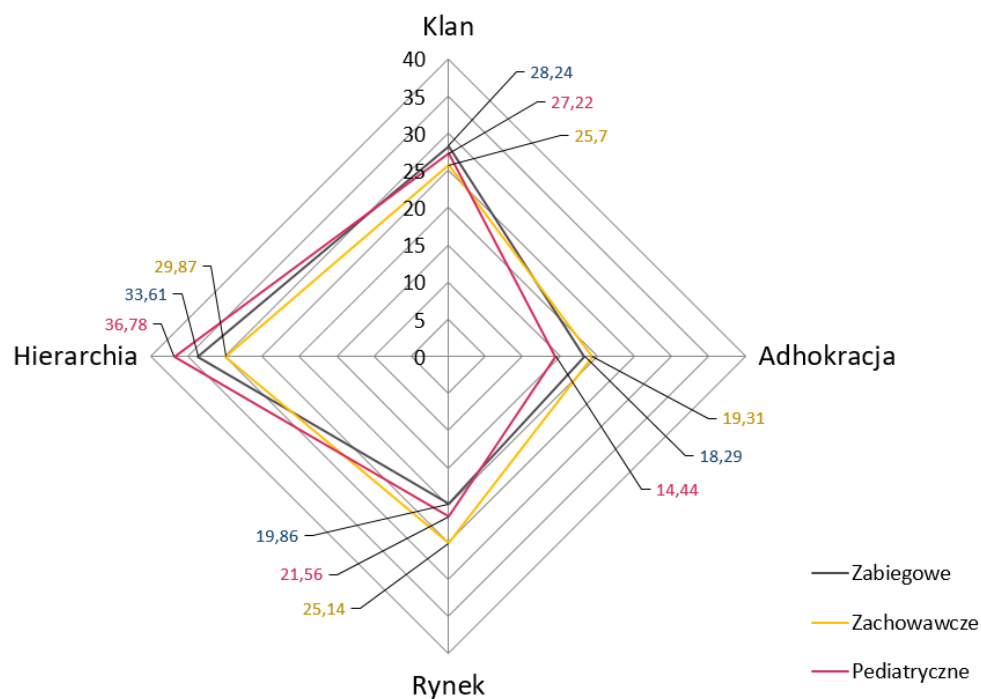
| Oddział | Przywództwo w organizacji | | | | | | | |
|--------------|---------------------------|---------------|------------------|--------------|---------------|------------------|------------------|--------------|
| | Stan obecny | | | | Stan pożądany | | | |
| | Klan | Adhoracja | Rynek | Hierarchia | Klan | Adhoracja | Rynek | Hierarchia |
| Zabiegowe | 28.24 | 18.29 | 19.86 | 33.61 | 33.33 | 16.81 | 13.15 | 36.81 |
| Zachowawcze | 25.70 | 19.31 | 25.14 | 29.87 | 31.31 | 20.14 | 17.55 | 31.08 |
| Pediatryczne | 27.22 | 14.44 | 21.56 | 36.78 | 35.56 | 16.89 | 14.67 | 32.89 |
| H | 2.822 | 11.418 | 15.385 | 9.656 | 3.192 | 16.378 | 18.524 | 9.429 |
| p | 0.244 | 0.003 | <0.001 | 0.008 | 0.203 | <0.001 | <0.001 | 0.009 |

Źródło: opracowanie własne.

Tab. 8. Porównanie przywództwo w organizacji ze względu na rodzaj oddziału – stan obecny i pożądany

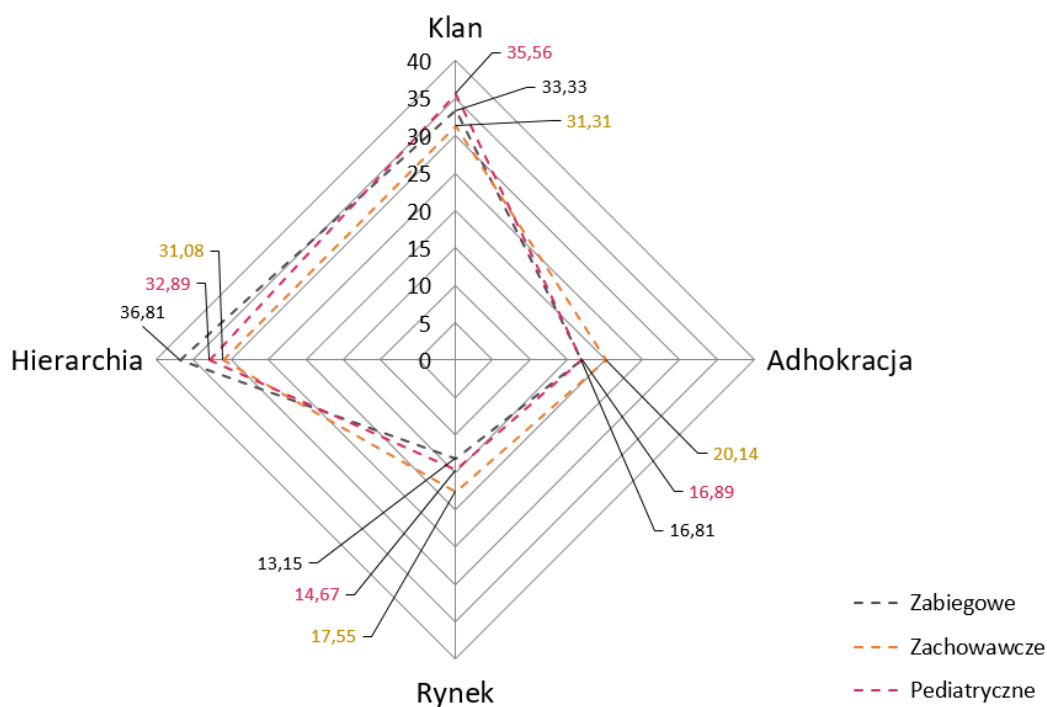
| Oddział | Porównanie stan obecny – stan pożądany | | | | | | | |
|--------------|--|------------------|-----------|-------|--------|------------------|------------|-------|
| | Klan | | Adhoracja | | Rynek | | Hierarchia | |
| | Z | p | Z | p | Z | p | Z | p |
| Zabiegowe | -3.990 | <0.001 | -1.697 | 0.090 | -5.503 | <0.001 | -1.214 | 0.225 |
| Zachowawcze | -6.460 | <0.001 | -1.401 | 0.161 | -8.095 | <0.001 | -0.742 | 0.458 |
| Pediatryczne | -3.090 | 0.002 | -0.542 | 0.588 | -2.327 | 0.020 | -1.091 | 0.275 |

Źródło: opracowanie własne.



Ryc.4. Przywództwo w organizacji ze względu na rodzaj oddziału – stan obecny

Źródło: opracowanie własne.



Ryc.5. Przywództwo w organizacji ze względu na rodzaj oddziału – stan pożądany

Źródło: opracowanie własne.

Dyskusja. Organizacje opieki zdrowotnej to systemy społeczne, w których najważniejszym czynnikiem są zasoby ludzkie, czyli zasoby instytucji w zakresie wiedzy, umiejętności i motywacji jej pracowników. Przywództwo odgrywa kluczową rolę, wpływając na profesjonalistów, pacjentów i środowisko pracy [15]. Pielęgniarki jako przywódcy stanowią główną determinantę oddziaływania na zespół pracowniczy, aby osiągnąć wspólne, wcześniej założone cele, z których jednym z najważniejszych jest zaspokojenie potrzeb zdrowotnych pacjentów i ich rodzin [16]. W związku z czym przywództwo jest oczekiwanym atrybutem wszystkich pielęgniarek dyplomowanych pracujących w zespołach pielęgniarskich, jednak przywództwo w zawodzie często uznawane jest za zarezerwowane wyłącznie dla wybranej grupy i zależne od pełnionej funkcji czy stanowiska pracy.

Przywództwo skoncentrowane na pacjencie obejmuje zdolności mające na celu wywieranie wpływu na pacjentów i ich rodziny. Natomiast przywództwo skoncentrowane na organizacji i systemie obejmuje możliwości mające na celu oddziaływanie na pielęgniarki, innych świadczeniodawców, organizację lub system opieki zdrowotnej [17]. Określenie w zespole pracowniczym, kto prowadzi a kto zarządza jest trudne. Zwłaszcza, że tylko część pracowników zajmujących stanowiska kierownicze jednocześnie jest autentycznym przywódcą, co oznacza, że nie wszyscy menadżerowie są przywódcami, a tylko wybrani. Jonh P. Kotter określił proces przywództwa jako wyznaczanie kierunku, w którym organizacja

podąża, ale także jako dostosowanie ludzi, motywowanie i inspirowanie. Zarządzaniem jest natomiast planowanie, obsadzanie stanowisk, budżetowanie, kontrolowanie i rozwiązywanie problemów, czyli aspekty organizacyjne [18]. Menadżerowie utrzymują funkcjonowanie organizacji poprzez efektywne wykorzystanie zasobów, podczas gdy przywódcy, aby poradzić sobie z nowymi wyzwaniami przekształcają organizację.

Przywódcy systemów opieki zdrowotnej, a zwłaszcza zespołów pielęgniarskich, prowadzą dyskusje na temat najlepszych metod i sposobów pozwalających na zapewnienie bezpieczeństwa i wysokiej jakości świadczonych usług zdrowotnych z perspektywy organizacji [19]. Przywódca nawiązuje interakcje z każdym członkiem zespołu, które opierają się na negocjowaniu. Skala prowadzonych negocjacji pozwala na zidentyfikowanie różnic w zachowaniu pracownika i przywódcy oraz oszacowaniu konsekwencji tych zachowań. Skuteczne przywództwo ma miejsce wtedy, gdy przywódca i pracownik potrafią nawiązać i rozwijać dojrzałe relacje, oparte na lojalności, szacunku, partnerstwie, wzajemności, z uwzględnieniem obowiązującego charakteru więzi zachodzącej pomiędzy nimi [16]. Przywódca poprzez nawiązaną relację wpływa więc na zachowania pracowników, prowadząc do osiągnięcia wcześniej założonego celu.

Przywództwo organizacyjne i kultura organizacyjna to siły napędowe sukcesu lub porażki organizacyjnej. Kultura organizacyjna stanowi odzwierciedlenie wartości i dominujących elementów przywództwa organizacyjnego, które wyznacza cele i prowadzi do zmian zachodzących w zespołach pracowniczych [20]. Kultura organizacyjna przenika wszystkie aspekty życia organizacji i jest podstawowym narzędziem menadżerskim służącym poprawie środowiska pracy [5], oznacza to, że kultura organizacyjna i przywództwo są ze sobą nierozzerwalnie powiązane. Przywódca może wzmacniać i zarządzać kulturą organizacyjną, która pozytywnie wpływa na funkcjonowanie organizacji lub podejmować próby jej zmiany, jeśli kultura organizacyjna oddziałuje destrukcyjnie na organizację. Kluczem do sukcesu każdej organizacji, a zwłaszcza organizacji systemu opieki zdrowotnej jest skupienie się na budowaniu i kształtowaniu kultury organizacyjnej, w której strategię dotyczące przywództwa zapewniają największą wydajność. Zrozumienie dynamiki kultury organizacyjnej, pozwoli wyjaśnić reakcje pracowników na zmiany oraz ułatwi wprowadzanie oczekiwanych przez zarządzających zmian w zachowaniach pracowniczych [2].

Przywództwo organizacyjne stanowiące element kultury organizacyjnej w badaniach własnych zostało zdiagnozowane jako obecnie zbieżne z kulturą organizacyjną typu hierarchia, zaś pożądanym było typu klan. Podobne wyniki otrzymali Alsoulami i in. [21], Silva i in. [22], Mahran [23] oraz Gavrilescu i Barbul [24]. Sygnalizuje to, że zarządzający powinni być

bardziej zorientowani w ukierunkowaniu pracy na zespołową, poprawę komunikacji i wzajemnego informowania się, rozwój zasobów ludzkich, a także na większy udział pracowników w podejmowaniu decyzji. Podobne zalecenia dla praktyki wskazali Swanwick i Varnam [25], którzy opisali konieczność zmiany tradycyjnego, indywidualnego przywódcy hierarchicznego, na przywództwo opierające się na pracy zespołowej, zachęcające do integracji i współpracy. De Meyer [26] poza zaleceniem przywództwa opartego na współpracy, wskazuje na wykorzystanie w codziennej praktyce zarządzających umiejętności aktywnego słuchania, wpływania i elastycznej współpracy w przeciwieństwie do tradycyjnego, odgórnego podejścia hierarchicznego.

Powyższe zalecenia argumentować można wynikami badań, które wykazały, że pielęgniarki pracujące w kulturach organizacyjnych zorientowanych na grupę cechują się większym zaangażowaniem w pracę i mniejszą rotacją na stanowiskach pracy, niż te, które wykonują obowiązki zawodowe w organizacjach cechujących się przywództwem hierarchicznym [27]. Natomiast organizacje cechujące się większą autonomią zasobów ludzkich i mniejszą hierarchicznością w większym stopniu wykorzystują w świadczeniu usług zdrowotnych nowoczesne technologie i są bardziej otwarte na zmiany [8]. Ponadto przywódcy organizacyjni otrzymywali wyższe oceny przyznawane przez pracowników w organizacjach systemu ochrony zdrowia cechujących się kulturą organizacyjną zorientowaną na elastyczność i swobodę - kulturą organizacyjną typu klan i typu adhokracja [20], co świadczyło o uzyskiwaniu aprobaty dotyczącej ich działalności.

Zmiana kultury organizacyjnej na kulturę cechującą się przywództwem zbieżnym z kulturą organizacyjną typu klan, będzie oznaczała ukierunkowanie postępowania kadry zarządzającej na działania mające na celu zwiększenie zakresu samodzielności pracowników, otwarcie na nowe, niekonwencjonalne sposoby rozwiązywania problemów, wzrostu zaangażowania i stopnia uczestnictwa członków zespołu, wdrożenia współpracy w zespołach interdyscyplinarnych, np. członków różnych grup zawodowych czy jednostek organizacyjnych, wyrażania troski o podległych pracowników i uznania ich pracy. Jednocześnie należy unikać i stanowczo oddzielić tę przemianę od wspierania niewłaściwych zachowań organizacyjnych, do których należeć będzie: rozpowszechnienie nepotyzmu i kumoterskich układów, tolerowania braku norm postępowania i dyscypliny, uchylania się od podejmowania trudnych decyzji, mogących zrazić pracowników; dopuszczenia pełnej swobody; czy aprobaty przeciętności w realizacji obowiązków zawodowych [10]. Zmniejszając nacisk na kulturę hierarchii należało by ograniczyć liczbę barier i biurokratyzacji, dopuścić decentralizację władzy i zmniejszyć formalny nadzór nad zespołami pracowniczymi, przy czym nie należało

by zaprzestać przestrzegania regulaminów i dopuszczenia braku kontroli, czy braku monitorowania funkcjonowania organizacji i rozliczania pracowników z osiągniętych wyników ich pracy [10].

Kultura organizacyjna bezsprzecznie wpływa zarówno na jakość życia zawodowego, jak i jakość opieki. Niesprzyjające kultury organizacyjne, charakteryzujące się chaotycznym środowiskiem pracy, presją czasu i brakiem kontroli, wiążą się z gorszymi wynikami, w tym większym wypaleniem zawodowym. Kultury hierarchiczne, czyli te odporne na zmiany, zostały zidentyfikowane jako istotne bariery dla innowacji i wdrażania praktyk opartych na dowodach naukowych. Natomiast sprzyjające kultury organizacyjne, które zwiększają autonomię, promują różnorodność i uczestnictwo oraz ułatwiają współpracę powiązane są z lepszymi wynikami pracy, w tym dobrym samopoczuciem pracowników i zaangażowaniem w poprawę jakości świadczonych usług [28].

Pozytywna kultura organizacyjna wspiera autentyczne przywództwo i zachęca do powtarzania autentycznych zachowań przywódczych (wspierania, wyrażania aprobaty i podziwu do zachowań pracowniczych, optymizmu, satysfakcji z zajmowanego stanowiska). Badania wykazały, że najbardziej satysfakcjonujące miejsca pracy to te, w których pielęgniarki pracują we wspólnych środowiskach i doświadczają wspierających relacji z przełożonymi. Tworzenie i wzmacnianie tego typu kultur organizacyjnych potrzebuje silnego, autentycznego przywództwa [14]. Oznacza to, że przywódcy modelując autentyczne zachowania, nadają ton swojej kulturze organizacyjnej, a ich działania wyznaczają standardy zachowań, które powinny być naśladowane przez pozostałych pracowników.

Przywódtwo w organizacji i jego aspekty mają kluczowe znaczenie w kształtowaniu kultury organizacyjnej [2]. Pozytywna kultura organizacyjna odgrywa ważną rolę w cementowaniu tej nierozzerwalnej relacji pomiędzy kulturą organizacyjną a przywództwem, które spaja zdrowe środowisko pracy [14]. Jest to istotne, gdyż kultura organizacyjna i zdrowe środowisko pracy mają znaczenie dla bezpieczeństwa pacjentów i jakości opieki świadczonej przez pracowników systemu ochrony zdrowia [29]. Zorganizowane wysiłki podejmowane na rzecz promowania pozytywnej kultury organizacyjnej, wyników leczenia pacjentów i wysokiej jakości opieki nad pacjentem są jednymi z ważniejszych zadań stawianych przed zarządzającymi zespołami pielęgniarskimi.

Obecnie jest to zadanie trudne. Wynika nie tylko z coraz częstszych fuzji i przejęć podmiotów opieki zdrowotnej, których liczba w ostatnich latach wzrosła (jako konsekwencji współzależności na rynku, kontrolowania kosztów, rosnącego zadłużenia i negocjowania lepszych warunków kontraktów zawieranych przez płatnika z podmiotami leczniczymi).

Niezależnie od bodźca pobudzającego do fuzji, największym predyktorem jej sukcesu lub porażki jest kultura organizacyjna podmiotu leczniczego [30]. Kolejnym problemem, z którym aktualnie borykają się podmioty systemu opieki zdrowotnej są zjawiska braków kadrowych, zjawiska wypalenia zawodowego, częsta rotacja pracownicza, czy wcześniejsze odejścia z zawodu czynnych pielęgniarek w wieku produkcyjnym.

Przywódcy pielęgniarstwa są niezastąpieni w kreowaniu i utrzymywaniu pozytywnych środowisk praktyki pielęgniarstwa, które utrzymują silną i zmotywowaną kadrę pielęgniarską. Pozytywne, wzmacniające przywództwo, będące składową pozytywnych kultur organizacyjnych, może poprawić satysfakcję z wykonywanej pracy, zwiększyć poziom zaangażowania organizacyjnego i chęci pozostania w zawodzie, jednocześnie zmniejszając wypalenie zawodowe. W związku z powyższym przywództwa nie można postrzegać w próżni, należy je rozpatrywać w kontekście społecznym, politycznym, gospodarczym, ale zwłaszcza kulturowym.

Sukces organizacji opieki zdrowotnej uzależniony jest w dużym stopniu od kompetencji przywódczych kierownictwa wyższego i średniego szczebla oraz wspierającej kultury organizacyjnej. Skuteczne zespoły pielęgniarskie potrzebują skutecznego przywództwa, które będzie elementem kultury sprzyjającej swobodnemu przepływowi pomysłów, zwiększającej zaangażowanie pracowników, wzmacniającej poczucie, że ich praca ma sens, pozytywnie postrzegających współpracowników i organizację [31].

Przywódcy, menadżerowie i kadra zarządzająca wpływają na kulturę organizacyjną. W związku z czym, zaleca się szkolenie kadry zarządzającej na temat przywództwa i jego typów, zwłaszcza w aspekcie kultury organizacyjnej. Zarządzający kadrą pielęgniarską, posiadający krótszy staż pracy na stanowisku kierowniczym mogą wymagać większego wsparcia koncentrującego się na doskonaleniu podstawowych umiejętności, natomiast kadra kierownicza o większym doświadczeniu menadżerskim może być bardziej skłonna do zastosowania w praktyce zachowań wzmacniających pozytywne środowisko pracy (na przykład szczerych osobistych podziękowań kierowanych w stronę pracowników za wykonywaną pracę). Stosowanie tego typu zachowań może okazać się niezbędne, aby we właściwy sposób opracować wizję organizacji i realizować postawione cele strategiczne [32].

Wnioski. Przywództwo stanowiące element kultury organizacyjnej zespołów pielęgniarskich obecnie zbliżone jest do typu hierarchia, zaś pożądane jest do typu klan. Pielęgniarki zatrudnione w szpitalu klinicznym obecnie postrzegają i jednocześnie oczekują przywództwa o typie klan,

natomiast w szpitalu powiatowym – hierarchia. Na oddziałach zachowawczych i pediatrycznych obecnie postrzegane jest przywództwo typu hierarchia, a pożądane typu klan.

Bibliografia

1. Bellot J. Defining and Assessing Organizational Culture. *Nurs Forum* 2011; 46 (1): 29 - 37. DOI: 10.1111/j.1744-6198.2010.00207.x.
2. Azzolini E, Ricciardi W, Gray M. Healthcare organizational performance: why changing the culture really matters. Commentary. *Ann Ist Super Sanita.*; 2018 Jan-Mar; 54 (1): 6-8. DOI: 10.4415/ANN_18_01_03.
3. Pawłowski M, Kułakowska A, Piątkowski Z. Kultura organizacyjna w organizacji. *Postępy Techniki Przetwórstwa Spożywczego* 2019; 1: 125 - 132.
4. Nogalski B, Szpitter A. Kultura organizacyjna w zarządzaniu organizacją wielokulturową. W: Mikuła B (red.). *Historia i perspektywy nauk o zarządzaniu*. Wydawnictwo Fundacja UE w Krakowie, Kraków 2012: 225 - 236.
5. Mutonyi BR, Slåtten T, Lien G, González-Piñero M. The impact of organizational culture and leadership climate on organizational attractiveness and innovative behavior: a study of Norwegian hospital employees. *BMC Health Serv Res*. May 2022 13; 22 (1): 637. DOI: 10.1186/s12913-022-08042-x.
6. Tsai Y. Relationship between Organizational Culture, Leadership Behavior and Job Satisfaction. *BMC Health Serv Res* 2011; 11, 98 DOI: 10.1186/1472-6963-11-98.
7. Schein E. *Organizational Culture and Leadership*. Jossey-Bass, San Fransisco-London 1986.
8. Lepore L, Metallo C, Schiavone F, Landriani L. Cultural orientations and information systems success in public and private hostitals: preliminary evidences from Italy. *BMC Health Serv Res*. 2018 Jul; 18 (1): 554. DOI: 10.1186/s12913-018-3349-6.
9. Scott T, Mannion R, Davies H, et. al. The Quantitative Measurement of Organizational Culture in Health Care: A review of the Available Instruments. *HSR* 2003; 38 (3): 923-945. DOI: 10.1111/1475-6773.00154.
10. Cameron KS, Quinn RE. *Kultura organizacyjna – diagnoza i zmiana. Model wartości konkurujących*. Warszawa: Wyd. Wolters Kluwer. 2015.
11. Alloubani A, Akhu-Zaheya L, Abdelhafiz IM, Almatari M. Leadership styles' influence on the quality of nursing care. *Int J Health Care Qual Assur*. 2019; 32 (6): 1022 – 1033. DOI:10.1108/IJHCQA-06-2018-0138.
12. Northouse PG. *Leadership: Theory and Practice*. 9th ed. SAGE Publications, Inc. 2021.
13. Heinen M, van Oostveen C, Peters J, Vermeulen H, Huis A. An integrative review of leadership competencies and attributes in advanced nursing practice. *J Adv Nurs*. 2021 Nov; 75 (11): 2378-2392. DOI: 10.1111/jan.14092.
14. Shirey MR. Authentic leadership, organizational culture, and healthy work environments. *Crit Care Nurs Q*. 2009 Jul - Sep; 32 (3): 189 - 198. DOI: 10.1097/CNQ.0b013e3181ab91db.
15. Specchia ML, Cozzolino MR, Carini E, Di Pilla A, Galletti C, Ricciardi W, Damiani G. Leadership Styles and Nurses' Job Satisfaction. Results of a Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Feb 6; 18 (4): 1552. DOI: 10.3390/ijerph18041552.

16. Nunes EM, Gaspar MF. Leadership in nursing and patient satisfaction in hospital context. *Rev Gaucha Enferm.* 2016 Jun; 37 (2): e55726. English, Portuguese. DOI: 10.1590/1983-1447.2016.02.55726.
17. Wood C. Leadership and management for nurses working at an advanced level. *Br J Nurs.* 2021 Mar 11; 30 (5): 282-286. DOI: 10.12968/bjon.2021.30.5.282.
18. Kotter JP. *Leading change.* Boston (MA): Harvard Business Review Press. 1996.
19. King T, Byers JF. A review of organizational culture instruments for nurse executives. *J Nurs Adm.* 2007 Jan; 37 (1): 21 - 31. DOI: 10.1097/00005110-200701000-00005.
20. Bernardes A., Gabriel C.S., Cummings G.S., i in. Organizational culture, authentic leadership and quality improvement in Canadian healthcare facilities. *Rev. bras. enferm.* 2020; 73 (Suppl 5). DOI: 10.1590/0034-7167-2019-0732.
21. Alsoulami SM, Banjar H, Mahran SM. Assessment of Organizational Culture at Two Governmental Hospitals in Jeddah City. *IOSR-JNHS* 2018; 7 (3): 42 - 51. DOI: 10.9790/1959-0703044251.
22. Silva JTM, Machado do Couto e Melo J, Couto Machado Chianca T, et. al. Relations between actual and desired culture on health organizations a competing values framework dimensions approach. *RAHIS* 2018; 15 (1): 127 - 142. DOI: doi.org/10.21450/rahis.v14i2.4374.
23. Mahran SB. Using the Competing Value Framework Model for Developing an Organizational Culture Profile in Governmental Hospitals. *American Journal of Nursing Science* 2016; 5 (6): 288 - 294.
24. Gavrilesco L, Barbul C. Assessment of the organizational culture of the country emergency Hospital „DR. Constantin Opris”, Baia Mare. Conference proceedings „European integration – new challenges” 6 th edition, May 28-29 2010, Oradea, Romania – materialy konferencyjne.
25. Swanwick T, Varnam R. Leadership development and primary care. *BMJ* 2019; 3: 59-61. DOI: 10.1136/leader-2019-000145.
26. De Meyer A. Collaborative leadership: new perspectives in leadership development. *European Business Review.* 2011 January-February: 35 - 40.
27. Lui, J.N.M., Johnston, J.M. Validation of the nurse leadership and organizational culture (N-LOC) questionnaire. *BMC Health Serv Res* 2019; 19, 469. DOI: 10.1186/s12913-019-4290-z.
28. Hsiung KS, Colditz JB, McGuier EA, et al. Measures of Organizational Culture and Climate in Primary Care: a Systematic Review. *J Gen Intern Med.* 2021; 6 (2): 487 - 499. DOI:10.1007/s11606-020-06262-7.
29. Goula A, Stamouli MA, Latsou D, Gkioka V, Kyriakidou N. Learning Organizational Culture in Greek Public Hospitals. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Feb 14; 18 (4): 1867. DOI: 10.3390/ijerph18041867.
30. Chesley CG. Merging Cultures: Organizational Culture and Leadership in a Health System Merger. *J Healthc Manag.* 2020 Mar - Apr ; 65 (2): 135 - 150. DOI: 10.1097/JHM-D-18-00213.
31. Samai C, Campbell R. Culture, teamwork and engagement: 40 years of finding the right ingredients. *Curr Opin Cardiol.* 2021 Jan; 36 (1): 105 - 109. DOI: 10.1097/HCO.0000000000000805.
32. ALFadhalah T, Elamir H. Organizational Culture, Quality of Care and Leadership Style in Government General Hospitals in Kuwait: A Multimethod Study. *J Healthc Leadersh* 2021; 13: 243 - 254 DOI:10.2147/JHL.S333933.

Profilaktyka nie tylko dla pacjenta czyli wiedza pielęgniarek na temat zagrożeń w miejscu pracy

Kinga Żurawska vel Dziurawiec, Małgorzata Pabiś

Wstęp. Praca jest istotnym aspektem w życiu każdego człowieka, dla wielu jest podstawą egzystencji, kształci świadomość, tworzy system wartości i postawy. Może być rozpatrywana pod względem ekonomicznym, społecznym, filozoficznym lub historycznym, ale bez względu na jakikolwiek jej aspekt zawsze wpływa na osobowość i zdrowie człowieka, który ją wykonuje. Zarówno pielęgniarki jak i inni pracownicy ochrony zdrowia spotykają się z wieloma zagrożeniami zawodowymi w swoim miejscu pracy a prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzeń niepożądanych jest wysokie. I chociaż wszyscy wiemy, że członkowie opieki zdrowotnej wykonują swoje obowiązki w trudnych okolicznościach, to traktuje się ich jako osoby, które powinny się poświęcić ze względu na tradycyjne wartości, przy jednoczesnym niemym przyzwoleniu na bagatelizowanie lub wręcz marginalizowanie ich problemów, także o charakterze zdrowotnym. A przecież jakość opieki zdrowotnej świadczonej dla społeczeństwa ma nierozwalny związek ze zdrowiem i życiem osób wykonujących zawody medyczne.

Niebezpieczeństwa związane ze środowiskiem pracy bezpośrednio i pośrednio wpływające na zdrowie pielęgniarek możemy podzielić na:

- fizyczne, np. hałas, promieniowanie optyczne, laserowe, pola elektromagnetyczne, uderzenie o wyposażenie stanowiska pracy i obiektu, upadek;
- biologiczne – m.in. bakterie, wirusy, grzyby i substancje przez nie wydzielane (toksyny, alergeny); w związku z bezpośrednim kontaktem z pacjentami oraz materiałem zakaźnym pochodzącym od chorych;
- chemiczne, np. substancje mutagenne i rakotwórcze, gazy anestetyczne, leki cytostatyczne oraz uczulające, środki czyszczące, dezynfekcyjne i sterylizujące, zawierające substancje szkodliwe, które mogą uszkadzać skórę, błony śluzowe oraz układ oddechowy;
- ergonomiczne – obciążenie statyczne (przyjmowanie wymuszonej, nienaturalnej postawy ciała) i dynamiczne (wymuszone tempo przy ograniczonym czasie); stanowiska komputerowe niedostosowane do potrzeb pracowników;
- psychospołeczne – przeciążenie percepcyjne, praca zmianowa, nocna, ogromna odpowiedzialność, presja czasu, dylematy moralne, wymagana czujność i bezbłądność,

wszechobecny stres mogą prowadzić do wielu chorób oraz wystąpienie zespołu wypalenia zawodowego. Według Occupational Information Network, które opracowało sposób mierzenia poziomu stresu, w skali 100-stopniowej pielęgniarz/pielęgniarka otrzymali 94 pkt [1,2,3].

Celem pracy jest ukazanie wiedzy pielęgniarek na temat czynników szkodliwych występujących w ich miejscu pracy.

Material i metoda. Badanie przeprowadzono metodą ankietową z zastosowaniem autorskiego kwestionariusza ankiety. Badania zostały przeprowadzone w okresie od stycznia do marca 2021 roku, objęto nimi 272 pielęgniarek lubelskich szpitali.

W badanej grupie ponad 77% stanowiły kobiety, osoby w wieku 31-40 lat stanowiły najliczniejszą grupę 45,2%. Ponad 46% miało wykształcenie wyższe magisterskie, 40,1% licencjackie, niecałe 12% ukończyło studium medyczne. Największa grupa badanych 26,5% miała staż w zawodzie 11-20 lat. Ponad 70% ankietowanych pracowało w systemie 12-godzinnym.

Wyniki. Zdecydowana większość badanych miała świadomość zagrożeń występujących w miejscu pracy (89%). Co dziesiąta osoba deklarowała częściową świadomość takich zagrożeń. Zdecydowana większość badanych wśród czynników fizycznych wymieniała potknięcie, poślizgnięcie (80,5%) oraz skaleczenie, otarcia, zadrapanie (78,3%). Nieco ponad połowa badanych wskazała na porażenie prądem elektrycznym (52,2%) oraz działanie pola elektromagnetycznego (54,8%). Niemal połowa ankietowanych wymieniła uderzenie przez przedmioty ruchome i nieruchome (48,2%) oraz hałas (40,1%) (tab.1).

Tab. 1. Fizyczne czynniki zagrożenia w miejscu pracy

| Czynniki fizyczne | N | % |
|---|-----|------|
| Pożar, wybuch | 88 | 32,4 |
| Skaleczenie, otarcia, zadrapanie | 213 | 78,3 |
| Porażenie prądem elektrycznym | 142 | 52,2 |
| Promieniowanie laserowe | 98 | 36,0 |
| Potknięcie, poślizgnięcie | 219 | 80,5 |
| Uderzenie przez przedmioty ruchome i nieruchome | 131 | 48,2 |
| Przygniecenie | 62 | 22,8 |
| Hałas | 109 | 40,1 |
| Działanie pola elektromagnetycznego | 149 | 54,8 |
| Promieniowanie rentgenowskie, gamma | 78 | 28,7 |
| Wysoka lub niska temperatura | 93 | 34,2 |
| Upadki z wysokości | 30 | 11,0 |
| Zachowania agresywne pacjentów, ich rodzin | 4 | 1,5 |
| Inne | 5 | 1,6 |

N – liczba udzielonych odpowiedzi. Źródło: badania własne.

Prawie wszyscy badani wśród czynników chemicznych zagrażających w pracy wymienili środki dezynfekujące (99,3%). Większość badanych wskazała na lateks (70,6%). Połowa badanych do czynników zagrażających zaliczyła leki - 50%. Około jedna trzecia ankietowanych wymieniała chemikalia (38,2%) oraz dymy, opary (32%). Nieco rzadziej wskazywano na gazy anestetyczne (26,5%) (tab.2).

Tab.2. Chemiczne czynniki zagrożenia w miejscu pracy

| Czynniki chemiczne | N | % |
|------------------------------------|-----|------|
| Środki dezynfekujące | 270 | 99,3 |
| Lateks | 192 | 70,6 |
| Chemikalia | 104 | 38,2 |
| Leki | 136 | 50,0 |
| Gazy anestetyczne | 72 | 26,5 |
| Dymy/ opary | 87 | 32,0 |
| Odczynniki stosowane w diagnostyce | 27 | 9,9 |
| Inne | 4 | 1,5 |

*N – liczba udzielonych odpowiedzi. Liczby nie sumują się do 272, ponieważ występowała możliwość wielokrotnej odpowiedzi.
Źródło: badania własne.*

Najczęściej wskazywane biologiczne czynniki zagrożenia to bakterie (95,2%), wirusy (95,6%) oraz zakażona krew (74,6%). Ponad połowa badanych wskazała na grzyby (66,9%) oraz pasożyty (58,5%) (tab.3).

Tab.3. Biologiczne czynniki zagrożenia w miejscu pracy

| Odpowiedzi | N | % odpowiedzi |
|---------------|-----|--------------|
| Bakterie | 259 | 95,2 |
| Wirusy | 260 | 95,6 |
| Grzyby | 182 | 66,9 |
| Pasożyty | 159 | 58,5 |
| Zakażona krew | 203 | 74,6 |
| Inne | 5 | 1,8 |

*N – liczba udzielonych odpowiedzi. Liczby nie sumują się do 272, ponieważ występowała możliwość wielokrotnej odpowiedzi.
Źródło: badania własne.*

Oprócz konkretnych grup czynników, które mogą stanowić realne zagrożenie dla pielęgniarstwa ponad 60% (63,2%) badanych wskazało jedno z największych niebezpieczeństw związanych z wykonywaniem zawodu medycznego jakim jest zmęczenie (tab.4).

Tab.4. Częstość odczuwania zmęczenia w pracy

| Odpowiedzi | N | % |
|------------------------|-----|------|
| Nie odczuwam zmęczenia | 2 | ,7 |
| Rzadko | 74 | 27,2 |
| Często | 172 | 63,2 |
| Bardzo często | 24 | 8,8 |

Źródło: badania własne.

Wśród powodów zmęczenia w pracy badani najczęściej wskazywali na tempo pracy (61,8%), ręczne podnoszenie/przenoszenie np.: ciężkich przedmiotów, ludzi (56,6%) oraz wymuszoną pozycję w trakcie pracy (47,8%). Rzadziej wskazywano na zmianowy system pracy (39,7%), brak przerw lub ich nieodpowiednią długość (38,6%) oraz złą organizację pracy (33,8%). Dane dotyczące powodów zmęczenia wskazano w tab.5.

Tab. 5. Powody zmęczenia w pracy pielęgniarki

| Powody zmęczenia | N | % |
|---|-----|------|
| Ręczne podnoszenie/ przenoszenie np.: ciężkich przedmiotów, ludzi | 154 | 56,6 |
| Tempo pracy | 168 | 61,8 |
| Brak przerw lub ich nieodpowiednia długość | 105 | 38,6 |
| Zmianowy system pracy | 108 | 39,7 |
| Monotonia, powtarzalność czynności, | 64 | 23,5 |
| Zbyt duże wymagania | 71 | 26,1 |
| Zła organizacja pracy | 92 | 33,8 |
| Wymuszona pozycja w trakcie pracy | 130 | 47,8 |
| Inne | 13 | 4,8 |

N – liczba udzielonych odpowiedzi. Liczby nie sumują się do 272, ponieważ występowała możliwość wielokrotnej odpowiedzi. Źródło: badania własne.

Kolejnym dużym wyzwaniem związanym z wykonywaniem działań zawodowych okazało się obciążenie psychiczne. Według badanych najważniejszymi przyczynami nadmiernego obciążenia psychicznego były: tempo pracy (62,1%) oraz niedoceniające dobrze wykonywanej pracy (59,2%). Rzadziej wskazywano na złą organizację pracy (43%) oraz konflikty wśród pracowników (40,8%). Na napięcie związane z wysokim poziomem trudności wykonywanych zadań wskazało 30,1% ankietowanych (tab.6).

Tab.6. Przyczyny nadmiernego obciążenia psychicznego

| Odpowiedzi | N | % |
|---|-----|-------|
| Brak możliwości rozwoju | 55 | 20,2% |
| Brak szkoleń | 57 | 21,0% |
| Brak wsparcia ze strony kolegów i/ lub przełożonych | 61 | 22,4% |
| Niedoceniające dobrze wykonywanej pracy | 161 | 59,2% |
| Przemoc psychiczna | 47 | 17,3% |
| Konflikty wśród pracowników | 111 | 40,8% |
| Zła organizacja pracy | 117 | 43,0% |
| Napięcie związane z wysokim poziomem trudności wykonywanych zadań | 82 | 30,1% |
| Przemoc fizyczna | 12 | 4,4% |
| Tempo pracy | 169 | 62,1% |
| Wysokie wymagania przełożonego | 70 | 25,7% |
| Inne | 5 | 1,8% |

N – liczba udzielonych odpowiedzi. Liczby nie sumują się do 272, ponieważ występowała możliwość wielokrotnej odpowiedzi. Źródło: badania własne.

Świadomość istnienia zagrożeń w pracy pielęgniarki przekładała się niejako na stosowanie przez ankietowane środków ochrony osobistej. Większość badanych stosowała w pracy

rękawice ochronne (95,6%) oraz maskę z filtrem (75,4%). Ponad połowa badanych wskazała na okulary ochronne (64%), odzież jednorazową (64,7%) oraz obuwie ochronne (52,6%). Nieco rzadziej wymieniano czepek jednorazowy (37,1%) (tab.7).

Tab.7. Środki ochrony osobistej stosowane w pracy przez badane

| Odpowiedzi | N | % |
|--------------------|-----|-------|
| Rękawice ochronne | 260 | 95,6% |
| Odzież jednorazowa | 176 | 64,7% |
| Czepek jednorazowy | 101 | 37,1% |
| Maska z filtrem | 205 | 75,4% |
| Okulary ochronne | 174 | 64,0% |
| Obuwie ochronne | 143 | 52,6% |
| Inne | 19 | 7,0% |

*N – liczba udzielonych odpowiedzi. Liczby nie sumują się do 272, ponieważ występowała możliwość wielokrotnej odpowiedzi.
Źródło: badania własne.*

Ponad połowa badanych deklarowała, że doświadczyła ekspozycji zawodowej/zdarzenia niepożądanego w trakcie wykonywania pracy (64,3%). Zdecydowana większość badanych wskazała na pośpiech jako przyczynę wystąpienia ekspozycji zawodowej/ zdarzenia niepożądanego - 70,9%. Ponad połowa badanych wskazała na nieuwagę (58,3%). Znaczny odsetek osób wymieniał przemęczenie (45,7%). Znacznie rzadziej wskazywano na nieprzestrzeganie procedur (21,1%), brak lub słabą jakość środków ochrony osobistej (16,6%) oraz uszkodzony sprzęt (15,4%) (tab.8).

Tab. 8. Przyczyny wystąpienia ekspozycji zawodowej/ zdarzenia niepożądanego w trakcie wykonywania pracy

| Odpowiedzi | N | % |
|---|-----|------|
| Pośpiech | 124 | 70,9 |
| Nieuwaga | 102 | 58,3 |
| Nieprzestrzeganie procedur | 37 | 21,1 |
| Przemęczenie | 80 | 45,7 |
| Brak lub słaba jakość środków ochrony osobistej | 29 | 16,6 |
| Uszkodzony sprzęt | 27 | 15,4 |
| Inne | 6 | 3,4 |

*N – liczba udzielonych odpowiedzi. Liczby nie sumują się do 272, ponieważ występowała możliwość wielokrotnej odpowiedzi.
Źródło: badania własne.*

Wykazano zależność pomiędzy stażem pracy a występowaniem ekspozycji zawodowej/zdarzenia niepożądanego w trakcie wykonywania pracy ($p < 0,05$). Wśród osób, które miały staż pracy powyżej 20 lat odnotowano najwyższy odsetek ankietowanych, którzy doświadczali ekspozycji zawodowej/ zdarzenia niepożądanego. Z kolei wśród badanych ze stażem pracy do 10 lat odsetek ten okazał się najniższy (tab.9).

Tab.9. Staż pracy a występowanie ekspozycji zawodowej/ zdarzenia niepożądanego w trakcie wykonywania pracy

| Odpowiedzi | Tak | Nie | Ogółem |
|----------------|-------|-------|--------|
| Do 10 lat | 68 | 62 | 130 |
| | 52,3% | 47,7% | 100,0% |
| 11-20 lat | 48 | 24 | 72 |
| | 66,7% | 33,3% | 100,0% |
| Powyżej 20 lat | 59 | 11 | 70 |
| | 84,3% | 15,7% | 100,0% |
| Ogółem | 175 | 97 | 272 |
| | 64,3% | 35,7% | 100,0% |

Chi-kwadrat=20,510; p<0,001

Stwierdzono także istnienie zależności pomiędzy wykształceniem a występowaniem ekspozycji zawodowej/zdarzenia niepożądanego w trakcie wykonywania pracy ($p<0,05$). Wśród osób, które ukończyły studium medyczne lub liceum medyczne odnotowano najwyższy odsetek ankietowanych, którzy doświadczali ekspozycji zawodowej/ zdarzenia niepożądanego. Z kolei wśród badanych z wykształceniem wyższym magisterskim odsetek ten okazał się najniższy (tab.10).

Tab.10. Wykształcenie a występowanie ekspozycji zawodowej/ zdarzenia niepożądanego w trakcie wykonywania pracy

| Odpowiedzi | Tak | Nie | Ogółem |
|-----------------------------------|-------|-------|--------|
| Liceum medyczne, studium medyczne | 33 | 4 | 37 |
| | 89,2% | 10,8% | 100,0% |
| Wyższe licencjackie | 72 | 37 | 109 |
| | 66,1% | 33,9% | 100,0% |
| Wyższe magisterskie | 70 | 56 | 126 |
| | 55,6% | 44,4% | 100,0% |
| Ogółem | 175 | 97 | 272 |
| | 64,3% | 35,7% | 100,0% |

Chi-kwadrat=14,335; p<0,001

Dyskusja. Niezależnie od miejsca pracy i rodzaju świadczeń zdrowotnych pracownicy ochrony zdrowia narażenia są na szereg czynników nadmiernie obciążających ich układ odpornościowy jak i psychikę co będzie wpływało na ich funkcjonowanie. Długotrwałe przeciążenia organizmu może doprowadzić do zespołu przewlekłego zmęczenia, depresji, wypalenia zawodowego.

Wśród czynników fizycznych zagrażających w miejscu pracy większość badanych wymieniała: potknięcie, poślizgnięcie (80,5%, N=219) oraz skaleczenia, otarcia, zadrapanie (78,3%, N=213). Nieco ponad połowa badanych wskazała na porażenie prądem elektrycznym (52,2%, N=142) oraz działanie pola elektromagnetycznego (54,8%, N=149). Około połowa badanych wymieniła uderzenie przez przedmioty ruchome i nieruchome (48,2%, N=131) oraz hałas (40,1%, N=109). Nieco rzadziej wskazywano na wysoką lub niską temperaturę (34,2%, N=93), promieniowanie laserowe (36%, N=98) lub pożar, wybuch (32,4%, N=88). W badaniach

prorowadzony przez Karłowskiego i Nowaka respondenci posiadali niewielką świadomość na temat zagrożeń fizycznych w miejscu pracy, 25% - 30% ankietowanych deklarowała świadomość fizycznych czynników zagrażających bezpieczeństwu w miejscu pracy i najczęściej zaliczali do nich: działanie pola elektromagnetycznego, pracę w środowisku promieniowania jonizującego, porażenie prądem elektrycznym, promieniowanie laserowe. W badaniach własnych odsetek respondentów świadomych w/w zagrożeń był większy, dlatego też można przypuszczać, że nastąpiło pogłębienie świadomości pracowników w omawianym zakresie [4].

Prawie wszyscy badani wśród czynników chemicznych zagrażających w pracy wymienili środki dezynfekujące (99,3%, N=270). Większość badanych wskazała na lateks (70,6%, N=192). Połowa badanych do czynników zagrażających zaliczyła leki (50%, N=136), około jedna trzecia ankietowanych wymieniała chemikalia (38,2%, N=104) oraz dymy i opary (32%, N=87), rzadziej wskazywano na gazy anestetyczne (26,5%, N=72). Świątkowska badając zagrożenia zawodowe pracowników opieki zdrowotnej wskazała, że badani najczęściej jako zagrożenie chemiczne w miejscu pracy wskazali środki dezynfekujące i lateks. Inaczej niż w badaniach własnych w badaniach Świątkowskiej ankietowani bardzo często wskazali na chemikalia oraz leki, w tym chemioterapeutyki, jako czynniki zagrożenia chemicznego [5].

W badaniach własnych ankietowani najczęściej jako biologiczne czynniki zagrożenia. identyfikowali bakterie (95,2%, N=259), wirusy (95,6%, N=260) oraz skażoną krew (74,6%, N=203). Ponad połowa badanych wskazała na grzyby (66,9%, N=182) oraz pasożyty (58,5%, N=159). Podobne wyniki badań osiągnęła Frąckowiak badając zagrożenia w pracy personelu medycznego. W jej badaniach najczęstszymi identyfikowanymi przez ankietowanych zagrożeniami biologicznymi w środowisku pracy były: bakterie 97 %, wirusy 94%, skażona krew 70%, grzyby chorobotwórcze 67% pasożyty i priony 48% [6].

Badani wskazywali szereg czynników, które wpływają na poziom zmęczenia w pracy. Były to m.in. tempo pracy (61,8%, N=168), ręczne podnoszenie/przenoszenie np.: ciężkich przedmiotów, ludzi (56,6%, N=154) oraz wymuszona pozycja w trakcie pracy (47,8%, N=130). Rzadziej wskazywano na zmianowy system pracy (39,7%, N=108), brak przerw lub ich nieodpowiednią długość (38,6%, N=105) oraz złą organizację pracy (33,8%, N=92). Do zupełnie innych wniosków doszła Wójcik badając pracowników oddziałów szpitalnych. W analizie materiału badawczego na pierwszy plan wysuwały się nieprawidłowe relacje międzyludzkie m.in. roszczeniowy i agresywny pacjent, zła organizacja pracy i nieprzyjazna atmosfera w pracy. Podobnie jak w badaniach własnych nie potwierdzono zależności pomiędzy czynnikami wywołującymi zmęczenie a zmiennymi niezależnymi. Basińska oraz Wilczek-

Rużyczka badające wypalenie zawodowe pracowników szpitali zauważyły, że ponad 70% ankietowanych identyfikowała pojawienie się chronicznego zmęczenia z wykonywaniem pracy w systemie zmianowym [7,8].

Według badanych najważniejszymi przyczynami nadmiernego obciążenia psychicznego były tempo pracy (62,1%, N=169) oraz niedocenianie dobrze wykonywanej pracy (59,2%, N=161), wskazywano także na złą organizację pracy (43%, N=117) oraz konflikty wśród pracowników (40,8%, N=111). Na napięcie związane z wysokim poziomem trudności wykonywanych zadań wskazało 30,1% (N=82) ankietowanych. Podobnie jak w badaniach własnych w badaniach prowadzonych przez Dębską i współpracowników w 2014 roku na temat obciążenia psychicznego i wypalenia zawodowego w służbie zdrowia tempo pracy i presja czasu były najważniejszymi przyczynami nadmiernego obciążenia psychicznego. Inaczej niż w badaniach własnych poziom trudności i wysoka odpowiedzialność pracy w badaniach Dębskiej zostały ocenione bardzo wysoko, natomiast wysoko oceniona w badaniach własnych rola konfliktów w pracy została w badaniach Dębskiej prawie zupełnie niezauważona. Lachowicz w badaniach nad pielęgniarkami podobnie jak w badaniach własnych wysoko punktuje presję czasu i tempo pracy oraz brak uznania dla dobrze wykonanej pracy [9].

Wnioski

1. Respondenci posiadają dużą wiedzę na temat czynników szkodliwych w miejscu pracy. Zaobserwowano wzrost wiedzy na temat szkodliwego działania czynników fizycznych i chemicznych natomiast wiedza na temat czynników biologicznych nie uległa zmianie w porównaniu z badaniami z lat wcześniejszych.
2. Badani wymienili więcej niż jeden czynnik wpływający na wystąpienie zmęczenia w miejscu pracy. Wskazuje to na wzrost świadomości respondentów na temat czynników, które mogą przyczynić się do wystąpienia zmęczenia.
3. Respondenci uważają, że głównymi czynnikami mającymi wpływ na występowanie ekspozycji zawodowej/zdarzenia niepożądanego są: pośpiech, nieuwaga, przemęczenie, nieprzestrzeganie procedur, brak lub słabą jakość środków ochrony osobistej oraz uszkodzony sprzęt.

Bibliografia

1. Kowalczyk K., Krajewska-Kułak E., Jankowiak B., Klimaszewska K., Rolka M., Kondzior D., Kowalewska B. Zagrożenia zawodowe pielęgniarek, położnych i lekarzy w środowisku pracy. *Probl. Hig. Epidemiol.*, 2008, 89 (2), 211–215.
2. Shumizutani M., Odagiri Y., Ohya Y., Shimomitsu T., Kristensen T.S., Maruta T., Imori M. relationship of nurse burnout with personality characteristics and coping behaviors. *Ind. Health*, 2008, 46, 326–335.

3. 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.
4. Karłowski M., Nowak P., Świadomość pracowników służby zdrowia o zagrożeniach, *Zeszyty Naukowe WSZOP w Katowicach*, 2018; 1(14), 69-78.
5. Świątkowska B., Zagrożenia zawodowe pracowników opieki zdrowotnej: Co wiemy i co możemy zrobić?, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2016, 91(4), 522-529.
6. Frąckowiak A., Zagrożenia w pracy pielęgniarki środowiskowej. *Zeszyty Naukowe WSZOP w Katowicach*, 2010, 1 (6), 53-70.
7. Wójcik A., Jakubowski K., Bazaliński D., Zmęczenie a stres wśród pracowników szpitalnych oddziałów ratunkowych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 2020; 4, 151-157.
8. Basińska B, Wilczek – Rużyczka E., Zespół wypalenia zawodowego i zmęczenie w kontekście pracy zmianowej i stresu zawodowego. *Przegląd Psychologiczny*, 2017; 54(1), s. 99-113.
9. Dębska G., Wypalenie zawodowe u pracowników służby zdrowia., *Problemy Pielęgniarstwa*, 2016: 18 (4), s. 245-256

Debata Oksfordzka – jako metoda pracy ze studentami Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Głogowie, na kierunku pielęgniarstwo. Doniesienie z przeprowadzonej Debaty- 8.04.2022

Aleksandra Świdorska, Klaudia Pietrzak, Daria Kościwicz, Jan Walczuk, Sandra Piątek, Kamil Czyżewski, Zuzanna Przybylska, Dorota Milecka, Elżbieta Garwacka-Czachor, Edyta Kędra

Wstęp. Studenci pielęgniarstwa, w czasie studiów, zgodnie z programem kształcenia zdobywają wiedzę i umiejętności, co jest szczególnie istotne z uwagi na profil praktyczny i przygotowanie studenta do wykonywania przyszłego zawodu. Równie ważne jak wiedza i umiejętności jest kształtowanie kompetencji społecznych studentów w szczególności w zakresie dostrzegania i rozpoznawania własnych ograniczeń w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych oraz dokonywania samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych. To właśnie od tej umiejętności będzie zależała postawa studenta w przyszłej pracy zawodowej, której nieodłącznym elementem jest doskonalenie zawodowe oraz rozwój kompetencji przez podnoszenie kwalifikacji.

Cele Debaty Oksfordzkiej. W poszukiwaniu nowych, skuteczniejszych metod edukacyjnych w zakresie wyposażania studentów w wiedzę, umiejętności i kompetencje społeczne od wielu lat w polskim pielęgniarstwie wdrożona jest metoda dialogu motywującego. Wprowadzenie jej było ściśle powiązane z rozwojem Centrów Symulacji Medycznej. Doświadczenia studentów i nauczycieli akademickich związane z nową metodą pracy ze studentem, spowodowały otwarcie się na kolejną, nową formę pracy ze studentami - debatę oksfordzką. Pomysł na przeprowadzenie debaty oksfordzkiej przez studentów pielęgniarstwa zrodził się w ubiegłym roku, ale z uwagi na pandemię nie udało się jej przeprowadzić. W tym roku została przeprowadzona w dniu 8 kwietnia.

Założeniem dydaktycznym oraz głównym celem debaty było rozwijanie wśród studentów umiejętności twórczego i logicznego myślenia, wypowiadania własnego zdania, formułowania argumentów popartych rzetelnymi źródłami, a także umiejętności słuchania i przyjmowania argumentacji adversarza/opponenta. Tak bardzo ważna umiejętność w zawodzie pielęgniarki jaką jest asertywność, także była przedmiotem kształtowania w toku debaty oksfordzkiej: rozwijanie umiejętności wypowiadania się na forum przy zachowaniu szacunku dla innego punktu widzenia oraz wzmacnianie pewności siebie. Obok celu dydaktycznego postawiony został także cel merytoryczny debaty, czyli sformułowanie konkluzji wynikającej z dyskusji nad przyjętą tezą debaty.

Przebieg Debaty oksfordzkiej. Zadaniem debaty oksfordzkiej jest dyskusja nad tezą. Debatują przeciwnicy tezy oraz jej obrońcy. Debacie przewodniczy marszałek, któremu w prowadzeniu debaty pomaga sekretarz. Do zadań sekretarza należy pilnowanie kolejności oraz czasu wypowiedzi uczestników debaty [1,2].

Na potrzeby przeprowadzenia debaty oksfordzkiej przez studentów PWSZ w Głogowie został przyjęty Regulamin Debaty oraz Program Debaty. Zgodnie z przyjętymi założeniami, Marszałek Debaty zapoznał wszystkich Uczestników debaty z programem i regułami uczestnictwa, podkreślając, że przy wyborze Opozycji lub Propozycji należy kierować się przedstawianą przez strony debaty, siłą argumentacji, a nie trwanie przy własnych opiniach, czy poglądach.

Wprowadzenie merytoryczne do debaty przeprowadziła dr n. med. Edyta Kędra - przedstawiając ogólne założenia procesu pielęgnowania oraz metody tradycyjnej w zakresie sprawowania opieki pielęgniarstwa. Następnie Marszałek przedstawił główną tezę debaty jaką było stwierdzenie:

Sprawowanie opieki pielęgniarstwa metodą procesu pielęgnowania w odniesieniu do modelu tradycyjnego jest najlepszą metodą opieki nad pacjentem i jego środowiskiem.

W związku z powyższym strony debaty przedstawiły argumenty przemawiające za i przeciw postawionej tezie. Wymiana argumentów przebiegała w 4 rundach prowadzonych z udziałem Propozycji i Opozycji. Runda pierwsza – wprowadzenie do tezy debaty oraz poddanie kilku argumentów; runda 2 - rozwinięcie argumentacji, uwzględniającej argumenty przeciwników; runda 3-podważenie argumentacji strony przeciwnej; runda 4-podsumowanie całej argumentacji.

Oczywiście formuła debaty osadzona była na udziale Publiczności w prowadzonej dyskusji, stąd Publiczność została dwukrotnie zapytana o swoje decyzje: „jestem za tezą” lub „jestem przeciw tezie”; lub „jestem niezdecydowana/niezdecydowany”. Pierwsze głosowanie odbyło się po rundzie 1., drugie głosowanie po rundzie 4.

Tab. 1. Wyniki głosowania

| | I głosowanie | II głosowanie | Różnica |
|----------------|---------------------|----------------------|----------------|
| Za tezą | 7 | 13 | 6 |
| Przeciw Tezie | 11 | 3 | -8 |
| Niezdecydowani | 0 | 2 | 2 |
| Razem | 18 | 18 | |

Wyniki badania ewaluacyjnego. Na zakończenie Debaty przeprowadzono wśród jej uczestników badanie sondażowe za pomocą kwestionariusza ankiety, które miało charakter

badania ewaluacyjnego, a jego wyniki posłużyły organizatorom Debaty do wyciągnięcia wniosków dla organizacji kolejnego tego typu przedsięwzięcia.

Największą grupę badanych stanowili studenci kierunku pielęgniarstwa (91%), w wieku 19-25 lat (57%). Podział studentów ze względu na rok studiów, to dwie porównywalne pod względem wielkości grupy, studentów: 1 roku (43%) i 2 roku studiów (48%), tylko jeden student był z 3 roku studiów.

Tab. 2. Charakterystyka badanych

| Zmienne socjodemograficzne | liczba | % |
|-----------------------------------|---------------|----------|
| Wiek | | |
| 19-25 lat, | 13 | 56,52 |
| 26-30lat, | 2 | 8,70 |
| 31 i powyżej | 8 | 34,78 |
| Płeć | | |
| Kobieta | 20 | 86,96 |
| Mężczyzna | 3 | 13,04 |
| Kierunek studiów/Instytut | | |
| Pielęgniarstwo | 21 | 91,30 |
| Nowe Media | 1 | 4,35 |
| Instytut Humanistyczny | 1 | 4,35 |
| Rok studiów | | |
| 1-y | 10 | 45,45 |
| 2-gi | 11 | 50,00 |
| 3-i | 1 | 4,55 |

Wśród uczestników debaty, aż 91% studentów brało udział w debacie po raz pierwszy, a ocena samego pomysłu zorganizowania debaty była na bardzo wysokim poziomie, aż 83% uczestników pomysł oceniło jako „bardzo dobry”, 17% jako „dobry” pomysł (nie było ani jednej oceny negatywnej).

Tab. 3. Ocena debaty

| pytania | liczba | % |
|---|---------------|----------|
| Czy była Pani/Pan kiedykolwiek uczestnikiem debaty oksfordzkiej? | | |
| Tak | 2 | 8,70 |
| Nie | 21 | 91,30 |
| W jakim stopniu podoba się Pani/Panu sam pomysł debaty oksfordzkiej, jako forma prowadzenia dyskusji ? | | |
| bardzo dobry pomysł | 19 | 82,61 |
| dobry pomysł | 4 | 17,39 |
| raczej dobry pomysł | 0 | 0 |
| zły pomysł | 0 | 0 |
| bardzo zły pomysł | 0 | 0 |

Ocena debaty pod względem doboru tematu, doboru osób prowadzących, doboru argumentów przez strony debaty, wykonanej prezentacji debaty, przygotowania sali oraz organizacji debaty, także była na wysokim poziomie. Oceny respondentów wyżej wymienionych składowych debaty, były na poziomie „bardzo dobrej oceny” w przedziale od 74-87%, z czego na najwyższym poziomie oceniony został dobór tematu debaty (87% respondentów), na najniższym – organizacja sali (74%). Wśród ocen składowych debaty nie było ani jednej oceny negatywnej.

Tab. 4. Ocena debaty

| pytania | liczba | % |
|---|---------------|----------|
| Jak ocenia Pani/Pan przeprowadzoną debatę oksfordzką pod względem doboru tematu? | | |
| bardzo dobrze | 20 | 86,96 |
| dobrze | 3 | 13,04 |
| raczej dobrze | 0 | 0 |
| źle | 0 | 0 |
| bardzo źle | 0 | 0 |
| Jak ocenia Pani/Pan przeprowadzoną debatę oksfordzką pod względem doboru osób prowadzących? | | |
| bardzo dobrze | 19 | 82,61 |
| dobrze | 4 | 17,39 |
| raczej dobrze | 0 | 0 |
| źle | 0 | 0 |
| bardzo źle | 0 | 0 |
| Jak ocenia Pani/Pan przeprowadzoną debatę oksfordzką pod względem doboru argumentów przez strony debaty? | | |
| bardzo dobrze | 18 | 78,26 |
| dobrze | 5 | 21,74 |
| raczej dobrze | 0 | 0 |
| źle | 0 | 0 |
| bardzo źle | 0 | 0 |
| Jak ocenia Pani przeprowadzoną debatę oksfordzką pod względem przygotowanej prezentacji | | |
| bardzo dobrze | 18 | 78,26 |
| dobrze | 5 | 21,74 |
| raczej dobrze | 0 | 0 |
| źle | 0 | 0 |
| bardzo źle | 0 | 0 |
| Jak ocenia Pani /Pan przeprowadzoną debatę oksfordzką pod względem przygotowanej sali? | | |
| bardzo dobrze | 17 | 73,91 |
| dobrze | 6 | 26,09 |
| raczej dobrze | 0 | 0 |

| | | |
|---|----|-------|
| źle | 0 | 0 |
| bardzo źle | 0 | 0 |
| Jak ocenia Pani /Pan przeprowadzoną debatę oksfordzką pod względem organizacji debaty? | | |
| bardzo dobrze | 18 | 78,26 |
| dobrze | 5 | 21,74 |
| raczej dobrze | 0 | 0 |
| źle | 0 | 0 |
| bardzo źle | 0 | 0 |
| W jakim stopniu debata spełniła Pani/Pana oczekiwania? | | |
| bardzo wysokim | 11 | 47,83 |
| wysokim | 8 | 34,78 |
| raczej wysokim | 4 | 17,39 |
| niskim | 0 | 0 |
| bardzo niskim | 0 | 0 |
| Jaka Teza Pani/Pana zdaniem, mogłaby być tematem przyszłej debaty? | | |
| teza związana z pielęgniarstwem ratunkowym | 3 | 13,04 |
| nie mam pomysłu | 20 | 86,96 |
| Czy w przyszłości weźmie Pani/Pan udział w debacie? | | |
| zdecydowanie tak | 11 | 47,83 |
| raczej tak | 11 | 47,83 |
| raczej nie | 1 | 4,34 |
| zdecydowanie nie | 0 | 0 |

Na pytanie „W jakim stopniu debata spełniła Pani/Pana oczekiwania?”, uczestnicy ankiety odpowiedzieli: 48% w stopniu „bardzo wysokim”, 35% - w stopniu „wysokim” i 17% w stopniu „raczej wysokim”; nie było ani jednej oceny w stopniu „niskim” i „bardzo niskim”. Na pytanie „Czy w przyszłości weźmie Pani/Pan udział w debacie?”, odpowiedzi zawierają się w równych procentowo ocenach: 48% respondentów udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie, tak”; 48% „raczej tak”. Tylko jedna osoba odpowiedziała „raczej nie”.

Respondenci zapytani o pomysł na przyszłą debatę, w zdecydowanej większości nie podają żadnego pomysłu (87 %). Jedynie trzy osoby proponują temat związany z pielęgniarstwem ratunkowym, nie precyzując jednak tezy.

Wnioski z badania ewaluacyjnego. Po przeanalizowaniu wyników ankiety ewaluacyjnej sformułowano następujące wnioski:

1. Pomysł zorganizowania debaty okazał się dobrym pomysłem, a uzyskane oceny przebiegu debaty świadczą, że debata spotkała się z pozytywnym odbiorem.
2. Należy podkreślić, małe zainteresowanie samą debatą przez studentów pielęgniarstwa. Zaproszenie na debatę w charakterze Publiczności, przyjęło jedynie poniżej 50% studentów I i II roku. W debacie, nie uczestniczył ani jeden student studiów II stopnia,

a z 3 roku studiów I stopnia - tylko jeden student. Być może w przyszłości, należy podjąć większą akcję promującą formułę debaty, jako ciekawą płaszczyznę do dyskusji na argumenty oraz nową metodę pracy ze studentem

3. Brak pomysłu na temat przyszłej debaty wśród uczestników debaty, oznacza, że studenci wymagają ukierunkowania przez kadre dydaktyczną, być może dobrym pomysłem będzie zorganizowanie głosowania nad kilkoma propozycjami tematów debaty.

Podsumowanie. W wyniku przeprowadzonej debaty oksfordzkiej została sformułowana konkluzja: Proces pielęgnowania jest najlepszą metodą opieki nad pacjentem, ale należy podejmować wszelkie działania wzmacniające czynniki organizacyjne, poprawiające wyposażenie stanowisk pracy, komunikację i wzajemne relacje w zespołach terapeutycznych, a nade wszystko należy zapewnić odpowiednie do zapotrzebowania pacjentów, pielęgniarskie zasoby kadrowe umożliwiające pracę tą metodą.

Podsumowując, założone cele debaty zostały osiągnięty. Studenci przeprowadzili dyskusję zgodnie z regulaminem debaty, wymieniając się argumentami przy zachowaniu szacunku dla głosu odmiennego. Życzliwa atmosfera panująca podczas debaty, służyła swobodzie wypowiedzi i prezentowaniu argumentów przez 3 strony debaty: Propozycję, Opozycję i Publiczność.

Bibliografia

1. Debata oksfordzka. Centrum Edukacji Obywatelskiej. www.ceo.org.pl
2. Pankowski R. Materiały o debatach udostępnione dzięki uprzejmości Stowarzyszenia Spotkania dla Edukacji i Kultury. Powstały w ramach programu „FREE2choose-deбаты dylematy” <https://web.archive.org/web/20171204144717/http://www.ceo.org.pl/pl/sejmmlodziezy/news/debata-oksfordzka-0>. [dostęp 2.04.22 r.].

Zachowania zdrowotne studentów kierunku pielęgniarstwo

Agnieszka Michalska, Karolina Cichońska, Małgorzata Cichońska

Wstęp. Do kategorii ludzkich zachowań wchodzących w skład stylu życia należą zachowania zdrowotne czyli czynności nabywane i kształtowane w procesie wychowania oraz edukacji zdrowotnej związane ze zdrowiem, które podejmowane i realizowane wpływają bezpośrednio lub pośrednio, w sposób pozytywny lub negatywny na stan zdrowia i samopoczucie człowieka. Problematyka zachowań zdrowotnych podejmowana jest w ostatnich latach bardzo często w związku z nasilaniem się chorób cywilizacyjnych, dla których styl życia stanowi główny czynnik ryzyka. Podkreślana jest duża rola czynnika behawioralnego w ochronie zdrowia i rozwoju choroby, a prowadzone badania ukierunkowane są na wykrycie zależności między określonymi zachowaniami zdrowotnymi, które mogą być modyfikowane, a powstaniem konkretnych schorzeń co jest wykorzystywane w praktyce w programach profilaktycznych.

Celem pracy jest określenie poziomu zachowań zdrowotnych studentek pielęgniarstwa.

Materiał i metoda. Materiał do badań stanowiły dane zgromadzone w 2019 roku wśród 122 studentów studiów drugiego stopnia, kierunku pielęgniarstwa Wyższej Szkoły Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim.

Badaniem objęto 122 osoby. W celu przedstawienia struktury wieku zastosowano podział na grupy: do 25 lat, 26-30, 31-40, 41-50 oraz powyżej 50 lat. Najliczniejszą grupę badanych, w której było 58% respondentów stanowiły osoby w wieku 41-50 lat, w wieku 31-40 lat było 23%, 25-30 lat 3%, a poniżej 25 roku życia było 1% respondentów.

Wskaźnik masy ciała (BMI) w badanej grupie był zróżnicowany i osiągnął zakresy wartości od niedowagi do otyłości II stopnia. Najwięcej badanych tj. 48% miało prawidłową wartość BMI, grupę liczącą 34% stanowili badani z nadwagą. Otyłość I stopnia zidentyfikowano u 12%, II stopnia u 1% badanych, a niedowagę stwierdzono u 5% badanej populacji.

W badanej populacji najliczniejszą grupę liczącą 45% stanowiły osoby mieszkające w dużym mieście (powyżej 100 tys. mieszkańców), nieco mniej tj. 38% mieszkało na wsi, a 17% w małym mieście.

Analizując badaną populację pod względem stanu cywilnego stwierdzono, że 73% badanych stanowiły osoby zamężne, 19,7% to osoby wolne, 4,9% rozwidzone, 0,8% wdowy, a 1,6% w wolnym związku. Wśród badanych 51,6% stanowiły osoby posiadające 1-2 dzieci, 1,6% posiadające 5 i więcej dzieci. Osoby bezdzietne stanowiły 24,6% badanych.

Wśród badanych 93% stanowiły osoby z wykształceniem wyższym licencjackim, wyższym magisterskim legitymowało się 7% badanych.

Najczęstszą formą doskonalenia zawodowego wśród respondentów były kursy kwalifikacyjne ukończone przez 78%. Specjalizację ukończyło 76%, kursy specjalistyczne 67%, 30% kursy doskonalące, a 7% studia podyplomowe.

Kolejnym parametrem opisującym badaną populację pielęgniarek był staż pracy w zawodzie. Najwięcej badanych tj. 36% miało staż pracy 21-25 lat, 28,7% powyżej 25 lat, 1,6% stanowiły respondenci pracujący jako /pielęgniarze do 5 lat. Wśród respondentek przeważały osoby zatrudnione w szpitalu (80%), 11% pracowało w klinice, a 5% w przychodni. Zdecydowana większość badanych (96%) była zatrudniona na podstawie umowy o pracę, a tylko 4% posiadało zatrudnienie w innej formie tj. umowa zlecenie czy kontrakt. W badanej grupie przewagę (82,8%) stanowiły osoby pracujące w systemie 12-godzinnym dwuzmianowym. W systemie 8-godzinnym jednozmianowym pracowało 13,9% badanej populacji, a po 1,6% pracowało w systemie 8-godzinnym, dwu- i trzyzmianowym. Dodatkową pracę zawodową podejmowało 43% respondentek, jednak przeważająca część pielęgniarek tj. 57% stanowiły osoby zatrudnione w jednym miejscu pracy. Przeważająca liczba badanych (84%) wykonywała pracę w godzinach nocnych i w święta, a 16% w systemie jednozmianowym.

Ocena sytuacji materialnej przez respondentki była zróżnicowana 54% pielęgniarek oceniło swoją sytuację jako dobrą, wg 37% była ona zadowalająca, a przez 7% określona jako skromna. Bardzo dobrze swoją sytuację materialną oceniło tylko 2% badanej populacji.

Zdecydowana większość respondentek tj. 96% pracowała na stanowisku pielęgniarki odcinkowej lub zabiegowej, a stanowisko kierownicze zajmowało 4% pielęgniarek spośród badanej populacji.

W badaniu posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, stosując technikę ankietowania, a narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety oraz Inwentarz Zachowań Zdrowotnych autorstwa Zygryda Juczyńskiego.

Zgromadzone dane poddane analizie zestawiając wyniki procentowo, a do obliczeń statystycznych użyto testów: Kruskala-Wallisa, U Manna-Whitneya, chi-kwadrat oraz Friedmana.

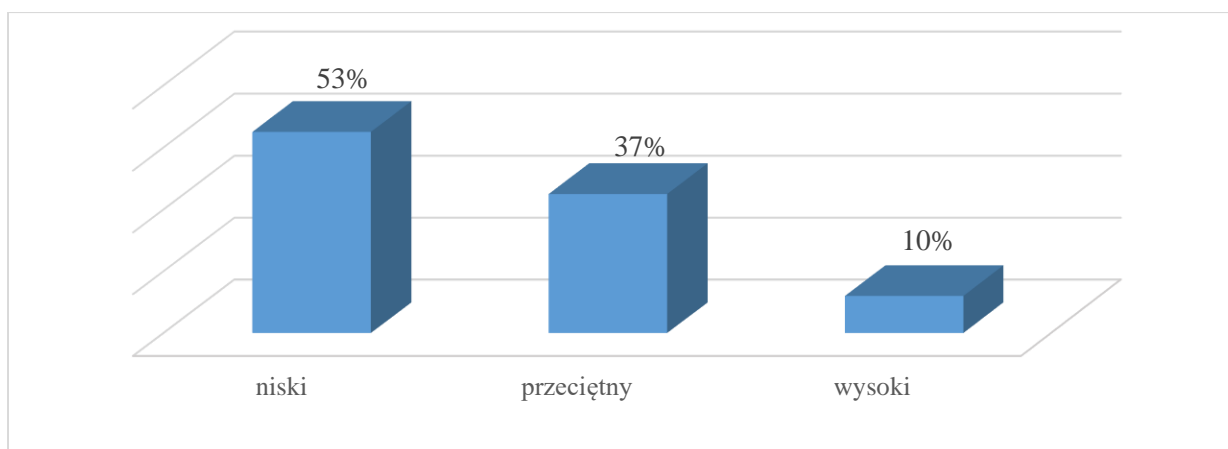
Wyniki. Udział w badaniach profilaktycznych zadeklarowało 68% respondentek, podczas gdy 32% badanej populacji nie wykonuje takich badań. Występowanie chorób przewlekłych potwierdziło u siebie 32% badanych, 68% populacji nie leczy się na choroby przewlekłe.

Badane osoby uszeregowały według własnego stopnia wartości (od najważniejszej), jaką mają dla nich rodzina, praca i zdrowie. Dla 61% respondentów największą wartość w życiu stanowi:

rodzina, zdrowie i praca, dla 30%: zdrowie, rodzina i praca, dla 7 %: rodzina, praca i zdrowie, a dla 2%: zdrowie, praca i rodzina.

Po ocenie danych i informacji oceniających dane demograficzne badanej populacji pielęgniarek dokonano oceny zachowań zdrowotnych. Ocenę przeprowadzono z wykorzystaniem Inwentarza Zachowań Zdrowotnych. Kwestionariusz IZZ zawiera 24 stwierdzenia opisujące zachowania związane ze zdrowiem oraz stwierdzenie 25 opatrzone mianem „inne”. Do każdego stwierdzenia badany przypisuje odpowiednią cyfrę, w zależności jak dane stwierdzenie odnosi się do jego osoby: 1-prawie nigdy, 2- rzadko, 3-od czasu do czasu, 4-często, 5-prawie zawsze. Wartości liczbowe są sumowane w celu uzyskania ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych mierzonego skalą IZZ, mieszczącego się w granicach 24-120 punktów. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie zachowań zdrowotnych. Wyniki surowe przekształca się w standaryzowane normy stenowe i interpretuje w kategorii wyników niskich (1-4 stena), przeciętnych (5-6 stena) i wysokich (7-10 stena). Wyniki niskie mieszczą się w przedziale 24-77, przeciętne 78-91, a wysokie 92-120 punktów. Oddzielnie oblicza się nasilenie czterech kategorii zachowań zdrowotnych, dla których wskaźnikiem jest średnia liczba punktów w każdej kategorii obliczona zgodnie z kluczem diagnostycznym IZZ, czyli suma punktów z danej kategorii podzielona przez 6 [1].

Dzięki IZZ w pracy oceniono zachowania zdrowotne studiujących pielęgniarek w obszarze nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego i praktyk zdrowotnych. Ogólny wskaźnik zachowań oceniono w kategorii wysoki, przeciętny i niski. Uzyskany wynik był zróżnicowany, z przewagą niskiego poziomu zachowań, który prezentowało 53% badanych. U 37% badanych poziom okazał się przeciętny, a u 10% wysoki. Wyniki na rycinie 1.



Ryc. 1. Ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych wg IZZ

W toku oceny zachowań zdrowotnych stwierdzono, że 0,8% badanych uzyskało wynik nie przekraczający 50 punktów, 7,4% - 51-60, 25,4% - 61-70 punktów, co wg normy IZZ oznacza wynik niski. Największy odsetek badanych tj. 29,5% uzyskał wynik w zakresie 71-80 punktów mieszczący się na granicy wyniku niskiego (do 77 pkt.) i przeciętnego wg IZZ.

Wyniki wyższe (81-90 punktów) interpretowane w skali IZZ jako wynik przeciętny zanotowano u 25,4% badanych. Wartości powyżej 90 punktów uzyskało 11,5% badanych. Zgodnie z normą IZZ wynik przekraczający 92 punkty interpretowany jest jako wysoki.

Oceniając zachowania zdrowotne badanych stwierdzono, że średnia punktowa zachowań ze 122 wyników deklarowanych w toku badania wyniosła 76,68. Wartość ta przekształcona na normy stenowe wynosi 4 i jest interpretowana jako wynik niski. Maksymalny wynik oceny to 106 na 120 możliwych, a minimum 49.

Na podstawie zgromadzonych danych obliczono nasilenie poszczególnych kategorii zachowań zdrowotnych, a wskaźnikiem była średnia liczba punktów w każdej kategorii tzn. suma punktów podzielona przez 6.

Oceniając zachowania zdrowotne badanych w kategorii prawidłowych nawyków żywieniowych stwierdzono, że średnia punktowa (uzyskana z odpowiedzi na pytania: 1, 5, 9, 13, 17, 21) z wszystkich 122 wyników badania wyniosła 3,27 przy możliwej maksymalnej wartości średniej równej 5. Maksymalny wynik badanych to 4,83, a minimum to 1,66.

W kategorii zachowania profilaktyczne średnia punktowa (uzyskana z odpowiedzi na pytania: 2, 6, 10, 14, 18, 22) z wszystkich 122 wyników badania wyniosła 3,30 przy możliwej maksymalnej wartości średniej równej 5. Wynik maksymalny wynosił 5,00, a minimalny 1,83.

Oceniając zachowania zdrowotne badanych w kategorii pozytywne nastawienie psychiczne stwierdzono, że średnia punktowa (uzyskana z odpowiedzi na pytania: 3, 7, 11, 15, 19, 23) z wszystkich 122 wyników badania wyniosła 3,32 przy możliwej maksymalnej wartości średniej równej 5. Maksymalny wynik to 4,83, a minimum to 1,66.

W toku oceny zachowań zdrowotnych w kategorii praktyki zdrowotne stwierdzono, że średnia punktowa (uzyskana z odpowiedzi na pytania: 4, 8, 12, 16, 20, 24) z wszystkich 122 wyników badania wyniosła 2,87. Maksymalny wynik to 4,16, a minimum to 1,50 przy możliwej maksymalnej wartości średniej równej 5 (opisane wyniki zachowań w poszczególnych kategoriach w tab.1.).

Tab.1. Statystyki opisowe poszczególnych kategorii zachowań zdrowotnych

| Zmienna | Statystyki opisowe | | | | | | | |
|---------|--------------------|-------------|---------|------|-------|----------------------|----------------------|---------------|
| | N ważnych | Średni a | Mediana | Min. | Maks. | Dolny kwarty I | Górny kwarty I | Odch. std. |
| | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|----------------------------------|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Prawidłowe nawyki żywieniowe | 122 | 3,275 | 3,333 | 1,667 | 4,833 | 2,667 | 3,833 | 0,702 |
| Zachowania profilaktyczne | 122 | 3,309 | 3,333 | 1,833 | 5,000 | 2,833 | 3,677 | 0,649 |
| Pozytywne nastawienie psychiczne | 122 | 3,321 | 3,333 | 1,667 | 4,833 | 3,000 | 3,677 | 0,595 |
| Praktyki zdrowotne | 122 | 2,876 | 2,917 | 1,500 | 4,167 | 2,500 | 3,167 | 0,530 |

Średnie wyniki badanej grupy porównano z wynikami grupy normalizacyjnej IZZ opracowanymi przez Z. Juczyńskiego [1].

Oceniając zachowania zdrowotne badanych stwierdzono, że uzyskane wyniki są niższe niż wyniki grupy normalizacyjnej dorosłych kobiet. Ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych badanej populacji jest niski i wynosi 76,68. Wynik grupy normalizacyjnej wynosił 84,03 i był interpretowany jako przeciętny. Niższe są także wyniki średnie we wszystkich analizowanych kategoriach zdrowotnych. Największa różnica zaznacza się w obszarze praktyk zdrowotnych: wynik 2,87 przy normie 3,53.

Wyniki wynoszą: w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych - 3,27 (norma 3,60), w zakresie zachowań profilaktycznych – 3,30 (norma 3,48), a w zakresie pozytywnego nastawienia psychicznego – 3,32 (norma 3,74). Opisane wyniki w tab.2.

Tab.2. Wyniki średnie w poszczególnych kategoriach zachowań zdrowotnych w porównaniu z grupą normalizacyjną IZZ

| Wskaźnik zachowań zdrowotnych | Średnie wyniki dorosłych kobiet wg norm IZZ | | Średnie wyniki badanej grupy | |
|----------------------------------|---|------|------------------------------|------|
| | M | SD | M | SD |
| Ogólny wskaźnik zachowań | 84,03 | 14,6 | 76,68 | 1,10 |
| Prawidłowe nawyki żywieniowe | 3,60 | 0,75 | 3,27 | 0,70 |
| Zachowania profilaktyczne | 3,48 | 0,78 | 3,30 | 0,64 |
| Pozytywne nastawienie psychiczne | 3,74 | 0,79 | 3,32 | 0,59 |
| Praktyki zdrowotne | 3,53 | 0,78 | 2,87 | 0,53 |

M- średnia arytmetyczna, SD- odchylenie standardowe

Oceniając prawidłowe nawyki żywieniowe stwierdzono, że 1% badanych uzyskał wynik nie przekraczający 10 punktów, 20% 11-15 punktów, 35% 16-20 punktów. Największy odsetek badanych (37%) uzyskał 21-25 punktów a 7% badanych wartość najwyższą w przedziale 26-30 punktów.

W toku oceny zachowań profilaktycznych stwierdzono, że na 30 możliwych punktów wartości 11-15 uzyskało 13% badanych, 16 do 20 uzyskało 41%, 21 do 25 uzyskało 39%, a w przedziale 26 -30 punktów 7% badanej grupy.

Analizując pozytywne nastawienie psychiczne stwierdzono, że na 30 możliwych punktów wartość nie przekraczającą 10 punktów uzyskało 2% badanych, 11-15 punktów uzyskało 8% badanych, 16 do 20 – 43%, 21 do 25 – 45%, a w przedziale 26 -30 punktów było 2% badanej grupy. Są to najwyższe wyniki spośród 4 ocenianych kategorii zachowań zdrowotnych.

Analizując praktyki zdrowotne stwierdzono, że na 30 możliwych punktów wartość nie przekraczającą 10 punktów uzyskało 2% badanych, 11-15 punktów uzyskało 24% badanych, 16 do 20 – 58%, 21 do 25 – 16%. Są to najniższe wyniki spośród ocenianych 4 kategorii zachowań zdrowotnych.

Poszczególne obszary Skali IZZ zbadano za pomocą testu Friedmana. Otrzymane wyniki na poziomie istotności $p < 0,05$ pozwalają stwierdzić, że wynik jest istotnie statystycznie różny w zależności od poszczególnych obszarów Skali IZZ. Najwyższy wynik średniej zanotowano w obszarze pozytywnego nastawienia psychicznego (19,92), a najniższy dla praktyk zdrowotnych (17,25). W zakresie zachowań profilaktycznych wynik wyniósł 19,85, a dla prawidłowych nawyków żywieniowych 19,64. Mediana wyniku przyjmuje najniższe wartości dla praktyk zdrowotnych.

Ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych oraz poszczególne kategorie zachowań zdrowotnych zbadano względem zmiennych.

Analizując wpływ wieku na zachowania zdrowotne w badanej populacji stwierdzono brak istotnej statystycznie zależności ($p = 0,555$) w ogólnym wskaźniku nasilenia zachowań zdrowotnych w zależności od wieku (wynik $p > 0,05$). Stwierdzono, że mediana ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych przyjmuje podobne wartości we wszystkich grupach badanych. Analiza statystyczna wykazała także brak istotnej statystycznie zależności w prawidłowych nawykach żywieniowych w zależności od wieku ($p > 0,05$). Stwierdzono, że wiek osób badanych nie ma wpływu ($p = 0,5894$) na prawidłowe nawyki żywieniowe wg Skali IZZ. W toku oceny badanej grupy stwierdzono również brak zależności ($p = 0,2343$) między wiekiem, a zachowaniami profilaktycznymi ($p > 0,05$). Stwierdzono, że mediana zachowań profilaktycznych przyjmuje podobne wartości we wszystkich grupach badanych. Oceniając zależność między wiekiem, a pozytywnym nastawieniem psychicznym wg Skali IZZ stwierdzono brak istotnej statystycznie różnicy ($p = 0,4250$). Obserwując wyniki stwierdzono, że wiek osób badanych nie ma wpływu na pozytywne nastawienie psychiczne. W toku oceny badanej grupy stwierdzono brak istotnej statystycznie różnicy ($p = 0,2092$) w praktykach

zdrowotnych w zależności od wieku ($p > 0,05$). Mediana praktyk zdrowotnych przyjmuje podobne wartości we wszystkich grupach badanych.

Przyjmując poziom istotności $p < 0,05$ i analizując wpływ miejsca zamieszkania na zachowania zdrowotne badanych stwierdzono, że występuje istotna statystycznie różnica w ogólnym wskaźniku nasilenia zachowań zdrowotnych w zależności od miejsca zamieszkania ($p = 0,0143$). Obserwując wykres stwierdzono, że mediana ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych przyjmuje najniższe wartości w grupie osób mieszkających w małym mieście (poniżej 100 tys. mieszk.).

Przyjmując poziom istotności $p < 0,05$ stwierdzono, że występuje istotna statystycznie różnica w prawidłowych nawykach żywieniowych badanych w zależności od ich miejsca zamieszkania (wynik p w badaniu wynosi 0,0063). Stwierdzono, że mediana prawidłowych nawyków żywieniowych przyjmuje najniższe wartości w grupie osób mieszkających w mieście (poniżej 100 tys. mieszk.). Przyjmując poziom istotności $p < 0,05$ stwierdzono, że brak jest istotnej statystycznie różnicy w zachowaniach profilaktycznych w zależności od miejsca zamieszkania ($p = 0,0651$). Mediana zachowań profilaktycznych przyjmuje nieco niższe wartości w grupie osób mieszkających w mieście (poniżej 100 tys. mieszk.).

Przyjmując poziom istotności $p < 0,05$ stwierdzono, że brak jest istotnej statystycznie różnicy w pozytywnych nastawieniach psychicznych w zależności od miejsca zamieszkania (wynik p w badaniu wynosi 0,6716). Stwierdzono, że mediana pozytywnych nastawień psychicznych przyjmuje podobne wartości we wszystkich grupach badanych.

Przyjmując poziom istotności $p < 0,05$ stwierdzono, że brak jest istotnej statystycznie różnicy w praktykach zdrowotnych w zależności od miejsca zamieszkania (wynik p w badaniu wynosi 0,0956). Stwierdzono, że mediana praktyk zdrowotnych przyjmuje podobne wartości we wszystkich grupach badanych

Ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych oraz poszczególne kategorie zachowań zdrowotnych zbadano względem kolejnej zmiennej jaką był system pracy.

Przyjmując poziom istotności $p < 0,05$ stwierdzono, że występuje istotna statystycznie różnica ($p = 0,0007$) w ogólnym wskaźniku nasilenia zachowań zdrowotnych w Skali IZZ w zależności od systemu pracy. Stwierdzono, że mediana ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych wg IZZ przyjmuje najwyższe wartości w grupie osób pracujących w systemie 8-godzinnym - trzymianowym, a najniższe w grupie osób pracujących w systemie 12-godzinnym - dwuzmianowym. Przyjmując poziom istotności $p < 0,05$ stwierdzono, że występuje istotna statystycznie różnica ($p = 0,0493$) w prawidłowych nawykach żywieniowych badanych ocenionych wg IZZ w zależności od systemu pracy. Stwierdzono, że mediana prawidłowych

nawyków żywieniowych przyjmuje najwyższe wartości w grupie osób pracujących w systemie 8 godzinnym - trzymianowym, najniższe natomiast w grupie osób pracujących w systemie 12 godzinnym - dwuzmianowym. Przyjmując poziom istotności $p < 0,05$ stwierdzono, że występuje istotna statystycznie różnica ($p = 0,0202$) w zachowaniach profilaktycznych w zależności od systemu pracy.

Analizując wyniki badań stwierdzono, że mediana zachowań profilaktycznych przyjmuje najwyższe wartości w grupie osób pracujących w systemie 8 godzinnym - trzymianowym, najniższe natomiast w grupie osób pracujących w systemie 8 godzinnym - dwuzmianowym oraz 12 godzinnym - dwuzmianowym. Przyjmując poziom istotności $p < 0,05$ stwierdzono, że występuje istotna statystycznie różnica ($p = 0,0021$) w pozytywnych nastawieniach psychicznych w zależności od systemu pracy. Mediana pozytywnych nastawień psychicznych przyjmuje najwyższe wartości w grupie osób pracujących w systemie 8 godzinnym - trzymianowym, a najniższe w grupie osób pracujących w systemie 12 godzinnym - dwuzmianowym.

Analizując wyniki badań i przyjmując poziom istotności $p < 0,05$ stwierdzono, że występuje istotna statystycznie różnica ($p = 0,0138$) w praktykach zdrowotnych w zależności od systemu pracy. Mediana praktyk zdrowotnych przyjmuje najwyższe wartości w grupie osób pracujących w systemie 8 godzinnym - trzymianowym, najniższe natomiast w grupie osób pracujących w systemie 12 godzinnym - dwuzmianowym.

Kolejna analiza dotyczyła odniesienia do dodatkowej pracy zawodowej realizowanej przez respondentów. Przyjmując poziom istotności $p < 0,05$ stwierdzono brak istotnej statystycznie różnicy w ogólnym wskaźniku nasilenia zachowań zdrowotnych w zależności od posiadania dodatkowej pracy zawodowej.

Obserwując wykres stwierdzono, że mediana ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych przyjmuje nieco wyższe wartości w grupie osób nieposiadających dodatkowej pracy zawodowej. Nie jest to różnica istotna statystycznie.

W toku oceny poszczególnych kategorii zachowań zdrowotnych (Skala IZZ), przyjmując poziom istotności $p < 0,05$ stwierdzono, że występuje istotna statystycznie różnica w praktykach zdrowotnych ($p = 0,00406$) w zależności od posiadania dodatkowej pracy zawodowej. Poziom istotności p dla pozostałych badanych wartości przyjmuje wyższą wartość niż 0,05 co oznacza, że dla tych zmiennych nie występuje istotna statystycznie różnica w zależności od posiadania dodatkowej pracy zawodowej

Obserwując wykres stwierdzono, że mediana prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych i pozytywnych nastawień psychicznych przyjmuje podobne

wartości w obu grupach badanych. Natomiast mediana praktyk zdrowotnych (w której stwierdzono zależność) przyjmuje wyższe wartości w grupie osób nieposiadających dodatkowej pracy zawodowej.

Analizując kolejne dane i obszary badając zależność między ogólnym wskaźnikiem zachowań zdrowotnych, a wykonywaniem pracy w godzinach nocnych i w dni świąteczne uzyskano wynik „p” niższy od przyjętego ($p < 0,05$) i stwierdzono, że ta zależność jest istotna statystycznie. Oznacza to, że praca w nocy i święta ma wpływ na ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych. Analizując wyniki stwierdzamy, że mediana ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych wg Skali IZZ przyjmuje niższe wartości w grupie osób, które wykonują pracę w godzinach nocnych i w dni świąteczne. Analizując wpływ wykonywania pracy w godzinach nocnych i w dni świąteczne na poszczególne obszary zachowań zdrowotnych stwierdzono, że dla prawidłowych nawyków żywieniowych ($p = 0,04345$), pozytywnych nastawień psychicznych ($p = 0,00299$) oraz praktyk zdrowotnych ($p = 0,01500$) występują istotne statystycznie różnice w zależności od wykonywania pracy w godzinach nocnych i w dni świąteczne. Tylko poziom istotności dla zachowań profilaktycznych przyjmuje wyższą wartość niż 0,05, dlatego też w tym przypadku brak istotnej statystycznie różnicy ($p = 0,06134$).

Analizując wyniki stwierdzono, że mediana prawidłowych nawyków żywieniowych, pozytywnych nastawień psychicznych oraz praktyk zdrowotnych przyjmuje niższe wartości w grupie osób wykonujących pracę w godzinach nocnych i w dni świąteczne. Mediana zachowań profilaktycznych przyjmuje z kolei nieco niższe wartości w grupie osób wykonujących pracę w godzinach nocnych i w dni świąteczne i nie jest to różnica istotna statystycznie.

Dyskusja. Zachowania zdrowotne wg Inwentarza Zachowań Zdrowotnych oceniono w obszarze prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego i praktyk zdrowotnych. Ogólny wskaźnik nasilenia zachowań w badaniach własnych oceniono w kategorii wysoki, przeciętny i niski. W badanej grupie studentek pielęgniarstwa ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych określono jako niski. Uzyskana średnia punktowa 76,68 znajduje się przy górnej granicy poziomu niskiego (77 punktów) i odpowiada wartości 4 stena.

Lewko i wsp. [2] w podobnej ocenie także uzyskali w badaniach wskaźnik zachowań na poziomie niskim. Podobnie niski poziom zachowań zdrowotnych pielęgniarek potwierdzono w badaniach Muszalik i wsp. [3], w których stwierdzono niski poziom aktywności fizycznej, nieracjonalne żywienie, palenie tytoniu, występowanie nadwagi, niską wykonywalność badań profilaktycznych i dolegliwości psychiczne.

Anna Walentukiewicz i wsp. w badaniu zachowań zdrowotnych studentek pierwszego roku pielęgniarstwa uzyskała ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych równy 73,19 co odpowiada poziomowi 4 stena i jest interpretowane jako wynik niski. U badanych studentek w zakresie nasilenia ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych zwraca uwagę niewielki odsetek (16%) wyników na poziomie wysokim. Największa liczba badanych (44%) uzyskała wynik na poziomie przeciętnym (5 – 6 stena) a wynik niski (1- 4 stena) uzyskało 39,19% studentek pierwszego roku pielęgniarstwa [4].

Poziom ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych w badaniach własnych. oceniono jako poziom niski u 53% badanych, poziom przeciętny osiągnęło 37%, a wysoki u 10% badanych. Uzyskane wyniki procentowe są niższe niż u Walentukiewicz i wsp. [4]

G. Nowicki i wsp. [5] dokonali analizy porównawczej zachowań zdrowotnych pracowników medycznych i niemedycznych. Wynik ogólnego wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych w tej grupie medycznej był wyższy (80,20) niż w grupie niemedycznej (72,70).

Nieco wyższy poziom wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych uzyskała R. Rasińska i I. Nowakowska w badaniu zachowań zdrowotnych położnych określając wynik średni na poziomie 80,74 interpretowany jako przeciętny. W tej grupie wyniki najwyższe (7–10 stena) osiągnęło 26,1%, a najniższe (1–4 stena) 43,5% badanych [6]. Te same autorki w innym badaniu dotyczącym grupy pielęgniarek uzyskały zbliżony wynik ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych (średnia 80,12) również interpretowany jako wynik przeciętny [6].

Marta Mandziuk oceniała zachowania zdrowotne studentek pielęgniarstwa w Polsce i na Łotwie [7]. Poziom wyników jej badań okazał się równie niezadowolający. Prawie połowa badanych (48,57%) uzyskała wynik wskazujący na niski poziom nasilenia zachowań sprzyjających zdrowiu, natomiast u 39, 29% respondentów odnotowano wynik przeciętny, a tylko 12,14% badanych uzyskało wynik powyżej 6 stena tzn. poziom wysoki.

Znacznie wyższy poziom wskaźnika nasilenia zachowań zdrowotnych uzyskali studenci bydgoskich szkół wyższych: dietetyki – 8,32 stena i fizjoterapii – 6,64 stena, co wskazuje na wysoki poziom zachowań [8].

W badaniach własnych analizując poszczególne kategorie zachowań zdrowotnych stwierdzono, że najwyżej oceniono pozytywne nastawienie psychiczne (3,32) a najslabiej praktyki zdrowotne (2,87). Uzyskane wyniki porównano z wartościami tymczasowych norm polskich (dla zdrowych dorosłych kobiet) zaproponowanych przez Juczyńskiego [9]. Wyniki średnie we wszystkich kategoriach okazały się niższe w stosunku do grupy normalizacyjnej, a największa różnica dała się zauważyć w obszarze praktyk zdrowotnych – wynik 2,87 przy normie 3,53. Również ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych badanej populacji (76,68) okazał

się niższy w porównaniu z wynikami uzyskanymi przez Juczyńskiego (84, 03) interpretowanymi jako wynik przeciętny [9]. A. Walentukiewicz i wsp. w swoich badaniach podobnie uzyskali najwyższy wynik w obszarze pozytywnego nastawienia psychicznego (3,10), a najniższy (2,96) w obszarze praktyk zdrowotnych [4].

Wyniki badań własnych zbieżne są także z obserwacjami poczynionymi przez Lewko i wsp. [2], Rasińską i Nowakowską [6]. Te wyniki w porównaniu z normami również okazały się niższe niż wyniki grupy normalizacyjnej.

D. Gujska i wsp. [10] oceniali zachowania zdrowotne studentów pielęgniarstwa w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych. Wyniki ich badań dotyczące poszczególnych kategorii zachowań zdrowotnych w porównaniu z wynikami grupy normalizacyjnej były niższe jedynie w obszarze praktyk zdrowotnych (średnia 3,22, przy normie 3,40).

Wyniki badań M. Mandziuk [7] dla poszczególnych kategorii zachowań zdrowotnych w grupie polskich studentek okazały się wyższe w porównaniu z grupą normalizacyjną w odniesieniu do kategorii zachowań profilaktycznych i pozytywnego nastawienia psychicznego. W pozostałych kategoriach wynik był niższy. Ślusarska i in. [11] wykazali, że studenci kierunków medycznych odznaczają się wyższym wskaźnikiem nasilenia zachowań zdrowotnych w większości kategorii (oprócz praktyk zdrowotnych), niż studenci kierunków niemedycznych. W badaniu dotyczącym zachowań zdrowotnych kobiet po 40 roku życia [12] autorki uzyskały najwyższy wynik w kategorii praktyk zdrowotnych (3,41), jednak w porównaniu z wynikami grupy kontrolnej zarówno ogólny wskaźnik, jak i wskaźniki poszczególnych obszarów okazały się niższe.

N. Pawlak i wsp. [13] oceniali wpływ wieku studentów kierunku pielęgniarstwo na nawyki psychiczne i nawyki prozdrowotne. Badania te wykazały, że wiek nie wpływa istotnie na różnice w zachowaniach zdrowotnych i nastawieniu psychicznym studentów. W przeprowadzonych badaniach własnych uzyskano potwierdzenie, że wiek nie miał wpływu zarówno na nasilenie ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych, jak i na nasilenie w zakresie poszczególnych kategorii zachowań zdrowotnych.

Wyniki badań własnych i tych obecnych w literaturze to w przeważającej większości wyniki niskie lub przeciętne i w odniesieniu do studentów kierunku pielęgniarstwo niepokoją, ponieważ ta grupa ma większą niż przeciętna wiedzę na temat zdrowia. Studenci pielęgniarstwa są także przyszłymi kreatorami zdrowia, którzy by być wiarygodnymi powinni wiedzę połączyć z praktyką [4]. Podobne wyniki badań potwierdzają się także w najnowszych doniesieniach, w których spośród studentów kierunków medycznych najbardziej niezdrowe zachowania zdrowotne stwierdza się wśród studentów pielęgniarstwa (8,9%) [14]. Inne badania

zrealizowane wśród pielęgniarek pediatrycznych wykazały dość niski poziom zachowań prozdrowotnych, mogący w przyszłości chronić ich pacjentów przed podejmowaniem niekorzystnych dla zdrowia zachowań i wskazuje na pilną konieczność intensyfikacji działań edukacyjnych w tym zakresie [15].

W kontekście wyników publikowanych i dostępnych w literaturze przedmiotu wyniki badań własnych dotyczące zachowań zdrowotnych czynnych zawodowo pielęgniarek podnoszących swoje kwalifikacje na studiach magisterskich potwierdzają ogólną niekorzystną tendencję w zakresie zdrowia personelu pielęgniarskiego. Jest to istotne, gdyż pielęgniarki ze względu na posiadaną wiedzę medyczną powinny mieć racjonalny i bardziej świadomy stosunek do kształtowania zachowań zdrowotnych, a ponadto społeczeństwo wymaga od przedstawicieli zawodów medycznych wzorów zachowań godnych naśladowania. Pielęgniarka jako doradca w zakresie promowania zdrowia powinna rozpocząć działania od samej siebie, aby skutecznie realizować je w odniesieniu do jednostki, populacji i społeczeństwa.

Niski poziom zachowań zdrowotnych wśród studentek kierunku pielęgniarstwo sugeruje, że ciągle zagadnienie zachowań zdrowotnych pielęgniarek powinno być uwzględniane wśród tematów badań naukowych. Uzyskane wyniki wskazują na potrzebę monitorowania zachowań zdrowotnych i wdrożenia natychmiastowych działań naprawczych w tym obszarze.

Wnioski

1. Poziom zachowań zdrowotnych studentek pielęgniarstwa jest zróżnicowany.
2. Ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych w badanej grupie jest niski.
3. Najwyżej ocenionym obszarem jest pozytywne nastawienie psychiczne, a najniżej praktyki zdrowotne.
4. Na ogólny poziom zachowań zdrowotnych respondentek ma wpływ miejsce zamieszkania, system pracy i praca w godzinach nocnych i w dni świąteczne.
5. Na poziom zachowań zdrowotnych respondentek w poszczególnych obszarach wpływają:
 - w kategorii prawidłowych nawyków żywieniowych: miejsce zamieszkania, system pracy, praca w godzinach nocnych i w dni świąteczne;
 - w kategorii zachowań profilaktycznych: system pracy;
 - w kategorii pozytywnego nastawienia psychicznego: system pracy, praca w godzinach nocnych i w dni świąteczne;
 - w kategorii praktyk zdrowotnych: system pracy, posiadanie dodatkowej pracy zawodowej, praca w godzinach nocnych i w dni świąteczne.

Bibliografia

1. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001.
2. Lewko J, Polityńska - Lewko B, Sierakowska M, Krajewska – Kułak E. Zachowania zdrowotne wśród studentów pielęgniarstwa. *Ann. Univ. Mariae. Curie. Skłodowska. (Med.)* 2005; 60 (16,3): 260 – 264.
3. Muszaliak M, Kędziora – Kornatowska K, Marzec A, Kławe J. Analiza zachowań zdrowotnych, samooceny oraz zagrożeń zdrowia pielęgniarek studiujących zaocznie. *Probl. Hig. Epidemiol* 2007; 88 (3): 354-359.
4. Walentukiewicz A, Łysak A, Wilk B. Zachowania zdrowotne studentek pielęgniarstwa. *Nursing Topics* 2013; 21 (4): 484 – 488.
5. Nowicki G.J, Ślusarska B, Kocka K, Piasecka H. Stan wiedzy na temat czynników ryzyka i profilaktyki chorób cywilizacyjnych a zachowania zdrowotne pracowników medycznych i niemedycechnych. *Medycyna środowiskowa – Environmental Medicine* 2017; 20 (1): 41-47.
6. Rasińska R, Nowakowska I. Zachowania zdrowotne położnych a poczucie satysfakcji z życia. *Zdrowie i Dobrostan. Rozdz. X. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,* 2013; 1: 179 – 191.
7. Mandziuk M. Zachowania zdrowotne studentek pielęgniarstwa w Polsce i na Łotwie. *Rozprawy Społeczne* 2017; 11 (4): 50 – 55.
8. Weber – Rajek M, Baumgart M, Michalski A, Radziwińska A, Goch A, Lulińska - Kulik E, Zukow W. Students health behaviors – ownresarch. *Zachowania zdrowotne studentów – badania własne. Journal of edukation, Health and Sport* 2015; 5 (9): 647 – 662.
9. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001.
10. Gujska D, Gutek A, Gajewska N, Gawron Ż, Rząca M, Szadowska – Szlachetka Z. Zachowania zdrowotne studentów pielęgniarstwa w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych. *Journal of Education, Health and Sport* 2016; 6 (6): 107 – 120.
11. Ślusarska B, Zarzycka D, Wrońska I. Zróżnicowanie behawioralnych czynników zdrowia wśród studentów zależne od wybranych wskaźników społeczno – demograficznych i środowiskowo – kulturowych. *Journal of Education, Health and sport* 2015; 2: 99 - 108.
12. Rasińska R, Nowakowska I. Postrzeganie zdrowia przez pielęgniarki po czterdziestym roku życia. *Pielęgniarstwo Polskie* 2014; 2 (52): 111 – 116.
13. Pawlak N, Szlachciak I, Walasiewicz Z, Haor B. Wpływ wieku studentów kierunku pielęgniarstwo na nawyki psychiczne i nawyki prozdrowotne. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu. Włocławek* 2017; 3 (2): 66 – 85.
14. Radosz Z, Paplarczyk M, Gruszczyńska M, Tomaszewska-Kumela P. Zachowania zdrowotne studentów kierunków medycznych. *Rozprawy Społeczne* 2020, Tom 14, Nr 2 151-164.
15. Trojanowska A, Trojanowska P, Piasecka K, Sobolewska- Samorek A. Zachowania zdrowotne pielęgniarek pediatrycznych. *ŻYCIE I PŁODNOŚĆ. UJĘCIE INTERDYSCYPLINARNE.* 2020; 3 (43): 177- 194.

Szkoła Zdrowia – profilaktyka przez edukację. Promocja zaleceń Europejskiego kodeksu walki z rakiem

Elżbieta Garwacka-Czachor, Dorota Milecka, Klaudia Pietrzak, Weronika Czulińska, Marta Gruszka, Aleksandra Świdorska, Klaudia Rafałowicz, Karolina Oruba, Daria Kościwicz, Jan Walczuk, Zuzanna Przybylska, Agnieszka Bock, Amelia Żachowska

Wstęp. Jest wiele definicji zdrowia, ale zgodnie z przyjętą przez Światową Organizację Zdrowia jest to stan całkowitego dobrostanu fizycznego, psychicznego oraz społecznego, a nie jedynie brak choroby czy niepełnosprawności [1].

W 1974 roku Marc Lalonde przedstawił koncepcję „pól zdrowia”, którą opublikował w raporcie „A New Perspective on the Health of Canadians” (Nowa Perspektywa dla Zdrowia Kanadyjczyków), gdzie wyróżnił cztery grupy determinant zdrowia – styl życia, środowisko fizyczne, czynniki genetyczne, opieka zdrowotna [2]. Obecnie ich procentowy udział jest różnie określany przez autorów, ale Lalonde tego w swojej pracy nie uściślił, podając jedynie, że największy wpływ na zdrowie ma styl życia i zachowania jednostki [3]. Koncepcja ta dała podstawy do zmiany polityki zdrowotnej na świecie i była fundamentem dla rozwoju promocji zdrowia [4]. Powszechne stało się pojęcie „prozdrowotnego stylu życia” czyli świadomego działania ukierunkowanego na poprawę lub utrzymanie w dobrym stanie zdrowia [5]. Do tych działań zaliczamy m.in: racjonalne żywienie, aktywność fizyczną, dbałość o ciało (np. oglądanie znamion na skórze), zachowanie bezpieczeństwa, unikanie substancji psychoaktywnych (niepalenie tytoniu, umiarkowane spożycie alkoholu).

Edukacja zdrowotna to proces, w którym ludzie uczą się dbać o zdrowie własne i innych ludzi [6]. Jest to również proces dydaktyczno-wychowawczy, w którym dzieci i młodzież uczą się jak żyć, aby zachować i doskonalić zdrowie własne i innych ludzi oraz tworzyć środowisko sprzyjające zdrowiu, a w przypadku wystąpienia choroby lub niepełnosprawności aktywnie uczestniczyć w jej leczeniu lub rehabilitacji, radzić sobie i zmniejszać jej negatywne skutki [7]. Dążeniem edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży jest kształtowanie trwałej hierarchii wartości, gdzie istotne miejsce będzie zajmować zdrowie. Popularyzując takie podejście do zdrowia studenci Kierunku Pielęgniarstwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Głogowie (PWSZ) utworzyli „Szkołę Zdrowia”, której celem jest propagowanie wśród młodzieży zachowań prozdrowotnych, zdrowego stylu życia i kształtowania nawyków sprzyjających zdrowiu. Pierwsza edycja szkoleń dotyczyła promocji zaleceń Europejskiego kodeksu walki z rakiem [8,9,10].

Celem pracy było przedstawienie zorganizowanych, systematycznych działań edukacyjnych wobec młodzieży licealnej z zakresu profilaktyki chorób nowotworowych prowadzonych przez studentów Kierunku Pielęgniarstwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Głogowie (PWSZ).

Materiał i metody. W 2021 roku PWSZ w Głogowie oraz Zespół Szkół im. Jana Wyżykowskiego w Głogowie podjęli współpracę w zakresie promocji i edukacji zdrowotnej. Studenckie Koło Naukowe Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, działające przy PWSZ w Głogowie opracowało koncepcję prozdrowotnej współpracy edukacyjnej, zaproponowało tematykę zajęć oraz harmonogram spotkań. Uczestnikami zajęć było 15 uczennic pierwszej klasy liceum ogólnokształcącego o profilu prozdrowotnym. Spotkania odbywały się na Uczelni raz w miesiącu po dwie godziny lekcyjne (2x45min.). Edukatorami byli studenci pielęgniarstwa I stopnia, a ich przygotowania do zajęć wspierali i nadzorowali nauczyciele akademicy. Każdy student miał przygotowaną tematyczną prezentację multimedialną oraz inne pomoce dydaktyczne, np. kredki, papier, nożyczki. Podczas zajęć wykorzystano następujące metody dydaktyczne: wykład, pogadanka, dyskusja, quiz, praca w grupach (sporządzanie plakatu, układanie krzyżówki, rysowanie piramidy zdrowia), test wiedzy. Uczennice otrzymywały również materiały informacyjne w postaci ulotek, plakatów i drobnych gadżetów. Zakończenie zajęć było zwieńczone uroczystym podsumowaniem, podczas którego rozdano dyplomy uczestnictwa w Szkole Zdrowia.

Podczas ostatnich zajęć w celu poznania opinii uczestników o projekcie edukacyjnym przeprowadzono sondaż diagnostyczny z zastosowaniem techniki ankietowej, a narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety.

Wyniki. W roku szkolnym 2021/2022 odbyło się osiem spotkań edukacyjnych, w każdym uczestniczyło od 11 do 15 uczennic. Tematyka zajęć obejmowała zalecenia Europejskiego kodeksu walki z rakiem zgodnie z przygotowanym harmonogramem – tabela 1. Zajęcia odbywały się w pierwszy lub drugi czwartek miesiąca począwszy od października 2021 do maja 2022 roku, w godzinach od 8.30 do 10.00. Ostatnie zajęcia, które przypadły na dzień 12 maja, czyli Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki były poświęcone promocji pielęgniarstwa, a prezentowane zagadnienia dotyczyły historii i tradycji zawodu.

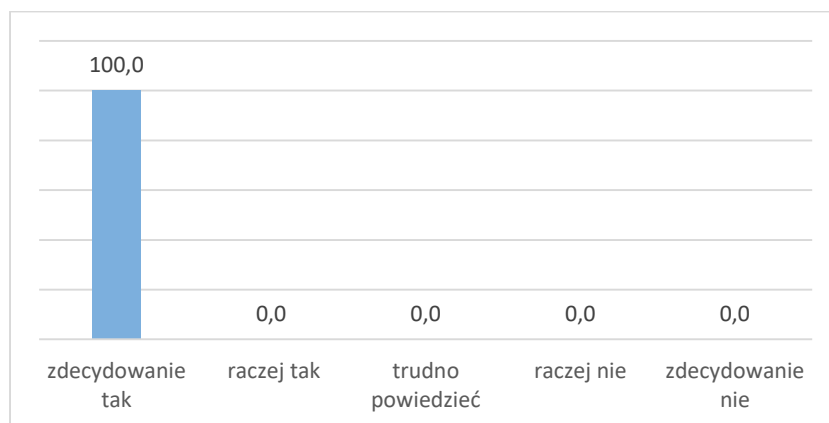
Tab.1. Harmonogram zajęć Szkoły Zdrowia

| L.p. | Temat | Data | Prowadzący | Współprowadzący |
|------|--|------------|--------------------|-----------------------------|
| 1. | Europejski Kodeks Walki z Rakiem – założenia ogólne. | 07.10.2021 | Klaudia Pietrzak | dr n. o zdr. Dorota Milecka |
| 2. | Papierosy? Nie, dziękuję! | 04.11.2021 | Weronika Czulińska | Marta Gruszka |

| | | | | |
|-----|---|------------|--|--|
| 3. | Wystrzegaj się otyłości. | 02.12.2021 | Klaudia Pietrzak | Aleksandra Świdorska |
| 4. | Bądź codziennie aktywny ruchowo, uprawiaj ćwiczenia fizyczne. | 13.01.2022 | Klaudia Rafałowicz | Karolina Oruba |
| 5. | Spożywaj więcej różnych warzyw i owoców. Jedz co najmniej pięć porcji dziennie. | 10.02.2022 | Daria Kościewicz | Klaudia Pietrzak |
| 6. | Zabawa bez wzmacniaczy. | 03.03.2022 | Jan Walczuk | Zuzanna Przybylska |
| 7. | Unikaj nadmiernej ekspozycji na promienie słoneczne. | 07.04.2022 | Agnieszka Bock | |
| 8. | Szczepienia? Jestem za! | 07.04.2022 | Zuzanna Przybylska Jan Walczuk | dr n. o zdr. Dorota Milecka |
| 9. | Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki 1. Florence Nightingale – ikona pielęgniarstwa. 2. Symbole i tradycje pielęgniarstwa. | 12.05.2022 | Zuzanna Przybylska Amelia Żachowska | dr n. med. Elżbieta Garwacka-Czachor dr n o zdr. Dorota Milecka |
| 10. | Podsumowanie, rozdanie certyfikatów ukończenia Szkoły Zdrowia. | 12.05.2022 | dr n o zdr. Dorota Milecka | dr n. med. Elżbieta Garwacka-Czachor |

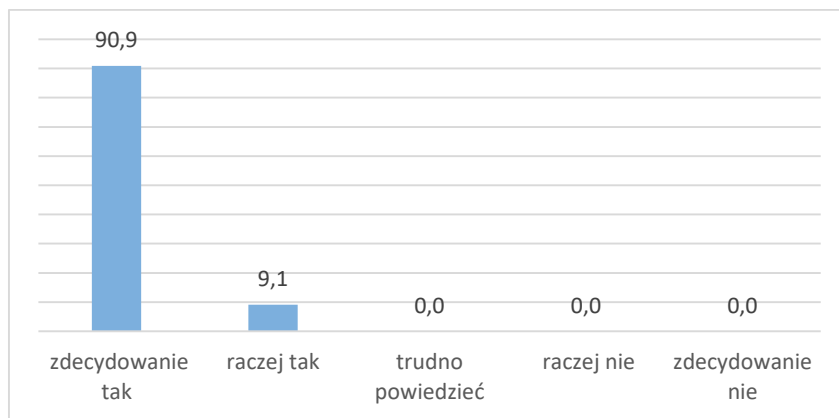
Sprawozdanie z wszystkich zajęć w Szkole Zdrowia, udokumentowane zdjęciami, znajduje się na stronie internetowej PWSZ w Głogowie pod adresem: <https://pwsz.glogow.pl/>

W ocenie poziomu zadowolenia z uczestnictwa w zajęciach Szkoły Zdrowia wzięło udział 11 uczennic. Wyniki ewaluacji procesu związanego z przebiegiem i formą zajęć przedstawiono na ryc. 1-12.



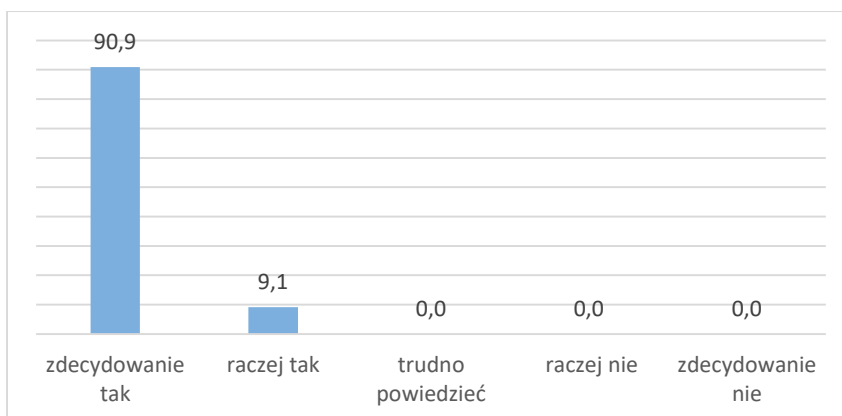
Ryc.1. Przygotowanie miejsca szkolenia

100% (n=11) uczestników było zdecydowanie zadowolonych z przygotowania miejsca szkoleń.



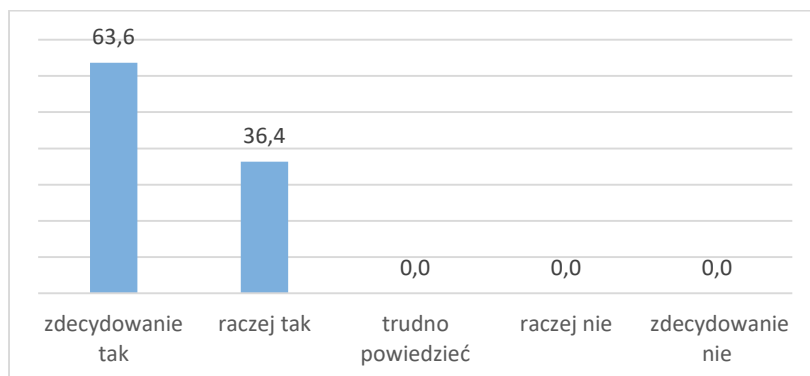
Ryc.2. Ocena atmosfery sprzyjającej komunikacji i współpracy

90,9% (n=10) uczennic oceniło atmosferę jako zdecydowanie sprzyjającą komunikacji i współpracy, a 9,1% (n=1) jako raczej sprzyjającą.



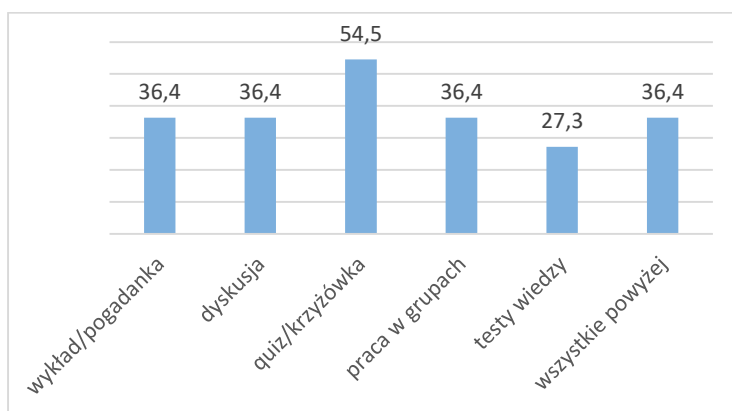
Ryc.3. Wpływ zaproponowanej tematyki na poszerzenie wiedzy z zakresu profilaktyki chorób nowotworowych

90,9% (n=10) uczestniczek odpowiedziało, że tematyka zajęć zdecydowanie wpłynęła na uporządkowanie i poszerzenie ich wiedzy o profilaktyce nowotworów, a 9,1% (n=1) określiła, że raczej wpłynęła.



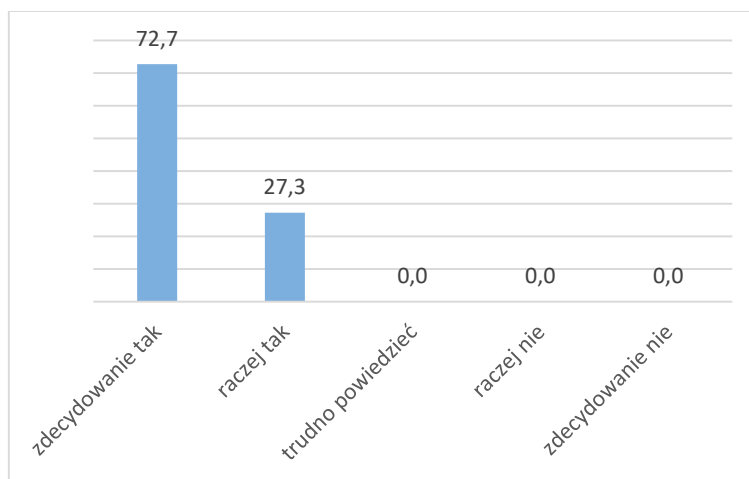
Ryc.4. Dobór tematyki zajęć

63,6% (n=7) dziewcząt uczestniczących w zajęciach potwierdziło, że dobór tematów był zdecydowanie właściwy, a 36,4% (n=4), że raczej właściwy.



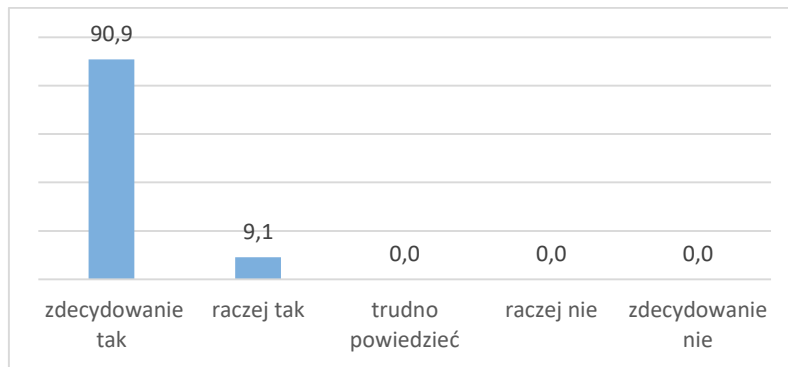
Ryc.5. Ocena metod nauczania

Spośród stosowanych metod dydaktycznych najwyżej oceniono (54,5%, n=6) quiz i krzyżówkę, na drugim miejscu znalazły się ex aequo (po 36,4%, n=4) wykład, pogadanka, dyskusja, praca w grupach oraz wszystkie metody razem. Odpowiedzi nie sumują się do 100% ponieważ respondenci mogli wybrać więcej, niż jedną odpowiedź.



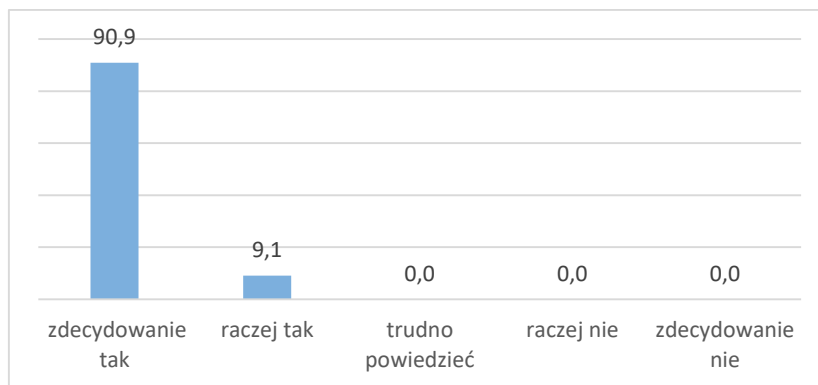
Ryc.6. Spełnienie oczekiwań wobec szkoleń

Oczekiwania uczestniczek szkoleń zostały zdecydowanie spełnione u 72,7% (n=8), a raczej spełnione u 3 (27,3%).



Ryc.7. Rekomendacja szkoleń innym osobom

10 osób (90,9%) odpowiedziało, że zdecydowanie by poleciło szkolenia swoim koleżankom i kolegom, 1 osoba, że raczej by poleciła.



Ryc.8. Zadowolenie z udziału w Szkole Zdrowia

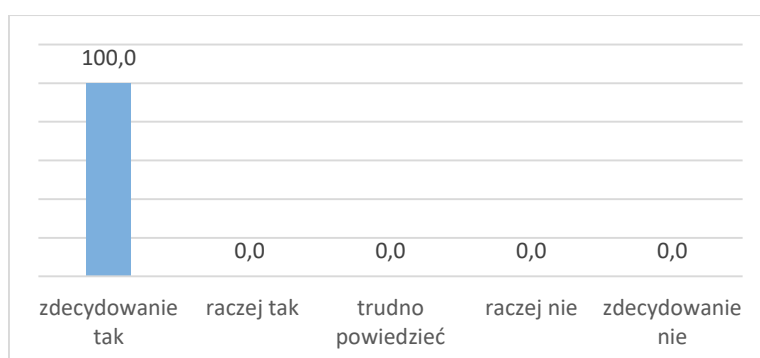
Wszystkie osoby były zadowolone z udziału w szkoleniach realizowanych w ramach Szkoły Zdrowia. 10 (90,9%) uczennic wyraziło to zadowolenie jako „zdecydowanie tak”, a 1 (9,1%) jako „raczej tak”.



Ryc.9. Wybór najciekawszych tematów zajęć

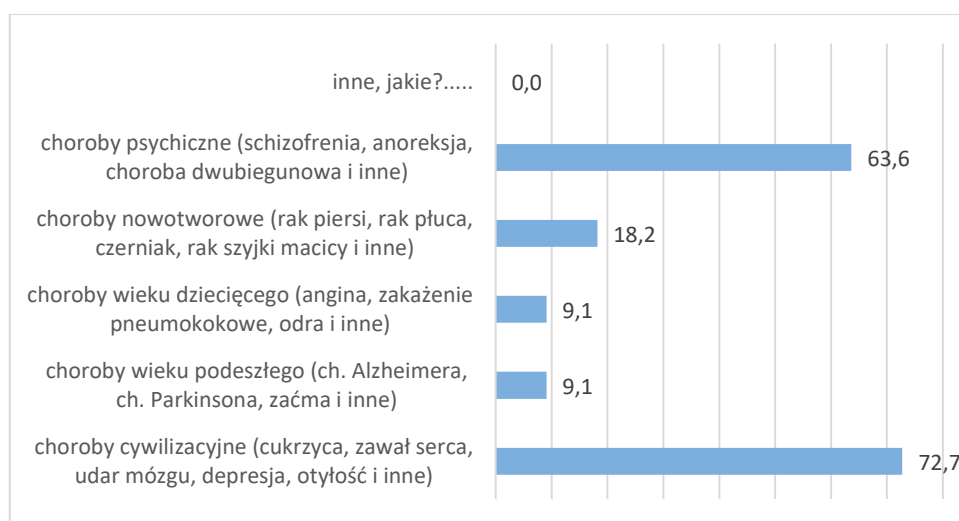
Jako najbardziej istotny (63,6%, n=7) uznano temat „Zabawa bez wzmacniaczy”, na drugim miejscu znalazły się dwa tematy (45,5% n=5) „Unikaj nadmiernej ekspozycji na promienie słoneczne” oraz „Wystrzegaj się otyłości”. Miejsce trzecie (27,3%, n=3) przypadło tematowi „Spożywaj więcej różnych warzyw i owoców. Jedz co najmniej pięć porcji dziennie”. Czwarte miejsce ex aequo (po 18,2%, n=4) zajęły tematy: „Europejski Kodeks Walki z Rakiem – założenia ogólne”, „Papierosy? Nie, dziękuję!”, „Bądź codziennie aktywny ruchowo, uprawiaj ćwiczenia fizyczne” oraz „Szczepienia? Jestem za!”.

Odpowiedzi nie sumują się do 100% ponieważ respondenci mogli wskazać więcej, niż jeden temat.



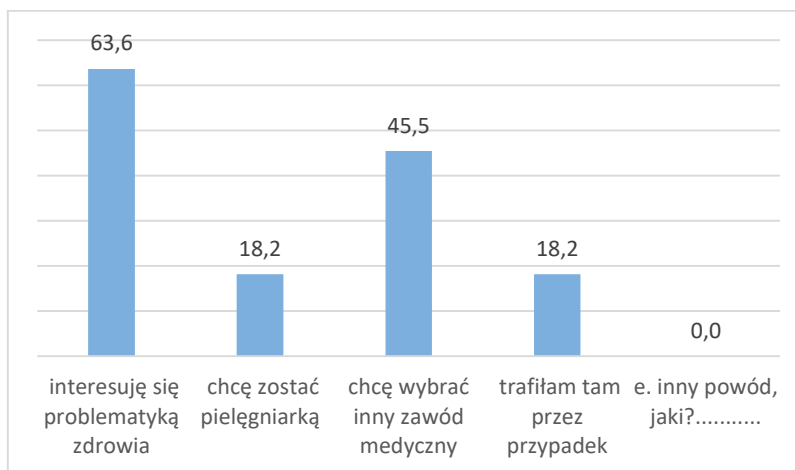
Ryc.10. Ocena zasadności kontynuacji szkoleń

100% (n=11) uczestników zajęć w Szkole Zdrowia opowiedziało się za kontynuacją zaproponowanej działalności edukacyjnej.



Ryc.11. Wybór tematyki szkoleń na przyszłość

Słuchacze Szkoły Zdrowia na tematykę przyszłych zajęć wybrali choroby cywilizacyjne (cukrzyca, zawał serca, udar mózgu, depresja, otyłość i inne) - 72,7%, n=8. Na drugim miejscu znalazły się choroby psychiczne – 63,6, n=7. Ze względu na możliwość wyboru kilku tematów wynik nie sumuje się do 100%.



Ryc.12. Powody wyboru klasy prozdrowotnej

63,6% (n=7) dziewcząt biorących udział w szkoleniach, które jednocześnie były uczennicami liceum ogólnokształcącego o profilu prozdrowotnym odpowiedziało, że powodem wyboru takiego profilu było zainteresowanie problematyką zdrowia, 45,5% (n=5) ponieważ chce wybrać zawód medyczny inny niż pielęgniarka, na równi po 18,2% (n=2) uzyskały odpowiedzi: „chcę zostać pielęgniarką” oraz „trafiłam tam przez przypadek”.

Dyskusja. Definicja edukacji zdrowotnej autorstwa Charońskiej wskazuje, że: „edukacja zdrowotna to całokształt działań zmierzający do kształtowania zachowań zdrowotnych ludzi, by mogli prowadzić zdrowy styl życia i przyczyniać się do umacniania zdrowia oraz rozwijać kompetencje skutecznego wpływania na zdrowie własne i społeczności, w której żyją” [11]. Zgodnie z tą definicją najważniejsze jest właściwe modelowanie zachowań zdrowotnych, szczególnie u dzieci i młodzieży, wpływających na nasze zdrowie i będących składową stylu życia, który jest zbiorem decyzji (działań), podlegających kontroli w mniejszym lub większym stopniu. Dla osiągnięcia lepszego poziomu zdrowia niezbędne jest uwzględnienie takich czynników jak: styl życia, środowisko fizyczne i społeczne życia, pracy i nauki oraz czynniki genetyczne i funkcjonowanie opieki zdrowotnej. Głównym determinantem zdrowia jest jednak styl życia, który w ponad 50% wpływa na nasze zdrowie [2,5,12,13].

Wiele dowodów wskazuje, że pomiędzy zdrowiem i edukacją (wychowaniem, kształceniem, uczeniem się) są wzajemne powiązania. Lepsze zdrowie sprzyja lepszemu edukacji i odwrotnie. Systematyczna edukacja zdrowotna jest uważana za najbardziej opłacalną, długofalową

inwestycję w zdrowie całego społeczeństwa [6,7]. Dlatego też wspólna inicjatywa Zespołu Szkół im. Jana Wyżykowskiego w Głogowie i PWSZ w Głogowie znalazła potwierdzenie w prowadzonej edukacji młodzieży licealnej w ramach utworzonej przez studentów pielęgniarstwa Szkoły Zdrowia. Pierwsza jej edycja poświęcona była promocji zaleceń Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem. W przygotowaniu materiałów edukacyjnych korzystano z wydanej w 2014 roku przez Centrum Onkologii w Warszawie pozycji „Szkoła promująca zalecenia Europejskiego kodeksu walki z rakiem” oraz „Europejskiego kodeksu walki z rakiem” [8,9,10].

Jednym z poważnych problemów zdrowia publicznego w Polsce są choroby nowotworowe. W krajach rozwiniętych są drugą przyczyną zgonów po chorobach sercowo-naczyniowych, w Polsce rocznie rejestruje się 155 tysięcy zachorowań i 93 tysiące zgonów [14]. Unikanie niektórych zachowań i podejmowanie określonych działań prozdrowotnych może zminimalizować zachorowanie, np. unikanie tytoniu, alkoholu i nadmiernej ekspozycji na promienie słoneczne, utrzymanie stałej masy ciała, codzienna aktywność ruchowa, spożywanie więcej warzyw i owoców itp. Strategiczną rolą w zapobieganiu lub zmniejszaniu występowania chorób nowotworowych jest budowanie świadomości onkologicznej i poprawa jakości życia jednostek i grup społecznych [8,10]. Edukacja prozdrowotna dzieci i młodzieży przewidziana jest w Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020-2030 [15]. Strategia koncentruje się na pięciu obszarach, jednym z nich jest inwestycja w edukację dotyczącą stylu życia i wymienia następujące działania: wprowadzenie regulacji prawnych związanych z ograniczeniem palenia tytoniu, walkę z otyłością, ochronę przeciw promieniowaniu UV, kształtowanie postaw prozdrowotnych u dzieci, młodzieży i osób dorosłych, szczepienia HPV dla dziewcząt i chłopców, włączenie lekarzy POZ i medycyny pracy w działania prewencji pierwotnej [15]. Również Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025 za cel strategiczny przyjął zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu. Wśród jego celów operacyjnych znalazły się: profilaktyka nadwagi i otyłości, profilaktyka uzależnień, promocja zdrowia psychicznego, zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne oraz wyzwania demograficzne [16]. Studenci PWSZ w Głogowie przygotowując się do zawodu pielęgniarki również włączyli się w prozdrowotny nurt wychowania.

Raport z badania przeprowadzonego przez Kantar Millward Brown na zlecenie Ministerstwa Zdrowia – Biura Prasy i Promocji informuje m.in., że termin „profilaktyka” głównie kojarzony jest z badaniami medycznymi, rzadziej zdrowym trybem życia. Badani identyfikują programy profilaktyczne głównie jako skierowane do kobiet (darmowe mammografie, cytologie), mężczyźni nie czują się ich adresatami i część z nich ma poczucie braku w tym zakresie. Co

dziesiąty Polak nie zrobił nigdy żadnego badania spośród następujących: RTG klatki piersiowej, USG jamy brzusznej, USG tarczycy, kolonoskopia, badania krwi pod kątem markerów nowotworowych. Zaś poczucie zagrożenia możliwością zachorowania na nowotwór jest dość duże i wzrasta wraz z wiekiem badanych [17]. Są to dodatkowe argumenty za kontynuacją, doskonaleniem i poszerzaniem oferty szkoleniowej, np. do populacji ludzi dorosłych i w podeszłym wieku.

Badania przeprowadzone przez Katarzynę Szalonka dotyczące podejścia do prozdrowotnego stylu życia dzieci i młodzieży oraz ich stanu wiedzy i postępowania wskazują, że poziom wiedzy o uwarunkowaniach zdrowego stylu życia jest satysfakcjonujący. Ponad 90% badanych znało czynniki warunkujące zdrowie, a 81% deklaroowało, że dba o swoje zdrowie. Niestety wiedza nie przekładała się na realizację działań w życiu codziennym [18]. Również w przypadku profilaktycznych badań przesiewowych Polacy, w porównaniu do innych narodów (np. Finów, Szwedów, Belgów), niechętnie w nich uczestniczą, co w znacznym stopniu ogranicza możliwości profilaktyki wtórnej i wczesnego wykrywania nowotworów, a co za tym idzie skutecznego i ekonomicznie korzystnego leczenia [19]. Utrzymująca się wysoka zachorowalność na nowotwory oraz śmiertelność skłaniają do większych wysiłków na rzecz edukacji, zwłaszcza w młodym wieku, by młodzież umiała wykorzystać ją we własnym życiu. Z badań Grzegorzyc i Kity wynika, że młodzież ma dużą wiedzę na temat występowania oraz zasad profilaktyki chorób nowotworowych, ale tylko 12,2% badanych słyszało o Europejskim Kodeksie Walki z Rakiem, a głównym źródłem ich wiedzy na temat nowotworów był Internet (86,2%), telewizja (70,8%), rodzice (65,3%) i szkoła (60,4%) [20]. W badaniach przeprowadzonych przez Laskowskiego, Krajewską-Kułak i Łukaszuk ustalono, że pogadanka edukacyjna skierowana do grupy dziewcząt miała pozytywny wpływ na poziom ich wiedzy na temat nowotworów, za wyjątkiem preferowanych zachowań ograniczających rozwój chorób nowotworowych i zalecanych badań profilaktycznych, które przed i po pogadance były na takim samym poziomie, zaś przeprowadzona w grupie chłopców miała pozytywny wpływ na poziom wiedzy na temat nowotworów. Większość młodzieży nie miała wiedzy o uczestniczeniu ich matek i ojców w badaniach profilaktycznych. Autorzy wysunęli również postulat, że „edukacja w zakresie profilaktyki onkologicznej prowadzona od najmłodszych lat, z jednej strony zwraca ich uwagę na problem chorób nowotworowych, który jest przez młodych ludzi bagatelizowany, a z drugiej strony może być stałym elementem systemowego podejścia do rozwiązywania problemów onkologicznych” [21]. Kształtowanie postaw prozdrowotnych uczniów i nauczycieli w oparciu o zasady prewencji pierwotnej nowotworów, zawarte w Europejskim kodeksie walki rakiem, przyświecało prowadzonemu od

2010 roku przez Świętokrzyskie Centrum Onkologii projektowi Szkoły promującej zalecenia Kodeksu. Projekt był bardzo dobrze przyjęty przez uczestników szkoleń, którzy chętnie brali udział w kolejnych jego edycjach. Nauczyciele podkreślali wagę szkoleń, podkreślając zasadność włączenia profilaktyki chorób nowotworowych na stałe do programu nauczania w szkole [22]. Również w przypadku licealistek biorących udział w zajęciach Szkoły Zdrowia w PWSZ w Głogowie ocena szkoleń była na wysokim poziomie, są zdania, że zajęcia należy kontynuować, dostosowując tematykę do oczekiwań. Wszystkie pytane osoby odpowiedziały, że poleciłyby szkolenia swoim koleżankom i kolegom.

Wnioski

1. Przygotowany przez studentów projekt edukacyjny Szkoła Zdrowia, którego tematyka koncentrowała się na promocji zasad Europejskiego kodeksu walki z rakiem został bardzo dobrze przyjęty przez uczestników, co jest najlepszą rekomendacją do jego kontynuowania.
2. W doborze tematów na przyszłość należy uwzględnić oczekiwania i potrzeby uczniów, a w doborze metod nauczania uwzględnić przede wszystkim metody aktywizujące z wykorzystaniem bardziej zróżnicowanych środków dydaktycznych.
3. W celu oceny skuteczności działań edukacyjnych w przyszłych edycjach Szkoły Zdrowia poza ewaluacją zadowolenia uczestników niezbędna jest również ewaluacja wiedzy.
4. Choroby nowotworowe stanowią poważny problem ze względu na ich rozpowszechnienie. Z tego też względu zasadnym wydaje się poszerzenie oferty prozdrowotnych działań edukacyjnych o inne grupy społeczne.

Bibliografia

1. Sygit M. Zdrowie publiczne. Wydanie 2. Wolters Kluwer Polska SA, Warszawa 2017, s. 23
2. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspecteng.pdf> - data dostępu 23.04.2022
3. Wysocki M., Miller M. Paradygmat Lalonde'a, Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne. Przegląd Epidemiologiczny. 2003, 57(3):505-512
4. Woźniak M., Brukwicka I., Kopański Z. i in. Zdrowie jednostki i zbiorowości. Journal of Clinical Healthcare. 2015, 4:1-3
5. Wagner S., Banaszekiewicz M., Andruszkiewicz A. i.in. Zachowania zdrowotne i miejsce zdrowia w hierarchii wartości młodzieży. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu. 2015, 21(3):278–281
6. Woynarowska B. Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 2010.

7. Wojnarowska B. Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży i jej cele [w] Wojnarowska. B (red.) Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów i nauczycieli szkół podstawowych. Ośrodek Rozwoju Edukacji. Warszawa 2014, s. 11-13
8. Zatoński W. (red). Europejski kodeks walki z rakiem. Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej Curie. Warszawa 2012.
9. 12 sposobów na zdrowie. Europejski kodeks walki z rakiem. IV Edycja.
https://www.nfz-szczecin.pl/x6liv_kodeks_walki_z_rakiem.htm - dostęp 24.04.2022
10. Ankiersztejn M., Górecka A. Szkoła promująca zalecenia Europejskiego kodeksu walki z rakiem. Poradnik metodyczny dla nauczycieli. Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej Curie. Warszawa 2014.
11. Charońska E. Zarys wybranych problemów edukacji zdrowotnej. Centrum Edukacji Medycznej. Warszawa 1997, s. 45.
12. Ponczek D., Olszowy I. Styl życia młodzieży i jego wpływ na zdrowie. Problemy Higieny i Epidemiologii. 2012, 93(2): 260-268
13. Woźniak M., Brukwicka I., Kopański Z. i in. Związki stylu życia ze zdrowiem. Journal of Clinical Healthcare. 2015, 4:4-9
14. Krajowy Rejestr Nowotworów. Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy. <http://onkologia.org.pl/> - dostęp 23.04.2022
15. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030. Załącznik do uchwały nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. (poz. 189). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WMP20200000189/O/M20200189.pdf> - dostęp 24.04.2022
16. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025.
<https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000064201.pdf> - dostęp 24.04.2020
17. Badanie postaw wobec zachowań zdrowotnych w zakresie profilaktyki nowotworowej wśród mieszkańców Polski ze szczególnym uwzględnieniem postaw Polek wobec raka szyjki macicy i raka piersi. Raport z badania przeprowadzonego przez Kantar Millward Brown na zlecenie Ministerstwa Zdrowia – Biura Prasy i Promocji. Warszawa 2017. <https://planujedlugiezycie.pl/wp-content/uploads/2020/09/raport-kantar.pdf> - dostęp 24.04.2022
18. Szalonka K. Polityka kreowania prozdrowotnego stylu życia wśród dzieci i młodzieży. Problemy Zarządzania Finansów i Marketingu. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. 2015, 865 (38): 171-181
19. Gładczuk J., Maksimowicz K., Kleszczewska E. Wybrane aspekty profilaktyki chorób nowotworowych w Polsce. Część I. Czynniki determinujące zachowania profilaktyczne. Hygeia Public Health. 2015, 50(2):266-271
20. Grzegorzczak M., Kita A. Poziom wiedzy młodzieży u progu pełnoletności na temat profilaktyki chorób nowotworowych. Prezentacja wybranych wyników z badania. Relacje. Studia z nauk społecznych. Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego. 2016, 2:193-208
21. Laskowski K., Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C.R. Preferencje zdrowotne młodzieży gimnazjalnej w aspekcie ich wiedzy na temat nowotworów. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Białystok 2021.

22. Zapała J., Pyk M., Tekiel M. i.in. Strategie w edukacji onkologicznej młodzieży w szkołach województwa świętokrzyskiego [w] Makarczuk A., Maszorek-Szymała A., Kowalsk J. i.in (red.) Biospołeczne uwarunkowania uczestnictwa w kulturze fizycznej i zdrowotnej osób w różnym wieku. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego. Łódź 2017.

Wiedza kobiet w wieku 25-59 lat na temat raka szyjki macicy – doniesienie wstępne

Anna Michalik, Kinga Kąkol

Wstęp. Rak szyjki macicy to pierwotny nowotwór złośliwy rozwijający się w obrębie szyjki macicy lub kanału szyjki macicy. Najczęściej związany jest z długotrwałą infekcją wysoko onkogennymi typami wirusa brodawczaka ludzkiego (Human Papilloma Virus – HPV), zwłaszcza typami HPV 16 i HPV 18 [1]. W wielu krajach rak szyjki macicy jest poważnym problemem zdrowotnym, szczególnie w tych mniej rozwiniętych ekonomicznie. Uznaje się, że na świecie rak szyjki macicy jest trzecim nowotworem wśród kobiet pod względem zapadalności oraz czwartą przyczyną umieralności z powodów onkologicznych [2]. Polska znajduje się w niechlubnej czołówce pod względem wysokiego wskaźnika zachorowalności na raka szyjki macicy. Co roku ok. 3500 Polek dowiaduje się, że jest chorych na raka szyjki macicy, a połowa z nich umiera. Najczęściej nowotwór ten dotyczy kobiet w przedziale wiekowym 45-64 lata [3]. Niski współczynnik przeżywalności wśród kobiet chorujących na raka szyjki macicy spowodowany jest najczęściej zbyt późnym wykryciem choroby. Tylko odpowiedni poziom wiedzy na temat raka szyjki macicy i regularne wykonywanie badań przesiewowych pozwoli poprawić złą sytuację epidemiologiczną i zmniejszy się tym samym odsetek liczby chorych.

Celem głównym pracy było zbadanie wiedzy na temat profilaktyki i zachorowalności na raka szyjki macicy wśród kobiet w wieku 25-59 lat. Celem szczegółowym pracy była odpowiedź na pytanie czy istnieje związek pomiędzy wiekiem, wykształceniem, miejscem zamieszkania, sytuacją materialną, stanem cywilnym, zachorowaniami w rodzinie, częstotliwością wizyt u ginekologa i występowaniem czynników ryzyka a wiedzą kobiet.

Materiał i metody. Badanie ankietowe przeprowadzono internetowo w okresie od stycznia do kwietnia 2020 roku, wśród kobiet w wieku 25-59 lat. Udział ankietowanych w badaniu był dobrowolny i anonimowy. W badaniu wzięło udział 476 osób. Szczegółową charakterystykę grupy badanej przedstawiono w Tabeli I.

Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji, składający się z części tytułowej, opisującej temat oraz cel badania, metryczki (wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan cywilny, sytuacja materialna, aktualne zajęcie oraz przypadki występowania raka szyjki macicy wśród ankietowych w rodzinie), części merytorycznej – testu wiedzy, zawierającej pytania dotyczące zasadniczego problemu badań (badań ginekologicznych,

czynników i objawów zachorowania na raka szyjki macicy oraz działań profilaktycznych, które zapobiegają rozwojowi choroby nowotworowej). Dane dotyczące wiedzy na temat profilaktyki i zachorowalności na raka szyjki macicy były zbierane na podstawie odpowiedzi udzielonych w części merytorycznej ankiety. Za każdą poprawną odpowiedź, respondentki otrzymywały 1 pkt, natomiast za niepoprawną odpowiedź otrzymywały 0 pkt. Maksymalnie można było uzyskać 49 punktów. Do oceny wiedzy respondentek na temat profilaktyki i zachorowalności na raka szyjki macicy, posłużono się skalą własnego autorstwa: 80-100% - wiedza na poziomie bardzo dobrym; 60-79% - wiedza na poziomie dobrym; 40-59% - wiedza na poziomie dostatecznym; 20-39% - wiedza na poziomie dopuszczającym; < 20 % - wiedza na poziomie niedostatecznym. Elektroniczna wersja kwestionariusza została utworzona za pomocą aplikacji Google Forms i zamieszczona w serwisach społecznościowych (Facebook, LinkedIn). Do analizy zebranych danych wykorzystano metody opisowe statystyki i funkcję Pearsona do obliczenia korelacji pomiędzy zmiennymi zależnymi i niezależnymi. Za poziom istotności p przyjęto $p < 0,05$. Charakterystyka grupy badanej znajduje się w tab.1.

Tab.1. Charakterystyka grupy badanej

| Charakterystyka badanej grupy | | Liczebność | Procent |
|--|--------------------|------------|---------|
| Wiek [w latach] | 25-29 | 151 | 31,72% |
| | 30-39 | 81 | 17,02% |
| | 40-49 | 140 | 29,41% |
| | 50-59 | 104 | 21,85% |
| Wykształcenie | Zawodowe | 1 | 0,21% |
| | Średnie | 100 | 21,01% |
| | Wyższe | 375 | 78,78% |
| Miejsce zamieszkania | Wieś | 141 | 29,62% |
| | Miasto | 335 | 70,38% |
| Aktualne zajęcie | Osoba pracująca | 410 | 86,13% |
| | Bezrobotna | 9 | 1,89% |
| | Studentka | 55 | 11,55% |
| | Rencistka\emerytka | 2 | 0,42% |
| Sytuacja materialna | Bardzo dobra | 52 | 10,92% |
| | Dobra | 290 | 60,92% |
| | Przeciętna | 134 | 28,15% |
| Stan cywilny | Wolna | 130 | 27,31% |
| | Mężatka | 308 | 64,71% |
| | Wdowa | 8 | 1,68% |
| | Rozwódka | 30 | 6,30% |
| Czy ktoś w Pani rodzinie chorował na raka szyjki macicy? | Babcia | 64 | 13,45% |
| | Mama | 51 | 10,71% |
| | Nie | 292 | 61,34% |
| | Siostra | 69 | 14,50% |
| Czy przyjmuje Pani doustne środki | Tak | 77 | 16,18% |

| | | | |
|--|--|-----|--------|
| antykontracepcji hormonalnej? | Nie | 399 | 83,82% |
| Czy pali Pani papierosy? | Tak | 100 | 21,01% |
| | Nie | 376 | 78,99% |
| Ile miała Pani porodów? | 0 | 165 | 34,66% |
| | 1 | 100 | 21,01% |
| | 2 | 162 | 34,03% |
| | 3 i więcej | 49 | 10,29% |
| Czy szczepiła się Pani przeciwko HPV? | Tak | 33 | 6,93% |
| | Nie | 428 | 89,92% |
| | Nie wiedziałam, że jest taka szczepionka | 15 | 3,15% |

Wyniki. Prawie połowa badanych (48,53%) wykonywała badanie ginekologiczne raz w roku, 23,32% kobiet co 2-3 lata i tyle samo ankietowanych częściej niż raz do roku. 4,83% kobiet nie chodziło do ginekologa. Najczęstszym powodem wizyty u ginekologa podawanym przez respondentki były badania profilaktyczne/kontrolne.

Biorąc pod uwagę wiek badanych kobiet i częstotliwość wykonywania cytologii stwierdzono, że kobiety po 30. roku życia częściej poddawały się badaniu, niż kobiety poniżej 30 lat (75,31% vs. 58,94%).

Najczęściej kobiety wykonywały badanie cytologiczne w placówce, gdzie badanie było refundowane przez NFZ (49%).

W opinii 71% respondentek najczęstszym powodem niechęci do wykonywania cytologii jest brak wiedzy na temat profilaktyki raka szyjki macicy. Jako drugi najczęstszy powód ankietowane kobiety wybierały uczucie wstydu (51%), następnie brak zalecenia lekarskiego i dolegliwości (45%) oraz lęk przed badaniem i bólem (41%).

W dalszej kolejności próbowano ocenić wiedzę respondentek na temat częstotliwości wykonywania badania cytologicznego. 70% badanych kobiet uważało, że cytologię należy wykonywać raz do roku. Jedna na trzy kobiety twierdziła, że badanie cytologiczne należy wykonywać co 3 lata, w sytuacji, gdy poprzednie wyniki badania cytologicznego były w normie. 1% kobiet nie posiadał wiedzy nt. częstotliwości wykonywania badania.

Wśród ankietowanych najwięcej kobiet uważało, że badanie cytologiczne powinno się wykonać po raz pierwszy do 3 lat po rozpoczęciu współżycia seksualnego (44,75%). Pozostałe 34,03% kobiet uważało, że badanie cytologiczne należy wykonać pierwszy raz po ukończeniu 25 r.ż., natomiast 28,99% ankietowanych twierdziło, że badanie cytologiczne wykonuje się po pierwszej miesiączce. 7,35% respondentek nie wiedziało, kiedy należy wykonać pierwsze badanie cytologiczne.

Kolejne pytanie dotyczyło Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy. Spośród badanych kobiet, 65,13% wiedziało, że program skierowany jest do kobiet między 25. a 59. rokiem życia, 30,67% kobiet uważało, że do wszystkich kobiet, a 4,2% respondentek nie wiedziało, kto może skorzystać z tego rządowego programu profilaktycznego.

Respondentki swoją wiedzę na temat profilaktyki i zachorowalności na raka szyjki macicy najczęściej oceniały jako dobrą (77,52%) i bardzo dobrą (16,6%). Tylko 5,88% kobiet uważało, że ich wiedza na ten temat jest na niskim poziomie.

Internet był źródłem wiedzy dla 68% badanych, koleżanki dla 14%. Ponad połowa (57%) respondentek informacje dotyczące raka szyjki macicy otrzymała od lekarza ginekologa, a co piąta badana od położnej.

Zdecydowana większość ankietowanych (93,91%) wiedziała, że rak szyjki macicy jest częstym rodzajem nowotworu. Najczęściej wymienianą metodą profilaktyki i zmniejszenia zachorowalności na raka szyjki macicy było regularne badanie cytologiczne (17,4%), następnie wizyty kontrolne u lekarza ginekologa (16,6%). Według 12,9% respondentek najskuteczniejszą metodą profilaktyki i zmniejszenia zachorowalności na raka szyjki macicy jest zapobieganie infekcjom przenoszonym drogą płciową, a według 11,7% respondentek szczepienie przeciwko HPV. Było to pytanie wielokrotnego wyboru i tylko 5% kobiet zaznaczyło wszystkie poprawne odpowiedzi.

Jako główny czynnik ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy badani wskazali infekcje HPV (82,35%), częstą zmianę partnerów płciowych oraz częste i przewlekłe infekcje pochwy (odpowiednio 70,80% i 65,76% osób). Mniej niż 5% respondentek (3,99%) nie wiedziało, jakie są główne czynniki ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy.

Z analizy odpowiedzi respondentek na pytanie dotyczące objawów raka szyjki macicy wynika, że 45% z nich uważa, że takowe nie występują. Do najczęściej wskazywanych objawów należały: brak sił (53% badanych) oraz krwawienie pomiędzy miesiączkami (47% ankietowanych). Co trzecia respondentka wymieniła jako objawy raka szyjki macicy ból lub krwawienie po stosunku, upławy o nieprzyjemnym zapachu oraz ból w podbrzuszu.

Kobiety, które uważały, że można zrezygnować z badania cytologicznego po zaszczepieniu się przeciwko HPV, nie były szczepione (1%). Ponad 90% kobiet, które były szczepione przeciwko HPV, wiedziało, że szczepionka nie zwalnia z konieczności wykonywania regularnie badania cytologicznego.

Oceniając wiedzę badanych kobiet na temat raka szyjki macicy, występujących czynników ryzyka oraz metod prewencji stwierdzono, że średnio badani uzyskali 23,73 pkt z 49 pkt

możliwych do zdobycia, co stanowiło 48,42% poprawnych odpowiedzi, plasując wiedzę badanych kobiet na poziomie dostatecznym.

Wiedza ankietowanych kobiet wykazuje słabą zależność dodatnią w stosunku do wieku (0,211), wykształcenia (0,207), aktualnego zajęcia (0,236), stanu cywilnego (0,249), częstotliwości badania się u lekarza ginekologa (0,304), częstotliwości wykonywania cytologii (0,386), oceny wiedzy własnej respondentek (0,382) i ilości porodów (0,227).

W dalszej analizie nie wykazano zależności pomiędzy subiektywną wiedzą na temat profilaktyki i zachorowania na raka szyjki macicy, a miejscem zamieszkania (0,018), sytuacją materialną (0,194), diagnozą zachorowania na raka szyjki macicy wśród bliskich (0,042), placówką, w której wykonują badanie cytologiczne (0,135), przyjmowaniem środków antykoncepcyjnych (0,067), paleniem papierosów (0,022) czy przebytych szczepieniem przeciwko HPV (0,040) (tab.2).

Tab.2. Poziom wiedzy badanych w zależności od zmiennych niezależnych

| Zmienna | Średnia liczba punktów w teście wiedzy | Procent uzyskanych punktów w teście wiedzy | Poziom istotności (p) |
|---|--|--|-----------------------|
| Wiek [w latach] | | | |
| 25-29 | 22,75 | 46,4% | 0,211 |
| 30-39 | 24,64 | 50,3% | |
| 40-49 | 23,73 | 48,4% | |
| 50-59 | 24,43 | 49,9% | |
| Wykształcenie | | | |
| Zawodowe | 19 | 38,78% | 0,207 |
| Średnie | 22,57 | 46,06% | |
| Wyższe | 24,048 | 49,08% | |
| Miejsce zamieszkania | | | |
| Wieś | 24,11 | 49,2% | 0,018 |
| Miasto | 23,56 | 48,1% | |
| Aktualne zajęcie | | | |
| Osoba pracująca | 24,02 | 49,0% | 0,236 |
| Bezrobotna | 20,11 | 41,0% | |
| Studentka | 22,20 | 45,3% | |
| Rencistka\emerytka | 21,50 | 43,9% | |
| Sytuacja materialna | | | |
| Bardzo dobra | 25,87 | 52,8% | 0,194 |
| Dobra | 23,47 | 47,9% | |
| Przeciętna | 23,46 | 47,9% | |
| Stan cywilny | | | |
| Wolna | 23,04 | 47,0% | 0,249 |
| Mężatka | 24,10 | 49,1% | |
| Wdowa | 23,75 | 48,5% | |
| Rozwódka | 22,90 | 46,7% | |
| Czy ktoś w rodzinie miał zdiagnozowanego raka szyjki macicy? | | | |

| | | | |
|--|-------|--------|-------|
| Babcia | 24,09 | 49,2% | 0,042 |
| Mama | 23,31 | 47,6% | |
| Nie | 23,60 | 48,2% | |
| Siostra | 24,22 | 49,4% | |
| Jak często chodzi Pani do lekarza ginekologa? | | | |
| Częściej niż raz w roku | 25,14 | 51,3% | 0,304 |
| Raz do roku | 23,48 | 47,9% | |
| Co 2-3 lata | 23,54 | 48,0% | |
| Nie chodzę do ginekologa | 20,22 | 41,3% | |
| Jaki jest najczęstszy powód zgłaszania się przez Panią do lekarza ginekologa? | | | |
| Badanie profilaktyczne/ kontrolne | 23,98 | 48,95% | 0,24 |
| Występowanie dolegliwości | 24,58 | 50,16% | |
| Kontynuacja antykoncepcji | 22,61 | 46,13% | |
| Nie chodzę do ginekologa | 19,41 | 39,61% | |
| Kiedy po raz ostatni miała Pani wykonywane badanie cytologiczne? | | | |
| W ciągu ostatnich 12 miesięcy | 24,20 | 49,39% | 0,386 |
| Około 2 lata temu | 23,88 | 48,72% | |
| Ponad 2 lata temu | 22,78 | 46,48% | |
| Nigdy nie miałam wykonywanej cytologii | 19,94 | 40,70% | |
| W jakiej placówce miała Pani wykonywane badanie cytologiczne? | | | |
| Prywatny gabinet ginekologiczny | 24,11 | 49,20% | 0,135 |
| W placówce, w której badanie cytologiczne jest refundowane przez NFZ | 23,87 | 48,72% | |
| Nigdy nie miałam wykonywanej cytologii | 20,38 | 41,60% | |
| Jak ocenia Pani swoją wiedzę? | | | |
| Bardzo dobrze | 26,49 | 54,07% | 0,382 |
| Dobrze | 23,58 | 48,13% | |
| Źle | 17,82 | 36,37% | |

Im respondentki starsze, tym częściej wiedziały, jak często kobiety mogą korzystać z badania cytologicznego w ramach Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy ($p=0,211$). Tak samo kobiety, które wyżej oceniały swoją wiedzę na temat raka szyjki macicy, częściej znały odpowiedź na to pytanie ($p=0,204$).

Zaobserwowano korelację liniową pomiędzy wiedzą kobiet na temat częstotliwości występowania raka szyjki macicy a ich samooceną wiedzy w tym zakresie. Kobiety, które lepiej oceniały swoją wiedzę na temat raka szyjki macicy, częściej wiedziały, że rak szyjki macicy jest częstym typem nowotworu ($p=0,23$).

Słabe zależności liniowe dodatnie występowały pomiędzy wiedzą odnośnie najczęściej rekomendowanego terminu wykonywania szczepienia przeciwko HPV, a wiekiem respondentek, częstotliwością wykonywania badania cytologicznego przez ankietowane kobiety, oceną własną wiedzy respondentek na temat raka szyjki macicy i ilością porodów. Oznacza to, że kobiety wraz ze wzrostem wieku ($p=0,259$), częstotliwości wykonywania

badania cytologicznego ($p=0,218$), oceny swojej wiedzy na temat raka szyjki macicy ($p=0,252$) i wzrostem ilości porodów ($p=0,209$), częściej wiedziały, kiedy rekomenduje się wykonywanie szczepienia przeciwko HPV.

Słabe zależności liniowe dodatnie zaobserwowano również w pytaniu odnoszącym się do możliwości zrezygnowania z badania cytologicznego, gdy kobieta zaszczepi się przeciwko HPV. Korelacje liniowe zachodziły pomiędzy częstotliwością wykonywania ostatniego badania cytologicznego a wiedzą kobiet odnośnie niemożności rezygnacji z badania cytologicznego po zaszczepieniu się przeciwko HPV, a także pomiędzy ich wiedzą na powyższe pytanie i oceną swojej wiedzy na temat raka szyjki macicy. Kobiety, które oceniały swoją wiedzę na temat raka szyjki macicy na wysokim poziomie, częściej wiedziały, że nie można zrezygnować z cytologii, gdy kobieta zaszczepi się przeciwko HPV ($p=0,214$).

Dyskusja. Szacuje się, że w 2018 r. na całym świecie zdiagnozowano raka szyjki macicy u 570tys. kobiet, a około 311 tys. kobiet zmarło [4]. Skuteczne metody profilaktyki pierwotnej i wtórnej mogą zapobiec większości przypadków zachorowań na raka szyjki macicy. Co więcej, badania wskazują, że dzięki kompleksowemu podejściu do profilaktyki, badań przesiewowych i leczenia raka szyjki macicy można wyeliminować go jako problem zdrowia publicznego w ciągu jednego pokolenia. Osoby zajmujące się zdrowiem publicznym są zgodni, że Polska również mogłaby osiągnąć takie wyniki, gdyby zwiększyła się świadomość Polek na temat profilaktyki i zachorowalności na raka szyjki macicy [5]. Pandemia SARS-CoV-2 spowodowała jeszcze większe ryzyko zgonu z powodu chorób nowotworowych z powodu utrudnień w dostępie do świadczeń zdrowotnych, stąd konieczność edukacji antynowotworowej jest tak istotna. Z badań własnych wynika, że niemal połowa ankietowanych kobiet wykonuje badanie ginekologiczne raz do roku (48,53%), częściej niż raz do roku badało się 23,32% osób i tyle samo respondentek co 2-3 lata. Podobne wyniki otrzymała Kaźmierczak i wsp. [5] oraz Ulman-Włodarz i wsp. [6]. Ankietowane kobiety najczęściej zgłaszały się do ginekologa w celu wykonania badań profilaktycznych/kontrolnych (76,47%). Wyniki te w pewien sposób zaprzeczają panującej opinii, że kobiety w Polsce unikają wizyt u ginekologa i zgłaszają się do specjalisty dopiero w sytuacji wystąpienia dolegliwości [7]. Jak wynika z badania zrealizowanego na zlecenie Ogólnopolskiej Organizacji „Kwiat Kobiecości” przez agencję badawczą IQS kobiety mają wysoką świadomość na temat konieczności wykonywania badań cytologicznych, ale nadal zbyt rzadko wykonuje je co trzecia Polka - rzadziej niż raz na dwa lata. Niepełna jest również wiedza na temat raka szyjki macicy. Z sondażu przeprowadzonego w ramach kampanii „Piękna bo zdrowa” wynika, że 82% Polek co najmniej raz w życiu wykonało badanie cytologiczne. Cytologię mają za sobą niemal

wszystkie Polki po 30 roku życia (96%) oraz trzy czwarte (74%) kobiet w wieku 20-29 lat. Najrzadziej badanie cytologiczne wykonują nastolatki w wieku 15-19 lat (16%). Co niepokojące, jednocześnie blisko 1/5 Polek nie wykonała w swoim życiu ani jednego badania cytologicznego [8]. W literaturze przedmiotu badanie cytologiczne jest zaliczane do najbardziej skutecznych badań przesiewowych związanych z profilaktyką i diagnostyką stanów przednowotworowych i raka inwazyjnego szyjki macicy. Z badań własnych wynika, że 93,53% ankietowanych wie na czym polega badanie cytologiczne, a prawie 70% (69,33%) deklaruje, że ostatni raz wykonywało badanie cytologiczne w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Natomiast z badań przeprowadzonych przez Ulman-Włodarz i wsp. [6] wynika, że 59% kobiet miało pobrany wymaz cytologiczny w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Niestety, aż 21% respondentek w tym badaniu odpowiedziało, że nigdy nie miało wykonywanej cytologii. Niepokojące wyniki zaobserwowano także analizując badania Bojar i wsp. [9] wśród 304 kobiet z województwa lubelskiego i śląskiego, gdzie tylko 45% ankietowanych zadeklarowało, że badanie cytologiczne miało wykonywane w ciągu ostatnich 3 lat, natomiast 30% osób odpowiedziało, że nigdy nie miało wykonywanej cytologii. Pomimo tego, że w badaniach własnych oraz w badaniach innych autorów wykazano, że duża część kobiet ankietowanych posiadała podstawową wiedzę na temat cytologii, to jednak spora grupa respondentek nigdy nie miała pobieranego wymazu cytologicznego. W badaniach własnych jako przyczynę niezgłaszania się na cytologię kobiety najczęściej wskazywały brak wiedzy na temat profilaktyki raka szyjki macicy (71% ankietowanych), uczucie wstydu (51%) oraz brak zalecenia lekarskiego i dolegliwości (45%). Odmienne przyczyny unikania badania cytologicznego przedstawiono w badaniach Ulman-Włodarz i wsp. [6], w których głównym powodem był lęk przed bólem (39%), brak objawów chorobowych (18%), niedbałość i lekkomyślność (15%), uczucie wstydu (12%) oraz brak zalecenia lekarskiego (11%). Niechęć do cytologii spowodowana jest zatem głównie przez to, że Polki lekceważą badanie cytologiczne i nie są do końca świadome, jak to badanie jest ważne. Ponadto badanie cytologiczne jest dla kobiet krępujące oraz bolesne. Wiele w tej materii zależy od doświadczenia, wyczucia i empatii ginekologa. W badaniach Gruszka i wsp. [10] stwierdzono, że jeżeli lekarz wykaże się delikatnością, dyskrecją oraz komunikatywnością to obawy kobiet przed badaniem ginekologicznym mijają w dużym stopniu po pierwszej wizycie i do kolejnych kobiety przystępują chętniej oraz zaczynają nabierać zaufania do swojego lekarza i swobodniej potrafią z nim rozmawiać na tematy intymne [10]. Aby rozpowszechnić informację o raku szyjki macicy oraz zwiększyć profilaktykę nowotworową w Polsce, rozpoczęto w 2007 roku Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy. Z badań własnych wynika, że 56% respondentek wiedziało,

że badanie cytologiczne jest refundowane przez NFZ co 3 lata, a 65,13% osób wiedziało, że program ten jest skierowany do kobiet między 25. a 59. rokiem życia. Podobne wyniki otrzymała Jankowska i wsp. [11]. Powyższe badania pokazują, że pomimo tego, że idea otwarcia rządowego programu była bardzo dobra, to niestety nie funkcjonuje on obecnie tak dobrze jak powinien. Wiele Polek nie wie do kogo jest adresowany ten program i jak często kobiety mogą wykonywać badanie cytologiczne finansowane przez NFZ. Z kontroli przeprowadzonej przez NIK wynika, iż w latach 2012-2015 odsetek uczestniczek programu przesiewowego dla raka szyjki macicy wynosił od 21 do 23%, gdzie dla porównania w Islandii z badań profilaktycznych korzysta więcej niż 90% uprawnionych. [12]. Aby poprawić działanie programu należałoby zwiększyć zaangażowanie lekarzy, położnych i pielęgniarek, którzy powinni uświadamiać pacjentki, że takie programy istnieją i zachęcać do korzystania z nich. Ponadto należy upowszechniać te informacje w mediach oraz w Internecie, ponieważ, jak wynika z badań własnych, to właśnie z tych źródeł kobiety najczęściej czerpią informacje o raku szyjki macicy. W profilaktyce nowotworu bardzo ważna jest znajomość czynników ryzyka. Z badań własnych wynika, że jako główny czynnik ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy kobiety wskazywały infekcje HPV (82,35%). Następnie respondentki odpowiedziały, że rak szyjki macicy może być spowodowany przez promiskuityzm i przewlekłe infekcje pochwy (odpowiednio 70,80% i 65,76%). Ponadto 41,81% ankietowanych zaznaczyło, że rak szyjki macicy może rozwijać się przez brak higieny osobistej, a 32,14% kobiet uważało, że bezpośredni wpływ na ten rodzaj nowotworu ma palenie papierów. Podobny wynik uzyskała Stefanek i wsp. [13]. Prawie wszystkie respondentki w obu badaniach wykazały się dużą znajomością czynników ryzyka raka szyjki macicy. Warto dodać, że oprócz infekcji HPV oraz zachowań seksualnych, wiele respondentek wskazało, że rak szyjki macicy może się rozwijać z powodu palenia papierosów. Dobrze, że kobiety mają świadomość, jak dym nikotynowy negatywnie wpływa na organizm człowieka. Według literatury, palenie papierosów może zwiększyć ryzyko zachorowalności na raka szyjki macicy od dwóch do nawet czterech razy [13]. Analiza badań własnych wykazała, że kobiety najczęściej odpowiadały, że najlepszą metodą profilaktyki i zmniejszenia zachorowalności na raka szyjki macicy są regularne badania cytologiczne (97% ankietowanych). Następnie, według 72% kobiet skuteczną metodą profilaktyki raka szyjki macicy było zapobieganie infekcjom przenoszonym drogą płciową. 65% osób uważało, że szczepienie przeciwko HPV może być jednym z rodzajów profilaktyki raka szyjki macicy, a 31% respondentek wskazywało, że rzucenie palenia należy uznać za skuteczną metodę zapobiegania zachorowaniom na raka szyjki macicy. Podobny wniosek w swych badaniach uzyskała Stefanek i wsp. [13]. Istotną informacją wynikającą z badania jest

fakt, że 45% respondentek uważało, że nie występują wczesne objawy raka szyjki macicy. W badaniach Ulman-Włodarz i wsp. [6] stwierdzono, że 38% kobiet odpowiedziało, że rak szyjki macicy nie ma wczesnych objawów. Badania dotyczące wirusa HPV wykazały, że 89,92% kobiet ankietowanych nie szczepiło się przeciwko HPV, 6,93% respondentek zdecydowało się na taką szczepionkę, a 3,15% ankietowanych w ogóle nie wiedziało, że szczepienie przeciwko HPV jest dostępne. Natomiast w badaniach Podlińskiej i wsp. [14], które przeprowadzono wśród 100 pacjentek przebywających na oddziale ginekologiczno-położniczym Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie, wykazano, że prawie 80% respondentek nigdy nie szczepiło się przeciwko HPV, a 11% osób nie miało informacji, że można wykonać takie szczepienie. Ponadto w badaniu tym stwierdzono, że prawie 40% ankietowanych uważało, że chętnie by się zaszczepiło przeciwko HPV, gdyby szczepionka ta była darmowa. W 20 krajach Europejskich szczepienie przeciwko HPV jest obowiązkowe i refundowane. Natomiast w Polsce szczepionka przeciwko HPV jest tylko zalecana w kalendarzu szczepień. Szczepienie to jest kosztowne i wiele osób na nie nie stać, dlatego jak najszybciej powinno być wprowadzone jako obowiązkowe do Programu Szczepień Ochronnych. Dzięki szczepieniu przeciwko HPV, kobieta zmniejsza o 70% ryzyko zachorowania na raka szyjki macicy [13,15]. Zakażenie HPV jest jednym z najczęściej występujących zakażeń na świecie, które przenoszone są drogą płciową. Według danych statystycznych, ok. 80% kobiet aktywnych seksualnie, może zostać zarażonych wirusem HPV jeszcze przed 50. rokiem życia [16]. Dlatego zadowalający jest fakt, że w badaniu własnym respondentki prawidłowo potrafiły wskazać drogi zakażenia się HPV. Zdecydowana większość kobiet (86%) odpowiedziała, że jednym ze sposobów zarażenia się HPV jest stosunek płciowy, 27% ankietowanych uważało, że można zarazić się przez kontakt z krwią osoby zarażonej, a 25% kobiet zaznaczyło, że przez stosowanie tych samych przedmiotów do toalety osobistej, co osoba zarażona. W badaniu Jankowskiej i wsp. [11], stwierdzono, że 99% ankietowanych odpowiedziało, że wirusem brodawczaka ludzkiego można zarazić się poprzez współżycie seksualne, natomiast 1% kobiet uważało, że przez picie z jednego kubka co osoba zarażona. W badaniu własnym prawie 90% respondentek wiedziało, że nie można zrezygnować z badania cytologicznego, gdy kobieta zaszczepiła się przeciwko HPV. Takie same wyniki w otrzymała Stefanek i wsp. [13], gdzie 89,8% kobiet odpowiedziało, że pomimo wykonania szczepienia przeciwko HPV, kobieta nie powinna zapominać, że badanie cytologiczne jest wciąż niezbędne do wczesnego zdiagnozowania i wyleczenia raka szyjki macicy. Analiza badań wykazała związek pomiędzy niektórymi czynnikami socjo-demograficznymi i położniczo-ginekologicznymi, a wiedzą respondentek na temat raka szyjki macicy. W badaniach własnych

stwierdzono, że występuje zależność między wiedzą respondentek na temat profilaktyki i zachorowalności na raka szyjki macicy, a ich wiekiem ($p=0,211$). Kobiety w wieku 30-59 lat cechowały się wyższym poziomem świadomości na temat profilaktyki raka szyjki macicy niż kobiety w grupie 25-29 lat. Ponadto, kobiety aktywne zawodowo ($p=0,236$) oraz posiadające wyższe wykształcenie ($p=0,207$) cechowały się lepszym poziomem wiedzy na temat raka szyjki macicy, niż osoby bezrobotne oraz mające wykształcenie średnie lub zawodowe. Na poziom znajomości zagadnień związanych z nowotworem szyjki macicy miał również wpływ stan cywilny kobiet ($p= 0,249$) oraz ilość porodów ($p=0,227$). Mężatki oraz kobiety, które raz rodziły, częściej znały poprawne odpowiedzi na pytania w ankiecie od pozostałych respondentek. Ponadto analiza statystyczna wykazała, że im kobiety częściej chodzą do ginekologa i wykonują badania cytologiczne, tym ich wiedza odnośnie prewencji raka szyjki macicy jest większa. W badaniu przeprowadzonym przez Leszczyńską i wsp. [17] stwierdzono, że większą wiedzę na temat raka szyjki macicy posiadają osoby w grupie wiekowej do 30. roku życia oraz kobiety, które nie mają dzieci albo mają jedno dziecko. Ponadto, kobiety z wykształceniem wyższym miały większą świadomość na temat profilaktyki raka szyjki niż respondentki z niższym wykształceniem. Miejsce zamieszkania w badaniu własnym oraz w tym wykonanym przez Leszczyńską i wsp. [17] nie miało wpływu na poziom wiedzy kobiet odnośnie raka szyjki macicy. Inne wyniki otrzymała Kazimierczak i wsp. [5], gdzie stwierdzono, że zmienne niezależne, takie jak wiek oraz ilość porodów nie miały wpływu na wiedzę kobiet na temat raka szyjki macicy. Natomiast istotne statystyczne różnice odnotowano w przypadku miejsca zamieszkania. Respondentki mieszkając w mieście cechowały się lepszą znajomością profilaktyki raka szyjki macicy niż mieszkanki wsi.

Podsumowując wyniki badań własnych oraz innych autorów można stwierdzić, że wiedza kobiet na temat raka szyjki macicy nie jest na wystarczającym poziomie. Pomimo nieograniczonego dostępu do informacji, wciąż wiele kobiet nie chodzi do ginekologa, nie wykonuje cytologii oraz nie wie jak działa Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy. Polki, w porównaniu do kobiet w innych krajach europejskich, rzadziej uczestniczą w badaniach przesiewowych oraz nie szczepią się przeciwko HPV. W celu zwiększenia wiedzy kobiet na temat profilaktyki i zachorowalności na raka szyjki macicy należałoby bardziej zaktywizować lekarzy rodzinnych, ginekologów oraz położne, którzy powinni edukować kobiety odnośnie profilaktyki i zachęcać do skorzystania z bezpłatnych badań skriningowych.

Wnioski

1. Wiedza badanych na temat profilaktyki i zachorowalności na raka szyjki macicy plasuje się na poziomie dostatecznym.
2. Ogólna wiedza kobiet na temat profilaktyki i czynników ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy nie jest zależna od miejsca zamieszkania, sytuacji materialnej oraz występowania raka szyjki macicy wśród bliskich osób w rodzinie ankietowanych. Ponadto poziom świadomości respondentek nie jest zależny od tego w jakiej placówce kobiety wykonują badanie cytologiczne, czy przyjmują środki antykoncepcyjne, palą papierosy, a także czy były zaszczepione przeciwko HPV.
3. Ogólna wiedza kobiet na temat profilaktyki i czynników ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy jest zależna od wieku, wykształcenia, aktualnego zajęcia, stanu cywilnego, częstotliwości badania się u ginekologa, częstotliwości wykonywania cytologii, świadomości kobiet odnośnie swojej wiedzy na ten temat oraz ilości porodów.
4. Informacje związane z zapobieganiem zachorowaniom na raka szyjki macicy powinny być popularyzowane w Internecie oraz mediach, aby dotarły do młodych kobiet, wśród których odnotowano najniższy poziom wiedzy na temat raka szyjki macicy.
5. Personel medyczny powinien przykładać dużą wagę do edukacji kobiet w zakresie raka szyjki macicy i zachęcać do szczepień przeciwko HPV.

Bibliografia

1. Markowska J., Włodarczyk A., Marowska A., Jach R. Nowe strategie w prewencji i leczeniu raka szyjki macicy. *Curr Gynecol Oncol* 2017; 15(4): 263-267
2. Ferlay J., Soerjomataram I., Dikshit R. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Intern J Cancer* 2015; 136: E359–E386
3. Stanisławska J., Janikowska K., Stachowska M., Talarska E. Ocena wiedzy kobiet w zakresie profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2016; 97(1): 38-44
4. Arbyn M., Weiderpass E., Bruni L., de Sanjosé S., Saraiya M., Ferlay J., Bray F. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. *Lancet Glob Health* 2020; 8(2): E191-E203
5. Kaźmierczak M., Stępień A., Wróbel-Bania A. Postawy kobiet wobec badań profilaktycznych wykrywających raka szyjki macicy. *Przegląd Naukowo-Metodyczny Edukacja dla Bezpieczeństwa* 2015; 2: 367-381
6. Ulman-Włodarz I., Nowosielski K., Romanik M., Pozowski J., Jurek M. Świadomość profilaktyki raka szyjki macicy wśród kobiet zgłaszających się do poradni Centrum Medycznego MultiMedis w Krakowie. *Ginekologa Polska* 2011; 82: 22-25
7. Jakub Gruszka J., Wrześniewska M., Adamczyk-Gruszka O. Wizyta u ginekologa – aspekt psychologiczny, diagnostyczny i leczniczy. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2014; 20(2): 126–130
8. <https://www.zwrotnikraka.pl/swiaodmosc-profilaktyki-raka-szyjki-macicy-raport-iqs/>

9. Bojar I., Woźnicka I., Holecki T., Diatczyk J. Dostępność badań cytologicznych oraz poziom wiedzy kobiet na temat ich znaczenia w profilaktyce chorób nowotworowych narządu rodowego. *Medycyna ogólna* 2010; 16(45): 77-87
10. Gruszka J., Wrześniewska M., Adamczyk-Gruszka O. Wizyta u ginekologa-aspekt psychologiczny, diagnostyczny i leczniczy. *Med. Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2014; 20(2): 126-130
11. Jankowska P., Kikolska M., Kwiatkowska M., Kochman D., Głowacka M. Poziom wiedzy na temat raka szyjki macicy wśród kobiet.
12. NIK o profilaktyce zdrowotnej w systemie ochrony zdrowia <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-profilaktyce-zdrowotnej-w-systemie-ochrony-zdrowia.html>
13. Stefanek A., Durka P. Poziom świadomości kobiet na temat profilaktyki raka szyjki macicy. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2014; 1(38): 29-37
14. Podlińska A., Gotlib J. Ocena wiedzy pacjentek hospitalizowanych na oddziale ginekologiczno-położniczym na temat szczepień przeciwko HPV. *Pielęgniarstwo Polskie* 2017; 2(64): 191-199
15. Szczepionka przeciwko HPV. Dostępny w Internecie: <https://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/hpv/> [dostęp: 15.07.2021]
16. Wardak S. Wirus brodawczaka ludzkiego (Human Papilloma Virus - HPV) a rak szyjki macicy. *Medycyna Doświadczalna i Mikrobiologia* 2016; 68: 73 – 84
17. Leszczyńska K., Franek G., Moskwa J., Nowak-Kapusta Z., Maciejewska-Paszek I., Iskrzyniec T. Wiedza kobiet na temat profilaktyki raka szyjki macicy. [w:] R. Asienkiewicz, E. Dybińska, E. Zięba. *Dobrostan i Społeczeństwo*. Wydawnictwo Naukowe NeuroCentrum. Lublin 2015: s. 257-270

Opieka pielęgniarstwa nad pacjentką po wyłonieniu stomii jelitowej - studium przypadku

Marta Gabryś, Elżbieta Garwacka- Czachor

Wstęp. „Stomia” z języka łacińskiego oznacza „przetokę”, „otwór”, który powstaje w wyniku chirurgicznego połączenia światła jelita z powłokami jamy brzusznej. Podczas zabiegu koniec jelita zostaje wyłoniony na zewnątrz powłok brzusznych. Wyróżniamy kolostomię, która powstaje z wyłonienia jelita grubego i umiejscowiona jest w lewym podbrzuszu, a także znajdującą się w prawym podbrzuszu ileostomię powstałą z jelita krętego [1,2,3,4].

Najczęstszą przyczyną wyłonienia stomii jest rak jelita, w Polsce stanowi to około 77% przypadków [5]. Kolostomia wyłaniana jest z racji konieczności usunięcia części jelita grubego. Najczęściej wydobywana jest z powodu swoistych i nieswoistych chorób zapalnych układu pokarmowego, urazów jamy brzusznej (najczęściej miednicy małej i odbytu), uchyłkowatości jelita grubego, wystąpienia zmian przerzutowych, nacieków nowotworowych oraz w przypadku konieczności odbarczenia, poniżej wykonanego zespolenia jelitowego. Do powodów wyłonienia ileostomii zalicza się m.in. chorobę Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejące zapalenie i polipowatość jelita grubego, zmiany zatorowo-zakrzepowe naczyń kręgowych, niedrożność i zapalenie otrzewnej oraz rozległą endometriozę [1,3].

Pacjenci z wyłonioną stomią są narażeni na wiele powikłań. W celu zmniejszenia ryzyka ich powstania należy zwrócić szczególną uwagę na przygotowanie pacjenta przed zabiegiem. Źle umiejscowiona i wykonana stomia znacznie zwiększa ryzyko wystąpienia powikłań, takich jak: krwawienia, obrzęki, martwica, retrakcja i zarośnięcie stomii, przetoka okołostomijna, wypadnięcie oraz niedrożność stomii [1,5,6]. Należy również pamiętać o powikłaniach natury psychicznej wynikających z zabiegu. Problemy psychologiczne pacjentów, występujące w medycynie zabiegowej, to w głównej mierze lęk i stres związany z przebiegiem operacji oraz obecnym stanem zdrowia, obniżona samoocena i samoakceptacja wynikające ze zmiany w funkcjonowaniu organizmu, zmniejszonej sprawności fizycznej oraz zmian w wyglądzie, powstałych w wyniku leczenia. Pacjent może poczuć bezradność i utratę kontroli nad własnym życiem. Stomik może spotkać wiele problemów psychospołecznych, takich jak: lęk związany z nawrotem choroby i ponownym pogorszeniem się stanu zdrowia, niepewność spowodowaną nowym sposobem funkcjonowania organizmu, doświadczenie wstydu i wstrętu wynikające ze zmienionej fizjologii, obawę związaną z brakiem akceptacji przez środowisko oraz poczucie mniejszej wartości wynikające ze zmniejszonej sprawności fizycznej. Spora część osób po

operacji wyłonienia przetoki doświadczą spadku napędu, zaburzeń nastroju, załamania psychicznego, a nawet depresji [7]. Dlatego tak ważny jest proces przygotowania do zabiegu, który obejmuje część fizyczną oraz psychiczną. Do fizycznej zalicza się m.in. wyznaczenie miejsca wyłonienia stomii oraz wykonanie niezbędnych badań. Przygotowanie psychiczne opiera się przede wszystkim na rozmowie z pacjentem. Należy wytłumaczyć, na czym będzie polegał zabieg oraz jaką funkcję będzie pełniła nowo wyłonią stomia [1,3,8]. Wyposażenie pacjenta w niezbędną wiedzę i umiejętności pozwala mu uwierzyć w możliwość funkcjonowania zbliżonego do tego sprzed ingerencji chirurgicznej. Podczas przeprowadzanej edukacji należy przedstawić zasady prawidłowej pielęgnacji i higieny wyłoniętej przetoki jelitowej oraz dobór odpowiedniego sprzętu stomijnego, przekazać informacje dotyczące ryzyka wystąpienia powikłań oraz jak to ryzyko zmniejszyć. Leczenie związane z wyłonieniem stomii zazwyczaj wymaga długiej rekonwalescencji i adaptacji do nowej sytuacji życiowej. Tempo i przebieg adaptacji to proces złożony, ma indywidualny charakter i przebieg. Należy więc wspierać pacjenta w powrocie do zdrowia, a najlepszym źródłem wsparcia może być pielęgniarka stomijna.

Celem niniejszej pracy było przedstawienie roli pielęgniarki w opiece nad pacjentem po wyłonieniu stomii jelitowej w oparciu o opis przypadku.

Materiał i metoda badawcza. Badanie zostało przeprowadzone w styczniu 2021 roku na oddziale chirurgii ogólnej. Pacjentka wyraziła zgodę na udział w badaniu. Początkowo była niechętna, po dokładnym wyjaśnieniu celu i przebiegu badań nastawienie uległo zmianie, chora chętnie przystąpiła do badania i ochoczo odpowiadała na zadawane jej pytania. Pacjentka miała problem z udzieleniem odpowiedzi na niektóre z pytań, wynikało to z niepełnej wiedzy, co do stanu własnego zdrowia. Wykorzystana została metoda indywidualnego przypadku oraz techniki: wywiadu, analizy dokumentacji medycznej, pomiaru, obserwacji oraz odpowiednio narzędzi: kwestionariusza wywiadu, historii choroby, wyników badań, numerycznej skali oceny bólu NRS (Numerical Rating Scale), skali oceny ryzyka rozwoju odleżyn – skala Norton oraz wskaźnika masy ciała BMI (Body Mass Index). Praca powstała na potrzeby pracy dyplomowej licencjackiej [9].

Opis przypadku. Pacjentka A.G. lat 72 została przyjęta na oddział chirurgii ogólnej w celu przebycia operacji wyłonienia stomii jelitowej. Została skierowana na zabieg z powodu zdiagnozowanej polipowatości jelita, dodatkowo choruje na cukrzycę typu II, nadciśnienie tętnicze oraz astmę oskrzelową. Pacjentka jest wdową utrzymującą się z emerytury, mieszka sama w bloku, utrzymuje stały kontakt z córką, która mieszka i pracuje w mieście oddalonym o ponad 100 km. Pacjentka posiada niedostateczną wiedzę związaną ze swoim stanem zdrowia

oraz nowo wyłonioną przetoką jelitową. Ma problemy z wykonywaniem czynności pielęgnacyjnych i higienicznych przy stomii oraz nie potrafi dobrać odpowiedniego sprzętu stomijnego. Zaobserwowano brak wiedzy i umiejętności związanych z prawidłowym pomiarem i kontrolą wartości ciśnienia krwi oraz poziomu glukozy we krwi.

Podczas przeprowadzonego wywiadu pielęgniarskiego, kobieta podaje cukrzycę typu II, nadciśnienie tętnicze oraz astmę oskrzelową jako choroby współistniejące. Nie podaje żadnych alergii, ani nie używa sprzętu pomocniczego. Chora ma 150 cm wzrostu i waży 58 kg, BMI wynosi 25,8, co wskazuje na nadwagę.

Zostały zmierzone podstawowe parametry życiowe: temperatura ciała 36,6°C, ciśnienie tętnicze 137/90 mmHg, tętno 81 uderzeń/minutę.

Nie zaobserwowano obrzęków oraz objawów sinicy i omdleń pochodzenia kardiogenego.

Posiada ubytki w stanie uzębienia. Jest na diecie lekkostrawnej, łaknienie i pragnienie prawidłowe. Chora zgłasza często występujące dolegliwości w postaci zgagi. Treści kałowe wydalane są poprzez stomię.

Częstość oddechów wynosi 16/minutę, oddech prawidłowy. Występuje suchy kaszel oraz duszność napadowa.

Pacjentka ma założony cewnik do pęcherza moczowego, barwa moczu ciemna, ilość prawidłowa, nie zgłasza żadnych dolegliwości związanych z oddawaniem moczu.

Chora porusza się samodzielnie, nie potrzebuje pomocy w czynnościach dnia codziennego.

Pacjentka w kontakcie stałym, logicznym, w pełni świadoma.

Zgłasza problemy ze snem oraz ból w okolicy rany pooperacyjnej, który według skali NRS wynosi 4.

Nastroj pacjentki obniżony, występują obawy i lęki związane ze stanem zdrowia oraz hospitalizacją.

Brak nałogów związanych z spożywaniem alkoholu, wyrobów tytoniowych i środków psychoaktywnych.

Słuch prawidłowy. Wzrok osłabiony, chora używa okularów do pisania i czytania.

Jama ustna bez zmian, skóra czysta i sucha.

Brak ryzyka wystąpienia odleżyn, w skali Norton otrzymała 18 punktów.

Sytuacja rodzinno-społeczna dobra, pacjentka pochodzi z rodziny wielopokoleniowej, jest wdową, której pomaga córka.

Dodatkowo zaobserwowano u chorej lęk i niepokój wynikające z obecnego stanu zdrowia oraz nowej sytuacji jaką jest wyłoniona stomia jelitowa. Pacjentka posiada braki w wiedzy dotyczącej pielęgnacji i roli niedawno wyłonionej kolostomii, nie potrafi wykonywać

podstawowych czynności higienicznych z nią związanych, co powoduje obawy oraz niepokój przed powrotem do domu i dalszym funkcjonowaniem.

Podczas drugiego dnia badania zostały zmierzone podstawowe parametry życiowe: ciśnienie tętnicze krwi 148/92 mmHg, tętno 88 uderzeń/minutę, temperatura ciała 36,7°C. Pacjentka zgłosiła problemy ze snem oraz uczucie dyskomfortu wywołane wylonioną przetoką jelitową. Wcześniej zgłaszany ból zmniejszył się z 4 punktów według skali NRS do 2. Zostały podane leki przeciwbólowe. Wykonana została toaleta stomii oraz przeprowadzona edukacja z zakresu doboru i wymiany worka stomijnego.

Trzeciego dnia badania pacjentce zostały zmierzone podstawowe parametry życiowe: ciśnienie tętnicze 144/90 mmHg, tętno 89 uderzeń/minutę, temperatura ciała 36,6°C. Przeprowadzono edukację dotyczącą zasad pielęgnacji stomii oraz pomagano pacjentce podczas wykonywania toalety stomii. Została przeprowadzona rozmowa na temat ryzyka wystąpienia powikłań w funkcjonowaniu stomii oraz metod ich zapobiegania. Wcześniej zgłaszany ból nadal się utrzymuje, jego nasilenie według skali NRS wynosi 1. Zostały podane leki przeciwbólowe.

W opiece nad pacjentką zastosowano model Dorothei Orem, inaczej zwany modelem samoopieki. Zgodnie z tą teorią każdy człowiek ma potrzebę samodzielnej opieki nad sobą oraz osobami najbliższymi. W teorii deficytu samoopieki, który koncentruje się na braku samodzielności oraz zależności chorego od innych, zadaniem pielęgniarki jest rozpoznanie rodzaju i stopnia ograniczeń oraz określenie zapotrzebowania na pomoc aktualną i potencjalną, uwzględniając ilość i jakość potrzeb. Działania pielęgniarskie mają na celu zaspokojenie potrzeb pacjenta w przypadku wystąpienia deficytu samoopieki, a zadaniem pielęgniarki jest nauka zaspokajania czynności związanych z utrzymaniem życia i zdrowia oraz pomoc czynnościach, w których chory sam sobie nie radzi.

Indywidualny plan opieki pielęgniarskiej

Diagnoza pielęgniarska 1: Dolegliwości bólowe w okolicy ranny pooperacyjnej utrudniające zmianę pozycji ciała i rehabilitację.

Cel: Zmniejszenie dolegliwości bólowych.

Działania pielęgniarskie:

1. Ocena charakteru i skali natężenia bólu.
2. Obserwacja objawów natężenia bólu.
3. Zastosowanie działań niefarmakologicznych: zapewnienie ciszy i spokoju, pomoc w przyjęciu pozycji zmniejszającej dolegliwości bólowe.
4. Obserwacja rany pooperacyjnej.
5. Podanie leków przeciwbólowych zgodnie z kartą zleceń.

6. Obserwacja reakcji pacjentki na podane leki.

Ocena: Ból zmniejszył się z 4 punktów do 1 według skali NRS. Do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgnarska 2: Złe samopoczucie pacjentki spowodowane zaburzeniami snu.

Cel: Poprawa samopoczucia i jakości snu pacjentki.

Działania pielęgnarskie:

1. Rozmowa z pacjentką na temat higieny snu: zachęcanie do unikania drzemek w ciągu dnia; przewietrzenie pomieszczenia przed snem; zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu w sali (temperatura 18°C-22°C, wilgotność około 50%); zakrycie okien zasłoną; wstawanie o ustalonej porze; niespożywanie kofeiny, dużej ilości cukru oraz obfitych posiłków 3 godziny przed snem.
2. Nauka techniki relaksacji: wygodne ułożenie w łóżku, delikatne przykrycie, liczenie w myślach.
3. Zapewnienie ciszy i spokoju.
4. Podanie leków pomagających zasnąć zgodnie z kartą zleceń.

Ocena: Samopoczucie oraz jakość snu uległy poprawie. Do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgnarska 3: Duszność wynikająca z obecności astmy oskrzelowej pacjentki.

Cel: Poprawienie wydolności oddechowej pacjentki.

Działania pielęgnarskie:

1. Określenie stopnia i przyczyn nasilania duszności (pora dnia, okoliczności i czas trwania).
2. Kontrola i ocena oddechów, ciśnienia tętniczego, tętna oraz zabarwienia i ucieplenia skóry (dwa razy w ciągu doby lub częściej według zaistniałych potrzeb).
3. Ułożenie pacjentki w pozycji półwysokiej lub wysokiej.
4. Edukacja z zakresu przyjmowania leków w postaci wziewnej w czasie zbliżającej się duszności oraz w trakcie napadu duszności.
5. Zapewnienie spokoju i ciszy.
6. Zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu w pomieszczeniu (wilgotność około 50%, temperatura 18°C-22°C).
7. Zachęcenie do noszenia luźnej i przewiewnej bielizny.
8. Edukacja z zakresu wykonywania ćwiczeń oddechowych.
9. Zapewnienie komfortu psychicznego i wsparcie pacjentki.
10. Zastosowanie tlenoterapii.
11. Podanie leków zgodnie z kartą zleceń.

Ocena: Wydolność oddechowa pacjentki poprawiła się. Problem do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 4: Ryzyko wystąpienia powikłań w funkcjonowaniu stomii.

Cel: Zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań w funkcjonowaniu stomii.

Działania pielęgniarskie:

1. Obserwacja stomii pod względem: koloru, wydzieliny, wielkości oraz kontrola skóry wokół stomii.
2. Edukacja pacjentki na temat możliwości wystąpienia wczesnych oraz późnych powikłań.
3. Poinformowanie pacjentki, aby w razie zaobserwowania zmian niezwłocznie poinformowała o tym pielęgniarkę stomijną lub lekarza.
4. Zachęcanie do wykonywania ćwiczeń wzmacniających mięśnie brzucha.
5. Poinformowanie o stosowaniu pasa stomijnego podczas wykonywania aktywności fizycznych.
6. Poinformowanie o przeciwwskazaniach do podnoszenia ciężkich przedmiotów.
7. Utrzymanie masy ciała po zabiegu, w celu niedopuszczenia do wypadnięcia stomii.

Ocena: Brak powikłań w funkcjonowaniu stomii. Problem do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 5: Lęk przed powrotem do domu.

Cel: Zmniejszenie lęku.

Działania pielęgniarskie:

1. Rozmowa z córką pacjentki na temat pomocy w codziennych czynnościach życiowych.
2. Zachęcanie do korzystania z grup wsparcia i poradni stomijnych.
3. Umożliwienie rozmowy z psychologiem.
4. Edukacja pacjenta z zakresu samodzielnego wykonywania czynności pielęgnacyjnych i higienicznych wokół wyłonionej kolostomii.
5. Udzielenie rad i wskazówek dotyczących powrotu do domu.

Ocena: Pacjentka nadal odczuwa lęk związany z powrotem do domu. Problem wymaga dalszego działania.

Diagnoza pielęgniarska 6: Brak wiedzy i umiejętności związanych ze zmianą worka stomijnego oraz pielęgnacji skóry wokół stomii.

Cel: Przekazanie wystarczającej ilości wiedzy oraz umiejętności związanych z pielęgnacją kolostomii.

Działania pielęgniarskie:

1. Ocena stanu wiedzy z zakresu funkcjonowania i pielęgnacji stomii.

2. Ocena możliwości pacjenta w zakresie sprawowania samoopieki z uwzględnieniem jego wieku, nastawienia, zasobu wiedzy i umiejętności, chęci współpracy, stanu somatycznego i psychicznego.
3. Uzupełnienie wiedzy chorego z zakresu prawidłowego funkcjonowania kolostomii.
4. Edukacja dotycząca odpowiedniego doboru sprzętu oraz wytłumaczenie zasad refundacji sprzętu stomijnego.
5. Nauka z zakresu pielęgnacji stomii i skóry wokół stomii.
6. Nauka zmiany worka stomijnego.
7. Rozmowa z rodziną na temat wsparcia i pomocy w wykonywaniu czynności pielęgnacyjnych przy stomii oraz nauka ich wykonywania.
8. Pomoc w przełamaniu lęku, jakim jest irygacja kolostomii.
9. Zapewnienie ciągłości opieki, w tym przystosowanie chorego do życia ze stomią.
10. Poinformowanie o konieczności samokontroli funkcjonowania kolostomii, oceny koloru, wielkości wydzieliny.
11. Zachęcanie do wykonywania ćwiczeń wzmacniających mięśnie brzucha.
12. Edukacja na temat związany z zasadami dietetycznymi.
13. Poinformowanie o możliwości korzystania z poradni stomijnych oraz konsultacji z pielęgniarką stomijną.

Ocena: Pacjentka potrafi samodzielnie wymienić worek stomijny oraz wykonać podstawowe czynności pielęgnacyjne związane ze stomią. Problem wymaga dalszych działań pielęgniarzkich.

Diagnoza pielęgniarzka 7: Brak wystarczającej wiedzy na temat postępowania dietetycznego po wyłonieniu stomii jelitowej.

Cel: Nauczenie pacjentki podstawowych zasad dietetycznych po wyłonieniu stomii jelitowej.

Działania pielęgniarzkie:

1. Ocena poziomu wiedzy pacjentki z zakresu zasad dietetycznych po wyłonieniu stomii jelitowej.
2. Zachęcanie do spożywania niewielkich posiłków o regularnych porach dnia (5 posiłków w ciągu dnia, co 2-3 godziny).
3. Poinformowanie o przyjmowaniu zalecanej ilości płynów w ciągu dnia (około 2 litry na dobę).
4. Wprowadzanie nowych produktów do diety stopniowo i obserwacja reakcji organizmu na nie.

5. Zalecenie spożywania posiłków gotowanych lub duszonych w folii oraz zrezygnowanie z potraw smażonych.
6. Zalecenie stosowania w diecie produktów bogatych w błonnik, takich jak: pieczywo pełnoziarniste, płatki owsiane, jabłka, ryż brązowy.
7. Wykluczenie z diety produktów powodujących gazy: rośliny strączkowe, cebula, szparagi oraz napoje gazowane.
8. Zachęcenie do aktywności fizycznej odpowiedniej do wieku i stanu zdrowia.
9. Zaproponowanie konsultacji z dietetykiem.

Ocena: Pacjentka zna podstawowe zasady dietetyczne po wyłonieniu stomii jelitowej.

Diagnoza pielęgniarska 8: Deficyt wiedzy i umiejętności w zakresie samokontroli ciśnienia tętniczego i interpretacji uzyskanych wyników.

Cel: Zmniejszenie deficytu wiedzy oraz zwiększenie umiejętności w zakresie samokontroli ciśnienia tętniczego krwi.

Działania pielęgniarskie:

1. Ocena wiedzy i umiejętności pacjentki z zakresu samodzielnego wykonywania pomiaru ciśnienia tętniczego.
2. Zapoznanie pacjentki z celem i zasadami pomiaru ciśnienia tętniczego.
3. Omówienie i pokazanie techniki warunkującej poprawność pomiaru ciśnienia tętniczego krwi (cisza, odpoczynek przed pomiarem, właściwe założenie mankietu).
4. Zapoznanie pacjentki z zasadami doboru szerokości mankietu do ramienia.
5. Wyjaśnienie konieczności systematycznych pomiarów oraz dokumentowania wyników w dzienniczku samokontroli ciśnienia oraz informacji dodatkowych mających wpływ na interpretację wyników (złe samopoczucie, zmiany w dawkowaniu leków, informacje o zażywanych lekach, stres, infekcja, bezsenność).

Ocena: Pacjentka potrafi samodzielnie dokonać pomiaru ciśnienia tętniczego krwi oraz zna zasady prowadzenia dzienniczka samokontroli. Problem do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 9: Ryzyko wystąpienia zakażenia układu moczowego wynikające z założonego cewnika moczowego.

Cel: Zmniejszenie ryzyka wystąpienia zakażenia układu moczowego.

Działania pielęgniarskie:

1. Założenie cewnika zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki.
2. Kontrola ilości i jakości oddawanego moczu.
3. Kontrola drożności cewnika po zmianie pozycji ciała.
4. Utrzymanie worka na mocz poniżej poziomu pęcherza moczowego.

5. Codzienna toaleta okolicy krocza.
6. Obserwacja pacjenta pod kątem infekcji dróg moczowych.

Ocena: Brak objawów świadczących o zakażeniu układu moczowego. Do dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 10: Ryzyko wystąpienia choroby zakrzepowo-zatorowej z powodu przebytego zabiegu operacyjnego.

Cel: Zmniejszenie ryzyka wystąpienia choroby zakrzepowo-zatorowej.

Działania pielęgniarskie:

1. Kontrola podstawowych parametrów życiowych (dwa razy w ciągu doby lub częściej według zaistniałych potrzeb).
2. Ocena ocieplenia i koloru skóry (dwa razy w ciągu dnia).
3. Unoszenie w nocy kończyn 15-20° powyżej poziomu serca.
4. Zapewnienie odpowiednich warunków do odpoczynku.
5. Stosowanie kompresjoterapii (pończochy lub rajstopy uciskowe).
6. Wykonanie okresowych badań krwi.
7. Zachęcanie do wykonywania ćwiczeń czynnych stóp (minimum raz dziennie).
8. Zastosowanie farmakoterapii zgodnie z kartą zleceń lekarskich.

Ocena: Brak objawów świadczących o chorobie zakrzepowo-zatorowej.

Diagnoza pielęgniarska 11: Dyskomfort spowodowany wystąpieniem nieprzyjemnego zapachu oraz głośnego odchodzenia gazów.

Cel: Zmniejszenie dyskomfortu poprzez zmniejszenie ryzyka nieprzyjemnego zapachu i głośnego odchodzenia gazów.

Działania pielęgniarskie:

1. Stosowanie w diecie produktów zmniejszających produkcję gazów.
2. Odpowiednie nawodnienie organizmu (około 2 litrów dziennie).
3. Spożywanie posiłków o regularnych porach dnia.
4. Stopniowe rozszerzanie diety oraz obserwacja reakcji organizmu na nowo wprowadzone produkty.
5. Powolne spożywanie posiłków oraz dokładne ich przeżuwanie.
6. Unikanie spożywania produktów zawierających duże ilości konserwantów i sztucznych barwników.
7. Zachęcanie do aktywności fizycznej dostosowanej do możliwości pacjentki.
8. Poinformowanie o możliwości korzystania z woreczków wyposażonych w filtr węglowy.

9. Unikanie spożywania produktów zwiększających produkcję gazów m.in. grochu, fasoli, bobu, kapusty, brukselki, cebuli, ryb, produktów tłustych i napojów gazowanych.

Ocena: Dyskomfort spowodowany nieprzyjemnym zapachem i głośnym odchodzeniem gazów zmniejszył się.

Dyskusja. W pracy została podjęta próba przedstawienia roli edukacyjnej pielęgniarki wobec pacjenta po wyłonieniu stomii jelitowej. W publikacjach naukowych podkreśla się znaczenie edukacji z zakresu wiedzy i umiejętności prawidłowej pielęgnacji brzusznego odbytu. Odpowiednie przygotowanie do samoopieki i samopielęgnacji w środowisku domowym znacząco wpływa na jakość życia. Wielokrotnie wyróżniana jest rola edukacyjna pielęgniarki w opiece nad chorym ze stomią, właściwe przygotowanie oraz edukacja dotycząca wykorzystania sprzętu stomijnego i aspektów pielęgnacji przetoki jelitowej. Podkreśla się, że takie działanie korzystnie wpływa na niwelowanie lęku przed powrotem do domu i dalszego funkcjonowania w zmienionych warunkach fizjologicznych ciała [5,10,11]. U opisywanej w pracy pacjentki A.G. występował lęk oraz niepewność związana z samodzielną pielęgnacją kolostomii oraz późniejszym powrotem do domu. Samopoczucie kobiety było znacznie obniżone, a zmieniona fizjologia wypróżniania sprawiała wiele dyskomfortu. Chora początkowo była niechętna do edukacji, a najprostsze czynności sprawiały wiele problemów. Pomoc ze strony pielęgniarek pełniła ważną rolę w powrocie do normalnego życia, zmniejszeniu lęku oraz przyzwyczajeniu się do nowej sytuacji.

Wyłonienie stomii to zabieg, który znacząco wpływa na jakość życia chorego, zmienia nie tylko sposób w jaki człowiek się wypróżnia, ale również sposób w jaki sam siebie postrzega. Posiadanie kolostomii powoduje wiele obaw związanych z późniejszym funkcjonowaniem, a zmieniona fizjologia często jest odbierana jako kalectwo i znacząco wpływa na samoocenę. W artykułach naukowych można znaleźć wiele informacji wskazujących na obniżenie jakości życia chorego po zabiegu wyłonienia przetoki jelitowej [11-14]. Tego typu operacja wpływa na wiele sfer życia pacjenta. Sam zabieg chirurgiczny wiąże się z ryzykiem wystąpienia licznych powikłań pooperacyjnych, co powoduje większą zależność stomika od rodziny i personelu medycznego. W literaturze zwraca się uwagę na problemy ze sfery psychicznej jakie niesie za sobą wyłoniona przetoka, np. lęk przed dalszym funkcjonowaniem, problem w zaakceptowaniu zmiany w wyglądzie, obawa przed wyciekaniem treści i gazów z worka stomijnego [11,13]. Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem ze stomią jest ogromna, poprzez wsparcie i przekazanie wiedzy pomaga choremu w przygotowaniu do samoopieki i przezwycięzeniu lęku jaki może wywoływać stomia. Odpowiednia wiedza na temat postępowania przy kolostomii zmniejsza ryzyko wystąpienia powikłań z nią związanych oraz

powoduje zmniejszenie niepokoju. Przygotowanie pacjentki przez pielęgniarkę do życia w zmienionych warunkach funkcjonowania organizmu jest kluczowe po zabiegu wyłonienia przetoki jelitowej. Zgodnie z literaturą do zadań pielęgniarki należy rozmowa z pacjentem na temat roli i dalszego postępowania z wyłonią stomią [8,15]. Już od pierwszych dni powinna być przeprowadzana edukacja z obszaru samoopieki, zaczynając od najprostszych czynności, takich jak opróżnianie worka stomijnego, a następnie dobór odpowiedniego sprzętu. Ważne jest przekazywanie informacji związanych nie tylko z samopielęgnacją, ale również wytłumaczenie jak rozpoznać różnego rodzaju powikłania oraz jak sobie z nimi poradzić. Pielęgniarka ma za zadanie przekazać odpowiednią wiedzę potrzebną do prawidłowego funkcjonowania oraz wspierać pacjenta na każdym etapie [15]. Edukacja pacjentki A.G. była przeprowadzana już od momentu przyjęcia na oddział chirurgii ogólnej, zarówno w okresie przedoperacyjnym, jak i pooperacyjnym były przekazywane niezbędne informacje i tłumaczone wszelkie wątpliwości związane z zabiegiem oraz wyłonią kolostomią. Wraz ze wzrostem wiedzy i umiejętności związanych z pielęgnacją stomii chora była spokojniejsza oraz chętniej brała udział w przeprowadzanej edukacji.

Wyłonienie stomii powoduje skrócenie przewodu pokarmowego, co wiąże się z krótszą drogą trawienia pokarmów. W tym przypadku nieodpowiednie odżywianie może powodować różnego rodzaju uciążliwe dolegliwości np.: nadmierną produkcję gazów, biegunki, zaparcia, bóle brzucha oraz głośnie przelewanie treści jelit. Pacjentom posiadającym kolostomię zaleca się uwzględnienie w diecie produktów bogatych w błonnik oraz spożywanie większej ilości wody. W przypadku wystąpienia nadprodukcji gazów powinno się ograniczyć produkty, które mogą nasilać tego typu dolegliwości np.: fasola, kapusta, soja, cebula, orzechy, napoje gazowane i alkohol. Natomiast w celu złagodzenia tej nieprzyjemności warto dodać do diety biały ryż, jogurt naturalny lub maślanek [16]. Po zapoznaniu pacjentki A.G. z zasadami dietetycznymi i ich wprowadzeniu zaobserwowano znaczną poprawę samopoczucia. Dyskomfort spowodowany głośnym odchodzeniem gazów po odpowiednich modyfikacjach żywieniowych przestał być problemem.

W artykułach naukowych można znaleźć informacje dotyczące znaczenia wsparcia ze strony rodziny pacjentów z wyłonią przetoką jelitową, w szczególności w wieku senioralnym [14,16]. Sytuacje do jakich zalicza się operację i hospitalizację wpływają na pogłębienie więzi w rodzinie, która jest głównym źródłem wsparcia. Rozmowa i kontakt z bliskimi osobami korzystnie wpływa na samopoczucie stomika oraz jego zaangażowanie w proces nauki życia ze stomią. Pomoc ze strony najbliższych i pozytywny nastrój pomaga w powrocie do normalnego życia. Rodzina bierze aktywny udział w procesie pielęgnacji pacjenta nie tylko go

wspierając, ale również samemu ucząc się podstawowych zasad pielęgnacji i życia ze stomią [16]. Niestety w przypadku opisywanej pacjentki kontakt z najbliższymi w czasie hospitalizacji był ograniczony do rozmów telefonicznych z powodu obecnych w tym czasie obostrzeń związanych z pandemią koronawirusa SARS-CoV-2. Najbliższą rodziną chorej jest córka pracująca i mieszkająca w mieście oddalonym o ponad 100 km. Kobieta codziennie kontaktowała się z córką telefonicznie, a po każdej z tych rozmów można było zaobserwować nagłą poprawę nastroju, co potwierdza pozytywny wpływ rodziny przedstawiony w publikacjach [14,16].

Wnioski

1. Głównym zadaniem pielęgniarki w opiece nad pacjentem ze stomią jelitową jest dobre przygotowanie chorego do samoopieki, co będzie miało wpływ na proces jego adaptacji i poprawę jakości życia.
2. Najbardziej skutecznym narzędziem w niwelowaniu lęków i obaw pacjenta z wyłonionym odbytem brzuszny jest edukacja przed i pooperacyjna obejmująca pielęgnację stomii oraz skóry wokół niej, zaopatrzenie w prawidłowo dobrany sprzęt stomijny, stosowanie odpowiedniej diety regulującej wypróżnienia, aktywność ruchową oraz wsparcie ze strony najbliższych.
3. Praca metodą procesu pielęgnowania pozwala na zindywidualizowanie opieki pielęgniarskiej stosownie do pojawiających się problemów pacjenta z przetoką jelitową i podejmowania skutecznych działań.
4. Niektóre z rozpoznanych u pacjentki problemów wymagają poświęcenia większej ilości czasu, a działania i obserwacja powinny być kontynuowane, także po wyjściu ze szpitala.

Bibliografia

1. Wróblewska I. Wróblewska Z. Bujak-Rogała E. i in. Pielęgnowanie starszego pacjenta ze stomią jelitową. [w:] Uchmanowicz I. Rosińczuk J. (red.) Badania naukowe w pielęgniarstwie i położnictwie. Tom 5. Wrocław: Wydawnictwo Continuo, 2018, s.364-377
2. Mickiewicz D. Czadek P. Szlagatys-Sidorkiewicz A. Stomie wydalnicze u dzieci. *Klinika Pediatryczna*, 2016; 24(3): 357-359
3. Bączyk G. Kapała W. (red.) Podstawy kliniczne oraz pielęgnowanie chorych w okresie przed- i pooperacyjnym w chirurgii, ortopedii i traumatologii. Poznań: Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, 2018
4. Hermann J. Banasiewicz T. Wytwarzanie i zamykanie stomii. *Chirurgia po Dyplomie*, 2017; 12(1): 15-17
5. Cierzniaowska K. Szewczyk M. Stomia- ukryty problem tysięcy Polaków. *Chirurgia po Dyplomie*, 2018;13(6): 26-33

6. Majewska G. Stomia. Powikłania późne. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 2016; 01/02: 27-31
7. Fryc-Martyńska J. Psychologiczne problemy pacjentów ze stomią. [w:] Banasiewicz T. Krokowicz P. Szczepkowski M. (red.) *Stomia. Prawidłowe postępowania chirurgiczne i pielęgniarskie*. Poznań: Wydawnictwo Termedia, 2017, s.375-382
8. Kamiński F. Dadan J. Majewska G. Źle umiejscowiona stomia – konsekwencja operacji czy pierwsze powikłania chirurgiczne? *Nowa Med*, 2016; 23(2): 54-60
9. Gabryś M.: Edukacyjna rola pielęgniarki wobec pacjenta po wyłonieniu stomii jelitowej – opis przypadku. Niepublikowana praca dyplomowa licencjacka. Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Głogowie, Głogów 2021
10. Nowicki A. Farbicka P. Selected psychosocial aspects of life of patients with a stoma. *OncoReview*, 2016; tom 6, nr 2(22): 72-76
11. Gastecka A. Tarkowska M. Szelski K. i in. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia u pacjentów z wyłonioną stomią w wyniku leczenia wybranych chorób nowotworowych – przegląd piśmiennictwa. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 2019; 2(59): 196-202
12. Pierzak M. Głuszek S. Kozieł A. i in. Jakość życia chorych ze stomią jelitową wyłonioną w przebiegu leczenia raka odbytnicy i esicy. *Medical Studies/ Studia Medyczne*, 2016; 32 (1): 37-44
13. Szymańska-Pomorska G. Felińczak A. Misiak K. i in. Wybrane aspekty życia pacjentów po wyłonieniu kolostomii. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2015; 5(1): 25-31
14. Woźniak M. Posłuszna-Owczar M. Jakość życia pacjentów z wyłonioną stomią jelitową. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej*, 2018; 2: 40-50
15. Fierasewicz A. Rak jelita grubego. Opieka nad pacjentem ze stomią. *Analiza Przypadków. Pielęgniarstwo i Położnictwo*, 2018; 3-4: 31-33
16. Jankowska-Puzio L. Stomia jelitowa u pacjentów 65 plus w kontekście problemów pielęgnacyjnych. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej*, 2019; 4(2): 74-84

Model opieki nad pacjentką z rozpoznaną niedokrwistością z niedoboru żelaza w czasie hospitalizacji

Katarzyna Kroczyk, Kornelia Skoczylas, Kinga Pochopień, Anna Michalik, Małgorzata Fraś

Wstęp. Do najczęściej występujących niedokrwistości należy niedokrwistość z niedoboru żelaza. Stanowi ona połowę wszystkich anemii na świecie i jest najpowszechniejsza wśród kobiet ze względu na ich cykl menstruacyjny [1,2]. Typową grupę z anemią z niedoboru żelaza stanowią kobiety obficie miesiączkujące, w szczególności przy niedostatecznym przyjmowaniu pokarmów bogatych w żelazo [3].

Anemia powstaje z powodu zbyt niskiej zawartości żelaza w ustroju, upośledzona synteza hemu, prowadzi do powstawania erytrocytów mniejszych niż prawidłowe i zawierających mniej hemoglobiny [2,3]. Następstwem niedokrwistości jest zmniejszenie zdolności krwi do transportu tlenu, przez co dochodzi do gorszego utlenowania tkanek i narządów [2,4]. Niedokrwistość z niedoboru żelaza jest również konsekwencją przewlekłych krwawień, nieprawidłowej diety lub upośledzonym wchłanianiem tego pierwiastka [5,6].

Do przyczyn ustalenia niedokrwistości wykorzystuje się wywiad, badanie podmiotowe i przedmiotowe. Niedobór żelaza u kobiet spowodowany jest utratą krwi spowodowaną obfitymi miesiączkami. W przebiegu anemii z niedoboru żelaza pojawia się: osłabienie, męczliwość, upośledzenie koncentracji uwagi, tachykardia, duszność, bledność skóry i błon śluzowych oraz spaczony apetyt lub jego brak. Stopień nasilenia objawów w niedokrwistości zależy jest od czasu trwania i stopnia niedoboru żelaza. Podstawowym badaniem diagnostycznym w rozpoznaniu anemii jest morfologia krwi obwodowej, ocenia się poziom żelaza i transferryny. W przypadku podejrzenia krwawienia z układu pokarmowego zaleca się też wykonanie badania kału na krew utajoną, czasami endoskopię górnego i dolnego odcinka pokarmowego, w celu wykrycia źródła krwawienia oraz badanie moczu [4,5,6,7].

Niedokrwistość z niedoboru żelaza leczona jest najczęściej doustnymi preparatami żelaza, które nie powinny być przyjmowane razem z posiłkami – ponieważ niektóre produkty upośledzają wchłanianie żelaza. W przypadku braku skuteczności uzupełnienia niedoboru żelaza preparatami doustnymi zaleca się preparaty do podawania pozajelitowego [3,4,7,8,9]. Ogromne znaczenie w leczeniu anemii stanowi również dieta bogata w ten mikroelement [7,9,10].

Cel pracy. Opracowanie modelu opieki pielęgniarskiej nad pacjentką z niedokrwistością z niedoboru żelaza w czasie hospitalizacji.

Material i metody. Praca oparta jest na metodzie studium przypadku pacjentki z rozpoznaną niedokrwistością z niedoboru żelaza w czasie hospitalizacji, w oparciu o analizę literatury przedmiotu oraz doświadczenia własne. Zastosowane zostały techniki takie jak: pomiar podstawowych parametrów życiowych, obserwacja, wywiad oraz analiza dokumentacji medycznej.

Opis przypadku. 36-letnia kobieta przyjęta na Oddział Internistyczny z powodu trwającego od kilku miesięcy zmęczenia, ogólnego osłabienia, bólów i zawrotów głowy oraz duszności. Pacjentka zauważyła narastającą duszność w czasie pokonywania niewielkich odległości, w czasie przemieszczania się pieszo, wychodzenia po schodach. Z powodu wystąpienia tego objawu zrezygnowała z zajęć na basenie. Ostatnio wystąpiło u niej również omdlenie, kołatanie serca, osłabienie mięśni, mroczki przed oczami a także uciążliwe wypadanie włosów, wzmożona łamliwość paznokci, bolesne pęknięcia kącików ust. Pacjentka negowała bóle w klatce piersiowej, kaszel, zaburzenia zwieraczy, zmianę masy ciała i zachorowania w ostatnim czasie. Nie przyjmowała też żadnych leków. Nie paliła tytoniu i nie zażywała substancji uzależniających, alkohol przyjmowała w niewielkich ilościach, okazjonalnie. W wywiadzie stan po cholecysektomii i dwa cięcia cesarskie.

W badaniu przedmiotowym bladość skóry i błon śluzowych, cienie pod oczami. Stan ogólny średni. Parametry życiowe: ciśnienie tętnicze 100/65 mmHg, częstość akcji serca 105uderzeń/min, częstość oddechów 16/min, saturacja 96% w pulsoksymetrii podczas oddychania powietrzem atmosferycznym. Temperatura ciała prawidłowa-36.8°C. Osłuchowo nie stwierdzono nieprawidłowości nad polami płucnymi. Tony serca prawidłowe, bez szmerów. W EKG rytm zatokowy miarowy, zapis krzywej w granicach normy. Wzrost 155 cm, waga 69 kg - BMI 28,72.

W wywiadzie ginekologicznym obfite miesiączki i przedłużające się krwawienia miesiączkowe – miesiączki trwają do 10 dni, we krwi miesiączkowej obecne są duże skrzepy. Regularne wizyty u ginekologa.

Pacjentka aktywna zawodowo - nauczycielka, zamężna, matka dwójki dzieci w wieku 3 i 8 lat. W czasie wystąpienia objawów chorobowych w trakcie przeprowadzania do nowego domu.

W pełnej morfologii krwi obwodowej stwierdzono: stężenie hemoglobiny 7,2g/dl; hematokryt 25,8%; krwinki białe WBC 10,7tys/mm³; krwinki czerwone RBC: 4,00mln/mm³, średnia objętość krwinki czerwonej MCV 65μm³; średnia masa Hb w erylocyocie MCH: 18,0pg; średnia masa hemoglobiny MCHC: 27,9g/dl; płytki krwi: 409tys/mm³; poziom żelaza: 15,1ug/dl; poziom ferrytyny: 5ng/ml. Kał na krew utajoną ujemny. W badaniu moczu wykluczono

obecność krwi. W gastroskopii brak odchyień od normy i wykluczenie krwawień. U chorej rozpoznano: anemię z niedoboru żelaza.

W przeszłości krótkotrwałe incydenty z niedokrwistością z niedoboru żelaza leczone doustnymi preparatami żelaza. W rodzinie babka, matka i siostra chorej również chorowały na niedokrwistość z niedoboru żelaza.

W czasie przyjęcia i hospitalizacji: pacjentka przytomna, zorientowana co miejsca, czasu i osób ją otaczających.

W przebiegu terapii u pacjentki zastosowano dożylny lek w postaci wlewu: 1500mg Monover. Na podstawie sytuacji zdrowotnej pacjentki opracowano indywidualny model opieki. Ze względu na występujące osłabienie pacjentka wymagała pomocy w zakresie czynności dnia codziennego.

Wyniki. W przebiegu niedokrwistość z niedoboru żelaza u chorej w trakcie hospitalizacji rozpoznano wiele problemów zdrowotnych, które ujęto w klasycznej terminologii. Umożliwiło to opracowanie indywidualnego modelu opieki nad pacjentką.

Problem pielęgniarstwa nr 1: Niepokój spowodowany stanem zdrowia i koniecznością hospitalizacji.

Cel: Zmniejszenie niepokoju.

Interwencje pielęgniarstwa:

- ocena poziomu niepokoju;
- nawiązanie kontaktu terapeutycznego z pacjentką;
- monitorowanie stanu psychicznego pacjentki;
- umożliwienie kontaktu z rodziną, psychologiem, lekarzem prowadzącym;
- udzielanie bieżących informacji na temat stanu chorej;
- zapewnienie spokoju i komfortu psychicznego;
- zapoznanie pacjentki z personelem medycznym;
- zapoznanie pacjentki z innymi pacjentami, z którymi została umieszczona na sali;
- zapoznanie chorej z Kartą Praw Pacjenta,
- zapoznanie pacjenta z topografią i regulaminem oddziału,
- okazywanie zainteresowania ogólnym samopoczuciem pacjenta przez pielęgniarkę.

Wynik: Niepokój zmniejszono. Pacjentka wymaga ukierunkowanej obserwacji.

Problem pielęgniarstwa nr 2: Dyskomfort spowodowany bólem i zawrotami głowy.

Cel: Zmniejszenie dyskomfortu. Zminimalizowanie dolegliwości bólowych.

Interwencje pielęgniarstwa:

- ocena nasilenia dolegliwości
- pomiar i ocena parametrów życiowych
- ustalenie okoliczności występowania bólu, jego natężenia, określenie pozycji, w której nasila się ból i takiej, która przynosi ulgę;
- eliminowanie określonych bodźców ze środowiska: silnego światła, hałasu;
- zapewnienie ciszy i spokoju
- zadbanie o odpowiedni mikroklimat na sali
- umożliwienie odpoczynku
- dbanie o odpowiedni mikroklimat sali

Wynik: Dyskomfort zmniejszono. Parametry życiowe prawidłowe.

Problem pielęgniarstwa nr 3: Trudności w wykonywaniu czynności dnia codziennego związane z występowaniem objawów chorobowych.

Cel: Zapewnienie bezpieczeństwa w czasie wykonywanych czynności.

Interwencje pielęgniarstwa:

- ocena stanu chorej;
- ocena wydolności chorej w zakresie samoobsługi;
- pomiar i ocena parametrów życiowych;
- pomoc w czasie wykonywanych czynności adekwatna do deficytu;
- zapewnienie bezpieczeństwa i wsparcia w czasie wykonywanych czynności.

Wynik: Zapewniono bezpieczeństwo i wsparcie w czasie wykonywanych czynności.

Problem pielęgniarstwa nr 4: Zaburzenia snu.

Cel: Zmniejszenie zaburzeń snu.

Interwencje pielęgniarstwa:

- ocena zaburzeń snu
- prowadzenie ukierunkowanej obserwacji;
- zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu sali;
- zapewnienie ciszy i spokoju;
- udział w farmakoterapii;
- ocena skuteczności farmakoterapii.

Wynik: W celu zmniejszenia zaburzeń snu u chorej konieczne zastosowanie farmakoterapii zgodnie ze zleceniem lekarskim.

Problem pielęgniarstwa nr 5: Obniżony nastrój wynikający z rozłąki z bliskimi.

Cel: Poprawa nastroju.

Interwencje pielęgniarskie:

- ocena stanu psychicznego pacjentki;
- umożliwienie kontaktu z bliskimi;
- wykazanie postawy empatycznej;
- zachęcanie do kontaktu z innymi pacjentami;
- wypełnienie czasu bezczynności chorej.

Wynik: Uzyskano poprawę nastroju.

Problem pielęgniarski nr 6: Dyskomfort spowodowany dusznością, wynikający ze stanu chorobowego.

Cel: Zmniejszenie dyskomfortu.

Interwencje pielęgniarskie:

- ocena dolegliwości;
- wyjaśnienie przyczyny dolegliwości;
- poinformowanie chorej o konieczności ograniczenia aktywności fizycznej;
- zachęcanie do wykonywania ćwiczeń relaksacyjnych;

Wynik: Dyskomfort zmniejszono.

Problem pielęgniarski nr 7: Obniżony nastrój wynikający ze zmiany wyglądu: błądź powłok skórnych, cienie pod oczami, wypadanie włosów, łamliwość paznokci.

Cel: Wyrównanie nastroju.

Interwencje pielęgniarskie:

- ocena nastroju;
- okazywanie życzliwości w czasie rozmowy;
- wyjaśnienie przyczyn stanu chorej;
- edukacja na temat preparatów wzmacniających i pielęgnujących skórę, błony śluzowe, włosy i paznokcie;
- eliminacja uczucia bezradności poprzez wypełnianie wolnego czasu.

Wynik. Nastrój wyrównano.

Problem pielęgniarski nr 8: Lęk związany z wykonywanymi procedurami diagnostycznymi.

Cel: Zmniejszenie poziomu lęku.

Interwencje pielęgniarskie:

- ocena lęku;
- przyjęcie postawy empatycznej;
- informowanie o celu badań;

- omówienie przygotowania chorej do planowanych badań
- dostarczenie informacji na temat przebiegu planowanych badań;
- uzyskanie zgody;
- sprawdzenie przygotowania do badania;
- towarzyszenie chorej w czasie badań.

Wynik: W wyniku podjętych interwencji poziom lęku obniżono u chorej. Konieczna ukierunkowana obserwacja.

Problem pielęgniarstwa nr 9: Ryzyko wystąpienia zakażenia spowodowanego założonym wkłuciem obwodowym i prowadzoną terapią dożylną.

Cel: Zmniejszenie ryzyka

Interwencje pielęgniarstwa:

- ocena ryzyka;
- przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki przy założeniu kaniuli;
- przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki w czasie utrzymania kaniuli w naczyniu;
- aseptyczne przygotowanie wlewów;
- stosowanie systemu zamkniętego do przetaczania płynów;
- prowadzenie karty monitorowania dostępu dożylnego;
- pomiar parametrów życiowych wskazujących na rozwijające się zakażenie.

Wynik: W wyniku podjętych działań ryzyko zmniejszono. Zalecane monitorowanie dostępu dożylnego.

Problem pielęgniarstwa nr 10: Zmęczenie spowodowane stanem chorobowym.

Cel: Zapewnienie chorej wypoczynku.

Interwencje pielęgniarstwa:

- umożliwienie warunków do wypoczynku ;
- pomoc w czynnościach dnia codziennego;
- kontrola parametrów życiowych.

Wynik: Zapewniono chorej warunki do wypoczynku.

Problem pielęgniarstwa nr 11: Deficyt wiedzy na temat choroby.

Cel: Zmniejszenie deficytu wiedzy

Interwencje pielęgniarstwa:

- nawiązanie kontaktu z chorą;
- ocena deficytu wiedzy;
- dostarczenie informacji na temat istoty choroby;

- weryfikacja wiedzy.

Wynik: W wyniku podjętych interwencji zmniejszono deficyt wiedzy na temat choroby.

Problem pielęgniarski nr 12: Nadwaga

Cel: Redukcja masy ciała.

Interwencje pielęgniarskie:

- pomiar masy ciała pacjentki;
- pomiar wzrostu;
- ocena BMI;
- edukacja w zakresie diety i aktywności ruchowej;
- wdrożenie zaleceń dietetycznych w jadłospis;
- zalecanie aktywności fizycznej w formie spacerów;
- wzmacnianie motywacji pacjentki do wyrabiania właściwych nawyków dietetycznych
- ocena podjętych działań.

Wynik: Pacjentka potwierdziła konieczność i zasadność wdrożenia zaleceń dietetycznych oraz systematycznej aktywności fizycznej. Zaproponowane interwencje wymagają kontynuacji po zakończonej hospitalizacji.

Problem pielęgniarski nr 13: Brak apetytu.

Cel: Zapewnienie odżywiania zgodnego z zapotrzebowaniem organizmu.

Interwencje pielęgniarskie:

- ocena zapotrzebowania,;
- urozmaicenie diety zgodnie z preferencjami chorej;
- podawanie posiłków częściej w mniejszych ilościach;
- kontrola masy ciała oraz dokumentowanie wyników.

Wynik: Zrealizowano zaplanowane interwencje. Pacjentka wymaga obserwacji.

Problem pielęgniarski nr 14: Dyskomfort spowodowany zaparciami występujący z powodu przyjmowanych preparatów żelaza.

Cel: Zmniejszenie dyskomfortu.

Interwencje pielęgniarskie:

- ocena sposobu odżywiania,
- monitorowanie wypróżnień i ich dokumentacja,
- wyjaśnienie pacjentce powodu zaburzeń w wypróżnianiu,
- zalecenie zwiększonej ilości płynów oraz produktów bogatych w błonnik
- zwiększanie aktywności fizycznej adekwatnej do stanu chorej

Wynik: Dyskomfort zmniejszono, zalecane dalsze monitorowanie i dokumentowanie wypróżnień.

Dyskusja. Przyczynę problemów pielęgnacyjnych pacjentów niedokrwistością z niedoboru żelaza w czasie hospitalizacji stanowią objawy wynikające z choroby. Rodzaj istniejących problemów jest zależny od aktualnego stanu chorych: odchyłeń w badaniach laboratoryjnych oraz przyczyn powstania niedoborów. Nastawienie pacjentów do leczenia i konieczności regularnych kontroli parametrów laboratoryjnych niezaprzeczalnie ma wpływ przebieg terapii. Istotny aspekt stanowi również wiedza zespołu pielęgniarstwa na temat jednostki chorobowej na wysokim poziomie oraz odpowiednie umiejętności praktyczne. Wówczas możliwe jest zapewnienie profesjonalnej opieki a przede wszystkim zapobieganie możliwym powikłaniom choroby i minimalizacją objawów stosowanej terapii u chorych.

U pacjentki wystąpiły typowe objawy anemii z niedokrwistości z niedoboru żelaza [2,11]. Odchylenia laboratoryjne u badanej i stan zdrowotny pacjentki stanowiły rozpoznanie niedokrwistości z niedoboru żelaza [10]. Opisywana pacjentka należy również grupy kobiet, u których występuje duże prawdopodobieństwo pojawienia się anemii [3,4]. Pacjentka posiadała również predyspozycje rodzinne do wystąpienia choroby. W rodzinie występowała anemia z niedoboru żelaza.

Analizując literaturę przedmioty rozpoznane problemy pielęgnacyjne u chorej są charakterystyczne dla tej grupy chorych [12,13]. Natomiast czynniki takie jak: sytuacja życiowa i zdrowotna pacjentów, wiek wymagają od zespołu pielęgniarstwa indywidualnego podejścia do chorej a opracowanie takiego modelu opieki wpływa korzystnie na jakość opieki w czasie hospitalizacji.

W pielęgnacji chorej z rozpoznaną anemią z niedoboru żelaza istotne jest przekazanie pacjentce informacji dotyczących istoty choroby i objawów jej towarzyszących. Kolejnym ważnym aspektem jest regularne przyjmowanie zleconych leków przez pacjentów, konieczność kontroli morfologii, poziomu żelaza i ferrytyny. Metody, które wykorzystano przy pielęgnacji pacjentki, w celu wyeliminowania pogłębienia się powikłań to: obserwacja, kontrola badań laboratoryjnych udział w farmakoterapii zgodnie z zaleceniem lekarskim oraz edukacja w zakresie powikłań i diety.

Chora w czasie hospitalizacji narażona była wystąpienie powikłań związanych z leczeniem, takich jak: ryzyko zakażenia spowodowane założonym wkłuciem obwodowym i prowadzoną terapią dożylną. Personel pielęgniarstwa podjął działania mające na celu eliminację tych powikłań przez wykonywanie czynności, które obejmowały głównie przestrzeganie zasad

aseptyki i antyseptyki w pielęgnacji wkłucia obwodowego, stosowania terapii dożylnych oraz prowadzenie odpowiedniej dokumentacji.

W trakcie pobytu na oddziale pacjentka zmagająca się z zaburzeniami perystaltyki jelit w postaci zaparć. Celem w opiece pielęgniarskiej była ich likwidacja i poprawa perystaltyki jelit. Działania, które zostały podjęte w tym kierunku, to m.in.: podaż pokarmów bogato błonnikowych, nawadnianie chorej, wykonywanie ćwiczeń aktywizujących z pacjentką oraz monitorowanie wypróżnień.

Ważnym problemem pacjentki, który pojawił się w trakcie hospitalizacji był obniżony nastrój wynikający z rozłąki z bliskimi. Głównymi działaniami, które podjęto w celu poprawy nastroju było umożliwienie kontaktu z bliskimi, obserwacja oraz przyjęcie postawy empatycznej. W wyniku czego uzyskano poprawę nastroju.

Opracowanie modelu opieki nad pacjentką z rozpoznaną niedokrwistością z niedoboru żelaza obejmuje właściwe rozpoznanie problemów w ujęciu holistycznym i jest wieloetapowym procesem. Istotną jest współpracę personelu medycznego oraz czynny udział pacjentki w procesie leczenia i pielęgnacji. Prawidłowo rozpoznane problemy będące objawami choroby, przepływ informacji między członkami zespołu medycznego oraz jego wiedza i umiejętności praktyczne na wysokim poziomie są warunkiem skuteczności.

Wnioski. Opieka nad pacjentem z niedokrwistością z niedoboru żelaza wymaga indywidualnego, podejścia ze strony personelu pielęgniarskiego. U pacjentki, której była podmiotem badań wyodrębniono główne problemy pielęgnacyjne. Istotnym elementem opieki nad pacjentką było rozpoznanie problemów zdrowotnych i opracowanie modelu opieki.

Zakres działań pielęgniarskich obejmował przede wszystkim:

- ukierunkowaną obserwację;
- pomoc w zakresie czynności dnia codziennego;
- dokładne zapoznanie pacjentki z istotą choroby,
- edukację w zakresie diety i wpływu żywienia na przyjmowane preparaty żelaza;
- wsparcie i propozycję rozwiązań w występujących objawach choroby;
- edukację w zakresie prowadzonej terapii i jej skutków;
- udział w farmakoterapii i ocenę jej skuteczności .

Przedstawiony model opieki proces może zostać wykorzystany w codziennej praktyce pielęgniarskiej w odniesieniu do chorych z niedokrwistością z niedoboru żelaza w czasie hospitalizacji.

Bibliografia

1. The global prevalence of anaemia in 2011. World Health Organization, Geneva 2015.
2. Gajewski P., Szczeklik A. Interna Szczeklika. Medycyna Praktyczna, Kraków 2016.
3. Pietrzak B, Seremak-Mrozikiewicz A, Marciniak B i wsp. Niedokrwistość z niedoboru żelaza w położnictwie i ginekologii. Ginekologia i Perinatologia Praktyczna 2016; 1: 115-121.
4. Orlicz- Szczęśna G, Żelazowska-Posiej J, Kucharska K. Niedokrwistość z niedoboru żelaza. Curr Probl Psychiatrii 2011;12:590-4.
5. Lipiński P, Starzyński R, Styś A i wsp. Niedokrwistość na tle niedoboru żelaza w diecie. Problemy Nauk Biologicznych 2014; 304: 373-379.
6. Gowin E, Horst-Sikorska W. Żelazne zapasy - komu w XXI wieku grozi niedobór żelaza. Farm Współ. 2010: 139–146.
7. Taylor S., Rampton D. Leczenie niedokrwistości z niedoboru żelaza – zagadnienia praktyczne. Med. Prakt. 2015; 6: 12–24.
8. Orlicz-Szczęśna G, Żelazowska-Posiej J, Kucharska K. Niedokrwistość z niedoboru żelaza, Curr Probl Psychiatrii, 2011, 12(4): 590-594.
9. Jarosz M (red). Normy żywienia dla populacji Polski, Instytut Żywności i Żywienia, 2017, s. 211-214
10. Pawlak R, Berger J, Hines I. Iron Status of Vegetarian Adults: A Review of Literature. Am J Lifestyle Med. 2016; 12(6): 486–498.
11. Sułek K. Zasady postępowania w niedokrwistościach. W: Praktyka hematologiczna. Jędrzejczak W, Podolak-Dawidziak M (red.). Termedia, Poznań 2015; 311-335.
12. Łagoda K. Opieka pielęgniarska nad pacjentem z niedokrwistością. W: Jurkowska G, Łagoda K (red.). Pielęgniarstwo internistyczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2015. 619–627.
13. Owsianowska J. Opieka pielęgniarska nad osobami z chorobami układu krwiotwórczego. W: Talarska D, Zozulińska-Ziółkiewicz D (red.). Pielęgniarstwo internistyczne. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2017. 206–226.

Proces pielęgnowania wobec pacjenta z cukrzycą typu 2, będącą następstwem insulinooporności – studium przypadku

Magdalena Trzebińska

Wstęp, Cukrzyca stanowi problem o zasięgu globalnym, o czym świadczą statystyki: 1 na 11 dorosłych (20 -79 lat) ma cukrzycę, czyli około 463 miliony na całym świecie, 1 na 2 dorosłych chorych na cukrzycę jest niezdiagnozowanych, czyli około 232 miliony osób, 1 na 5 osób z cukrzycą ma powyżej 65 lat, czyli około 136 milionów osób, a 10% światowych wydatków na zdrowie przeznaczają się na cukrzycę czyli około 760 milionów dolarów. Tak podaje International Diabetes Federation w najnowszym Atlasie Cukrzycy IDF w 9 wydaniu z 2019, który jest wydawany cyklicznie co dwa lata [1]. Liczba chorych na cukrzycę typu II stanowi około 90% wszystkich chorych na cukrzycę, co oznacza, że jest to problem społeczny, który stanowi wyzwanie dla lekarzy, dietetyków, pielęgniarek jak i samych pacjentów [2]. Według Idf-Atlas-2019 liczbę zgonów związanych z cukrzycą w 2019 r. szacuje się na 4,2 miliona, co stanowi 11,3% globalnych zgonów[3]. Znając mechanizm powstawania cukrzycy typu II, każdy musi poszukiwać rozwiązań ograniczających, zapobiegających występowaniu cukrzycy typu II. Takie zadania stoją również przed personelem pielęgniarskim: promocja zdrowia, profilaktyka, a w przypadku chorych na cukrzycę typu II udział w leczeniu, pielęgnowanie chorych i zapobieganie powikłaniom.

Przedstawione powyżej dane pokazują jak ogromnym problemem w skali światowej jest zachorowalność na cukrzycę typu II. Mówi się nawet o pandemii cukrzycy typu II, dlatego autor zdecydował się na zajęcie tym tematem ze szczególnym skupieniem nad głównym czynnikiem wywołującym chorobę a mianowicie insulinoopornością (IO) i rolą pielęgniarki w opiece nad chorym z cukrzycą typu II będącej następstwem insulinooporności. Udowodniono, że do niedawna nikomu nieznana przypadłość IO nieleczone lub źle prowadzona prowadzi do cukrzycy typu II. Mechanizm działania insulinooporności polega na upośledzonej wrażliwości tkanek na insulinę, w wyniku czego dochodzi do zaburzeń metabolicznych w tym cukrzycy typu II. Dodatkowo brak wystandaryzowanych kryteriów rozpoznania insulinooporności, powoduje , że stan ten może trwać wiele lat i poprzedzać wystąpienie cukrzycy typu II [4].

Celem pracy było przedstawienie procesu pielęgnowania pacjenta z cukrzycą typu II.

Materiał i metody badawcze. Badaniem objęto 49- letnią pacjentkę chorującą na cukrzycę typu II w przebiegu insulinooporności w trakcie hospitalizacji na oddziale chorób

wewnętrznych. W badaniu wykorzystano metodę indywidualnego przypadku. W celu pozyskania danych o pacjentce i jego środowisku wykorzystane zostały następujące techniki badawcze: wywiad, analiza dokumentacji, obserwacja, pomiar oraz badanie fizykalne.

W opiece nad pacjentką wykorzystany został model wspierająco – uczący z elementami systemu częściowo kompensacyjnego Dorothy Orem. Wybór modelu opieki wynikał z ustalonych diagnoz pielęgniarских i w największym stopniu zgodny był z oczekiwaniami pacjentki.

Opis przypadku.

Ocena stanu bio-psycho-społecznego pacjentki i jej środowiska w dniu przyjęcia do szpitala:

Oddział – Oddział Chorób Wewnętrznych

Tryb przyjęcia na oddział – planowy

Rozpoznanie lekarskie – świeżo wykryta cukrzyca typu II w przebiegu insulinooporności

Choroby współistniejące – nadciśnienie tętnicze

Czynniki ryzyka – nieodpowiednia dieta i styl życia

Alergie/uczulenia – brak

Masa ciała 88 kg, wzrost 168 cm, Indeks BMI 31.18.

Kategoria opieki w dniu przyjęcia – II.

Ocena bólu w skali NRS – 0 pkt

Układ krążenia: temperatura – 36,1⁰C, tętno – miarowe, napięte 75 ud/min., ciśnienie tętnicze krwi – 160/96 mmHg, obrzęki – brak; sinica – brak, omdlenia pochodzenia kardiogenne – brak.

Układ pokarmowy: stan odżywiania – otyłość, łaknienie – wzmożone, pragnienie – wzmożone, dolegliwości dyspeptyczne: wymioty – brak; nudności – brak; zgaga – brak. Wydalanie – biegunki, wzdęcia, żywienie – doustne, odruch połykania – prawidłowy, stan uzębienia – ubytki.

Układ oddechowy: oddech- częstość – 19 ud/min – prawidłowy, kaszel – brak, płwocina – brak, duszność – brak.

Układ moczowo – pęciowy: ilość moczu – wielomocz, barwa moczu – słomkowa. Dolegliwości – nietrzymanie moczu o charakterze wysiłkowym, cewnik do pęcherza moczowego – brak, sprzęt pomocniczy – wkładki, cykl miesięczkowy – nieregularny, ciąża – brak.

Układ kostno – stawowy – mięśniowy: sprawność ruchowa – samodzielna; punktacja wg skali Barthel 95 pkt; stany patologiczne – brak.

Układ nerwowy: świadomość – pełna, punktacja wg skali Glasgow 15 pkt, sen – zaburzony, leki nasenne – Melatonina 3mg. Ból – brak, zaburzenia neurologiczne – zawroty głowy.

Stan psychiczny: nastrój – depresja, obawy/lęki – związane z chorobą oraz z powikłaniami.

Nałogi – brak.

Zmysły: wzrok – prawidłowy; słuch – prawidłowy.

Błony śluzowe i skóra: jama ustna – brak patologii; skóra – wilgotna, spocona; odleżyny – brak; zmiany – brak.

Sytuacja rodzinno- społeczna: wykształcenie – wyższe; stan cywilny – wdowa; rodzina – niepełna; środki utrzymania – pensja i renta dzieci po zmarłym ojcu; wpływ wykonywanej pracy na aktualny stan zdrowia – nie; wydolność opiekuńcza rodziny – częściowa z uwagi na trudności w sprawowaniu opieki na dziećmi przez pacjentkę z powodu jej stanu zdrowia; problemy w rodzinie – brak; sytuacja materialno – bytowa – dobra; osoba zajmująca się pacjentem – rodzeństwo pacjentki; obecność zwierząt w domu – pies; wpływ sytuacji rodzinnej na stan zdrowia – strata męża pogłębiła depresję; choroby w rodzinie – nadwaga, cukrzyca typu II.

Dane z wywiadu. Insulinooporność u pacjentki J.S. została zdiagnozowana w 2013 r. Z dokumentacji medycznej wynika, że pacjentka miała zaleconą zmianę stylu życia, odpowiednią dietę z niskim indeksem glikemicznym oraz farmakoterapię (metforminę). Z wywiadu wynika, że pacjentka nie stosowała się do zaleceń, co potwierdza także wskaźnik BMI, który wynosi u pacjentki 31.18 – co oznacza I stopień otyłości i pogłębienie choroby. RR 160/96 mmHg, tętno 75 u./min. W wywiadzie kilka lat wstecz wystąpiła depresja. Warunki bytowe bardzo dobre, pacjentka mieszka z dwójką niepełnoletnich dzieci w mieście. Od kilku miesięcy jest wdową, co spowodowało zarówno większą ilość spraw i zajęć, ale też i ogromny smutek i spadek nastroju. W związku z tym w nocy nie śpi dobrze, w dzień jest senna, apatyczna, zmęczona. Źródłem utrzymania pacjentki i jej dzieci jest praca na etacie pielęgniarki i renta dzieci po zmarłym ojcu. Dotychczas stosowana farmakoterapia to – Glucophage XR 750 mg 2x dziennie, Vivace 5 mg 1 x dziennie. W wywiadzie od dłuższego czasu występuje wzmożone pragnienie, poliuria, znaczny wzrost wagi oraz gorsze samopoczucie oraz nadciśnienie tętnicze. Pacjenta często odczuwa dyskomfort, napady głodu, wzmożony apetyt, zawroty głowy. Wywiad rodzinny pacjentki był obciążony w kierunku cukrzycy typu II i nadwagi. Tendencja do nadwagi występowała u pacjentki od wczesnego dzieciństwa. Pacjentka wykazuje niewielką aktywność fizyczną, jej tryb życia jest raczej siedzący, a nawyki żywieniowe niedostosowane do insulinooporności, które w konsekwencji doprowadziły do cukrzycy typu II.

Wyniki badań wykonanych w czasie hospitalizacji:

- test OGTT: insulina na czczo 24,10 mU/l, glukoza na czczo 159 mg/dl, po 60 min po obciążeniu 75g glukozą wynik insuliny 117,20 mU/l, glukozy 228 mg/dl, po 120 min insulina 129,20 mU/l, glukoza 200 mg/dl; poziom witaminy D- 26,2 ng/ml; TSH- 4,140 uIU/ml; Ft3- 2,36 pg/ml, Ft4- 0,99 ng/dl; AST/GOT- 23 U/l; ALT/GPT- 24 U/l; cholesterol całkowity 160 mg/dl; cholesterol HDL 49 mg/dl (L); cholesterol LDL 99 mg/dl; trójglicerydy 223 mg/dl (H). Rodzaj badań diagnostycznych – OGTT, poziom witaminy D, TSH, Ft3, Ft4, AST/GOT, ALT/GPT, Cholesterol całkowity, Cholesterol HDL, Cholesterol LDL, Trójglicerydy.

Zlecona dieta – niskowęglowodanowa

Zlecone leki w trakcie hospitalizacji: Glucophage XR 750 mg 2x dziennie p.o ; Vivace 5 mg 1 x dziennie p.o.; Melatonina 1 x dziennie na noc p.o.

Sprawozdanie o stanie chorego:

Doba 1. Pacjentka lat 49 przyjęta na oddział wewnętrzny z powodu świeżo wykrytej cukrzycy typu II. Przy przyjęciu glikemia na czczo wynosi 159 mg/dl , a stan ogólny pacjentki dość dobry. Pacjentka nie zgłasza dolegliwości bólowych, nadmienia o wzmożonym pragnieniu, łaknieniu oraz o poliurii i wysiłkowym nietrzymaniu moczu. W obserwacji widać smutek i apatyczność związane z depresją, oraz pogorszeniem stanu zdrowia pacjentki. W badaniu fizykalnym stwierdzono dużą otyłość brzuszną, co także jest wyraźnie widoczne jako charakterystyczny objaw dla pacjentów z insulinoopornością, dodatkowo dokonano pomiaru obwodu jamy brzusznej, który wynosi 132 cm. Z analizy dokumentacji udostępnionej przez pacjentkę z 2013 roku wynika, że insulina na czczo wynosiła 34,46 mU/l, glukoza na czczo 108 mg/dl, po 60 min po obciążeniu 75g glukozą wynik insuliny >300mU/l, glukozy 167mg/dl, po 120 min insulina 207,5 mU/l, glukoza 101 mg/dl (uzyskane wyniki badań potwierdzają insulinooporność). Na oddziale wdrożono dietę cukrzycową- niskowęglowodanową. Zmierzono parametry życiowe RR 160/96 mmHg, tętno 75 u./min. Temp 35,4⁰C i zapisano w karcie gorączkowej i pomiarów. Pomiar glikemii wykonano 3x dziennie, odnotowano w karcie pomiarów glikemii. W porze wieczornej poinformowano pacjentkę o planowanej diagnostyce i jej przebiegu kolejnego dnia i konieczności pozostania na czczo. Zaobserwowano wzmożony niepokój pacjentki związany z planowaną diagnostyką.

Doba 2. W drugiej dobie pobytu pacjentki na oddziale wykonano planowaną diagnostykę pobierając krew do badań-test OGTT, poziom witaminy D, TSH, Ft3, Ft4, AST/GOT, ALT/GPT, cholesterol całkowity, cholesterol HDL, cholesterol LDL, trójglicerydy, po czym podano pacjentce 75g glukozy do dalszej diagnostyki. Pacjentka zgłaszała gorsze samopoczucie po obciążeniu glukozą. Zalecono uniesienie wyżej nóg i wypoczynek. Stan

psychiczny nadal depresyjny, apatyczny. Po skończeniu diagnostyki i podaniu pacjentce posiłku jej stan psychiczny poprawił się na tyle, że wyrażała zadowolenie z podjętych działań i chęć poprawy stanu zdrowia. Zmierzono parametry życiowe RR 155/90 mmHg, tętno 70 u./min, temp. 36,6⁰C i odnotowano w karcie pomiarów. Pomiar glikemii wykonano 3x dziennie, odnotowano w karcie pomiarów—glikemii. Pacjentka otrzymała zleconą farmakoterapię, po której czuła się dobrze nie zgłaszała żadnych niepożądanych objawów.

Doba 3. Trzecia doba pobytu pacjentki na oddziale. Stan psychiczny pacjentki zdecydowanie lepszy, wyraża chęć współpracy. Z własnej inicjatywy dopytuje o prawidłowość zachowań w cukrzycy typu II. Posiłki niskowęglowodanowe zjada bardzo chętnie. Poinformowano pacjentkę o wynikach wykonanej diagnostyki, które potwierdziły cukrzycę typu II, tym samym zakwalifikowano pacjentkę do szkolenia edukacyjnego dotyczącego prawidłowych zachowań w chorobie cukrzycy typu II. Uzyskano zgodę pacjentki na udział w szkoleniu edukacyjnym. Zleconą farmakoterapię podano według wskazań lekarskich. Parametry życiowe zmierzono RR 145/89 mmHg, tętno 72 u./min, temp. 36,1⁰C i odnotowano w karcie pomiarów i karcie gorączkowej. Pomiar glikemii wykonano 3x dziennie, odnotowano w karcie pomiarów glikemii.

Doba 4. W czwartej dobie pobytu pacjentki na oddziale zaobserwowano znaczną poprawę stanu psychicznego. Pacjentka wykazywała się lepszym samopoczuciem i chęcią udziału w planowanym szkoleniu. Pacjentka wzięła udział w kilkugodzinnym szkoleniu edukacyjnym dotyczącym przestrzegania zasad w cukrzycy typu II. Przekazano materiały edukacyjne, broszury, ulotki. Pomiar glikemii wykonano 3x dziennie, w dniu dzisiejszym poziomy glikemii są prawidłowe, co wskazuje na odpowiedni dobór farmakoterapii i diety, wyniki odnotowano w karcie pomiarów glikemii. Zmierzono parametry życiowe RR 139/90 mmHg, tętno 67 u./min, temp 35,9⁰C i odnotowano w karcie pomiarów.

Proces pielęgnowania

Diagnoza pielęgnarska 1. Niepokój i stan depresyjny spowodowany faktem zachorowania na chorobę przewlekłą i koniecznością hospitalizacji.

Cel opieki: Zapewnienie pacjentce poczucia bezpieczeństwa, minimalizacja niepokoju oraz przygotowanie do samoopieki.

Interwencje pielęgnarskie:

- wspieranie pacjentki od chwili postawienia diagnozy i hospitalizacji aż do wypisania ze szpitala;
- budowanie atmosfery życzliwości i zaufania poprzez rozmowę, okazywanie sympatii, zrozumienia i akceptacji oraz poprzez autorytet wiedzy i kompetencji;

- wyrażenie gotowości udzielenia pomocy i wsparcia we wszelkich sytuacjach trudnych i problemowych;
- przedstawienie personelu medycznego, innych pacjentów i zapoznanie z topografią oddziału;
- pomoc w zaakceptowaniu przewlekłej choroby poprzez rzeczową rozmowę i przekazanie pacjentce wiedzy z zakresu cukrzycy;
- udzielenie pacjentce bieżących informacji na temat stanu jej zdrowia oraz informowanie o tym jakie czynności są przy niej wykonywane i o postępach w leczeniu;
- umożliwienie chorej kontaktu z najbliższymi;
- mobilizowanie chorej do podjęcia współodpowiedzialności za wyniki leczenia;
- wspieranie w trudnych sytuacjach oraz wykazywanie różnych dodatkowych możliwości uzyskania pomocy instytucjonalnej i pozainstytucjonalnej;
- wykonywanie czynności pielęgnacyjnych spokojnie i z pełnym profesjonalizmem;
- ułatwienie kontaktu z psychologiem;
- kontrolowanie czynności wykonywanych przez pacjentkę w zakresie samoopieki np. kontrola stężenia glukozy, pielęgnacja stóp;
- dostarczenie informacji o stowarzyszeniach zrzeszających diabetyków i grupach wsparcia;
- wskazanie pacjentce konieczności zapisania się do poradni diabetologicznej w celu systematycznego monitorowania przebiegu klinicznego choroby;
- dokumentowanie wszystkich interwencji pielęgniarских;
- udział pielęgniarki w czynnościach diagnostycznych i leczniczych (pobranie materiału do badań, podanie leków).

Ocena: na czas pobytu pacjentki na oddziale niepokój nieco zmalął, natomiast stan depresyjny wymaga dalszej obserwacji ze strony specjalisty.

Diagnoza pielęgniariska 2. Deficyt wiedzy na temat insulinooporności i cukrzycy typu II.

Cel opieki: Zwiększenie poziomu wiedzy pacjentki na temat prawidłowych zachowań w insulinooporności i cukrzycy typu II poprzez skuteczną edukację.

Interwencje pielęgniarские:

- zakwalifikowanie pacjentki do szkolenia diabetologicznego;
- przedstawienie pacjentce korzyści wynikających z udziału w szkoleniu;
- przekazanie pacjentce broszur informacyjnych, dzienniczka samokontroli, glukometru;

- przekazanie aktualnej wiedzy dotyczącej prawidłowych zachowań w cukrzycy typu II poprzez kilkugodzinne szkolenie przez pielęgniarkę diabetologiczną.

Omawiane tematy podczas szkolenia:

- istota cukrzycy
- insulina (działanie, rodzaje, technika podawania)
- sprzęt do podawania insuliny (wstrzykiwacze, pompy insulinowe)
- hipoglikemia (przyczyna, objawy, zapobieganie, postępowanie)
- hiperglikemia (przyczyna, objawy, zapobieganie, postępowanie)
- odżywianie (konieczność stosowania diety z niskim indeksem glikemicznym, niskowęglowodanowej)
- zapoznanie z tabelami indeksu glikemicznego
- wysiłek fizyczny (zasady podejmowania kontrolowanego wysiłku)
- zasady samokontroli
- kryteria wyrównania cukrzycy
- postępowanie w przypadku wystąpienia innych chorób
- higiena ciała
- przewlekłe powikłania cukrzycy (zapobieganie)

Ocena: dzięki szerokiemu programowi edukacyjnemu i aktywnym uczestnictwie pacjentki w szkoleniu, poziom wiedzy na temat choroby i prawidłowych zachowań znacznie wzrósł.

Diagnoza pielęgniarska 3. Otyłość spowodowana nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi i złym stylem życia.

Cel opieki: Redukcja masy ciała oraz poprawa sprawności fizycznej poprzez zmianę stylu życia.

Interwencje pielęgniarskie:

- motywowanie pacjentki do systematycznej aktywności fizycznej;
- edukowanie chorej w zakresie konieczności przestrzegania diety z niskim indeksem glikemicznym i niskowęglowodanowej oraz zasad zdrowego żywienia;
- propagowanie zachowań prozdrowotnych: niepalenie papierosów, ograniczenie spożycia alkoholu;
- uświadomienie pacjentce ważności kontrolnych badań w poradniach specjalistycznych (diabetolog);
- systematyczna kontrola masy ciała;
- systematyczny pomiar obwodu jamy brzusznej na wysokości pępka;

- planowanie posiłków według indywidualnego zapotrzebowania kalorycznego;
- uczenie chorej prawidłowego doboru składników pokarmowych niskowęglowodanowych;
- poinformowanie pacjentki o konieczności eliminacji z diety cukrów prostych na rzecz złożonych i stosowanie zdrowych zamienników niskokalorycznych np. erytrytol, ksylitol;
- nauczanie chorej zasad obowiązujących przy przygotowywaniu posiłków: unikanie smażenia w głębokim tłuszczu, nierozgotowywanie ryżu, makaronu, ziemniaków (potrawy te powinny być lekko twarde);
- zalecenie spożywania większej ilości błonnika pokarmowego roślinnego;
- przedstawienie pacjentce konsekwencji nadmiernej masy ciała w przebiegu cukrzycy typu II;
- poinformowanie o korzyściach wynikających ze zmiany stylu życia: aktywności fizycznej oraz diety z niskim indeksem glikemicznym, według wytycznych poradni diabetologicznej
- dokumentowanie wszystkich interwencji pielęgniarskich.

Ocena: zarówno dieta z niskim IG i niskowęglowodanowa jak i wysiłek fizyczny zostały wprowadzone. Na efekty trzeba poczekać. Oczekiwany spadek masy ciała do oceny przy najbliższej wizycie kontrolnej w poradni diabetologicznej oraz u lekarza i pielęgniarki POZ.

Diagnoza pielęgniarska 4. Możliwość wystąpienia hipoglikemii z powodu objawów niewyrównanej cukrzycy typu II.

Cel opieki: Wyrównanie poziomu glikemii, przygotowanie pacjentki do właściwego rozpoznania objawów hipoglikemii oraz postępowania w przypadku jej wystąpienia.

Interwencje pielęgniarskie:

- oznaczenie stężenia glukozy przy użyciu glukometru w chwili wystąpienia niedocukrzenia i 15 minut po podaniu szybko wchłaniających się węglowodanów;
- pobranie krwi do badań laboratoryjnych;
- prowadzenie obserwacji parametrów stanu ogólnego pacjentki;
- w przypadku lekkiej hipoglikemii (glikemia 55-70 mg/dl) podanie do wypicia 200 ml płynu zawierającego łatwo przyswajalne cukry proste, np. soku owocowego lub szklanki mocno osłodzonej herbaty;
- w przypadku ciężkiej hipoglikemii (stan zagrożenia, który wymaga pomocy innej osoby, a wartości glikemii mogą być niedostępne i osiągać wartości znacznie poniżej

55mg/dl) podanie poprzez dostęp żylny w pierwszej kolejności 20% roztworu glukozy następnie 10% roztworu glukozy;

- nauczanie chorej prowadzenia samoobserwacji w kierunku zwiastunów hipoglikemii;
- monitorowanie stężenia glukozy we krwi;
- informowanie lekarza o każdej sytuacji wystąpienia hipoglikemii;
- kontrolowanie dawek przyjmowanych leków hipoglikemizujących, a w razie potrzeby zmiana dawki leku;
- dokumentowanie wszystkich interwencji pielęgniarских;
- udział pielęgniarki w czynnościach diagnostycznych i leczniczych (pobranie materiału do badań, podanie leków).

Ocena: W czasie pobytu pacjentki na oddziale wewnętrznym hipoglikemia nie wystąpiła.

Diagnoza pielęgniarська 5. Możliwość wystąpienia hiperglikemii spowodowanej złym odżywianiem i złym stylem życia.

Cel opieki: Przywrócenie normoglikemii i równowagi kwasowo zasadowej oraz edukacja chorej w zakresie prewencji powikłań hiperglikemii takich jak kwasica ketonowa i śpiączka cukrzycowa.

Interwencje pielęgniarские:

- monitorowanie stężenia glukozy we krwi co godzinę od momentu rozpoznania aż do wyprowadzenia pacjentki ze stanu zagrożenia zdrowia i wyrównania metabolicznego
- podanie preparatów insulinowych w celu obniżenia glikemii;
- monitorowanie podstawowych parametrów życiowych;
- pobieranie krwi na zlecenie lekarza;
- prowadzenie dobowej zbiórki moczu i bilansu płynów;
- monitorowanie stężenia ciał ketonowych w moczu;
- wskazanie chorej zależności pomiędzy wysokimi wartościami glikemii a powikłaniami takimi jak kwasica ketonowa i śpiączka cukrzycowa;
- motywowanie i edukowanie pacjenta w zakresie samokontroli i podkreślenie ogromnego jej znaczenia w zapobieganiu powikłaniom;
- pomoc chorej w ustalenie odpowiedniej diety, prawidłowego zbilansowania posiłków;
- pokazanie chorej odpowiednich form wysiłku fizycznego;
- po wyprowadzeniu pacjentki z kwasicy lub śpiączki motywowanie do podjęcia odpowiedzialności za swoje zdrowie i życie;
- dokumentowanie wszystkich interwencji pielęgniarских;

- udział pielęgniarki w czynnościach diagnostycznych i leczniczych (pobranie materiału do badań, podanie leków)

Ocena: Na czas pobytu pacjentki na oddziale wewnętrznym hiperglikemia nie wystąpiła.

Diagnoza pielęgniarska 6. Okresowe złe samopoczucie oraz ryzyko wystąpienia powikłań zdrowotnych spowodowanych współistniejącym nadciśnieniem tętniczym.

Cel opieki: Poprawa samopoczucia oraz profilaktyka powikłań.

Interwencje pielęgniarskie:

- mobilizowanie pacjentki do przyjęcia odpowiedzialności za własne zdrowie;
- wskazanie na potrzebę regularnej kontroli glikemii, tętna i ciśnienia tętniczego krwi oraz odnotowywania ich w dzienniczku samokontroli;
- podkreślenie konieczności dokonywania systematycznej kontroli masy ciała oraz stężenia cholesterolu i jego frakcji we krwi;
- przekazanie wiedzy na temat właściwego sposobu odżywiania (unikania tłustych potraw, ograniczenie spożywania soli);
- monitorowania wykonywania przez pacjentkę zaleceń lekarskich, szczególnie w zakresie przyjmowania leków hipotensyjnych;
- zachęcenie do regularnego uprawiania odpowiednio dozowanej aktywności fizycznej;
- zwrócenie uwagi pacjentki na potrzebę wykonywania regularnych badań kontrolnych w poradniach specjalistycznych;
- dokumentowanie wszystkich interwencji pielęgniarskich;
- udział pielęgniarki w czynnościach diagnostycznych i leczniczych (pobranie materiału do badań, podanie leków).

Ocena: Dzięki zastosowanym interwencjom nastąpiła znaczna poprawa samopoczucia u pacjentki.

Diagnoza pielęgniarska 7. Zawroty głowy wynikające z wahań ciśnienia tętniczego.

Cel opieki: Normalizacja ciśnienia tętniczego.

Interwencje pielęgniarskie:

- systematyczne podawanie zleconych leków;
- pomiary ciśnienia tętniczego krwi;
- wykonanie badań: kontrola EKG; przygotowanie do badanie dna oka;
- regularne oznaczanie poziomów glikemii, kreatyniny, cholesterolu;
- poinformowanie pacjentki o konieczności unikania sytuacji stresowych powodujących wzrost ciśnienia tętniczego;

- poinformowanie oraz edukacja dotycząca prawidłowego żywienia prowadzącego do spadku masy ciała oraz prowadzeniu wysiłku fizycznego;
- dokumentowanie wszystkich interwencji pielęgniarских;
- udział pielęgniarki w czynnościach diagnostycznych i leczniczych (pobranie materiału do badań, podanie leków).

Ocena: W czasie pobytu pacjentki na oddziale wystąpienie zawrotów głowy zostało zminimalizowane (wystąpiły dwukrotnie). Problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarська 8. Zaburzenia snu spowodowane depresją.

Cel opieki: Ułatwienie zasypiania.

Interwencje pielęgniarские:

- zapewnienie komfortowych warunków snu poprzez wywietrzenie sali i stały dostęp do świeżego powietrza;
- zagwarantowanie ciszy, spokoju, warunków do relaksacji;
- zapewnienie komfortu w łóżku poprzez zmianę bielizny pościelowej;
- toaleta całego ciała przed snem;
- podanie środka nasennego na zlecenie lekarza – Melatonina;
- dokumentowanie wszystkich interwencji pielęgniarских.

Ocena: Podczas pobytu pacjentki na oddziale zaburzenia snu zmalowały.

Diagnoza pielęgniarська 9. Nietrzymanie moczu spowodowane wysiłkiem.

Cel opieki: Zminimalizowanie częstości występowania nietrzymania moczu oraz nauka zasad utrzymania higieny ciała.

Interwencje pielęgniarские:

- stwierdzenie czy pacjentka regularnie opróżnia pęcherz moczowy, a także nakłanianie do częstszego opróżniania;
- zapewnienie łatwego dostępu do toalety;
- ustalenie przyczyny niekontrolowanego oddawania moczu;
- ułatwienie kontaktu z urologiem i ginekologiem;
- prowadzenie bilansu płynów z adnotacją o ilości wydalanego moczu;
- podawanie na zlecenie lekarza środków leczniczych: Vivace 5mg, Metformina, Glucophage XR 750 mg;
- dokumentowanie wszystkich interwencji pielęgniarских;
- udział pielęgniarki w czynnościach diagnostycznych i leczniczych (pobranie materiału do badań, podanie leków).

Ocena: Problem nietrzymania moczu został częściowo zminimalizowany, jednak do rozwiązania problemu wymaga interwencji specjalisty urologa oraz ginekologa.

Diagnoza pielęgniarska 10. Dyskomfort fizyczny i psychiczny spowodowany otyłością.

Cel opieki: Redukcja masy ciała oraz poprawa wydolności organizmu i ogólnego samopoczucia fizycznego i psychicznego.

Interwencje pielęgniarskie:

- regularna kontrola masy ciała, połączona z obliczeniem wskaźnika BMI;
- wykonywanie pomiarów obwodu brzucha;
- przekazanie wiedzy na temat zasad zdrowego odżywiania;
- zaplanowanie posiłków z uwzględnieniem indywidualnego zapotrzebowania kalorycznego;
- edukacja pacjentki w zakresie prawidłowego doboru produktów żywnościowych;
- mobilizowanie do większej aktywności fizycznej;
- uświadomienie pacjentce ewentualnych zaburzeń łaknienia oraz sposobów uzyskania kontroli nad jedzeniem;
- motywowanie pacjentki do podjęcia działań w celu poprawy samopoczucia psychicznego; kontakt z psychologiem klinicznym
- dokumentowanie wszystkich interwencji pielęgniarskich;
- udział pielęgniarki w czynnościach diagnostycznych i leczniczych (pobranie materiału do badań, podanie leków).

Ocena: Pacjentka wprowadza w życie wszystkie zalecone jej działania, na zmniejszenie dyskomfortu należy poczekać.

Wnioski.

1. Proces pielęgnowania obejmował pacjentkę chorującą na cukrzycę typu II będącą następstwem zdiagnozowanej w 2013 roku insulinooporności, której stan zdrowia pogorszył się z uwagi na niezastosowanie się przez nią do zaleceń lekarskich.
2. Zadania pielęgniarki w diagnostyce i leczeniu cukrzycy typu II w przeprowadzonym studium przypadku to w szczególności udział w przeprowadzeniu testu OGTT, podawanie leków oraz nauka przyjmowania leków przez pacjentkę w korelacji z dietą i aktywnością fizyczną.
3. Główne problemy bio-psycho-społeczne pacjentki to niepokój i stan depresyjny, otyłość, deficyt wiedzy o chorobie. Ponadto zidentyfikowano także ryzyko wystąpienia hipo i hiperglikemii, nadciśnienie tętnicze i związane z tym złe samopoczucie, zawroty

głowy, zaburzenia snu, wysiłkowe nietrzymanie moczu, dyskomfort fizyczny i psychiczny spowodowany otyłością.

4. Diagnozy pielęgniarские zostały postawione we współpracy z pacjentką co w konsekwencji zaowocowało skutecznością wdrożonych interwencji pielęgniarских.
5. Zaplanowane interwencje pielęgniarские w celu rozwiązania problemów pielęgnacyjnych uwzględniały metody i środki co spowodowało, że stan zdrowia pacjentki poprawiał się. Najbardziej skuteczne i trafnie dobrane interwencje dotyczyły problemu pielęgnacyjnego – deficyt wiedzy o chorobie.
6. Wybrany model opieki nad pacjentką Dorothy Orem okazał się słusznym wyborem, ponieważ udało się wyposażyć pacjentkę w umiejętność samoopieki i samopielęgnacji.
7. Zalecone wskazówki pacjentce i jej bliskim obejmowały zmianę diety, redukcję masy ciała, zmianę stylu życia oraz zapobieganie powikłaniom.
8. Podniesienie jakości opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem z cukrzycą typu II powstałej w wyniku insulinooporności można uzyskać poprzez wdrożenie programu profilaktycznego w całym kraju, należy położyć nacisk na prewencję z uwzględnieniem skutecznej edukacji we wczesnym stadium choroby .

Bibliografia

1. Międzynarodowa Federacja Diabetologiczna.IDF Diabetes Atlas, 9th edn. Bruksela,Belgia: 2019 r. <https://www.diabetesatlas.org> [dostęp 10.02.2021].
2. International Diabetes Federation, Cukrzyca typu 2. <https://www.idf.org/aboutdiabetes/type-2diabetes.html> [dostęp 18.02.2021].
3. [Kargul M. IDF Atlas 2019- najnowsze dane epidemiologiczne dotyczące cukrzycy.https://biuletyn.servier.pl/39620/idf-atlas-2019-najnowsze-dane-epidemiologiczne-dotyczace-cukrzycy](https://biuletyn.servier.pl/39620/idf-atlas-2019-najnowsze-dane-epidemiologiczne-dotyczace-cukrzycy) [dostęp 08.04.2021].
4. Badurek S. Insulinooporność – od patogenezy do rozpoznania i leczenia. Gabinet Prywatny. 2019, (26):23-26, 29-30.

Edukacja żywieniowa pacjenta z otyłością olbrzymią – studium przypadku

Kornelia Skoczylas, Katarzyna Kroczek, Małgorzata Fraś, Anna Michalik, Beata Kudłacik

Wstęp. Otyłość (*obesitas*) jest stanem, w którym zwiększenie masy ciała wynosi 120%, co oznacza że należna masa ciała obliczana ze wzoru Brocka została przekroczona o 20%. W momencie przekroczenia należnej masy ciała o 30% i więcej mówimy o otyłości olbrzymiej. Ze zjawiskiem tym mamy do czynienia wtedy, gdy ilość dostarczanej energii przewyższa zużywanie jej przez organizm, co daje efekt odkładania się jej w postaci tkanki tłuszczowej. Prawidłowa zawartość tkanki tłuszczowej u kobiet powinna mieścić się w granicy 12% - 16% masy ciała, a u mężczyzn 12% - 14%. Badania pokazują, że częstość występowania otyłości ma tendencje wzrostowe i ponad 50% Polaków miało nadmierną masę ciała, 16-20% było otyłych. Wyróżnia się dwa rodzaje otyłości: pierwotną i wtórną. Pierwotna, wynika z dodatniego bilansu energetycznego, zamiennie nazywana prostą. Z kolei wtórna jest jednym z objawów zaburzeń metabolicznych i różnego rodzaju stanów chorobowych m.in.: niedoczynności tarczycy, nadczynności kory nadnerczy [1,2,3].

Otyłość w znaczący sposób przyczynia się do pogorszenia jakości życia, stanu zdrowia, a w konsekwencji zgonu. Zaliczono ją do pandemii XXI wieku, z powodu jej gwałtownego wzrostu zapadalności. Publikacje podają, że w 2016 roku nawet 1,9 mld dorosłych miało nadwagę, stanowi to 40% światowej populacji. Grupa ta obejmuje 650 mln osób otyłych, eksperci podają, że populacja osób z BMI powyżej 30 wzrosła o 80-200%. Problem ten pojawia się już nie tylko w krajach wysokorozwiniętych, ale również w średniozamożnych i biednych. W statystykach z ostatnich lat, w Polsce ok. 50% dorosłych miało nadmierną masę ciała, a 16-20% było otyłych. Badania WOBASZ wykazały że 20,2% kobiet i 20,6% mężczyzn w wieku 20-74 lat ma problem z otyłością [4,5,6].

Otyłość klasyfikuje się jako chorobę ogólnoustrojową, występuje głównie w wieku średnim i starszym. Kobiety mają do niej większą tendencję w okresie przekwitania, niestety badania pokazują, że spotykamy coraz więcej młodych ludzi z nadwagą lub otyłością [1,3].

Otyłość możemy podzielić, ze względu na rozmieszczenie tkanki tłuszczowej w organizmie na:

- androidalną (tzw. brzuszną) która daje szereg powikłań głównie ze strony układu krążenia, oraz powikłania metaboliczne jak cukrzyca typu 2. W tym typie otyłości nadmiar tłuszczu gromadzi się w okolicy klatki piersiowej oraz brzucha, częściej problem dotyczy mężczyzn,

- gynoidalną (tzw. udowo-pośladkową) gdzie tkanka tłuszczowa odkłada się na biodrach i udach, raczej występuje u kobiet. Ten typ najczęściej nie daje powikłań zdrowotnych [7,8].

Najpopularniejszym wskaźnikiem do oceny stanu odżywienia jest BMI, pozwalający na ocenę tłuszczowej masy ciała. Otyłość rozpoznawana jest gdy iloraz masy ciała podany w kg i wzrostu w metrach do kwadratu osiąga wartość równą lub większą $30\text{kg}/\text{m}^2$. Poza pomiarem BMI określa się u pacjenta wskaźnik WHR, który jest ilorazem obwodu talii do obwodu bioder. Wskaźnik ten stosowany jest u osób z BMI większym niż 25. Klasyfikacja tego parametru wskazuje, że o otyłości brzusznej u mężczyzn mówimy gdy wartości są równe lub wyższe 1,0 (talia 102 cm i więcej), a u kobiet równe i wyższe 0,85 (talia 88 cm i więcej). Badania wskazują, że mężczyzna z obwodem talii powyżej 102 cm jest czterokrotnie częściej narażony na wystąpienie cukrzycy insulinozależnej niż mężczyzna z obwodem talii poniżej 94 cm [7,8,9,10].

Wśród przyczyn występowania otyłości należy wymienić czynniki genetyczne, ich udział szacowany jest na 30-40%. Kolejne czynniki predysponujące to czynniki środowiskowe, a szczególnie: nieprawidłowe nawyki żywieniowe, znikoma aktywność fizyczna, zły stan psychiczny, wpływ rodzinnych tradycji, oraz czynników kulturowych. Również niektóre leki sprzyjają otyłości, są to np. glikokortykosteroidy, leki p/depresyjne, neuroleptyki czy niektóre leki hipotensyjne. Otyłość brzuszna niesie za sobą szereg groźnych dla życia i zdrowia powikłań. Do najczęstszych należą: cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, niewydolność serca, powikłania neurologiczne. Mogą wystąpić zaburzenia pracy nerek, zaburzenia hormonalne oraz choroby nowotworowe układu pokarmowego. Otyłość wpływa na funkcjonowanie całego organizmu, pogarsza jakość życia pacjenta, rokowania i gwałtownie zwiększa koszty leczenia [1,2].

Celem pracy jest analiza przypadku pacjenta z otyłością olbrzymią w środowisku domowym, wraz z omówieniem jego problemów związanych z samoopieką wynikającą z podjętych prób wprowadzenia zmiany nawyków żywieniowych i stylu życia.

Materiał i metody. Metodą badawczą, która została wykorzystana podczas pisania pracy jest analiza indywidualnego przypadku medycznego. Zastosowane zostały techniki takie jak: obserwacja, wywiad, pomiar podstawowych parametrów życiowych, pomiar podstawowych parametrów antropometrycznych, analiza dokumentacji medycznej, analiza aktualnej literatury przedmiotu.

Opis przypadku. Omawiany pacjent to 69- letniego mężczyzna, mieszkający w aglomeracji miejskiej wraz z małżonką. Budynek, w którym mieszka pacjent posiada cztery piętra, bez

windy. Mężczyzna ma trzy zameżne córki oraz czworo wnucząt, relacje panujące w rodzinie są prawidłowe. W rodzinie pacjenta otyłość stwierdzono jedynie u jego matki, która urodziła dwanaścioro dzieci, a zmarła w wieku 89 lat. W rodzinie nie występowały choroby nowotworowe. W chwili obecnej pacjent nie jest aktywny zawodowo od 14 lat. Do 55-roku życia nie chorował, nie przyjmował leków na stałe, regularnie wykonywał badania okresowe, które nie budziły zastrzeżeń, deklaruje również, że nie miał problemów z utrzymanie prawidłowej masy ciała. Palił około dwóch paczek papierosów dziennie, od 25 lat. W czasie aktywności zawodowej do pracy chodził pieszo. Ulubioną formą spędzania wolnego czasu była jazda na rowerze. Pacjent nie posiadał samochodu, nabył go dopiero po przejściu na emeryturę. Przyczyniło się to do gwałtownego spadku aktywności fizycznej mężczyzny. Pojawiły się pierwsze problemy zdrowotne: wzrosła masa ciała, pojawiły się zgaga, zaparcia, których pojawienie pacjent łączy z błędami żywieniowymi, które popełniał. Warto zaznaczyć, że pacjent najczęściej spożywał posiłki w domu, preferował kuchnię tradycyjną, tłustą, w której dominowały dania z mięsa wieprzowego, które wybierał ze względów ekonomicznych. Z warzyw, które najczęściej spożywał wymienia ziemniaki, kapustę, rośliny strączkowe. Jako przekąski dominowały ciasta domowego wypieku.

W 1999 roku mężczyzna uległ wypadkowi, w wyniku, którego doszło do złamania kości piszczelowej oraz zmiążdżenia kości śródstopia kończyny lewej. Efektem było unieruchomienie na okres czterech miesięcy, a co za tym idzie brak aktywności fizycznej. Z wywiadu wynika również, iż w tym okresie bardzo pogorszył się stan psychiczny chorego wynikający z obawy przed amputacją lewej stopy, czego lekarze po urazie nie wykluczali.

Rok później w wyniku nasilających się dolegliwości górnych dróg oddechowych zdiagnozowano alergiczny nieżyt nosa i włączono do terapii leki p/histaminowe. Podczas dalszej diagnostyki stwierdzono, że dolegliwości powoduje obecność polipów przynosowych, które w konsekwencji w 2003 roku zostały operacyjnie usunięte. Okres pooperacyjny przebiegł bez powikłań. Jednak w wyniku nawracających bólów wcześniej złamanej nogi i szybkiego nawrotu polipów znacznie pogorszył się stan psychiczny pacjenta, związane to było z niską aktywnością fizyczną, częstymi wizytami w poradniach specjalistycznych, pacjent odczuwał lęk i obawę jak sprosta codziennym obowiązkom. Pojawiły się również problemy z pokonywaniem dużej ilości schodów w drodze do mieszkania.

Pacjent był dwukrotnie hospitalizowany w 2014 w celu diagnostyki i leczenia obturacyjnego bezdechu sennego. Po zastosowaniu aparatu CPAP, uzyskano zadawalające efekty terapeutyczne. Z kolei w roku 2016, mężczyzna trafił do szpitala z podejrzeniem nowotworu

płuc. Po szczegółowych badaniach TK klatki piersiowej w protokole HRCT oraz bronchofiberoskopii z pobraniem cytologii wykluczono diagnozę.

W trakcie ostatniego pobytu pacjentowi zalecono redukcję masy ciała i skonsultowano z psychodietetykiem. Mężczyzna nie przejawiał chęci wprowadzenia zmian, tłumacząc się obawą czy w tym wieku odchudzanie ma sens oraz przenosił odpowiedzialność na żonę, która jest główną kreatorką żywienia w domu. Chory nie obawia się ewentualnych powikłań, nie wybiega jak twierdzi w „daleką przyszłość”. Z rozmowy z żoną wynika, że zawsze w sytuacjach stresowych szczególnie dotyczących stanu zdrowia pacjent przyjmuje postawę negującą, obronną, ale z tendencją do żartów na temat własnej choroby. Stara się nie dopuszczać do siebie tzw. złych myśli, ma poczucie humoru, sprawiając wrażenie osoby silnej, pełnej energii, doskonale radzącej sobie ze stresem. Małżonka zauważyła jednak, że mąż ma coraz więcej trudności z wykonywaniem codziennych czynności, często unika sytuacji wymagających zwiększonej aktywności fizycznej, wynika to ze stanu chorobowego. Każda próba podjęcia rozmowy na temat redukcji wagi ciała kończy się konfliktem pomiędzy małżonkami. Pacjent wyraźnie ma obawy, że nie podoła wyzwaniu, uważa że nie spełnia standardów pokazywanych w mediach ludzi wysportowanych, bardzo szczupłych i młodych. Posiada mylne wyobrażenie, zdrowej dobrze zbilansowanej diety.

Dokonano pomiarów antropometrycznych pacjenta:

Wzrost: 160 cm

Masa ciała: 119 kg

BMI: 46,48

Obwód bioder: 120 cm

Obwód tali: 105 cm

WHR: 1,18

Aktualne wyniki badań wykazały podwyższone poziomy glukozy we krwi: 115.3 mg/dl pomiar po 48 godz.: 102.7 mg/dl.

Wśród chorób współistniejących występujących u mężczyzny można wymienić:

- Zmiany drobnoguzkowe obydwu płuc o etiologii pozapalne
- Alergiczny nieżyt nosa
- Nadciśnienie tętnicze
- Obturacyjny bezdech senny
- Otyłość olbrzymia
- IFG

Analizując omawiany przypadek postawiono 15 diagnoz pielęgniarских:

1. Otyłość spowodowana nieprawidłowym odżywianiem i małą aktywnością fizyczną.
2. Zagrożenie wystąpienia powikłań sercowo-naczyniowych.
3. Duszność wysiłkowa.
4. Bezdech senny.
5. Zgaga.
6. Zaparcia.
7. Obrzęki kończyn dolnych.
8. Ból kończyn dolnych podczas chodzenia.
9. Deficyt wiedzy w zakresie pomiaru ciśnienia tętniczego krwi i interpretacji wyników.
10. Zaburzenia poziomu glikemii we krwi.
11. Zaburzenia łaknienia.
12. Niska samoocena pacjenta, depresja.
13. Niepokój i lęk związany z poczuciem zagrożenia życia.
14. Niechęć do zmian w stylu życia i odżywiania.
15. Deficyt wiedzy żywieniowej.

Wszystkie wymagają pracy i są niezbędne dla poprawy jakości życia, stanu zdrowia i poprawy rokowań. Jednak zgodnie z założeniem tej pracy skupiono się na deficytach wiedzy żywieniowej oraz jego stanie psychicznym, który w sposób newralgiczny rzutowała na problemy z wdrożeniem sugestii dotyczących zmian dietetycznych i stylu życia. Dla pozostałych diagnoz został wyznaczony cel i przedstawiono plan opieki pielęgniarskiej, który pozwoli go zrealizować. Wszelkie postępy i skutki podjętych działań były analizowane i pomogły w modyfikacji zaplanowanych działań, w celu uzyskania najlepszych efektów.

Dyskusja. W pracy z pacjentem wprowadzono prewencję wtórną, która jest szczególnie istotna ze względu na występujące u niego zwiększone ryzyko wystąpienia poważnych powikłań, a nawet przedwczesnego zgonu. Postępowanie nefarmakologiczne, które miało obejmować zmianę sposobu żywienia i stylu życia jest uznawane za jeden ze skuteczniejszych elementów działań terapeutycznych. Warto zaznaczyć, że w opisywanym przypadku niezbędne działania podjęte zostały również przez dietetyka, psychologa i fizjoterapeutę, co zapewniło pacjentowi kompleksową i holistyczną opiekę [11,12].

Edukacja żywieniowa podjęta została w celu zmiany nawyków żywieniowych i utrwalenia prawidłowych wzorców. Zastosowane metody zostały dostosowane do możliwości pacjenta i jego bliskich, którzy również brali udział w procesie edukacji. Uwzględniono występujące

u pacjenta powikłania i choroby, płeć, wiek, i wykształcenie. Zastosowano trzy formy edukacji: informacyjną, motywacyjną i behawioralną [11,13].

Metodzie informacyjnej przekazano pacjentowi informacje o wpływie zmniejszenia masy ciała na rokowania w różnych jednostkach chorobowych. Przedstawiono pacjentowi informacje o zaletach zmniejszenia masy ciała. Poinformowano o badaniach, które wykazały, że utrata 3-5% masy ciała zmniejsza ryzyko wystąpienia cukrzycy, natomiast utrata powyżej 5% pozwala uzyskać obniżenie poziomu ciśnienia tętniczego, spadek poziomu cholesterolu i trójglicerydów, bez zastosowania środków farmakologicznych. Metoda ta polegająca na przekazie ustnym (porady, pogadanki, wykłady) lub pisemnym (broszura, ulotka, plakat) pozwala na jednostonny przepływ informacji. W metodzie tej rzadko pojawia się możliwość zweryfikowania reakcji pacjenta na przekazywane treści oraz stopnia ich zrozumienia, dlatego edukację tę uzupełniono o pozostałe metody [11-13].

Metoda motywacyjna opiera się na wytworzeniu związku pomiędzy życiowymi potrzebami, zdrowiem, a możliwościami ich zaspokojenia za pomocą właściwej diety i stylu życia. Polegała ona uruchomieniu w pacjencie chęci zmian, uświadomienie potencjału, który posiada. Materiałami pomocniczymi były tutaj filmy, ulotki i plakaty, które odwoływały się do emocjonalnych skojarzeń pacjenta. W przypadku opisywanego mężczyzny skupiono się na kilku aspektach, które blokowały dalsze kroki: podniesieniu poczucia wartości i wiary we własne możliwości. Wspólnie omówiono Indeks glikemiczny, przygotowano jadłospisy uwzględniając produkty, które pacjent lubi i na które jest w stanie sobie finansowo pozwolić. Wprowadzono dzienniczek żywieniowy, w którym pacjent zapisywał co je, w jakich porach i ilościach oraz jak się czuje podczas posiłku. Omówiono i pokazano jak radzić sobie z poczuciem zniechęcenia, złymi emocjami. Ustalono sposoby na zwiększenie aktywności fizycznej. Na podstawie filmów przedstawiono przypadki otyłych osób, które poradziły sobie z problemami bezdechu sennego, niskim libido, trudnościami z poruszaniem. Podczas pracy z pacjentem od samego jej początku stosowano metodę behawioralną, która ma na celu koncentrowanie się na pozytywnych emocjach, dlatego od samego początku podkreślane były pozytywne zmiany w wynikach badań diagnostycznych i antropometrycznych, poprawa relacji w rodzinie, zwiększenie aktywności [11-13].

Pacjenci doskonale wiedzą, że niestety pozbycie się nadmiaru tłuszczu to proces długotrwały, nie zawsze dający dobre efekty, a wiążący się z wprowadzeniem zmian w samym odżywianiu jak i w stylu życia. Te czynniki są ogromną blokadą psychiczną i fizyczną. Dlatego tak ważne jest aby zachęcić chorego w miarę jego wszystkich możliwości do skorzystania z pomocy wykwalifikowanego personelu oraz przekonać rodzinę, że współpraca z pacjentem

i personelem jest nieodzowną częścią terapii. Ze względu na zagrożenie cukrzycą wskazane jest zastosowanie diety niskowęglowodanowej, która nie jest bardzo restrykcyjna, ale jej zastosowanie pomaga utrzymać bezpieczny poziom glikemii. Istotną rolę odgrywa podaż węglowodanów, oraz stosowanie stałych pór posiłków. Stosując się do prostych zaleceń chory szybko sam zauważył pozytywne zmiany jak choćby spadek glikemii na czczo [14].

W leczeniu otyłości bardzo ważny jest wzrost aktywności fizycznej. Niezbędna jest więc edukacja na temat wpływu aktywności fizycznej na redukcję masy ciała. Sama dieta to połowa sukcesu. Aktywność fizyczną należy traktować jako formę wypoczynku i relaksu, co na pewno nie będzie kojarzone z ciężką, forsowną pracą, ale z miłym sposobem spędzania wolnego czasu z rodziną lub znajomymi. Warto podkreślić również jak kluczową rolę pełni w całym procesie wsparcie rodziny, przyjaciół i otoczenia. Rodzina to społeczność, w której członkowie mają na siebie duży wpływ, są związani ze sobą. Tak więc wszystkie proponowane zmiany powinny dotyczyć całej rodziny, gdyż drogą do sukcesu jest wzajemna motywacja do działania [15-17].

Wnioski. Konsekwentnie realizowane zalecenia i wsparcie pacjenta z otyłością przy zastosowaniu dostosowanych indywidualnie metod edukacji, przynosi same korzyści wynikające zarówno z poprawy stanu zdrowia i jakości życia chorego.

- Wyjaśniono pacjentowi w jaki sposób jego stan odżywienia wpływa na występujące u niego problemy pielęgnacyjne. U pacjenta postawiono 15 diagnoz pielęgnacyjnych wyznaczono cele i zaplanowano działania
- Zweryfikowano wiedzę żywieniową pacjenta i ustalono deficyty. Przedstawiono normy stanu odżywienia i sposoby ich oceny. Przedstawiono zasady zdrowego żywienia i wyjaśniono cechy prawidłowej diety z wykluczeniem nowoczesnych promowanych w internecie „sposobów na szybkie pozbycie się kilogramów“ w tym różnego rodzaju preparatów.
- Ustalono jadłospisy w oparciu o zapotrzebowanie energetyczne pacjenta z uwzględnieniem suplementacji witamin i minerałów.
- Przy udziale terapeuty wzmocniono poczucie wartości i możliwości w osiągnięciu celu.
- Ustalono plan zwiększania aktywności fizycznej, pacjent zdecydował się na zakup rowera stacjonarnego, co bardzo dobrze wpłynęło nie tylko na jego masę ciała, ale i samopoczucie.

Bibliografia

1. Wąsowski M., Walicka M., Marcinowska-Suchowierska E.; Otyłość- definicja, epidemiologia, patogeneza. Postępy Nauk Medycznych, 2013, 4: 301-306

2. Springer M, Zaporowska-Stachowiak I., Hoffmann K. i wsp.: Otyłość – choroba kosztowna. *Hygeia Public Health* 2019, 54(2): 88-91
3. Włodarek D., Lange E., Kozłowska L. i wsp.: *Dietoterapia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014
4. WHO. Obesity and overweight. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> Dostęp w internecie [04.05.2022].
5. Ng M, Fleming T, Robinson M, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2014, 384(9945): 766-781.
6. Stepaniak U, Micek A, Waśkiewicz A, et al. Prevalence of general and abdominal obesity and overweight among adults in Poland Results of the WOBASZ II study (2013-2014) and comparison with the WOBASZ study (2003-2005). *Pol Arch Med Wewn* 2016, 126(9): 662-671.
7. WHO Consultation on Obesity (1999: Geneva, Switzerland) & World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. World Health Organization, Geneva 2000. Dostępny na stronie: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330> [data dostępu: 11.07.2021].
8. WHO. BMI classification. Dostępny na stronie: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi> [data dostępu: 13.07.2021].
9. Browning L.M, Hsieh S.D, Ashwell M. A systematic review of waist-to-height ratio as a screening tool for the prediction of cardiovascular disease and diabetes: 0.5 could be a suitable global boundary value. *Nutr Res Rev* 2010;23(2):247-269.
10. Ashwell M., Gunn P., Gibson S. Waist-to-height ratio is a better screening tool than waist circumference and BMI for adult cardiometabolic risk factors: systematic review and meta-analysis. *Obes Rev* 2012;13(3):275-286.
11. Ruxer J., Zalecenia postępowania w nadwadze i otyłości u dorosłych. *Medycyna po Dyplomie* 2014; 6 (219): 10-16.
12. Ciok J., Kamińska M.: Próba oceny skuteczności edukacji żywieniowej pacjentów szpitalnych w prewencji wtórnej chorób układu krążenia. [w:] *Dziesiętowski J. i wsp.: Podstawy naukowe żywienia w szpitalach*, Wydawnictwo Borgis, Warszawa 2001.
13. Szczęch R., Grodzicki T., Narkiewicz K.: Edukacja chorych z nadciśnieniem tętniczym, *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 2001, 8,20: 7-25.
14. Rogowska - Patyk E., Grabowska T., Rola węglowodanów w diecie cukrzycowej. *Lekarz Rodzinny* 2009, 10: 934-939
15. Milewicz A., Fenotypy otyłości, diagnostyka i terapia - rola metforminy. *Nowa Klinika* 2012, 19, 5: 15-19.
16. Grochowska A., Kołpa M., Wpływ otyłości na funkcjonowanie osób dorosłych. *Problemy Pielęgniarstwa* 2010; 1/1: 25-29
17. Pieszko M., Gaca M., Edukacja żywieniowa rodziny w przypadku występowania otyłości. *Pediatrya i Medycyna Rodzinna* 2013; 9,4: 399-403

Problemy pielęgnacyjne w opiece nad pacjentką z zaawansowaną chorobą nowotworową – studium przypadku

Iga Karpierz, Elżbieta Garwacka-Czachor

Wprowadzenie. Nowotwory występują w każdej populacji i są chorobami o dużej śmiertelności. W Polsce stanowią drugą przyczynę zgonów. Według Krajowego Rejestru Nowotworów w roku 2018 zachorowało na nowotwory 83 570 mężczyzn i 83 876 kobiet, co łącznie stanowi 167 446 nowych zachorowań w Polsce. W tym samym roku zmarło z powodu nowotworów złośliwych 55 363 mężczyzn oraz 46 028 kobiet, co stanowi w sumie 101 391 zgonów. U kobiet najczęściej diagnozowany był nowotwór piersi, stanowił aż 22,5% wszystkich nowotworów, najrzadziej czerniak - 2,3%. U mężczyzn najwięcej zachorowań - 19,6% - stanowił nowotwór gruczołu krokowego, a najrzadziej - 2% diagnozowany był nowotwór krtani [1]. Czynniki powodujące powstawanie nowotworów mogą być od nas niezależne, takie jak zanieczyszczenie środowiska lub wiek czy też płeć. Są jednak czynniki, na które mamy wpływ i możemy je zmienić, np. dieta. Dzięki zmianom w naszym stylu życia pacjent może zredukować ryzyko powstania nowotworów [2]. Należy pamiętać, że nie ma wspólnych i typowych objawów nowotworu. Każdy guz może dawać symptomy niespecyficzne i niecharakterystyczne. Wszelkie niepokojące objawy, które utrzymują się dłużej niż dwa tygodnie lub mają charakter nawracający powinny być niepokojącym znakiem [3].

Współcześnie choroba nowotworowa jest chorobą przewlekłą, co powoduje, że coraz więcej osób wymaga stałej opieki medycznej, w tym opieki pielęgniarstwa. W związku z szerokim spektrum objawów, jakie towarzyszą nowotworom oraz wieloma sposobami ich leczenia opieka wymaga specjalistycznego i zindywidualizowanego podejścia ze strony zespołu interdyscyplinarnego. Niewątpliwie kluczowa rola w tym zespole przypada pielęgniarce. To ją pacjent wybiera na osobę, z którą najczęściej rozmawia i od której oczekuje wsparcia. Pacjent z zaawansowaną chorobą nowotworową w momencie, gdy trafia do placówek medycznych liczy na pomoc oraz profesjonalne podejście personelu medycznego [4]. Przejście choroby w stadium zaawansowania jest bardzo ciężką sytuacją, która budzi wiele trudnych i różnych emocji nie tylko u pacjentów, ale również wśród opiekunów. Każdy pacjent ma unikalną osobowość, historię, uczucia, myśli, styl życia, czy też inne problemy, oczekiwania

i pragnienia. Sprostanie opiece dostosowanej do potrzeb każdego chorego wymaga od personelu wiedzy i doświadczenia [5].

Celem badania było przedstawienie problemów pielęgnacyjnych w opiece nad pacjentką z zaawansowaną chorobą nowotworową.

Materiał i metody badawcze. Materiał badawczy został pozyskany od 72-letniej pacjentki metodą studium indywidualnego przypadku. Techniki wykorzystane do zebrania informacji o pacjencie i jego środowisku to: wywiad, analiza dokumentów, obserwacja oraz pomiar. Do techniki pomiaru wykorzystano następujące skale: BMI (Body Mass Index) służące do wyrażania stosunku masy ciała do wzrostu, skalę natężenia bólu NRS (Numerical Rating Scale), skalę Barthel, która jest wykorzystywana do oceny sprawności ruchowej pacjenta, skalę Glasgow stosowaną w celu oceny poziomu przytomności, skalę Norton stosowaną do oceny ryzyka rozwoju odleżyn oraz pięciostopniową skalę Torrance'a wykorzystywaną do oceny zaawansowania stopnia odleżyn. Model opieki pielęgnarskiej zastosowany w opiece nad pacjentką to model Virginii Henderson. Autorka modelu ewidentnie wskazuje na kontynuowanie idei Florence Nightingale oraz korzystanie z piramidy potrzeb Abrahama Masłowa. W swoich rozważaniach podkreśla szczególne znaczenie przejawów podstawowej aktywności człowieka, podejmowanej na rzecz zdrowia, jego potęgowania, zapobiegania i przywracania poprzez zaspokajanie wyraźnie określonych potrzeb. Opis przypadku przygotowano na potrzeby pracy licencjackiej [6].

Opis przypadku. 72-letnia pacjentka S.R. została przyjęta na Oddział Neurologii i Leczenia Udarów Mózgu z powodu podejrzenia udaru mózgu. W roku 2018 u pacjentki podczas zabiegu usunięcia wyrostka robaczkowego zdiagnozowano złośliwy nowotwór wątroby. U kobiety zostało wprowadzone leczenie chemioterapeutyczne, które nie przyniosło pożądanego efektu. W badaniu kontrolnym przeprowadzonym w 2019 roku zostały wykryte złośliwe komórki nowotworowe w płucach. W roku 2020 u kobiety wykryto kolejne przerzuty komórek nowotworowych do kości. W chwili obecnej u pacjentki nie jest stosowane leczenie raka wątroby oraz występujących przerzutów do kości i płuc.

W dniu przyjęcia pobrano chorej krew i mocz do badań laboratoryjnych oraz przeprowadzono wywiad z użyciem kwestionariusza wywiadu. Pacjentce założono również wkłucie obwodowe na prawym grzbiecie dłoni. Z przeprowadzonego wywiadu wynika, że u chorej występują choroby współistniejące, takie jak nadciśnienie tętnicze oraz cukrzyca typu II. U pacjentki nie występują alergie na leki oraz pokarm. Masa ciała kobiety w dniu przyjęcia wynosiła 56 kg przy wzroście 156 cm. BMI wynosi 23,01, co wskazuje na wagę prawidłową. W momencie

przyjęcia pacjentki na oddział zmierzono parametry życiowe: temperatura ciała pacjentki wynosiła 36,5°C, ciśnienie tętnicze krwi wynosiło 135/71 mmHg, natomiast tętno pacjentki wynosiło 109 u/min oraz poziom glukozy, który wynosi 140 mg/dL.

U kobiety występuje duszność wysiłkowa, także podczas rozmowy, a duszności towarzyszy lęk. Oddech pacjentki jest splotycony, a częstość oddechów na minutę wynosi 22. Chora skarży się na dolegliwości bólowe w klatce piersiowej, które oceniała na 5 punktów w skali NRS.

U pacjentki występuje obrzęk kończyny górnej lewej.

Stan odżywienia kobiety jest prawidłowy, lecz zgłasza zmniejszony apetyt oraz wzmożone pragnienie. Pacjentka przyjmuje pokarm doustnie w formie diety przecieranej z powodu występujących trudności w połykaniu.

Z oceny sprawności wynika, że chora jest całkowicie zależna w czynnościach higienicznych oraz czynnościach dnia codziennego. Pacjentka jest leżąca, nie porusza się samodzielnie oraz występują u niej ograniczenia ruchomości w stawach. Według skali Barthel stosowanej do oceny sprawności, pacjentka otrzymała 5 punktów.

Kobieta podczas wywiadu w niektórych momentach stawała się nielogiczna oraz występowały u niej omamy wzrokowe. Oceniono przytomność chorej według skali Glasgow na 12 punktów.

U pani S.R. występuje niedowład kończyn górnych i dolnych.

Skóra pacjentki jest blada i wilgotna. Ryzyko odleżyn u chorej wynosi 10 punktów w skali Norton. Na kości krzyżowej u pacjentki występuje odleżyna III stopnia według skali Torrance'a. Odleżynę pacjentki zaopatrzone specjalistycznymi opatrunkami. Chora przy przyjęciu zgłaszała również dolegliwości bólowe obrzękniętej kończyny górnej lewej. Według skali NRS ból określany był przez pacjentkę na 7 punktów.

Kobieta na stałe przyjmuje następujące leki: Polpril 10 mg, Polocard 75 mg, Prazol 20 mg. Nastrój pacjentki w momencie przyjęcia jest obniżony.

Kobieta odczuwa niepokój o swój stan zdrowia oraz swoją rodzinę. Cała rodzina pacjentki jest ogromnie związana ze sobą, a chora dostaje bardzo duże wsparcie w walce z chorobą.

W kolejnym dniu obserwacji pacjentki przeprowadzono analizę dokumentacji medycznej dostarczonej przez chorą. Pacjentka w tym dniu w stanie ogólnym dobrym, dolegliwości bólowe w klatce piersiowej oraz kończyny górnej lewej określa na 6 punkty w skali NRS. U pacjentki została również wykonana tomografia komputerowa (TK), która wykluczyła wystąpienie udaru mózgu, natomiast potwierdziła oponiaka mózgu. Pacjentka została poinformowana o wyniku przeprowadzonego badania. Kobieta odczuwa niepokój, lecz chętnie podejmuje rozmowę z psychologiem oraz z personelem medycznym. Kobieta jest karmiona oraz wykonano u pacjentki wszelkie czynności dnia codziennego.

W trzecim dniu obserwacji u pacjentki zmierzono parametry życiowe i poziom glukozy oraz oceniono nasilenie występujących dolegliwości bólowych. Pobrano również chorej krew do laboratoryjnych badań kontrolnych. Pacjentka w dalszym ciągu ma obniżony nastrój, lęk o swój stan zdrowia zmniejszył się. Po otrzymaniu wyników badań laboratoryjnych kobieta została wypisana ze szpitala. Pacjentce przekazano wszelkie niezbędne zlecenia.

Plan opieki pielęgniarskiej

Diagnoza pielęgniarska 1: Dolegliwości bólowe w klatce piersiowej spowodowane zaawansowanym przebiegiem procesu chorobowego.

Cel: Zmniejszanie dolegliwości bólowych oraz poprawa komfortu życia pacjentki.

Działania pielęgniarskie:

- Monitorowanie oraz ocena natężenia bólu z wykorzystaniem skali NRS.
- Ocena objawów towarzyszących, które mogą nasilać ból.
- Kontrola parametrów życiowych pacjentki takich jak: ciśnienie tętnicze oraz tętno.
- Zastosowanie tlenoterapii w celu poprawy wentylacji.
- Ułożenie pacjentki w pozycji półwysokiej, ułatwiającej oddychanie.
- Zapewnienie chorej ciszy i spokoju.
- Podanie leków przeciwbólowych oraz odpowiednie nawadnianie pacjentki.

Ocena: Dolegliwości bólowe pacjentka ocenia na 5 punktów w skali NRS. Komfort życia pacjentki poprawił się. Problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 2: Ryzyko niedotlenienia organizmu spowodowane dusznością spoczynkową.

Cel: Poprawa wentylacji płuc pacjentki.

Działania pielęgniarskie:

- Zmniejszenie lęku występującego podczas duszności.
- Prowadzenie z pacjentką ćwiczeń oddechowych poprawiających wentylację płuc.
- Nauka efektywnego oddychania pomagająca chorej podczas napadu duszności.
- Ułożenie pacjentki w pozycji półwysokiej ułatwiającej oddychanie.
- Przeprowadzenie pielęgnacji jamy ustnej przynajmniej 2 razy dziennie.
- Utrzymanie stałego dostępu do świeżego i wilgotnego powietrza.
- Podanie pacjentce tlenu, aby zwiększyć wysycenie nim hemoglobiny.
- Kontrola gazometrii pacjentki.
- Obserwacja zabarwienia powłok skórnych.

Ocena: Wentylacja płuc pacjentki poprawiła się, lecz u pacjentki w dalszym ciągu występuje duszność spoczynkowa. Problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarstwa 3: Odleżyna III stopnia na kości krzyżowej spowodowana wyniszczeniem oraz długotrwałym unieruchomieniem.

Cel: Zapobieganie rozwojowi odleżyny oraz zmniejszenie rany. Wdrożenie profilaktyki przeciwoodleżynowej.

Działania pielęgniarstwa:

- Ocena odleżyny według skali Torrance’a.
- Oczyszczenie rany oraz zastosowanie nowoczesnych i specjalistycznych opatrunków.
- Pobranie wymazu z rany do badań bakteriologicznych.
- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki podczas zmiany opatrunków.
- Wykonywanie codziennych czynności higienicznych.
- Utrzymanie skóry pacjentki w czystości i suchości.
- Odpowiednie nawodnienie pacjentki doustnie i dożylnie.
- Używanie bielizny osobistej i pościelowej wytworzonych z naturalnych materiałów.
- Systematyczna zmiana pozycji ciała pacjentki, co najmniej co 2 godziny.
- Oklepywanie pacjentki, aby poprawić krążenie, co najmniej raz dziennie.

Ocena: Odleżyna nie powiększa się, a nowe odleżyny nie wystąpiły. Problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarstwa 4: Ryzyko wystąpienia powikłań zakrzepowo–zatorowych z powodu długotrwałego unieruchomienia.

Cel: Minimalizacja ryzyka, zapobieżenie wystąpieniu choroby zakrzepowo–zatorowej. Wczesne wykrycie objawów.

Działania pielęgniarstwa:

- Pomiar parametrów ciśnienia tętniczego, tętna oraz temperatury ciała pacjentki, co najmniej 4 razy na dobę.
- Współudział w rehabilitacji pacjentki.
- Zapewnienie przez pielęgniarkę utrzymania higieny osobistej pacjentki.
- Zmiana pozycji ciała pacjentki, co najmniej co 2 godziny.
- Oklepywanie pacjentki, co najmniej raz dziennie.
- Podanie leków przeciwzakrzepowych zgodnie z kartą zleceń lekarskich.

Ocena: Nie odnotowano objawów świadczących o wystąpieniu choroby zakrzepowo–zatorowej. Zalecana dalsza obserwacja pacjentki i działania zapobiegawcze.

Diagnoza pielęgniarska 5: Ryzyko wystąpienia hipoglikemii i hiperglikemii w przebiegu cukrzycy.

Cel: Kontrola oraz utrzymanie poziomu glikemii w normie.

Działania pielęgniarskie:

- Pomiar stężenia glukozy we krwi przed każdym posiłkiem.
- Prowadzenie karty obserwacji poziomu glukozy we krwi.
- Podanie insuliny w zależności od poziomu glukozy we krwi.
- Karmienie pacjentki przez pielęgniarkę podczas posiłków.
- Nawadnianie chorej doustnie i dożylnie.
- Wdrożenie diety cukrzycowej.
- Obserwacja pacjentki pod kątem wystąpienia objawów hipoglikemii i hiperglikemii.
- Edukacja rodziny pacjentki dotycząca objawów hipoglikemii i hiperglikemii oraz postępowania podczas ich wystąpienia.

Ocena: Poziom glukozy we krwi utrzymuje się w granicach normy. Problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 6: Obniżenie apetytu i ryzyko niedożywienia spowodowane procesem chorobowym.

Cel: Poprawa łaknienia, zapobieganie wystąpienia niedożywienia

Działania pielęgniarskie:

- Ocena stanu odżywienia chorej.
- Ustalenie zapotrzebowania na składniki odżywcze i witaminy przez dietetyka.
- Wprowadzenie odpowiedniej do stanu zdrowia diety uwzględniającej niezbędne składniki odżywcze, błonnik i witaminy, a także preferencje żywieniowe pacjentki.
- Podawanie chorej 4-5 posiłków, co 3-4 godziny.
- Podawanie odpowiedniej ilości płynów.
- Edukacja rodziny na temat odpowiedniego odżywiania chorej.

Ocena: Chora chętniej spożywa posiłki. Problem wymaga dalszej obserwacji

Diagnoza pielęgniarska 7: Dyskomfort pacjentki spowodowany bólem i obrzękiem kończyny górnej lewej.

Cel: Zmniejszenie bólu i obrzęku kończyny górnej lewej. Poprawa jakości życia pacjentki.

Działania pielęgniarskie:

- Stosowanie bielizny bezuciskowej z naturalnego włókna.
- Uniesienie kończyny z obrzękiem ku górze przy zastosowaniu udogodnień.

- Wykonywanie masażu limfatycznego obrzękniętej kończyny raz dziennie.
- Prowadzenie bilansu płynów u pacjentki.
- Podanie leków moczopędnych i przeciwbólowych zgodnie z kartą zleceń lekarskich.
- Zastosowanie okładów zmniejszających obrzęki 3 razy dziennie z kwasu bornego.
- Zniwelowanie bodźców powodujących zwiększenie dolegliwości bólowych.
- Zapewnienie ciszy i spokoju pacjentce.

Ocena: Ból i obrzęk kończyny górnej lewej zmniejszył się. Problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarstwa 8: Trudności w komunikowaniu się spowodowane występowaniem chwilowych omamów wzrokowych.

Cel: Stworzenie odpowiednich warunków umożliwiających i ułatwiających komunikowanie się chorej z otoczeniem.

Działania pielęgniarstwa:

- Liczenie się ze świadomością chorego i utrzymywanie z nim kontaktu werbalnego oraz niewerbalnego.
- Zaspokajanie potrzeb pacjenta z wyprzedzeniem, inicjowanie kontaktu i komunikacji.
- Okazywanie akceptacji, szacunku i empatii.
- Ułatwienie chorej utrzymania kontaktu z rodziną pacjentki.
- Przekazywanie jasnych komunikatów o rzeczywistości.
- Omówienie pacjentce każdej czynności przy niej wykonywanych.
- Podanie farmakoterapii zgodnie z kartą zleceń lekarskich.

Ocena: Komunikacja z pacjentką w dalszym ciągu chwilami jest utrudniona - problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarstwa 9: Brak możliwości samoobsługi i samopielęgnacji spowodowane niedowładem czterokończynowym.

Cel: Zaspokojenie wszystkich potrzeb życiowych pacjentki.

Działanie pielęgniarstwa:

- Wykonanie toalety całego ciała w łóżku 2 razy dziennie.
- Wykonanie toalety jamy ustnej 2 razy dziennie.
- Zmiana bielizny osobistej i pościelowej według potrzeb pacjentki.
- Stosowanie środków ochrony skóry pacjenta po każdej toalecie ciała.
- Oklepywanie pacjenta, co najmniej 2 razy dziennie.
- Karmienie pacjentki podczas posiłków oraz podawanie płynów.

- Stosowanie gimnastyki oddechowej, co najmniej 2 razy dziennie.
- Zmiana pozycji ciała pacjentki, co najmniej co 2 godziny.
- Współudział w rehabilitacji pacjentki.

Ocena: Wszystkie potrzeby życiowe pacjentki są zaspokojone. Problem wymaga dalszych działań.

Diagnoza pielęgniarska 10: Niepokój pacjentki o swój stan zdrowia oraz swoją rodzinę, spowodowany pogarszającym się jej stanem zdrowia.

Cel: Zapewnienie wsparcia pacjentce, dodanie otuchy oraz poprawa samopoczucia

Działania pielęgniarskie:

- Zapewnienie komfortu psychicznego pacjentce.
- Dostarczenie wszelkich informacji na temat hospitalizacji.
- W razie konieczności zapewnienie konsultacji z psychologiem.
- Omawianie wszelkich procedur wykonywanych przy pacjentce.
- Wsparcie pacjentki oraz okazywanie życzliwości.
- Wysłuchanie pacjentki oraz odpowiedzenie na wszelkie pytania, które są przez nią zadawane.
- Zapewnienie pacjentce kontaktu z rodziną.

Ocena: Niepokój pacjentki zmniejszył się - problem wymaga dalszej obserwacji.

Dyskusja. Z literatury przedmiotu wynika, iż mimo ciągłego rozwoju medycyny choroby nowotworowe stanowią nierozwiązany problem całego świata. Opieka pielęgniarska nad pacjentem z zaawansowaną chorobą nowotworową wymaga indywidualnego podejścia do chorego. Planując opiekę nad chorym w zaawansowanej fazie choroby, należy uwzględnić funkcjonowanie pacjenta w sferze biologicznej, społecznej, psychicznej i duchowej. Pacjenci onkologiczni przebywają na wielu oddziałach szpitalnych, dlatego tak ważna jest wiedza na temat postępowania z takimi chorymi [7,8,9,10]. U kobiety zaspokajano wszelkie jej potrzeby, które niwelują deficyty powstałe w sytuacji choroby i hospitalizacji. W proces leczenia włączono rodzinę pacjentki, gdzie zwrócono uwagę na deficyt wiedzy na temat cukrzycy typu II. W procesie leczniczym uczestniczyli również fizjoterapeuta oraz psycholog kliniczny.

U pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową ból jest jednym z najbardziej problematycznych i uciążliwych dla pacjenta objawów. Ból u chorych z chorobą nowotworową ma najczęściej charakter przewlekły i stały. Okresowo występują również bóle ostre i przebijające. Często występują w kilku lokalizacjach i są złożonym zjawiskiem będącym następstwem nakładania się różnych procesów, których zdiagnozowanie jest bardzo ważne ze

względu na wdrożenie skutecznych działań terapeutycznych nakierowanych na patomechanizm i lokalizację bólu. Do oceny stopnia natężenia bólu najczęściej wykorzystywana jest numeryczna skala NRS (Numerical Rating Scale), wizualno-analogowa skala VAS (Visual Analogue Scale) oraz skala słowna. W zależności od stanu ogólnego pacjenta oraz od stanu jego świadomości należy skorzystać z odpowiednich narzędzi [11,12,13,14]. Kobieta będąca źródłem zainteresowania autora zgłasza ból zlokalizowany w dwóch miejscach. Ból kończyny górnej lewej spowodowany procesem chorobowym oraz obrzękiem tej kończyny pacjentka ocenia w skali NRS na 6 punktów. Nasilenie bólu następuje w momencie wykonywania przy pacjentce czynności higienicznych oraz podczas przeprowadzania zajęć z fizjoterapeutą. U kobiety występuje również ból w klatce piersiowej spowodowany procesem chorobowym, który ocenia na 6 punktów w skali NRS. Ból nasila się podczas występowania duszności. U pacjentki zastosowano farmakoterapię oraz inne środki minimalizujące dyskomfort spowodowany bólem. Wszystkie czynności odniosły skutek w postaci zmniejszenia dolegliwości bólowych oraz poprawy komfortu życia pacjentki.

Z literatury przedmiotu wynika, że jednym z częstszych następstw związanych z zaawansowaną chorobą nowotworową jest żylna choroba zakrzepowo-zatorowa. Ważne jest, aby u pacjentów ocenić stopień ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej oraz wdrożyć profilaktykę i leczenie przeciwzakrzepowe [15]. U opisywanej kobiety występuje duże ryzyko żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej ze względu na długotrwałe unieruchomienie. Chora jest całkowicie zależna we wszystkich czynnościach higienicznych i dnia codziennego. U pacjentki wdrożona została farmakoterapia przeciwzakrzepowa oraz prowadzona jest rehabilitacja.

Częstym objawem u pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową są obrzęki, zazwyczaj trudne w leczeniu. Obrzęk towarzyszy wielochorobowości i ma złożone przyczyny. W opiece nad pacjentami w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej głównym celem leczenia obrzęków jest poprawa jakości i komfortu życia chorego. Podstawowym postępowaniem terapeutycznym jest fizjoterapia uzupełniana farmakoterapią [16]. U badanej pacjentki występuje dyskomfort spowodowany obrzękiem lewej kończyny górnej. Zastosowano u chorej wyższe ułożenie obrzękniętej kończyny z wykorzystaniem udogodnień oraz wykonano pacjentce masaż limfatyczny. U kobiety zlecono kontrole bilansu płynów oraz wszystkie czynności terapeutyczne uzupełniono o podanie pacjentce farmakoterapii.

Z materiałów naukowych wynika, iż choroba nowotworowa to trudny moment w życiu pacjenta i nie pozostaje to bez wpływu na stan emocjonalny. Jest to sytuacja trudna i nieprzewidywalna, której nagłe wystąpienie powoduje wytrącenie pacjenta z dotychczasowego trybu życia

i funkcjonowania. Wystąpienie zaawansowanej choroby nowotworowej przyczynia się do zmiany ról społecznych pełnionych przez chorego, inicjuje lęk oraz stres. Zarówno choroba jak i długotrwałe leczenie terapeutyczne narusza równowagę otoczenia jak i samego pacjenta [9,17]. U chorej będącej źródłem zainteresowania autora niniejszej pracy występuje lęk i niepokój o swój stan zdrowia oraz o swoją rodzinę. Kobieta potrzebuje ogromnego wsparcia rodziny. Zapewniono jej wsparcie i życzliwość oraz poinformowano, że może skorzystać z pomocy psychologa.

Pacjentka S.R. została objęta opieką pielęgniarską w trakcie hospitalizacji spowodowanej podejrzeniem udaru mózgu, który wykluczono w trakcie diagnostyki. W opiece pielęgniarskiej dominowały jednak problemy związane z chorobą nowotworową. Aktualnie kobieta przebywa w domu pod opieką rodziny oraz podstawowej opieki zdrowotnej.

Wnioski

1. Pomimo, iż pacjentka została przyjęta do szpitala z powodu podejrzenia udaru mózgu, to dominowały u niej problemy związane z toczącym się procesem nowotworowym. Celem opieki pielęgniarskiej było zmniejszenie występujących dolegliwości, zaspokajanie potrzeb dnia codziennego oraz wsparcie emocjonalne chorej.
2. Potrzeby pacjenta z zaawansowaną chorobą nowotworową powinny stać zawsze na pierwszym miejscu. Rozpoznanie i realizacja procesu pielęgnowania muszą być oparte o holistyczną opiekę pielęgniarską, która nie polega tylko na zaspokajaniu potrzeb biologicznych, ale również na zadbaniu o sferę psychiczną, społeczną i duchową pacjenta.
3. W procesie pielęgnowania wykorzystano model Virginii Henderson, który zakłada, że potrzeby ludzi są wspólne dla wszystkich, jednak ważne jest, aby ostateczny ich zakres warunkowany był indywidualnie. W prezentowanym przypadku, w celu zaspokojenia wszystkich potrzeb chorej, rola pielęgniarki zmieniała się od pełnienia roli partnera, poprzez pomocnika, aż do bycia środkiem zastępczym.
4. Nie wszystkie problemy pielęgnacyjne pacjentki zostały rozwiązane, chora nadal wymaga obserwacji i opieki pielęgniarskiej.

Bibliografia

1. Wojciechowska U., Didowska J., Michałek I. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2018 r. Cancer in Poland in 2018. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2020
2. Śliż D. Medycyna stylu życia w prewencji chorób nowotworowych. [w:] Śliż D., Mamcarz A. (red.). Medycyna stylu życia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2019, str. 462-466
3. Jakie są najczęstsze objawy raka? <https://www.zwrotnikraka.pl/jakie-sa-objawy-raka/> [dostęp 19.03.2022]

4. Kaptacz A. Rola pielęgniarki we wsparciu psychicznym. [w:] Kaptacz A., de Walden-Gałuszko K. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017, str. 341-343
5. Olszewska M. Hospicjum, jako miejsce holistycznej opieki. Pielęgniarstwo i zdrowie publiczne, 2014; 4, 2: 177–182
6. Karpierz I. Holistyczna opieka pielęgniarska nad pacjentem z zaawansowaną chorobą nowotworową w oparciu o opis przypadku. Niepublikowana praca dyplomowa licencjacka. Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Głogowie, Głogów 2021.
7. Szabat M. Wartości moralne zawarte w Kodeksie Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej w świetle medycznych modeli komunikacyjnych. Pielęgniarstwo XXI wieku, 2015; 4 (53): 103-107
8. Filej B., Kaučič B. M., Žvanut B i in. Holistic treatment of the patient in palliative care- The nurses view. Pielęgniarstwo XXI wieku, 2016; 15, 4(57): 42-47
9. Deręgowska J. Coaching jako wyraz otwartości na potrzeby pacjenta chorego onkologicznie. Pielęgniarstwo Polskie, 2016; 3(61): 431-438
10. Stejka B., Zera A., Krupienicz A. Opieka pielęgniarska nad pacjentem w terminalnej fazie raka prostaty - studium przypadku. Pielęgniarstwo Polskie, 2019; 4 (74): 431–435
11. Farbicka P., Szwedziński P., Ślęzak D. i in. Stany zagrożenia życia u pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową. Pielęgniarstwo w stanach nagłych, 2019; 1: 24-29
12. Wach E. Rola pielęgniarki w leczeniu pacjenta z bólem nowotworowym. Magazyn pielęgniarki i położnej, 2019; 6
13. Ciałkowska-Rysz A., Dzierżanowski T. Zasady leczenia bólu nowotworowego oraz praktycznego aspektu terapii. [w:] Ciałkowska-Rysz A., Dzierżanowski T. (red.). Medycyna Paliatywna. Termedia, Poznań 2019, str. 90-93
14. Komendarek-Kowalska M. Jakość życia pacjenta z chorobą nowotworową. Ból i depresja – nasilenie objawów w zależności od płci. Medycyna Paliatywna, 2018; 10 (1)
15. Strzelczyk J., Strzyżewska P. Profilaktyka i leczenie powikłań zakrzepowo-zatorowych u pacjentów z chorobą nowotworową. Kardiologia w praktyce, 2020; Vol. 14, Nr 3-4(53-54): 3-14
16. Grądalski T. Obrzęk związany z zaawansowanymi schorzeniami – przyczyny, rozpoznanie i postępowanie lecznicze w opiece paliatywnej i hospicyjnej. Medycyna Paliatywna, 2019; 11(1): 1–8
17. Pękała M., Kozaka J. Jakość życia chorych na raka płuca. Psychoonkologia 2016; 20 (2): 90–97

Zastosowanie ciągłej techniki nerkozastępczej u pacjenta intensywnej terapii

Jolanta Kolonko, Katarzyna Pietraszko-Kamińska

Wstęp. Ostre uszkodzeniu nerek- AKI (acute kidney injury) występuje nawet u 15% pacjentów oddziałów intensywnej terapii (OIT). Cechą charakterystyczną jest występowanie tego zespołu razem z niewydolnością innych narządów co dodatkowo pogarsza rokowanie chorego. Wdrożenie w optymalnym dla pacjenta czasie, leczenia nerkozastępczego - RRT (renal replacement therapy) skutecznie koryguje zaburzenia metaboliczne oraz wodno-elektrolitowe wynikające z upośledzonej funkcji nerek. Podstawowymi kryteriami do rozpoczęcia RRT w AKI są: przewodnienie niereagujące na leczenie diuretykami; oporna na leczenie hiperkaliemia; kwasica metaboliczna; kliniczne objawy mocznicy (mocznicowe zapalenie osierdzia, encefalopatia mocznicowa, mocznicowa skaza krwotoczna); zatrucie substancjami endotoksycznymi, które podlegają dializie; rabdomioliza.

Najczęstszym czynnikiem etiologicznym ostrego uszkodzenia nerek na oddziałach intensywnej terapii jest zespół ciężkiej sepsy i wstrząs septyczny [1-4]. Ciągłe techniki nerkozastępcze – CRRT (continuous renal replacement therapy) - są efektywną metodę leczenia nerkozastępczego w OIT stosowaną na świecie już od roku 1977 przez Kramera, który jako pierwszy zastosował do leczenia przewodnienia dializator polisulfonowy i ciągłą samoistną hemofiltrację tętniczo-żylną. W Polsce tę metodę zastosowano po raz pierwszy we Wrocławiu w 1983 roku [5]. Ciągłe techniki nerkozastępcze należą do terapii pozaustrojowych których celem jest oczyszczenie krwi ze szkodliwych produktów przemiany materii. Z założenia prowadzone są przy „łóżku” chorego w sposób nieprzerwany, 24 godziny na dobę. [6,7]. Pozwalają na powolny, równomierny proces wyrównywania zaburzeń biochemicznych, precyzyjną kontrolę wolemii jak również pozwalają na odżywianie chorego bez konieczności ograniczania dowozu płynów (żywienie dojelitowe, pozajelitowe). Umożliwiają także usuwanie mediatorów reakcji zapalnej [8].

Już sama procedura podłączenia pacjenta do tzw. sztucznej nerki jest kilkuetapowa i wymaga od personelu medycznego dobrego przygotowania teoretycznego i praktycznego. Cały proces trwania CRRT podlega ciągłej i systematycznej kontroli. Obszarami które wymagają stałego nadzoru są:

- stan kliniczny pacjenta (monitorowane podstawowe parametry życiowe: EKG, akcja serca, miarowość, ciśnienie tętnicze krwi, temperatura ciała, saturacja, masa ciała),

- dostęp naczyniowy do dializ (zapobieganie przypadkowemu wysunięciu, zagięciu, wykrzepianiu krwi, skuteczność antykoagulacji, opatrunek, zapobieganie zakażeniu, właściwa eksploatacja),
- kontrola sprawności aparatu do technik nerkozastępczych (zestaw do CRRT - hemofiltr, układ drenów, wymagane płyny; *substytucyjny, dializacyjny, 0,9% NaCl* zlecony antykoagulant, kasetta z układem drenów, drobny sprzęt, szczelność układu) i nastawionych przez lekarza parametrów technicznych prowadzonego zabiegu (np. ciśnienie przezbłonowe w hemofiltrze, przepływ płynów dializacyjnych, ilość ultrafiltracji itd.),
- wyniki badań laboratoryjnych morfologia (stężenie hemoglobiny, wartość hematokrytu, liczba płytek krwi), układ krzepnięcia (INR, APTT, fibrynogen), elektrolity (potas, sód, wapń), gazometria krwi tętniczej, parametry nerkowe (mocznik, kreatynina), panel wątrobowy (AspAT, AlAT, GGTP, bilirubina) [6,7]

Metodami terapii nerkozastępczej stosowanymi na oddziale intensywnej terapii są:

- ciągła hemofiltracja tętniczo-żylna (CAVH – continuous arterio-venous hemofiltration),
- ciągła hemofiltracja żylna-żylna (CVVH – continuous veno-venous hemofiltration),
- ciągła hemodiafiltracja żylna-żylna (CVVHDF – continuous veno-venous hemodiafiltration),
- ciągła hemodializa żylna-żylna (CVVHD – continuous veno-venous hemodialysis),
- ciągła wolna ultrafiltracja żylna-żylna lub tętniczo-żylna (SCUF – slow continuous ultrafiltration).

Współcześnie - ciągłe techniki nerkozastępcze – CRRT stanowią standard w leczeniu krytycznie chorych.

Cel pracy. Dzięki postępowi, który dokonał się w medycynie klinicznej, biotechnologii znacznie zwiększyły się możliwości prowadzenia skutecznej terapii nerkozastępczej u pacjentów w stanie krytycznym leczonych w OIT np z sepsą, niewydolnością wielonarządową. Techniki ciągłe terapii nerkozastępczej stanowią jeden z filarów leczenia pacjentów niestabilnych hemodynamicznie, którzy nie tolerują leczenia przerywanymi hemodializami lub ich aktualny stan kliniczny na to nie pozwala. W poniższej pracy przedstawiono przykład zastosowania CRRT u pacjenta z rozpoznaniem wstrząsem septycznym leczonym w OIT.

Material i metody. Metodą badawczą, która została wykorzystana podczas pisania pracy jest analiza indywidualnego przypadku medycznego. Zastosowane zostały techniki takie jak:

- obserwacja
- pomiar parametrów życiowych
- analiza dokumentacji medycznej np. wyniki badań laboratoryjnych
- analiza piśmiennictwa.

Opis przypadku. Schorowany 59-letni mężczyzna został przyjęty do OIT z powodu objawów wstrząsu septycznego z postępującą niewydolnością wielonarządową. Pierwotnie był hospitalizowany w Oddziale Hematologii celem wykonania kolejnego cyklu chemioterapii.

Chory zaczął gorączkować, stopniowo wzrastały markery stanu zapalnego (CRP- *białko c reaktywne* 418,14 mg/l, norma do 5.00; Interleukina 6 > 5000 pg/ml, norma u dorosłych <7, prokalcytonina 12,39 ng/ml, norma u dorosłych <0,5). Pomimo wdrożonej empirycznej antybiotykoterapii, stan ogólny chorego pogorszał się.

Podczas przyjęcia do OIT mężczyzna był przytomny, w ograniczonym kontakcie słownym, niewydolny krążeniowo z ciśnieniem tętniczym 70/50 mmHg, niemierną akcją serca z migotaniem przedsionków 140 uderzeń/min., saturacją 88%. W trakcie przekładania pacjenta z kozetki na stanowisko (łóżko OiT), doszło do zatrzymania krążenia w mechanizmie PEA (Pulseless Electrical Activity – PEA – brak skutecznej hemodynamicznie czynności serca przy stwierdzonej czynności elektrycznej). Podjęte, krótkotrwałe czynności resuscytacyjne okazały się skuteczne. Chory podczas resuscytacji został zaintubowany (rozmiar rurki intubacyjnej 8,0; obwiązana na kąci ust na 21 cm), wdrożono wentylację w systemie BIPAP (Bilevel positive airway pressure) z podażą 65% stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej (FiO₂).

Choremu założono wkłucie centralne (czterokanałowe typu Arrow) do żyły podobojczykowej prawej, układ krążenia wsparto wlewem noradrenaliny w początkowej dawce 0,07µg/kg/minutę, następnie 0,3µg/kg/minutę uzyskując ciśnienia rzędu 110/60mmHg. Włączono sedację Dexdorem w dawce 0,7 µg/kg/minutę przy której pacjent pozostawał spokojny. Dodatkowo założono czasowe, dwuświatłowe wkłucie dializacyjne do żyły udowej. Pobrano badania laboratoryjne (morfologię z rozmazem, poziom kreatyniny, mocznika, AspAT i ALAT, APTT, INR, CRP, Interleukinę 6, mioglobinę, troponinę, poziom elektrolitów- sód, potas a także wapń, fosfor i magnez) i mikrobiologiczne (wymazy z nosa, odbytu, aspirat z dróg oddechowych, posiewy moczu oraz krwi tętniczej i żyłnej), kontynuowano szerokospektralną antybiotykoterapię (imipenem i wankomycyna).

Chory był przytomny, nawiązywał prosty kontakt. Z uwagi na poziom hemoglobiny 6,9 g/dl, przetoczono 2 jednostki KKCz (Koncentrat krwinek czerwonych, gr A Rh ujemny) bez powikłań.

W kolejnej dobie pacjent był nadal w stanie klinicznym bardzo ciężkim. Utrzymano kooperatywną sedację Dexdorem oraz wentylację mechaniczną w systemie BIPAP, kontynuowano infuzję noradrenaliny. Obserwowano hipotonię ze spadkiem ciśnienia do 70/50 mmHg pomimo sukcesywnego zwiększania dawki aminy presyjnej do 1,0 µg/kg/minutę. W związku z anurią i ciężką kwasicą metaboliczną (mleczanową, ze wzrostem stężenia kwasu mlekowego w surowicy do 10 mmol/l), wdrożono ciągły zabieg nerkozastępczy CVVHDF bez antykoagulacji (skaza płytkowa). Dodatkowo na 4 godziny klasyczny zabieg nerkozastępczy połączono z hemoperfuzją z użyciem adsorbera cytokin zapalnych.

W kolejnych dobach stan pacjenta ulegał stopniowej stabilizacji, co pozwalało na redukcję dawek noradrenaliny i ostateczne odstawienie jej w 10 dobie pobytu w OAiIT. Obserwowano stopniową normalizację wykładników stanu zapalnego (CRP 70,7 mg/l) oraz wycofywanie się zmian radiologicznych w płucach. Intensyfikacja działań zaowocowała poprawą stanu ogólnego pacjenta i spadkiem markerów zapalnych i nerkowych w kolejnych dobach (CRP 40,04 mg/l, prokalcytonina 5 ng/ml, Interleukina 6 43 pg/ml).

Dyskusja. Sepsa (łac. *sepsis*) nazywana także posocznicą, jest gwałtowną, uogólnioną reakcją zapalną organizmu na zakażenie, wywołaną przez krążące we krwi drobnoustroje, najczęściej bakterie oraz ich toksyny. Substancje wydzielane przez układ odpornościowy powodują uogólniony odczyn zapalny a także zwiększenie przepuszczalności naczyń oraz skłonność do zakrzepów [10-12]. Wstrząs septyczny rozwija się z chwilą wyczerpania mechanizmów kompensacyjnych organizmu chorego, kiedy dysproporcja między zapotrzebowaniem, a dostarczeniem dostatecznej ilości krwi niosącej tlen i substancje odżywcze do komórek prowadzi do upośledzenia funkcji i niewydolności wielu ważnych dla życia narządów, co skutkuje niewydolnością wielonarządową

Sepsa uważana była za główną przyczynę ponad 50% przypadków ostrej niewydolności nerek na oddziale intensywnej terapii – 2017 rok [3,10]. Sądzone, że zasadniczą przyczyną tego schorzenia jest zmniejszenie nerkowego przepływu krwi związane z hipotensją, a być może także działaniem leków obkurczających naczynia. W ostatnich latach coraz więcej badań wskazuje, że w sepsie nerkowy przepływ krwi może być utrzymany lub nawet zwiększony, a zasadnicze znaczenie ma zaburzenie dystrybucji przepływu krwi i uszkodzenie komórek cewek wskutek aktywacji reakcji zapalnej. Krążące cytokiny powodują zwiększenie

wewnątrzkomórkowej ekspresji genów prozapalnych, zarówno w śródbłonku, jak i w komórkach kłębuszków i cewek nerkowych [3,10-12].

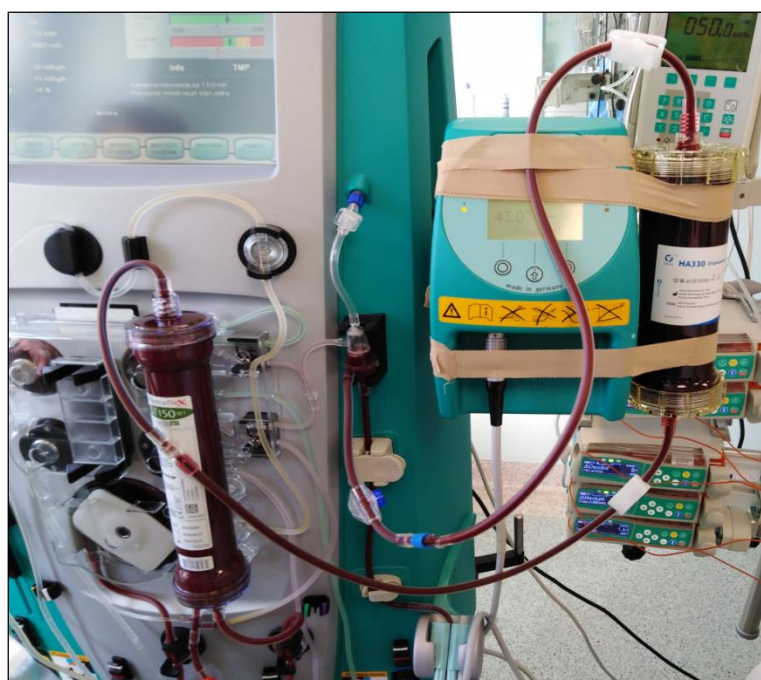
We wstrząsie septycznym nadmierna i niekontrolowana aktywacja reakcji zapalnej jest najczęstszą przyczyną zaburzeń czynności poszczególnych narządów i rozwoju zespołu niewydolności wielonarządowej (MODS, Multiple Organ Dysfunction Syndrome). Uwalniane przez patogeny toksyny powodują aktywację komórki śródbłonka naczyń krwionośnych, leukocyty oraz makrofagi do produkcji i uwalnianie mediatorów zapalenia, takich jak cytokiny, które działają cytotoksycznie w znacznym stopniu upośledzając naturalną odporność organizmu. Mediatorzy reakcji zapalnej odgrywają więc kluczową rolę w patofizjologii wstrząsu septycznego i MODS, a ich neutralizacja i blokowanie efektu toksycznego na komórki organizmu od dawna jest przedmiotem wielu badań klinicznych. Rozwiązaniem pozwalającym na skuteczne usunięcie mediatorów reakcji zapalnej oraz toksyn bakteryjnych u pacjentów we wstrząsie septycznym stanowi pozaustrojowe oczyszczanie krwi za pomocą filtrów adsorpcyjnych [3, 10-12].

Hemoadsorpcja jest metodą zmniejszającą stężenia mediatorów w organizmie, tym samym ograniczającą ogólnoustrojową reakcję zapalną. Jest to również metoda pozaustrojowego oczyszczania krwi ze szkodliwych związków w wyniku ich „osadzania” na substancjach adsorbujących [11,12]. Proces adsorpcji polega na wiązaniu związków do powierzchni adsorbenta w wyniku interakcji fizykochemicznej (np. wiązania hydrofobowe, jonowe, pole magnetyczne) lub biologicznej (np. wiązanie antygen–przeciwciało). Kolumny adsorpcyjne stosowane w medycynie są wypełnione węglem aktywowanym albo porowatą substancją syntetyczną w postaci ziaren lub włókien. Węgiel ten formowany jest jako granulaty, a każda granulka pokryta jest błoną półprzepuszczalną. Granulaty umieszczane są w pojemnikach w kształcie dwóch piramid, co ułatwia równomierny przepływ krwi. W Polsce najczęściej stosowane są kolumny węglowe Adsorba 150 i 300, które mogą być użyte tylko jeden raz i nie dłużej niż przez 4 godziny [10,11,12].

Zabieg CVVHDF z hemoadsorbacją z użyciem filtra HA330 przedstawia ryc.1 i 2.



Ryc.1. Filtr do hemoadsorbcji HA330 [mat.własne]



Ryc.2. Zabieg CVVHDF z hemoadsorbcją z filtrem HA330 [mat. własne]

Adsorbery do eliminacji endotoksyn bakteryjnych wykorzystywane są u chorych z zapaleniem otrzewnej, z potwierdzoną endotoksemią, do eliminacji mediatorów reakcji zapalnej u pacjentów septycznych, niezależnie od rodzaju patogenu będącego przyczyną zakażenia i niezależnie od miejsca zakażenia. Dobre efekty obserwowano podczas stosowania hemoadsorbcji w przypadkach zatruc: tetrachlorkiem węgla, teofiliną, salicylanami, fenobarbitalem, karbamazepiną i mieszanych [3,11,12]. Podczas zabiegu może dojść do przejściowych objawów hipoglikemii, trombocytopenii oraz leukopenii co stwarza konieczność częstej kontroli glikemii, morfologii oraz czasów krzepnięcia krwi u pacjenta [11,12]. Należy

również pamiętać, że obok zamierzonego efektu eliminacji określonej substancji na sorbentach mogą osadzać się inne związki, takie jak aminokwasy, hormony i czynniki krzepnięcia krwi. W randomizowanej próbie klinicznej przeprowadzonej na 10 włoskich oddziałach intensywnej opieki medycznej w okresie od grudnia 2004 do grudnia 2007 na 64 pacjentach z ciężką posocznicą lub wstrząsem septycznym, którzy przeszli pilną operację z powodu zakażenia w obrębie jamy brzusznej, u których zastosowano filtr adsorpcyjny, uzyskano zmniejszenie śmiertelności do 32% w porównaniu z 53% w grupie kontrolnej, co spowodowało wstrzymanie badań. Uznano bowiem, iż nieetyczne byłoby pozbawianie pacjentów z grupy kontrolnej ratującej życie terapii adsorpcyjnej [3,10,12].

Rozwój intensywnej terapii stawia przed specjalistami tej dyscypliny nowe wyzwania. Jedną z konsekwencji jest konieczność zastosowania aparatury zastępującej funkcję nerek, niezbędnej do leczenia chorych w ciężkim stanie ogólnym. Obok respiratora, CRRT jest powszechnie używanym narzędziem, pomocnym w przywracaniu homeostazy u chorych z niewydolnością wielonarządową na OIT. Nowe pozaustrojowe terapie są aktualnie bezpiecznie stosowane w celu wspomaganie funkcji narządów u krytycznie chorych. Dostępne urządzenia pozwalają na prowadzenie terapii nerkozastępczej, wspomagając jednocześnie kilka niewydolnych narządów. Terapie pozaustrojowe umożliwiły poprawę jakości życia po intensywnej terapii, zmniejszając liczbę chorych dotkniętych przewlekłą niewydolnością nerek po opuszczeniu oddziału. Stosowane od wielu lat terapie CRRT wymusiły na personelu OIT ciągłe doskonalenie zawodowe.

Wnioski.

- Zastosowanie CRRT u pacjenta OIT z rozpoznaniem wstrząsem septycznym i postępującą niewydolnością wielonarządową umożliwiło poprawę stanu klinicznego chorego.
- Prowadzenie ciągłych terapii nerkozastępczych w OIT wymusza zdobycie wysokospecjalistycznej wiedzy i umiejętności praktycznych przez lekarzy i pielęgniarki.
- Zapewnienie skutecznego leczenia nerkozastępczego w OIT wymaga: współpracy personelu medycznego, systematycznej obserwacji chorego oraz samej techniki CRRT.

Bibliografia

1. Kanagasundaram NS, Paganini EP. Acute renal failure on the intensive care unit *Clinical Medicine* 2005;5:435-40. DOI: <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.5-5-435>

2. Wiórek A, Krzych Ł J. Optymalny czas włączenia terapii nerkozastępczej *Anestezjologia i Ratownictwo* 2018;12: 144-152.
3. Lango R, Kusza K, redaktorzy. *Pozastrojowe oczyszczanie krwi na Oddziale Intensywnej Terapii*. Via Medica, Gdańsk 2017.
4. Walatek B. Ocena rokowania odległego u chorych z przebytą ostrą niewydolnością nerek – wybrane czynniki rokownicze/ *Rozprawa doktorska*. UJ Kraków 2006; 6.
5. Nowak-Kózka I. Ciągłe leczenie nerkozastępcze. W: Dyk D, Gutysz-Wojnicka A, redaktorzy. *Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki*. PZWL.2018; 152-164.
6. Nowak I, Seczyńska B, Segal A, Władimiruk A, Szczeklik W. The role of nurse in management of continuous renal replacement therapies in intensive care unit. *Nursing Problems / Problemy Pielęgniarstwa*. 2016;24(2):153-156. doi:10.5603/PP.2016.0025.
7. Deepa C, Muralidhar K. Renal replacement therapy in ICU. *Journal Anaesthesiology Clinical Pharmacology* 2012; 28(3): 386–396. doi: 10.4103/0970-9185.98357.
8. Rutkowski B, redaktor. *Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarskiej*. Via Medica, Gdańsk 2013.
9. *Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Acute Kidney Injury Work Group*. KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury. *Kidney Int. Suppl.*2012;2:1-138.
10. Kupiec A, Guziński M, Chalasiewicz A, Adamik B, Duszyńska W. Zapalenie płuc o etiologii Legionella pneumophila leczone w oddziale intensywnej terapii z zastosowaniem pozaustrojowej eliminacji toksyn. *Forum zakażeń* 2014;5(6):401-405.
11. Kade G, Spaleniak S. Rola błon o wysokim punkcie odcięcia w leczeniu nerkozastępczym ostrego uszkodzenia nerek w przebiegu sepsy-aktualny stan wiedzy. *Polski Merkuriusz Lekarski* 2018;45(267):99-101.
12. Kübler A. Pozastrojowe oczyszczanie krwi w sepsie. *Zakażenia XXI wieku* 2019;2(3):115-119.

Wpływ leczenia przeciwwirusowego na odległe skutki zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C

Sylvia Głowala

Wstęp. Leczenie przeciwwirusowe zakażeń HCV jest ważnym aspektem kształtującym sytuację epidemiologiczną. Zanim pojawiły się wysoce skuteczne DAAs podstawą leczenia chorych z PWZW typu C był interferon. Jednak terapia interferonowa nie dość, że była mało skuteczna, to liczne przeciwwskazania, skutki uboczne, względy ekonomiczne czy kontrowersyjny brak wskazań do leczenia wykluczały z możliwości leczenia większość chorych. Naturalną konsekwencją tego stała się rosnąca liczba odległych powikłań PWZW typu C.

Rewolucja jaka dokonała się po wprowadzeniu DAA pozwala ograniczyć następstwa zakażenia takie jak marskość i rak wątrobowokomórkowy. Jednocześnie, ograniczając tym samym liczbę przeszczepień wątroby z powodu HCV i zmniejsza koszty społeczne.

Obciążenie odległymi skutkami zakażenia HCV – pomimo imponującej skuteczności terapii bezinterferonowej – nadal budzi duże zainteresowanie w świecie nauki. Dowodem na to jest lawinowo rosnąca liczba publikacji związanych z tym tematem [1-8]. Wskazanie korzyści płynących z powszechnej dostępności do terapii DAAs powinno prowadzić do zwiększenia alokacji środków na terapię bezinterferonowe [9-11].

Celem pracy jest przegląd literatury na temat wpływu leczenia przeciwwirusowego na odległe skutki zakażenia HCV.

Leczenie interferonowe. Leczenie PWZW typu C ma na celu eliminację wirusa, zatrzymanie lub regresję zmian histologicznych, zredukowanie ryzyka rozwoju marskości wątroby i HCC oraz wyeliminowanie potencjalnych źródeł nowych zakażeń [12].

Zanim rozpoczęła się era DAAs fundamentem terapii PWZW typu C był interferon α (INF α). W przypadku 24-tygodniowej terapii INF α , skuteczność leczenia wynosiła około 6%. Wydłużenie czasu terapii do 48 tygodni poprawiało skuteczność do około 16% [13].

Przyłączenie do terapii interferonowej rybawiryny, syntetycznego analogu nukleozydowego (guaninowego), zwiększyło liczbę pacjentów osiągających SVR. Pomimo iż działanie przeciwwirusowe rybawiryny stosowanej w monoterapii nie różniło się od placebo, to w połączeniu z INF α , po 24 tygodniach leczenia, częstość SVR wzrosła do 34%, a po 48 tygodniach leczenia, wynosiła około 42% [14].

Kolejnym posunięciem w kierunku ulepszenia dotychczasowej terapii była pegylacja interferonu polegająca na połączeniu interferonów $\alpha 2a$ i $\alpha 2b$ z cząsteczką glikolu polietylonowego. Dzięki tej modyfikacji wydłużono okres półtrwania leku, co umożliwiło przyjmowanie go jeden raz w tygodniu oraz poprawiło skuteczność leczenia. Monoterapia pegylovanym interferonem α (PegINF α) przez 48 tygodni przyniosła około 39% skuteczności, a w połączeniu z rybawiryną 54%-56%, w zależności od obecności czynników prognostycznych.

Do czynników korzystnie wpływających na odpowiedź na leczenie INF należały: młody wiek, płeć żeńska, pochodzenie nie-Afroamerykańskie oraz niski stopień zaawansowania włóknienia w momencie rozpoczęcia leczenia [15].

Oprócz predyktorów leczenia leżących po stronie gospodarza wyróżniało się również wirusowe, do których należał m. in. genotyp HCV. W odniesieniu do terapii interferonowej, najtrudniejszy w leczeniu był genotyp 1 i 4. Widać to było wyraźnie w badaniach klinicznych, w których odsetek SVR, u pacjentów zakażonych genotypem 2 albo 3, wynosił 76%-82%, a u pacjentów zakażonych genotypem 1, kształtował się na poziomie niemal dwukrotnie mniejszym (42%-46%) [16].

Jak podaje Strader, ze względu na selekcję kandydatów do badań klinicznych, nie można było odnieść wskaźników SVR do całej populacji zakażonych HCV. Chorzy z PWZW typu C, włączani do badań klinicznych z wykorzystaniem interferonu, stanowili grupę starannie dobranych pacjentów, między innymi pod kątem kwalifikacji do leczenia interferonowego. Na tym etapie niemal 1/3 chorych była dyskwalifikowana z udziału w badaniach, np. z powodu przeciwwskazań do leczenia INF i/lub RBV. Oddzielną grupę stanowili również chorzy zakwalifikowani do leczenia, którzy zmuszeni byli przerwać leczenie ze względu na skutki uboczne terapii [17].

Cytując Strader, kryteria wyłączenia z badań klinicznych nad terapią interferonową obejmowały: wiek <18 lat, wiek >65 lat, prawidłową aktywność ALT, niskie stężenie hemoglobiny (<12-13%), leukopenię, neutropenię, trombocytopenię, zdekompensowaną chorobę wątroby, stężenie bilirubiny >2,0 mg/dL, stężenie albumin <3,5 g/dL, czas protrombinowy >2 s, stężenie kreatyniny >1,5 mg/dL, stężenie alfafroteiny >50 ng/dL, obecność przeciwciał anty-HIV, czynne zakażenie HBV, depresję, choroby psychiczne, chorobę niedokrwinną serca, chorobę niedokrwinną mózgu, choroby neurologiczne, padaczkę, uzależnienie od alkoholu, dożylne przyjmowanie narkotyków, leczenie matadonem, hemofilię, choroby z autoagresji, upośledzenie umysłowe [17].

Osoby z wyżej wymienionym kryterium były wyłączone z badań, co nie bez wpływu pozostawało na ich późniejszą kwalifikację do leczenia.

Część wyżej wymienionych kryteriów było również na liście przeciwwskazań do terapii interferonowej, która według rekomendacji PGE HCV z 2015 roku obejmowała: nadwrażliwość na interferon lub na którąkolwiek substancję pomocniczą, niewyrównaną marskość wątroby, choroby z autoagresji, stan po przeszczepie wątroby bądź innego narządu, kwalifikację do przeszczepienia wątroby, niestabilną chorobę serca, zespół metaboliczny oraz trudną do leczenia cukrzycę, depresję, myśli samobójcze lub udokumentowane badaniem psychiatrycznym próby samobójcze, chorobę tarczycy przebiegającą z nieprawidłowymi wartościami TSH, anemię, małopłytkowość, neutropenię z bezwzględną liczbą neutrofilii <1500/dL.

Do skutków ubocznych leczenia interferonem zalicza się: zaostrzenie istniejącej uprzednio choroby towarzyszącej, schorzenie autoimmunologiczne, spadek wyjściowej masy ciała o więcej niż 20%, depresję, próby bądź myśli samobójcze, zaburzenia czynności tarczycy, anemię, małopłytkowość, agranulocytozę [18].

Działania uboczne to, oprócz stosunkowo niewielkiej skuteczności i wysokich kosztów, największe wady terapii interferonowych. I chociaż rok 2011 zapoczątkował rozwój leków bezpośrednio działających na wirusa przez dołączenie do Peg-INF i rybawiryny inhibitora proteazy NS3 I generacji, boceprewiru lub telaprewiru, to ze względu na liczne działania niepożądane nie można było jeszcze mówić o sukcesie medycyny na tym polu. Prawdziwy przełom dokonał się w 2014 roku, kiedy zastosowano DAA drugiej generacji – sofosbuvir – inhibitor polimerazy NS5B w schemacie z rybawiryną. Po raz pierwszy zastosowano terapię z wyłączeniem interferonu i była to całkowicie doustna postać terapii PWZW typu C. W badaniach klinicznych nad skutecznością nowych leków o bezpośrednim działaniu na wirusa trwałą odpowiedź wirusologiczną osiągnęło ponad 90% uczestników badania zakażonych Gt1. We wspomnianym badaniu mniej niż połowa uczestników odczuwała zmęczenie. Niewiele ponad 27% chorych odczuwało ból głowy a około 18% uczestników nudności. Jedynie 2,1% chorych nie ukończyło badania z powodu skutków ubocznych. Czas stosowania określono na 12 tygodni. W nielicznych uzasadnionych przypadkach wydłużano leczenie do 24 tygodni z pozytywnym wynikiem [19].

Ze względu na ówczesny koszt terapii lekami bezpośrednio działającymi na wirusa ich stosowanie zostało poważnie ograniczone przez ubezpieczycieli. W Polsce leczenie PWZW typu C odbywa się w ramach Programu Lekowego. Pojawienie się na rynku medycznym leków

generycznych, posiadających taką samą skuteczność jak leki oryginalne, zwiększyło liczbę leczonych w niektórych krajach [20].

W Polsce pacjenci z PWZW typu C otrzymują bezpłatną terapię przeciwwirusową wyłącznie w ramach Programu Lekowego B.71. „Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową (ICD-10 18.2)” [16]. Jeszcze do niedawna funkcjonował Program Lekowy B.2. „Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C”. [21]. Program Lekowy B.2. obejmował leczenie oparte na Peg IFN i RBV. Ze względu na niską skuteczność i światowe rekomendacje dotyczące leczenia zakażonych HCV w niniejszym rozdziale przedstawiono wyłącznie założenia programu B.71.

Do udziału w Programie kwalifikuje się chorych powyżej 18. roku życia, u których stwierdza się obecność: przeciwciał anti-HCV, materiału genetycznego wirusa (HCV RNA) oraz włóknienia wątroby, przy czym pacjenci z pozawątrobową manifestacją zakażenia HCV kwalifikowani byli niezależnie od stopnia zaawansowania uszkodzenia wątroby.

Udziału w Programie nie mogą brać chorzy z nadwrażliwością na którykolwiek z leków stosowanych w Programie, niespełniający wszystkich kryteriów włączenia, osoby z czynnym uzależnieniem od alkoholu lub środków odurzających, kobiety w ciąży i matki karmiące piersią. Warto podkreślić, że według rekomendacji Polskiej Grupy Ekspertów HCV dotyczących leczenia wirusowych zapaleń wątroby typu C w roku 2018 każda osoba zakażona HCV (bez względu na stopień zaawansowania włóknienia wątroby) powinna mieć dostęp do terapii lekami przeciwwirusowymi (DAAs), włącznie z dziećmi po 12. roku życia [22].

W leczeniu zakażeń HCV wyróżniano dwa podejścia: pierwsze zakładało pozostawienie terapii interferonowej dla osób z predyktorami pozytywnej odpowiedzi na leczenie oraz drugie, zgodnie z którymi powinno się objąć terapią bezinterferonową wszystkich chorych [23].

Względy etyczne oraz komfort pacjenta przemawiały za drugim rozwiązaniem. Jednak wysoki koszt terapii bezinterferonowych na początku ery DAA uniemożliwiał globalną walkę z zakażeniem idącą w parze z poprawą jakości życia chorych. Pytanie: Czy zaoferowanie skutecznego i bezpiecznego leczenia chorym, którzy stali się wektorem zakażenia nabytego podczas wykonywania procedur medycznych nie powinno być stać się priorytetem ochrony zdrowia?

Leczenie bezinterferonowe. *„Historia wirusowego zapalenia wątroby typu C byłaby jak małżeństwo tajemnicy Orsona Wellesa¹ z szekspirowską sztuką – związek przeplatany zagadką,*

¹ Orson Welles (1915-1985) - amerykański twórca filmowy, teatralny i radiowy, wystawiał sztuki Szekspira, które równie jak on i jego twórczość były zawrotne, kontrowersyjne i tajemnicze. Bardzo szybko zdobył popularność, która jednak długo nie trwała. Nazywany „niekochanym dzieckiem Hollywoodu.” Doceniony przez środowisko artystyczne dopiero po śmierci. (przyp. aut.)

tragedią, rozpaczą, odpornością, odkupieniem i triumfem. Właściwym byłoby uplasowanie terapii zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C pośrodku tego opowiadania" (tłum. własne). Słowa te otwierają komentarz redaktorski umieszczony na łamach najstarszego periodyku medycznego „The New England Journal of Medicine”, po zaprezentowaniu na Międzynarodowym Kongresie Chorób Wątroby w Londynie wyników III fazy badań klinicznych nad nowymi lekami w leczeniu przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C (PWZW typu C) [24].

O tym, jak wielką wagę przypisuje się temu osiągnięciu, świadczą sformułowania użyte w literaturze naukowej takie jak: „kamień milowy w medycynie” [25], „znalezienie Świętego Graala” [26], „triumf medycyny [27]” czy „rewolucja w leczeniu” [28].

Od czasu wprowadzenia interferonu alfa (IFN- α), jako fundamentu terapii przeciwwirusowej, medycyna naprawcza utknęła na tym polu na ponad 10 lat. Przyłączenie do schematu leczenia rybawiryny (RBV) czy pegylowanego interferonu alfa (PegINF α), chociaż zwiększyło szansę uzyskania trwałej odpowiedzi wirusologicznej (ang. *sustained virologic response, SVR*), to działania niepożądane, liczne przeciwwskazania i względnie niska skuteczność terapii, nie przekładały się na globalne obniżenie występowania odległych skutków zakażenia. Dzięki wprowadzeniu do terapii leków DAAs stało się możliwe leczenie wszystkich chorych [29].

W badaniach klinicznych, skuteczność nowych schematów leczenia bez interferonu sięgała 100%, przy jednoczesnym skróceniu czasu terapii z 48 do 12 tygodni i praktycznie bez uciążliwych skutków ubocznych. Na Zachodzie już od stycznia 2014 roku rozpoczęto stosowanie terapii bezinterferonowych, w zasadzie bezpośrednio po ich rejestracji. W Polsce, tradycyjnie wzorem lat ubiegłych, z dużym opóźnieniem, 1 lipca 2015 roku, Minister Zdrowia objął refundacją leki f-my AbbVie.

Nowoczesne leki mogą być stosowane u pacjentów w różnym wieku, niezależnie od etapu, na którym znajduje się u nich choroba. Pacjent wymaga stałej kontroli lekarskiej, jednak hospitalizacja nie jest potrzebna. To sprawia, że chorego nie naraża się na stres i może on odbywać leczenie w trybie ambulatoryjnym.

Wpływ leczenia na odległe skutki zakażenia HCV. Zakażenie HCV zostało uznane przez WHO (ang. World Health Organization, WHO) za ważny problem zdrowia publicznego, a dokładne zdefiniowanie sytuacji epidemiologicznej za jedno z zadań priorytetowych.

Długotrwałe i niemodyfikowane terapeutycznie PWZW typu C może prowadzić do rozwoju skompensowanej i zdekompensowanej (przebiegającej z objawami klinicznymi) marskości wątroby oraz raka wątrobowokomórkowego [30].

Należy mieć na uwadze, że za około 27% przypadków marskości wątroby oraz 25% przypadków HCC na świecie odpowiada PWZW typu C. W krajach o wysokim wskaźniku zakażeń HCV, takich jak Japonia, PWZW typu C jest przyczyną 88% zgłoszonych przypadków HCC [31].

Skutki zakażenia HCV najdotkliwiej odczuwają kraje o niskich i średnich dochodach. Jak donosi WHO w krajach o średnich dochodach marskość wątroby oraz rak wątrobowokomórkowy plasują się na 9. miejscu w rankingu na 10 najczęstszych przyczyn zgonów w 2016 roku [32].

Wraz z upowszechnieniem terapii bezinterferonowej wyeliminowanie zagrożenia infekcją HCV stało się możliwe. Wyrazem tego jest opublikowanie przez WHO w 2016 roku Strategii Światowego Sektora Zdrowia (GHSS) na lata 2016-2021. Jednym z celów programu jest wyeliminowanie do 2030 roku wirusowego zapalenia wątroby typu C z listy zagrożeń dla zdrowia publicznego. Aby osiągnąć ten cel należy zredukować liczbę zakażeń o 90% z jednoczesną 65% redukcją śmiertelności z powodów powikłań zakażenia HCV w porównaniu z poziomem wyjściowym dla którego przyjęto dane z 2015 rok. Praktycznie rzecz ujmując, należy zdiagnozować co najmniej 90% nowych zakażeń HCV z czego 80% należy poddać leczeniu [33].

Dotychczasowe przyszłościowe próby oszacowania konsekwencji zakażeń HCV potwierdzały to zagrożenie. Według dotychczasowych prognoz – prowadzonych w oparciu o model łańcucha Markova – okazuje się, że znajdujemy się w przededniu [34], a według niektórych autorów w szczycie kumulacji schyłkowych powikłań zakażenia HCV [35,36].

W Polsce niewiele jest tego typu opracowań. Wcześniej – zanim w schematach terapeutycznych pojawiła się terapia bezinterferonowa – próbę oszacowania globalnego obciążenia populacji polskiej powikłaniami PWZW typu C w Polsce podjął Kryczka [35].

Do oszacowania przyszłościowego obciążenia PWZW typu C w skali globalnej przyczyniły się prace amerykańskich uczonych, szczególnie Razawiego, który poświęcił temu zagadnieniu wiele swoich publikacji oraz wspólnie z polskimi uczonymi oszacował, uwzględniając terapię bezinterferonową, przyszłościowe obciążenie HCV dla Polski [37]. Oceniał również możliwości realizacji planu wyeliminowania HCV do 2030 roku.

Jeśli od 2015 zwiększymy skuteczność terapii do 95% oraz liczbę leczonych przypadków (z 2490 do 5000) przewiduje się, że liczba pacjentów z marskością wątroby, zdekompensowaną marskością wątroby i rakiem wątrobowokomórkowym utrzyma się na stałym poziomie do 2030 r. Zgodnie z programem WHO, należałoby zdiagnozować 15 000 nowych przypadków zakażeń (w 2015 roku wykrywało się 3 000 nowych zakażeń) zwiększyć liczbę leczonych przypadków

do 15 000 pacjentów rocznie, co odpowiada pożądanemu zwiększeniu wykrywalności o 90% i zmniejszeniu śmiertelności o 80%.

Podane szacunki pokazują przed jakim wyzwaniem stanął system organizacji opieki zdrowotnej w Polsce aby zrealizować ambitny plan WHO wyeliminowania HCV z listy zagrożeń zdrowia publicznego.

Według Wedemeyera i wsp., poprawa skuteczności leczenia bez zwiększenia liczby osób leczonych terapią bezinterferonową nie zmienia globalnego obciążenia chorobą [38].

W badaniu prowadzonym na podstawie danych z 15 krajów oceniano wpływ dwóch hipotetycznych scenariuszy na występowanie zachorowalności i umieralności HCV-zależnej w każdym z tych krajów. Pierwszy scenariusz zakładał wzrost skuteczności leczenia przy dotychczasowej liczbie leczonych, drugi wzrost skuteczności leczenia z jednoczesnym zwiększaniem liczby leczonych. Na podstawie wyników badań wysnuto podobne wnioski co we wcześniej omawianym badaniu. Największą redukcję zachorowalności i śmiertelności HCV-zależnej otrzymano w scenariuszu drugim, który zakładał zwiększenie liczby osób leczonych z jednoczesną poprawą wyników leczenia. Jednak z wyników przytoczonych przez zespół badaczy większość tych państw wymaga od 3- do 5-krotnie wyższej wykrywalności i leczenia. Wśród tych krajów znajduje się również Polska. W przypadku Polski autorzy zwracali uwagę, na 35% spadek śmiertelności HCV-zależnej przy zwiększeniu liczby leczonych pacjentów o 75% (6300 leczonych pacjentów/rocznie) [39].

Wprowadzenie leków DAA może w skali globalnej wyeliminować zakażenie wirusem w ciągu 15-20 lat [7]. W 2016 r. Światowe Zgromadzenie Zdrowia (ang. *World Health Assembly*, WHA), organ naczelny WHO, opracowało Strategię Światowego Sektora Zdrowia (ang. *Global Health Sector Strategy*, GHSS) na lata 2016-2021 – projekt walki z PWZW typu C. Założeniem docelowym programu jest wyeliminowanie do 2030 roku PWZW typu C będącego zagrożeniem dla zdrowia publicznego poprzez zmniejszenie zachorowalności i umieralności z powodu PWZW typu C. Aby osiągnąć ten cel należy zredukować liczbę zakażeń o 90% z jednoczesną 65% redukcją śmiertelności z powodu odległych powikłań PWZW typu C w porównaniu z danymi epidemiologicznymi z 2015 roku [8]. Praktycznie rzecz ujmując, należy zdiagnozować co najmniej 90% nowych zakażeń HCV (ang. hepatitis C virus, HCV) z czego 80% należy poddać leczeniu [40].

Warto zauważyć, że rok 2015 był daleki od osiągnięcia tych celów. Z szacowanych 71 milionów osób chorych na PWZW typu C na świecie zdiagnozowano 14 milionów, co stanowi 20% wszystkich przypadków PWZW typu C (do wymaganych 90% brakuje 70%). Zaledwie

1,1 miliona (7%) osób rozpoczęło leczenie przeciwwirusowe (do wymaganych 80% brakuje 73%) [41-42].

Przytoczone dane pokazują, jak duży postęp musiałby nastąpić w najbliższym czasie aby wyeliminować zagrożenie infekcją HCV. Nasuwa się pytanie czy obecna polityka zdrowotna sprostą temu wyzwaniu?

W świetle aktualnych badań jest to nierealne [43,44]. Zarówno europejskie jak i amerykańskie symulacje matematyczne pokazują, że przy obecnym programie walki z wirusem HCV globalne obciążenie tą chorobą nie zmieni się [45-46]. Wynika to głównie z braku szeroko zakrojonych badań przesiewowych w kierunku HCV [47]. Dodatkowym problemem w zahamowaniu rozwoju powikłań HCV jest stan zaawansowania choroby w momencie rozpoznania. Ze względu na swój bezobjawowy przebieg, choroba w większości przypadków jest diagnozowana przypadkowo w fazie zaawansowanych zmian histologicznych składających się na obraz marskości tego organu, a nawet raka wątrobowokomórkowego. Według danych literaturowych taka sytuacja dotyczy aż 20% wszystkich rozpoznań [48].

W 2016 roku Chhatwal i wsp., przedstawili prognozę dla populacji amerykańskiej w której wykazali, że obecność zakażeń niezdiagnozowanych, pomimo ery DAA, spowoduje że obciążenie PWZW typu C pozostanie znaczące. W scenariuszu tym, do 2051 roku, 320 tys. pacjentów umrze, 157 tys. rozwinie raka wątrobowokomórkowego a u 203 tys. wystąpią objawy zdekompensowanej niewydolności wątroby [49].

Podobne stanowisko zajmował Pawlowsky, pisząc w 2016 roku, że globalna eradykacja HCV przy obecnym programie leczenia jest „fantastyką” [50].

Pierwsze doniesienia WHO, pochodzące z 1999, określały liczbę chorych na PWZW typu C na około 3% populacji światowej [51]. Kilka lat później przyjęto, że aktywne zakażenie dotyczy 2,2% populacji światowej (130 mln), ze znacznym zróżnicowaniem pomiędzy regionami WHO [52].

W październiku 2016 roku WHO opublikowała pierwsze wydanie *Global raport on access to hepatitis C treatment*, w którym aktualna sytuacja epidemiologiczna HCV została zdefiniowana w oparciu o wyniki badań Gowera i wsp. z USA z 2014 roku. Cytowane opracowanie stanowi systematyczny przegląd badań nad rozpowszechnieniem wirusa HCV na świecie. Na podstawie analizy piśmiennictwa z lat 2000-2013 oszacowano, że aktualnie na świecie jest zarażone HCV 1,1% populacji, czyli 80 milionów osób wymaga leczenia [53].

Według przytoczonych danych liczba osób chorych na PWZW typu C sukcesywnie spada. W opinii niektórych uczonych może świadczyć to o większej skali powikłań HCV niż prognozowano [54,55]. Weryfikacją tych przypuszczeń są badania obserwacyjne, które szacują

skalę tego zjawiska. Szczególnie w okresie, który według danych Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ang. Centers for Disease Control and Prevention, CDC) jest kumulacją odległych powikłań PWZW typu C. Tego typu badania są konieczne nie tylko do zaplanowania polityki zdrowotnej, ale w przypadku PWZW typu C, dostarczają również danych, w świetle których leczenie bezinterferonowe staje się efektywne ekonomicznie (ang. *cost-effective*) [56]. Jak wynika z raportu WHO, wprowadzenie leków generycznych w Europie Zachodniej, USA oraz Egipcie poprawiło, w porównaniu do ubiegłych lat, dostęp do leczenia bezinterferonowego w tych rejonach [57,58]. Do niedawna w trudnej sytuacji była też Rumunia, gdzie z uwagi na koszt i niemożność refundacji przez system opieki zdrowotnej, dostęp do terapii bezinterferonowej był mocno ograniczony. Problem ten został dobitnie podkreślony w pracy rumuńskich autorów, którzy różnice w dostępie do terapii bezinterferonowej między Europą Zachodnią a Wschodnią określali wówczas „współczesnym murem berlińskim” [59,60]. Aktualnie rząd rumuński podjął działania na rzecz walki z HCV. Trudno jednak oprzeć się wrażeniu, że działania te będą niewystarczające w stosunku do potrzeb tego kraju, w którym jeszcze w 2017 roku szacowano liczbę zakażonych na około 3% [61,62].

Bibliografia

1. Duberg AS, Blach S, Falconer K. The future disease burden of hepatitis C virus infection in Sweden and the impact of different treatment strategies. *Scand J Gastroenterol* 2015; 50: 233-44.
2. Sievert W, Razavi H, Estes C. Enhanced antiviral treatment efficacy and uptake in preventing the rising burden of hepatitis C-related liver disease and costs in Australia. *J Gastroenterol Hepatol* 2014; 29: 1-9.
3. Myers RP, Krajden M, Bilodeau M. Burden of disease and cost of chronic hepatitis C infection in Canada. *Can J Gastroenterol Hepatol* 2014; 28: 243-50.
4. Stärkel P, Vandijck D, Laleman W. The disease burden of hepatitis C in Belgium: development of a realistic disease control strategy. *Acta Gastroenterol Belg* 2014; 77: 280-4.
5. Ireland G, Mandal S, Hickman M, et al. Mortality rates among individuals diagnosed with hepatitis C virus (HCV); an observational cohort study, England, 2008 to 2016. *Euro Surveill* 2019; 24: 1800695.
6. Simmons R, Ireland G, Ijaz S, et al. Causes of death among persons diagnosed with hepatitis C infection in the pre- and post-DAA era in England: A record linkage study. *J Viral Hepat* 2019; 26: 873-80.
7. Roelens M, Bertisch B, Moradpour D, et al. Swiss Hepatitis C Cohort Study. All-Cause Mortality and Causes of Death in the Swiss Hepatitis C Cohort Study (SCCS). *Open Forum Infect Dis* 2020; 7: ofaa308.
8. Keiser O, Giudici F, Müllhaupt B, et al. Trends in hepatitis C-related mortality in Switzerland. *J Viral Hepat* 2018; 25: 152-60.
9. Dore GJ, Grebely J. Negotiating better discounts for DAA therapy is critical to achieve HCV elimination by 2030. *J Hepatol* 2017; 67: 419-20.
10. Zimmermann R, Kollan C, Ingiliz P, et al. Reply to: "Negotiating better discounts for DAA therapy is critical to achieve HCV elimination by 2030". *J Hepatol* 2017; 67: 420-2.

11. Vernaz N, Girardin F, Goossens N, et al. Drug Pricing Evolution in Hepatitis C. *PLoS One* 2016; 11: e0157098.
12. Halota W, Flisiak R, Juszczak J, et al. Rekomendacje Polskiej Grupy Ekspertów dotyczące leczenia wirusowych zapaleń wątroby typu C w roku 2018. *Hepatologia* 2018; 18: 1-9.
13. Strader DB, Seeff LB. A Brief History of the Treatment of Viral Hepatitis C. *Clinical Liver Disease* 2012; 1: 6-11.
14. Weitzel C. Hepatitis C treatment – yesterday, tomorrow and... *Med Monatsschr Pharm* 2017; 40: 147-50.
15. Chmielewska AM, Rychłowska M, Król E, et al. Wirusowe zapalenie wątroby typu C-nowe metody leczenia i zapobiegania. *Postępy Hig Med Dośw* 2015; 69: 946-63.
16. Renau LP, Berengeuer M. Introduction to hepatitis C virus infection: Overview and history of hepatitis C virus therapies. *Gut Liver* 2014; 8: 471-9.
17. Strader DB. Understudied population with hepatitis C. *Hepatology* 2002; 36: 226-36.
18. Halota W, Flisiak R, Juszczak J, et al. Rekomendacje leczenia zapaleń wątroby typu C Polskiej Grupy Ekspertów – 2015. *Przegl Epidemiol* 2015; 69: 625-32.
19. Poordad F, Hezode C, Trinh R. ABT-450/r-ombitasvir and dasabuvir with ribavirin for hepatitis C with cirrhosis. *N Eng J Med* 2014; 370: 1973-82.
20. Abozeid M, Alsebaey A, Abdelsameea E, et al. High efficacy of generic and brand direct acting antivirals in treatment of chronic hepatitis C. *International Journal of Infectious Diseases* 2018; 75: 109–14.
21. Załącznik B.2. do Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2019 r.w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. Urz. Min. Zdr. 2019 poz. 38).
22. Halota W, Flisiak R, Juszczak J, et al. Rekomendacje Polskiej Grupy Ekspertów dotyczące leczenia wirusowych zapaleń wątroby typu C w roku 2018. *Hepatologia* 2018; 18: 1-9.
23. Sadler MD, Lee SS. Revolution in hepatitis C antiviral therapy. *Br Med Bull* 2015; 113: 31-44.
24. Liang TJ, Ghany MG. Therapy of Hepatitis C – Back to the Future. *N Eng J Med* 2014; 370: 2043-7.
25. Morisco F, Granata R, Stroffolini T, et al. Sustained virological response: a milestone in the treatment of chronic hepatitis C. *World J Gastroenterol* 2013; 19: 2793-8.
26. Lin RJ. The Holy Grail of hepatitis c treatment. *Sci Transl Med* 2012; 4: 116.
27. Chung RT, Baumert TF. Curing Chronic Hepatitis C - The Arc of a Medical Triumph. *N Eng J Med* 2014; 370: 1576-8.
28. Marseille E, Kahn JG. A Revolution in Treatment for Hepatitis C Infection: Mitigating the Budgetary Impact. *PLoS Med* 2016; 13: e1002031.
29. Laursen TL, Sandahl TD, Kazankov K, et al. Liver-related effects of chronic hepatitis C antiviral treatment. *World J Gastroenterol* 2020; 26: 2931-47.
30. Singal AG, Volk ML, Jensen D, et al. A sustained viral response is associated with reduced liver related morbidity and mortality in patients with hepatitis C virus. *Clin Gastrol Hepatol* 2010; 8: 280-8.
31. Hagan LM, Schinazi RF. Best strategies for global HCV eradication. *Liver Int* 2013; 33: 68-79.
32. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> – 2019.03.10
33. World Health Organization. Draft global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021 – the first of its kind. World Health Organization. Geneva 2016.

34. Wedemeyer H, Dore GJ, Ward JW. Estimates on HCV disease burden worldwide – filling the gaps. *J Viral Hepat* 2015; 22: 1–5.
35. Kryczka W. Prognoza obciążenia populacji polskiej powikłaniami przewlekłego zapalenia wątroby typu C. Rozprawa habilitacyjna. WUM 2009.
36. GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016; 388: 1459-544.
37. Flisiak R, Halota W, Tomasiewicz K, et al. Forecasting the disease burden of chronic hepatitis C virus in Poland. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2015; 27: 70-6.
38. Wedemeyer H, Dore GJ, Ward JW. Estimates on HCV disease burden worldwide – filling the gaps. *J Viral Hepat* 2015; 22: 1–5.
39. Gane E, Kershenovich D, Seguin-Devaux C, et al. Strategies to manage hepatitis C virus (HCV) infection disease burden – volume 2. *J Viral Hepat* 2015; 22: 46-73.
40. World Health Organization. Combating Hepatitis Band C to reach elimination by 2030. World Health Organization. Geneva 2016.
41. Hutin YJ, Bulterys M, Hirschall GO. How far are we from viral hepatitis elimination service coverage targets? *J Int AIDS Soc* 2018; 21 Suppl 2: e25050.
42. World Health Organization. Global hepatitis report, 2017. World Health Organization. Geneva 2017
43. Lombardi A, Mondelli MU. Hepatitis C: Is eradication possible? *Liver Int* 2019; 39: 416-426.
44. Cox AL, El-Sayed MH, Kao JH, et al. Progress towards elimination goals for viral hepatitis. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2020; 17: 533-542.
45. Sibley A, Han KH, Abourached A, et al. The present and future disease burden of hepatitis C virus (HCV) infection with today's treatment paradigm. *J Viral Hepat* 2014; 21: 34-59.
46. Szatko F, Olszok I, Garus-Pakowska A. Pozamedyczne bariery w rozpoznawaniu i leczeniu wirusowego zapalenia wątroby typu C. *Probl Hig Epidemiol* 2009; 90: 55-61.
47. Flisiak R, Frankova S, Grgurevic I, et al. How close are we to hepatitis C virus elimination in Central Europe? *Clin Exp Hepatol* 2020; 6: 1-8.
48. Hartleb M, Milkiewicz P, Mach T, et al. Zakażenie HCV – epidemiologia, wyzwania diagnostyczne i szanse stworzone przez nowe terapie. *Gastroenterol Klin* 2016; 8: 75-84.
49. Chhatwal J, Wang X, Ayer T, et al. Hepatitis C Disease Burden in the United States in the era of oral direct-acting antivirals. *Hepatology* 2016; 64: 1442-50.
50. Pawlotsky JM. The end of the hepatitis C burden: Really? *Hepatology* 2016; 64: 1404-7.
51. World Health Organization. Global surveillance and control of hepatitis C. Report of a WHO Consultation organized with the Viral Hepatitis Prevention Board, Antwerp, Belgium. *J Viral Hepat* 1999; 6: 35-47.
52. Shepard CW, Finelli L, Alter MJ. Global epidemiology of hepatitis C virus infection. *Lancet Infect Dis* 2005; 5: 558-67.
53. World Health Organization. Global report on access to hepatitis C treatment. Focus on overcoming barriers. World Health Organization. Geneva 2016.

54. Aguilera A, Navarro D, Rodríguez-Frias F, et al. Prevalence and distribution of hepatitis C virus genotypes in Spain during the 2000-2015 period (The GEHEP 005 study). *J Viral Hepat* 2017; 24: 725-32.
55. Messina JP, Humphreys I, Flaxman A, et al. Global Distribution and Prevalence of Hepatitis C Virus Genotypes. *Hepatology* 2015; 61: 77-87.
56. Westbrook RH, Dusheiko G. Natural history of hepatitis C. *J Hepatol* 2014; 61: 58-68.
57. Flick M, Hirschler B. Gilead offers Egypt new hepatitis C drug at 99 percent discount. Reuters 2014. <http://www.reuters.com/article/2014/03/21/us-hepatitis-egypt-gilead-sciences-idUSBREA2K1VF20140321>.
58. Omran D, Alborai M, Zayed RA, et al. Towards hepatitis C virus elimination: Egyptian experience, achievements and limitations. *World J Gastroenterol* 2018; 24: 4330-40.
59. Yu ML, Chuang WL. Treatment of chronic hepatitis C in Asia: when East meets East. *J Gastroenterol Hepatol* 2009; 24: 336-45.
60. Papatheodoridis GV, Tsochatzis E, Hardtke S, et al. Barriers to care and treatment for patients with chronic viral hepatitis in Europe: a systematic review. *Liver Int* 2014; 34: 1452-63.
61. Stanciu C, Trifan A. Hepatitis C Virus Treatment Revolution: Eastern European Story. *Hepat Mon* 2015; 15: 1-3.
62. Gheorghe L, Sporea I, Iacob S, et al. Position paper on treatment of hepatitis C in Romania, 2017. Part one. *J Gastrointestin Liver Dis* 2017; 26: 171-181.
63. Petruzzello A, Marigliano S, Loquercio G, et al. Global epidemiology of hepatitis C virus infection: An up-date of the distribution and circulation of hepatitis C virus genotypes. *World J Gastroenterol* 2016 ;22: 7824-40.

Problemy pielęgnacyjne pacjenta hospitalizowanego z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc – studium przypadku

Patrycja Wątroba, Elżbieta Garwacka-Czachor

Wstęp. POChP to skrót pełnego określenia Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc, która najczęściej rozwija się u osób palących. Choroba charakteryzuje się ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe, które ulegają zwężeniu [1]. W skrócie można powiedzieć, że dochodzi do uszkodzenia tkanki płucnej w skutek działania czynników, które zawarte są w dymie tytoniowym czy zanieczyszczonym powietrzu. Jest to jednostka chorobowa na tyle podstępna, charakteryzująca się kaszlem i dusznościami, że w różnicowaniu jej z innymi schorzeniami może powodować przypisanie objawów innej chorobie, nie tak groźnej jak POChP [2]. Na tym etapie choroby zdiagnozowanie jej jest bardzo trudne i wymaga ogromnego zaangażowania lekarza. Jednak należy pamiętać, że po wykonaniu jednego z podstawowych badań jakim jest spirometria, często zdarza się tak, że nie ukazuje ona zmian związanych z zaburzeniem wentylacji [3]. Dzięki temu, że wynik jest prawidłowy chory uzyskuje ciche pozwolenie na dalsze palenie papierosów. Kolejnym objawem jest duszność, która jest spowodowana, tzw. obturacją, czyli zwężeniem dróg oddechowych. Pojawienie się tego objawu świadczy o tym, że stadium choroby przyjęło postać ciężką, która doprowadza do dysfunkcji chorego [4]. Nie zastosowanie się do podstawowego zalecenia lekarskiego, jakim jest zaprzestanie palenia papierosów zmniejsza szansę na kontrolowanie postępów chorobowych, a także na możliwość normalnego funkcjonowania w życiu codziennym.

Przewlekła obturacyjna choroba płuc zazwyczaj idzie w parze z innymi chorobami, które bardzo często doprowadzają chorego do inwalidztwa [5]. Skutkiem późnego zdiagnozowania POChP, a później nieprawidłowego leczenia jest zmniejszona tolerancja na wysiłek fizyczny. Gdy chory musi skorzystać z pomocy innych podczas jedzenia, mycia czy ubierania się, na światło dzienne zaczynają wychodzić problemy sfery psychicznej [6]. Dyskomfort ten doprowadza często do lęku i depresji. Dlatego kluczową rolę w leczeniu POChP jest odpowiednio dobrana rehabilitacja, dzięki której chory zdobędzie umiejętności, a te pomogą mu poradzić sobie z nagłą dusznością czy kaszlem, któremu towarzyszy wydzielina uniemożliwiająca oddychanie [7].

Aby móc jak najdłużej żyć z POChP należy szybko zdiagnozować chorobę, wdrożyć odpowiednie leczenie, zastosować się do zaleceń lekarskich, a także prowadzić indywidualną

rehabilitację, która spowoduje zmniejszenie duszności oraz zwiększenie tolerancji na wysiłek fizyczny, a co za tym idzie poprawi jakość życia pacjenta [8].

Celem pracy było przedstawienie problemów pielęgnacyjnych pacjenta chorego na Przewlekłą Obturacyjną Chorobę Płuc.

Materiał i metody. Materiały do napisania pracy zostały pozyskane w lutym 2021 roku od 59-letniego pacjenta przebywającego na oddziale chorób wewnętrznych.

Metodą badawczą była metoda studium indywidualnego przypadku [9]. W ramach badań skorzystano z następujących technik: wywiad, analiza dokumentów, obserwacja oraz pomiar. Zastosowane narzędzia to odpowiednio: kwestionariusz wywiadu, historia choroby i wyniki badań, karty obserwacji oraz skale i testy – skala bólu VAS (Visual Analogue Scale – Wizualna Skala Analogowa), skala MCR (Medical Research Council – skala pozwalająca określić stopień nasilenia duszności), skala Barthel pozwalająca określić sprawność ruchową pacjenta, BMI (Body Mass Index – wskaźnik masy ciała), i test CAT (Cognitive Ability Test) – określający nasilenie objawów Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc [10].

W opiece nad pacjentem zastosowano model opieki pielęgniarskiej Dorothy Orem. W pracy wykorzystano studium przypadku opracowane w ramach powstawania pracy dyplomowej licencjackiej [11].

Studium przypadku. Charakterystyka sytuacji zdrowotnej chorego: W lutym 2021 roku 59-letni pacjent został skierowany na oddział bezpośrednio z poradni podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) z powodu wystąpienia nagłej duszności wysiłkowej oraz wyraźnie wyczuwalnego ucisku i bólu po prawej stronie klatki piersiowej. Pacjent mimo towarzyszącej duszności był komunikatywny i wykazywał chęć do współpracy z personelem medycznym. W trakcie przyjęcia na oddział chory okazał pełną dokumentację medyczną: aktualne wyniki badań spirometrycznych i informacje o stosowanych dotychczas metodach leczenia choroby podstawowej, a także dokumentację dotyczącą przebytych zabiegów operacyjnych. Chory w sposób profesjonalny podszedł do współpracy z personelem, starał się dokładnie odpowiadać na zadawane mu pytania podczas przeprowadzanego wywiadu.

W dniu przyjęcia na oddział został przeprowadzony wywiad rodzinny w trakcie, którego uzyskano następujące informacje: pacjent jest żonaty, posiada dwoje dzieci (córka i syn), zamieszkuje jednorodzinny dom wspólnie z małżonką. Chory ma wykształcenie zawodowe górnicze, niestety od 20 lat nie pracuje w zawodzie z powodu przebytej operacji wstawienia rozrusznika serca w 2000 r. Mężczyzna obecnie jest na rencie chorobowej, jego sytuacja materialna jest dobra. Chory jest nałogowym palaczem, wypala średnio 30 papierosów dziennie, do tego wypija kilka kaw oraz nie stroni od alkoholu. Niepokój pacjenta wzbudził

kaszel, który trwał kilka lat. W 2009 roku podczas pierwszej wizyty w poradni pulmonologicznej oraz na podstawie badań spirometrycznych zdiagnozowano u chorego umiarkowanie ciężką postać POChP, w tym samym roku rozpoczęto jej leczenie. Po kilku latach leczenia pacjent zorientował się, że jego tolerancja na wysiłek fizyczny uległa zmniejszeniu, natomiast duszność wysiłkowa stała się bardziej dokuczliwa. Od dłuższego czasu każdego ranka pacjent odkrztusza niewielką ilość wydzieliny ropnej. Wystąpienie wyżej wymienionych objawów zmuszało lekarza do ciągłej modyfikacji leczenia. W związku z tym, że pacjent nie zaprzestał palenia tytoniu, z biegiem czasu, mimo próby leczenia choroby jej przebieg uległ pogorszeniu, aż do postaci bardzo ciężkiej. Przez cały okres trwania choroby pacjent był kilkakrotnie konsultowany przez pneumologa. Chory był wielokrotnie szczepiony przeciwko grypie, dodatkowo w 2016 roku przyjął szczepionkę przeciwko pneumokokom. Mimo prowadzenia profilaktyki u chorego niemal, co roku występują infekcje dróg oddechowych. Dolegliwości związane z chorobą to przede wszystkim duszność wysiłkowa, która doprowadziła do powolnego wyłączenia się z życia towarzyskiego. Chory w związku z postępującą chorobą, której towarzyszyły objawy duszności, zaprzestał spacerów oraz odwiedzin u dzieci i wnuków.

Opis stanu zdrowia pacjenta i opieka pielęgniarstwa. Pacjent przyjęty dnia 2 lutego 2021 do powiatowego szpitala na oddział chorób wewnętrznych z powodu zaostrzenia się objawów choroby. W dniu przyjęcia na oddział został przeprowadzony z pacjentem wywiad, dokonano oceny stopnia bólu za pomocą skali VAS, zmierzono parametry oraz pobrano krew na morfologię do badań laboratoryjnych, za pomocą skali MRC - chory uzyskał 4 punkty, co pozwala na zdiagnozowanie dużego stopnia duszności (tab.1), a także wykonano gazometrię z krwi włosniczkowej.

Tab.1. Ocena stopnia nasilenia duszności wg zmodyfikowanej skali duszności (*modified Medical Research Council - mMRC*) [12]

| Stopień duszności | Objawy |
|-------------------|---|
| 0 | Duszność jedynie przy dużym wysiłku. |
| 1 | Duszność przy szybkim chodzeniu po płaskiej powierzchni lub przy wchodzeniu na niewielkie wzniesienia. |
| 2 | Chód pacjenta jest wyraźnie wolniejszy niż jego rówieśników, musi zatrzymywać się po 15 minutach chodzenia we własnym tempie dla uspokojenia oddechu. |
| 3 | Chory musi zatrzymać się dla uspokojenia oddechu po przejściu ok 100 m lub po kilku minutach chodzenia po płaskim terenie |
| 4 | <u>Duszność uniemożliwia choremu opuszczanie domu lub duszność podczas samodzielnego ubierania się</u> |

Z wywiadu wynika, że mimo ograniczeń spowodowanych skutkami POChP, chory jest w stanie wykonać większość czynności samoopiekuńczych, wymaga pomocy żony tylko wtedy, gdy

objawy choroby ulegają zaostrzeniu. Potrafi zmierzyć sobie ciśnienie krwi, odmierzyć i podać odpowiednią dawkę leków. U chorego występuje wilgotny kaszel z towarzyszącą wydzieliną, kaszel nasila się w porach nocnych, co powoduje, że chory się nie wysypia. Podczas przeprowadzania wywiadu chory się rozplakał, twierdząc, że boi się o swoje życie.

Pacjent zaobserwował i zgłosił podczas wywiadu, że jego waga uległa zmniejszeniu, a duszność, która towarzyszy choremu powoduje problemy podczas przyjmowania posiłków, co za tym idzie zmniejszoną chęć ich spożywania. Zmierzono wzrost chorego oraz jego wagę w celu obliczenia BMI, które wyniosło 18 i oznacza niedowagę. Ciśnienie tętnicze krwi (RR) u pacjenta było podwyższone i wynosiło 165/97 mmHg, praca serca przyspieszona – 113 ud/min, saturacja wynosiła 90%. Chory stwierdza, że podwyższone ciśnienie tętnicze jest spowodowane lękiem oraz niepokojem o swoje życie. Boi się, że na skutek nieprzestrzegania zaleceń lekarza w płucach powstały zmiany, które mogą doprowadzić do zatorowości płucnej. Wyniki morfologii krwi pokazały, że w organizmie pacjenta toczy się stan zapalny – CRP 138 mg/l, stwierdzono wysokie stężenie prokalcytoniny – 1,4 ng/ml oraz D-dimeru 875 ng/ml. Wynik gazometrii z krwi włosniczkowej: pH 7,44, pO₂ 67 mm Hg, pCO₂ 33 mmHg, HCO₃ 22 mmol/l.

Z przeprowadzonego wywiadu wynika, że pacjent dodatkowo leczy się na nadciśnienie tętnicze i od 15 lat przyjmuje Doxagen w dawce 4 mg/dz. Pielęgniarka przeprowadziła z pacjentem rozmowę edukacyjną, która miała na celu wyjaśnienie mu jak duże znaczenie ma fakt zaprzestania palenia papierosów. Dodatkowo pacjent został wyedukowany z zakresu prawidłowej techniki oddychania, po to, aby ułatwić choremu przyjmowanie posiłków.

Podczas drugiego dnia hospitalizacji, tj. 3 lutego 2021r. na zlecenie lekarza chory został przewieziony na badanie radiologiczne (RTG) klatki piersiowej, badanie ujawniło odmę opłucnową po prawej stronie klatki piersiowej. Pielęgniarka poinformowała pacjenta o dalszym postępowaniu, przeprowadziła też z pacjentem rozmowę, której celem było wyjaśnienie wyniku RTG oraz omówienie dalszej terapii. Mimo starań pielęgniarki, które miały na celu wyjaśnienie dalszej procedury leczniczej oraz uspokojenie pacjenta, chory wykazywał niepokój i lęk przed planowanym zabiegiem. Pielęgniarka jeszcze raz uspokoiła pacjenta, poinformowała lekarza o zaistniałej sytuacji i podała na zlecenie lekarza lek uspokajający, tj. Hydroxyzinum w dawce 50 mg. Pielęgniarka towarzyszyła choremu podczas zabiegu opisując każdą wykonywaną czynność, co w rezultacie przyczyniło się do wyciszenia lęku. Przed wykonaniem zabiegu choremu został podany środek znieczulający na zlecenie lekarza, a następnie założono dren, którego celem było usunięcie powietrza z jamy opłucnej.

Pielęgniarka prowadziła obserwację chorego pod kątem możliwości wystąpienia duszności oraz okolicy wprowadzenia drenu przez powłokę skórą.

W trzeciej dobie hospitalizacji – 4 lutego 2021r. po wizycie lekarskiej pacjent został ponownie skierowany na wykonanie RTG klatki piersiowej celem skontrolowania ilości zalegającego powietrza. Badanie RTG ukazało, że powietrze z klatki piersiowej zostało usunięte. Dren został wyjęty przez lekarza w trzeciej dobie hospitalizacji. Chory tego dnia skarżył się na ból w miejscu, gdzie był wprowadzony dren. Pielęgniarka na zlecenie lekarza podała lek przeciwbólowy. Podczas rozmowy z pielęgniarką pacjent stwierdził, że ból w klatce piersiowej, który wcześniej mu towarzyszył po przeprowadzonym zabiegu drenażu uległ całkowitemu wyciszeniu. Pielęgniarka jeszcze raz przeprowadziła z chorym rozmowę edukacyjną, która miała na celu wyjaśnienie po raz kolejny, jak ważne jest dla chorego unikanie dymu tytoniowego oraz prowadzenie rehabilitacji oddechowej. Tego dnia przeprowadzono z pacjentem kolejną rozmowę oraz wykorzystując skalę Barthel, określono sprawność ruchową chorego i omówiono z jakimi boryka się problemami pielęgniacyjnymi. Pacjent uzyskał 75 punktów, co oznacza, że potrzebuje pomocy podczas wykonywania czynności samoopiekuńczych, a jego stan jest „średnio ciężki” – tab.2.

Tab.2. Ocena sprawności ruchowej chorego z wykorzystaniem skali Barthel

| Lp. | Nazwa czynności | Wartość punktów |
|-----|--|-----------------|
| 1. | Spożywanie posiłków: 0 – nie jest w stanie samodzielnie jeść 5 – potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. 10 – samodzielny, niezależny | 5 |
| 2. | Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem/siadanie): 0 – nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siadaniu 5 – większa pomoc w jedną, dwie osoby, fizyczna), może siedzieć 10 – mniejsza pomoc słowna lub fizyczna 15 – samodzielny | 15 |
| 3. | Utrzymywanie higieny osobistej: 0 – potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych 5 – niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu (z zapewnionymi pomocami) | 5 |
| 4. | Korzystanie z toalety (WC): 0 – zależny 5 – częściowo potrzebuje pomocy 10 – niezależny | 10 |
| 5. | Mycie, kąpiel całego ciała: 0 – zależny 5 – niezależny | 0 |
| 6. | Poruszanie się po powierzchniach płaskich: 0 – nie porusza się samodzielnie lub zależny na wózku 5 – do 50 m za pomocą sprzętu wspomagającego 10 – spaceruje z pomocą jednej osoby > 50m 15 – niezależny, także z użyciem sprzętu wspomagającego | 10 |
| 7. | Wchodzenie i schodzenie po schodach: | 5 |

| | | |
|------------------------|---|-----------|
| | 0 – zależny, nie jest samodzielny 5 – potrzebuje pomocy fizycznej i asekuracji 10 – samodzielny | |
| 8. | Ubieranie się i rozbieranie: 0 – zależny 5 – potrzebuje częściowej pomocy 10 – niezależny także w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp. | 5 |
| 9. | Kontrolowanie stolca/zwieracza odbytu: 0 – nie panuje nad oddawaniem stolca lub występuje konieczność sprowokowania wydalania 5 – sporadyczne bezwiedne oddawanie stolca 10 – kontroluje oddawanie stolca | 10 |
| 10. | Kontrolowanie moczu/zwieracza pęcherza moczowego: 0 – nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany 5 – sporadyczne bezwiedne oddawanie moczu 10 – kontroluje oddawanie moczu | 10 |
| Uzyskany wynik: | | 75 |

Ocenę stanu biologicznego, psychicznego oraz funkcjonowanie poszczególnych układów przedstawiono w tab.3.

Tab.3. Ocena stanu pacjenta pod względem biologicznym, psychicznym oraz funkcjonowania poszczególnych układów

| UKŁAD ODDECHOWY | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Oddech | Plwocina | Kaszel | Duszność |
| Spłycony | Śluzowa | Napadowy | Wysilkowa |
| UKŁAD KRAŻENIA | | | |
| Tętno | Ciśnienie | | Perfuzja obwodowa |
| Wysokie | Hipertensja 165/97 mmHg | | Brak |
| Omdlenia: brak | Inne: rozrusznik serca | | |
| UKŁAD POKARMOWY | | | |
| Stan odżywienia | Łaknienie | Pragnienie | Odżywianie |
| Niedożywienie | Zmniejszone | Zmniejszone | Doustne |
| Odruch polykania | Wydalanie | Dolegliwości | Dieta |
| Utrudniony | Prawidłowe | Brak | Ogólna |
| UKŁAD MOCZOWO-PLCIOWY | | | |
| Mocz | Barwa moczu | Środki pomocnicze | Dolegliwości |
| Prawidłowy | Słomkowa | Brak | Brak |
| UKŁAD MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWY | | | |
| Poruszanie się | Ruchomość w stawach | Sprawność fizyczna | Postawa ciała |
| Samodzielnie | Pełna | Ograniczona | Prawidłowa |
| Siła mięśniowa | Patologia | Równowaga ciała | Środki pomocnicze |
| Prawidłowa | Brak | Brak | Brak |
| ZMYSŁY | | | |
| Wzrok | Śluch | Inne | |

| | | | | |
|------------------------------|----------------|-----------------------------------|-------------------|---|
| Prawidłowy | Prawidłowy | Prawidłowe | | |
| SKÓRA I BŁONY ŚLIZOWE | | | | |
| Skóra | Zmiany | Ryzyko wystąpienia odleżyn | Jama ustna | |
| Błada, sucha, | Brak | Brak | Brak | |
| STAN PSYCHICZNY | | | | |
| Orientacja co do | Czasu | Miejsca | Sytuacji | Własnej osoby |
| | Prawidłowa | Prawidłowa | Prawidłowa | Prawidłowa |
| Kontakt | Nastrój | Subiektywne samopoczucie | | Obawy, lęki |
| Logiczny | Zaburzony | Dość dobre | | Związane z powikłaniami, pobytem w szpitalu |

Źródło: Opracowanie własne

Plan opieki pielęgniarskiej

Diagnoza 1. Ryzyko pojawienia się niedotlenienia spowodowane zaostrzeniem objawów POChP.

Cel: Niedopuszczenie do niedotlenienia organizmu poprzez poprawę wentylacji.

Interwencje:

- pomiar parametrów życiowych dwa razy dziennie (rano i wieczorem), tj.: tętno, temperatura, ciśnienie tętnicze krwi, saturacja,
- ocena za pomocą skali MRC stopnia nasilenia duszności,
- wyeliminowanie przyczyn, które nasilają duszność,
- pomoc pielęgniarska podczas wykonywania czynności pielęgnacyjnych polegająca na współpracy pielęgniarka–chory podczas posiłku czy podaży leków,
- przyjęcie przez pacjenta odpowiedniej pozycji ciała, która ułatwi mu oddychanie,
- zapewnienie przez pielęgniarkę odpowiedniego mikroklimatu w sali chorego – częste wietrzenie sali,
- utrzymanie przez pielęgniarkę odpowiedniego poziomu nawodnienia chorego oraz zastosowanie zbilansowanej diety,
- rozmowa edukacyjna pielęgniarki z pacjentem, która powinna przekonać pacjenta do czynnego wykonywania ćwiczeń oddechowych oraz do konieczności zaprzestania palenia papierosów,
- dostosowanie rodzaju ćwiczeń oddechowych do możliwości pacjenta,
- w przypadku nasilenia się duszności ciągła obserwacja chorego przez pielęgniarkę oraz niezwłoczne zgłoszenie objawów niepokojących lekarzowi prowadzącemu,

- tlenoterapia, pobieranie krwi do badań gazometrycznych i podaż leków zgodnie z kartą zleceń lekarskich.

Ocena: Mimo wdrożonych działań u pacjenta nadal występują ataki duszności. Jednak zastosowanie odpowiedniego mikroklimatu podczas hospitalizacji spowodowało zmniejszenie duszności. Odpowiednie ułożenie pacjenta zwiększyło pojemność w płucach. Fakt obecności pielęgniarki podczas wystąpienia duszności spowodował poczucie bezpieczeństwa u pacjenta. Problem wymaga dalszej obserwacji oraz farmakoterapii.

Diagnoza 2. Bezskuteczna wentylacja płuc spowodowana stanem obturacji.

Cel: Polepszenie wentylacji oraz zagwarantowanie prawidłowej pracy wszystkich narządów.

Interwencje:

- monitorowanie parametrów życiowych, tj.: saturacja, ilość oddechów, ilość wykrztuszanej wydzieliny oraz odnotowywanie wszystkich parametrów w dokumentacji medycznej,
- odpowiednie nawadnianie pacjenta (2-3 litry na dobę),
- prowadzenie toalety drzewa oskrzelowego za pomocą odpowiedniego ułożenia (pozycja półwysoka), odpowiedniej techniki oddychania oraz oklepywanie pacjenta w celu pobudzenia do kaszlu,
- prowadzenie u chorego gimnastyki oddechowej, która w efekcie końcowym powinna doprowadzić do ewakuacji wydzieliny z drzewa oskrzelowego do pojemnika jednorazowego,
- przeprowadzenie z chorym rozmowy edukacyjnej na temat toalety jamy ustnej,
- przeprowadzenie z pacjentem rozmowy edukacyjnej na temat konieczności wydalenia wydzieliny z drzewa oskrzelowego,
- na zlecenie lekarza zastosowanie u chorego inhalacji, które mają za zadanie rozszerzyć oskrzela, zniwelować stan zapalny oraz oczyścić je z zalegającej wydzieliny.

Ocena: Dzięki wdrożonym działaniom saturacja uległa polepszeniu, chory kaszlał w sposób efektywny ewakuując wydzielinę z płuc.

Diagnoza 3. Bezskuteczne odkrztuszanie oraz kaszel, który spowodowany jest zalegającą wydzieliną w oskrzelach.

Cel: Zmniejszenie oraz opróżnienie drzewa oskrzelowego z zalegającej wydzieliny.

Interwencje:

- zastosowanie przez pielęgniarkę u pacjenta pozycji, która ułatwi odkrztuszanie, tj. pozycji półwysokiej,

- regularne wykonywanie przez pielęgniarkę masażu wibracyjnego klatki piersiowej oraz jej oklepywanie,
- utrzymanie przez pielęgniarkę odpowiedniego nawodnienia pacjenta,
- przeprowadzanie z udziałem pielęgniarki ćwiczeń oddechowych u pacjenta, dostosowanych do możliwości i stanu zdrowia chorego,
- zastosowanie takich technik ćwiczeń oddechowych, aby wymusić u pacjenta odruch kaszlu,
- rozmowa edukacyjna przeprowadzona przez pielęgniarkę, która wyjaśni pacjentowi konieczność ewakuacji wydzieliny z płuc oraz dotycząca umiejętności oceny przez pacjenta rodzaju i ilości wydalanej wydzieliny,
- rozmowa edukacyjna z rodziną pacjenta przeprowadzona przez pielęgniarkę na temat obserwacji ilości i jakości wydalanej wydzieliny,
- wykonanie przez pielęgniarkę inhalacji i podaży leków na zlecenie lekarza.

Ocena: Po zastosowaniu odpowiedniej pozycji ciała u pacjenta oraz wykonaniu przez pielęgniarkę masażu i oklepywania kaszel stał się efektywny, powodujący ewakuację wydzieliny z płuc.

Diagnoza 4. Deficyt samoopieki spowodowany zaostrzeniem się objawów choroby.

Cel. Podwyższenie stopnia samodzielności.

Interwencje:

- ocena przez pielęgniarkę rodzaju i stopnia deficytu samoopieki,
- udzielanie pomocy przez pielęgniarkę podczas wykonywania przez pacjenta czynności pielęgnacyjnych (mycie, ubieranie się, spożywanie jedzenia, zmiana pozycji ciała, podaż leków),
- dostosowanie przez pielęgniarkę otoczenia pacjenta w taki sposób, aby mógł bezpiecznie, bez nakładu sił, wykonywać czynności, np. zastosowanie udogodnień podczas mycia się pacjenta – ustawienie krzesła umożliwiające siedzenie pacjenta podczas kąpieli, zastosowania mat antypoślizgowych, czy uchwytów umożliwiających trzymanie się,
- udzielanie pomocy przez pielęgniarkę w trakcie przemieszczania się pacjenta,
- przeprowadzenie przez pielęgniarkę rozmowy edukacyjnej na temat konieczności podnoszenia stopnia samoopieki za pomocą wykonywania ćwiczeń,
- przeprowadzenie przez pielęgniarkę rozmowy edukacyjnej z rodziną pacjenta na temat unikania wyręczania chorego,

- wyrozumiałość ze strony pielęgniarki, niepoganianie chorego i niesterowanie podczas wykonywania czynności dnia codziennego,
- okazanie wsparcia i chęć pomocy przez pielęgniarkę.

Ocena: Dzięki dostosowaniu pomieszczenia do możliwości pacjenta chory jest w stanie wykonać więcej czynności dnia codziennego. Wyraźne okazanie empatii ze strony pielęgniarki doprowadziło do zwiększenia chęci chorego do wykonywania ćwiczeń, które mają na celu utrzymanie, a nawet zwiększenie poziomu samoopieki.

Diagnoza 5. Ryzyko wystąpienia powikłań nadciśnienia tętniczego związane z deficytem wiedzy pacjenta na temat tej jednostki chorobowej.

Cel: Zminimalizowanie możliwości wystąpienia powikłań nadciśnienia tętniczego oraz zwiększenie wiedzy pacjenta na ten temat.

Interwencje:

- pomiar parametrów życiowych dwa razy dziennie (rano i wieczorem), tj.: temperatura, tętno, ilość oddechów, ciśnienie tętnicze krwi, saturacja,
- przeprowadzenie rozmowy z pacjentem celem poznania poziomu jego wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego,
- przeprowadzenie rozmowy edukacyjnej, która powinna naświetlić obraz nadciśnienia tętniczego – wyjaśnienie definicji ciśnienia skurczowego i rozkurczowego, zaprezentowanie prawidłowych wartości ciśnienia za pomocą ulotek informacyjnych,
- przedstawienie przez pielęgniarkę sposobów radzenia sobie w nagłych wypadkach wystąpienia wysokiego bądź niskiego ciśnienia tętniczego krwi,
- poinformowanie pacjenta przez pielęgniarkę o konieczności pomiaru RR dwa razy dziennie (rano i wieczorem), ze zwróceniem szczególnej uwagi na np.: bóle głowy, zawroty, duszności, ucisk w okolicach klatki piersiowej oraz zapisywanie tych wartości w dzienniczku samokontroli,
- zaprezentowanie pacjentowi przez pielęgniarkę prawidłowej techniki pomiaru ciśnienia tętniczego z uwzględnieniem:
 - pomiar należy wykonywać w pozycji siedzącej ze stabilnie ułożoną ręką,
 - należy przed pomiarem usiąść i spróbować się uspokoić i odpocząć,
 - nie należy wykonywać pomiaru zaraz po wykonanym wysiłku fizycznym,
 - należy dobrać odpowiednią szerokość mankietu,
 - mankiet należy założyć na $\frac{3}{4}$ części długości ramienia,
 - przed pomiarem nie należy spożywać kawy oraz palić papierosów,
 - podczas pomiaru nie należy rozmawiać i wykonywać zbędnych ruchów,

- przeprowadzenie rozmowy edukacyjnej z pacjentem i jego rodziną na temat konieczności zmiany diety z uwzględnieniem ograniczenia spożywania soli oraz alkoholu,
- w razie potrzeby dostarczenie pacjentowi ulotek opisujących daną jednostkę chorobową jaką jest nadciśnienie,
- poinformowanie pacjenta przez pielęgniarkę o konieczności systematycznego pomiaru ciśnienia tętniczego.

Ocena: Jeżeli pielęgniarka nawiąże z pacjentem więź zaufania to istnieje duża szansa, że wszystkie przekazane przez nią informacje pacjent uzna za prawdziwe, będzie starał się dostosować do zaleceń pielęgniarских, które pozwolą mu na kontrolę tego ciśnienia, ale przede wszystkim dzięki edukacji pacjent będzie potrafił rozpoznać i poradzić sobie w wystąpieniu nagłej sytuacji związanej z wysokim lub niskim ciśnieniem tętniczym.

Diagnoza 6. Niepokój i strach pacjenta związany z wykonaniem zabiegu założenia drenu do jamy opłucnej.

Cel: zniwelowanie strachu, uspokojenie pacjenta.

Interwencje:

- przeprowadzenie przez pielęgniarkę rozmowy z pacjentem, która wyjaśni mu jak będzie wyglądał zabieg, jakie mogą wystąpić działania niepożądane, jak pacjent może czuć się po zabiegu,
- zapewnienie pacjenta o obecności pielęgniarki podczas zabiegu,
- okazanie przez pielęgniarkę wyrozumiałości, cierpliwości, chęci niesienia pomocy,
- jeżeli istnieje taka konieczność zorganizowanie pacjentowi rozmowy z lekarzem, w celu wyjaśnienia na czym będzie polegał zabieg,
- na zlecenie lekarza podanie środka uspokajającego.

Ocena: Po przeprowadzonej rozmowie edukacyjnej wyjaśniającej przebieg zabiegu założenia drenu i udzieleniu odpowiedzi na wszystkie pytania i wątpliwości uspokoiło pacjenta.

Diagnoza 7. Ryzyko zaostżenia się objawów chorobowych spowodowane dalszym paleniem papierosów.

Cel: Zminimalizowanie, a nawet zaprzestanie palenia papierosów przez pacjenta.

Interwencje:

- zebranie informacji przez pielęgniarkę dotyczących ilości wypalanych papierosów,
- zaprezentowanie przez pielęgniarkę negatywnych skutków palenia tytoniu,
- poinformowanie pacjenta jakie spustoszenie w organizmie niesie palenie papierosów,
- przedstawienie pacjentowi jakie korzyści niesie rezygnacja z palenia tytoniu,

- zaprezentowanie farmakologicznych i nefarmakologicznych sposobów pozwalających na zaprzestanie palenia papierosów,
- przeprowadzenie rozmowy edukacyjnej z rodziną pacjenta na temat konieczności niepalenia papierosów w obecności chorego,
- przekazanie pacjentowi broszurek informacyjnych przedstawiających sposoby radzenia sobie z chęcią zapalenia papierosów,
- poinformowanie pacjenta o możliwości rozmowy z lekarzem w celu wprowadzenia nefarmakologicznego sposobu zaprzestania palenia.

Ocena: Mimo przeprowadzonej rozmowy z pacjentem deklaruje on jedynie zmniejszenie ilości wypalanych papierosów do 10 dziennie.

Diagnoza 8. Postępująca choroba doprowadziła do zmniejszenia apetytu, a co za tym idzie spadek masy ciała chorego.

Cel: Zmiana odżywiania na lepsze.

Interwencje:

- wyliczenie przez pielęgniarkę BMI u pacjenta,
- wprowadzenie działań, które mają na celu zmniejszenie duszności podczas spożywania posiłków:
 - zmiana konsystencji posiłków,
 - zapewnienie pacjentowi odpowiedniej pozycji podczas jedzenia,
 - zapewnienie ciszy i spokoju podczas posiłku, niepoganianie chorego,
 - podaż takich posiłków, na które pacjent ma ochotę,
 - dostosowanie ilości porcji do możliwości chorego,
- skontrolowanie przez pielęgniarkę, czy stosowana terapia lecznicza u chorego może zmniejszyć jego apetyt,
- przeprowadzenie z pacjentem rozmowy edukacyjnej na temat konieczności spożywania przez niego odpowiedniej ilości składników mineralnych i witamin,
- przeprowadzenie z pacjentem rozmowy na temat możliwości konsultacji z dietetykiem w celu ułożenia odpowiedniej diety,
- przeprowadzenie rozmowy edukacyjnej z rodziną chorego na temat sposobu zachęcania chorego do jedzenia.

Ocena: Jeżeli podczas posiłku chory był ułożony w pozycji półwysokiej, a konsystencja posiłków stała się bardziej płynna, to spożywanie było dużo łatwiejsze. Chory chętniej spożywał posiłki, na które miał ochotę od dawna.

Diagnoza 9. Nieprawidłowy sen spowodowany nagłymi atakami kaszlu.

Cel. Przywrócenie prawidłowego rytmu snu.

Interwencje:

- regularna toaleta drzewa oskrzelowego wykonywana tuż przed snem w celu oczyszczenia drzewa oskrzelowego,
- zagospodarowanie choremu dnia w taki sposób, aby nie mógł skorzystać z drzemki w ciągu dnia,
- spożycie ostatniego posiłku na dwie godziny przed snem,
- niespożywanie przez chorego tuż przed snem napoi zawierających kofeinę,
- niewykonywanie przez pielęgniarkę zabiegów pielęgniarstwa tuż przed snem, aby chory się nie rozbudził,
- wyciszenie chorego przed snem poprzez:
 - wyłączenie telewizora,
 - zasłonięcie okien,
 - zmniejszenie światła na sali,
 - wywietrzenie sali,
 - zapewnienie odpowiedniej temperatury,
- w razie potrzeby podaż leku ułatwiającego zasypianie po konsultacji z lekarzem.

Ocena: Dzięki zagospodarowaniu dnia chory nie poszedł na tzw. „drzemkę”, dzięki temu wieczorem czuł się na tyle senny, że nie istniała potrzeba farmakoterapii.

Dyskusja. POChP to choroba przewlekła, która prowadzi do inwalidztwa. Opieka nad pacjentem wymaga zintegrowanej opieki. Ważna jest nie tylko współpraca wielu specjalistów, ale również zindywidualizowane podejście do pacjenta. Kluczową rolę w tej opiece odgrywa pielęgniarka [13].

W dostępnej literaturze naukowej wskazuje się na wiele przyczyn prowadzących do zachorowania na POChP, ale najczęstszą jest palenie tytoniu. Zaprzestanie palenia to zalecenie, którego przestrzeganie daje szansę na kontrolę postępu choroby, pozwala choremu na poprawę jakości życia, ale przede wszystkim na lepsze efekty w leczeniu POChP. Również w przypadku prezentowanego pacjenta głównym problemem jest palenie papierosów. Chory pomimo szybko postępującej choroby oraz wielokrotnej rozmowy terapeutycznej na ten temat, nie zamierza porzucić nałogu. Jednym z zaleceń lekarskich jest zaprzestanie palenia oraz zmiana trybu życia na zdrowszy. Aby leczenie było skuteczne, a choroba nie postępowała zbyt szybko pacjent powinien bezwzględnie zaprzestać palenia papierosów.

W leczeniu POChP stosujemy farmakoterapię, która powinna iść w parze z rehabilitacją. POChP powoduje nietolerancję wysiłku, zmniejsza aktywność fizyczną, która doprowadza do

dysfunkcji narządu ruchu, a w efekcie może nawet powodować inwalidztwo. Dlatego należy pamiętać, aby zapobiegać niesprawności. Literatura mówi, że rehabilitacja z roku na rok odgrywa coraz większą rolę. Pomocne są ćwiczenia oddechowe, które wykonywane regularnie mogą przyczynić się do poprawy pracy mięśni oddechowych, a w efekcie do zmniejszenia duszności wysiłkowej, a co za tym idzie zwiększenia tolerancji na wysiłek fizyczny oraz zwiększenia możliwości samoopieki [7]. W przedstawianym przypadku chory zrezygnował całkowicie z rehabilitacji. Nie zastosował się do zaleceń lekarskich, co spowodowało pogłębienie się duszności, a w efekcie doprowadził swój organizm do stanu, w którym jest uzależniony od pomocy żony podczas wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego.

Jak donosi literatura jednym z objawów świadczących o zaostrzeniu się choroby jest duszność ograniczająca pacjenta podczas wysiłku fizycznego i niepozwalająca zaspakajać podstawowych potrzeb, takich jak: spożywanie posiłków, kąpiel, ubieranie się czy spacerowanie [14]. W opisanym przypadku, chory zgłosił się do lekarza z powodu zaostrzenia objawów chorobowych. Dokuczała mu duszność, która doprowadzała do dysfunkcji jego organizmu. Pacjent był zmuszony do korzystania z pomocy żony w podstawowych czynnościach dnia codziennego, tzn. przygotowywania i spożywania posiłków oraz ubierania się i mycia.

Kolejnym ważnym elementem podejmowanym w literaturze przedmiotu jest poziom wiedzy pacjenta na temat choroby. Zbyt mało jest dostępnych informacji o POChP. Powinniśmy więcej mówić oraz pisać o przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc po to, aby uświadomić społeczeństwo o tym, że taka choroba w ogóle istnieje. Mianowicie, pacjenci, którzy wykazują chęci do zapoznania się z jednostką chorobową jaką jest POChP, borykają się z mniejszą ilością problemów samoopiekuńczych. Potrafią przewidzieć postęp choroby, umieją radzić sobie z nagłym atakiem kaszlu, uprawiają taką aktywność fizyczną, której nie przeszkadza duszność. Chorzy uczą się jak żyć z chorobą tylko po to, aby jak najdłużej móc zapewnić sobie opiekę [15]. Dodatkowo literatura donosi, że aby leczenie dawało efekty należy skupić się na edukacji pacjenta, nie tylko na temat POChP, ale również lekarz prowadzący czy pielęgniarka sprawująca opiekę nad chorym powinni wyedukować go z obsługi inhalatora. Szalenie istotną rzeczą jest prawidłowa podaż leków wziewnych. Tylko trafnie dobrana farmakologia oraz prawidłowa jej podaż pozwoli na kontrolę postępu choroby [16]. Niestety, w opisanym przypadku pacjent nie wykazuje chęci do pozyskiwania wiedzy w celu zrozumienia swojej choroby. Chętnie uczestniczy we wszystkich zabiegach diagnostycznych, nie wykazuje jednak

motywacji do nauki czy zmiany zachowań. Wie, że w jego bliskim otoczeniu znajduje się żona, która wyręczy go w zaspakajaniu podstawowych potrzeb dnia codziennego.

POChP jest chorobą przewlekłą, której bardzo często towarzyszą inne choroby nie tylko ciała, ale też umysłu. Według literatury naukowej u osób z POChP zwiększa się ryzyko wystąpienia zaburzeń w obszarze zdrowia psychicznego, a dokładniej zaburzeń lękowych i depresji [17]. Dodatkowo według literatury, aż 95% chorych na POChP towarzyszą inne choroby. Należą do nich choroby układu krążenia takie jak: nadciśnienie tętnicze, niewydolność krążeniowa, choroba niedokrwienna serca, miażdżyca tętnic oraz niedokrwistość. Według badań osoby chore na POChP, aż w 46% zmagają się z chorobami układu ruchu. Odpowiednio rozszerzona diagnostyka daje szansę na odnalezienie chorób współistniejących z POChP [18]. Dlatego istotną rzeczą jest nieustanne doksztalcanie się personelu (pielęgniarek, lekarzy) po to, aby w porę dostrzec zaistniałe problemy i zmiany w sferze psychicznej. Wskazana jest również współpraca lekarza prowadzącego ze specjalistą od zdrowia psychicznego, aby móc postawić diagnozę, szybko wdrożyć odpowiednie leczenie, a w konsekwencji poprawić jakość życia pacjenta [17].

W przedstawionym przypadku podczas przeprowadzania wywiadu pielęgniarzkiego z pacjentem, chory skarżył się na towarzyszący mu lęk o własne zdrowie i życie. Ataki nagłego kaszlu, duszność i towarzyszący ból w klatce piersiowej doprowadziły chorego do niepokoju o swoją przyszłość. Długotrwały poziom lęku oraz zaostrzenie się objawów chorobowych spowodowały wycofanie się pacjenta z życia społecznego, także rodzinnego. Spędza czas jedynie z żoną, unika spotkań rodzinnych, wyjść do sklepu itp.

Opieka nad pacjentem z POChP wymaga od pielęgniarki specjalistycznej wiedzy na temat tego schorzenia, także przygotowania niezbędnego do rozwiązywania pojawiających się problemów z zakresu fizjoterapii, dietetyki, psychologii. Pacjent cierpiący na to schorzenie wymaga wiele uwagi, zrozumienia, ale również stanowczości ze strony rodziny i zespołu interdyscyplinarnego, a głównie pielęgniarki, która spędza z chorym najwięcej czasu.

Wnioski.

1. POChP to choroba ogólnoustrojowa - dotyczy każdej sfery życia człowieka. Zdiagnozowana we wczesnym stadium pozwala pacjentom na normalne funkcjonowanie. Niezwykle istotne znaczenie w POChP ma profilaktyka.
2. Instrumentem niezbędnym w walce z POChP jest edukacja pacjenta i jego rodziny. Podobnie jest w przypadku edukacji społecznej. Wzrost poziomu wiedzy społeczeństwa na temat POChP zwiększy szansę na wykrywanie jej we wczesnym stadium.

3. Jednym z głównych zadań pielęgniarki w procesie pielęgnacji jest przygotowanie pacjenta do samoopieki.
4. Palenie papierosów jest głównym czynnikiem sprzyjającym rozwojowi choroby, a zaprzestanie palenia daje szansę na osiągnięcie lepszych wyników w leczeniu. W prezentowanym przypadku chory powinien niezwłocznie podjąć próbę zrezygnowania z nałogu i zmiany stylu życia.

Bibliografia

1. Górka K., Jankowski P., Krenke R. POChP w codziennej praktyce klinicznej. Warszawa: Wydawnictwo Medical Education, 2018
2. Kuziemska K. Duszność u pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. Medycyna po dyplomie, 2018, Vol.27, Nr 12 (272)
3. <https://www.mp.pl/pacjent/pochp/podstawoweinformacje/54207.mechanizmy-pochp-co-sie-dzieje-w-plucach-chorego> [dostęp: 08-03-2022]
4. Grzelewska-Rzymowska I., Górski P. Pneumonologia w gabinecie lekarza. Wydawnictwo PZWL. Warszawa 2020
5. Brodnicka I., Nowak – Gabryel M., Gabryel M. i in. Zależność występowania chorób współistniejących z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP) od wieku chorych i od stopnia ciężkości choroby. Nowiny Lekarskie 79/5, 2010
6. Andysz A., Merecz D. Psychologiczne konsekwencje przewlekłych chorób układu oddechowego. Rola personelu medycznego w ich przezwyciężaniu. Pneumologia i Alergologia Polska 80 (4)/2012
7. Szeliga E., Bocheńska Bal M., Czenczek E. Porównanie różnych metod rehabilitacji u pacjentów z POChP. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie, 2011
8. Hodder R., Lightstone S. Mój każdy oddech. Poradnik jak żyć z POChP. 2013
9. Lesińska-Sawiecka M (red.). Metoda case study w pielęgniarstwie. Wybrane zagadnienia. Wydawnictwo Medyczne Borgis. Warszawa 2009
10. Gródecka D., Jassem E., Pierzchała W. i in. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP). Pneumonologia i Alergologia Tom 80, nr 3 Polska 2012
11. Wątroba P. Problemy pielęgnacyjne pacjenta hospitalizowanego z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Niepublikowana praca dyplomowa licencjacka. Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Głogowie, Głogów 2021.
12. Antczak A. POChP w przypadkach klinicznych. PZWL Wydawnictwo Lekarskie. Warszawa, 2018
13. Kozak – Szkopek E. Ocena kliniczna chorego w podeszłym wieku z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. Gerontologia Polska, 2007 Wydanie 15 (3)
14. Greenstone M. Postępowanie w pierwszej dobie zaostrzenia POChP. Medycyna po dyplomie. Wydanie 19/2010

15. Kochman M., Górąjek – Jóźwik J. Samoopieka w działaniach podejmowanych przez pacjentów z POChP na rzecz zdrowia. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2/2014
16. <https://www.termedia.pl/pulmonologia/POChP-w-codziennym-zyciu-pacjenta,30309.html> [dostęp: 12.03.2022]
17. Andysz A., Merecz D. Psychologiczne konsekwencje przewlekłych chorób układu oddechowego. Rola personelu medycznego w ich przezwyciężaniu. *Pneumologia i Alergologia Polska* 80 (4)/2012
18. Brodnicka I., Nowak – Gabryel M., Gabryel M. i in. Zależność występowania chorób współistniejących z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP) od wieku chorych i od stopnia ciężkości choroby. *Nowiny Lekarskie* 79/5, 2010

Hospicjum perinatalne jako alternatywa dla aborcji

Natalia Mazur, Agnieszka Pieczykolan

Wstęp. Gdy para spodziewająca się dziecka słyszy diagnozę od lekarza, że ich syn lub córka cierpi na nieuleczalną chorobę, przeżywa szok. Informacja o możliwym ryzyku wystąpienia poważnej wady rozwojowej zostaje zazwyczaj przekazana już podczas pierwszego badania ultrasonograficznego wykonanego między 11. a 14. tygodniem ciąży. Wówczas można zauważyć nieprawidłowości w wymiarze przezierności karkowej lub brak obecności kości nosowej, co może sygnalizować większe ryzyko wystąpienia trisomii chromosomów 18, 13 i 21. Trisomia 18 pary chromosomów prowadzi do wystąpienia zespołu Edwardsa, natomiast trisomia 13 pary chromosomów prowadzi do wystąpienia zespołu Patau. Obie mutacje są letalne i skutkują śmiercią płodu w okresie prenatalnym lub noworodka w okresie okołoporodowym. Z kolei trisomia 21 pary chromosomów odpowiada za wystąpienie zespołu Downa, który nie prowadzi do śmierci płodu. W takiej sytuacji ciężarna zostaje skierowana na poszerzenie badań diagnostycznych za pomocą metod inwazyjnych, do których należą biopsja kosmówki, amniopunkcja i kordocenteza [1]. Zgodnie z nowelizacją ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, punkt drugi dopuszczający aborcję w przypadku wykrycia u płodu wad letalnych – to jest prowadzących do śmierci w okresie okołoporodowym, stracił moc prawną [2]. To postawiło wiele kobiet w sytuacji bez wyjścia.

Metody radzenia sobie rodziców z diagnozą. Reakcja rodziców dziecka na wiadomość o wadzie płodu jest porównywalna do informacji o śmierci bliskiej osoby. Nieprzeżyta żałoba może w konsekwencji prowadzić do poważnych zaburzeń zdrowia psychicznego. C.M. Sanders wyróżnia wśród nich szok, świadomość straty, ochronę siebie z charakterystycznym procesem wycofania, powrót do zdrowia i odnowę [3]. Dwie pierwsze fazy cechują się dużą zmiennością uczuć i występowaniem silnych emocji, co stopniowo wyniszcza organizm. W tym okresie matka najczęściej doświadcza ogromnego poczucia winy w związku z tym, że nie potrafiła ochronić swojego dziecka. Nie potrafi spojrzeć na stratę w obiektywny sposób, bo cały ciężar winy zrzuca na siebie. Szuka rozwiązań i możliwości, żeby uratować nienarodzone dziecko. Długotrwałe oddziaływanie stresu bezpośrednio wpływa na fizjologię organizmu, co skutkuje płynnym wejściem w fazę wycofania się, której symptomy są bardzo podobne do depresji. Mimo to, trzecia faza żałoby nie jest utożsamiana z depresją. To naturalna reakcja organizmu, gdy w miejsce silnego stresu, bólu i żalu wchodzi zmęczenie, będące konsekwencją

wyniszczenia organizmu przez silne emocje. Osoby z bliskiego otoczenia kobiety powinny zaakceptować fakt, że potrzebuje ona przeżyć swój smutek wywołany stratą.

Z kolei odnowa i powrót do zdrowia są możliwe wyłącznie po przejściu przez trzy poprzednie fazy gdy rodzice pogodzą się ze stratą [4].

Należy zwrócić uwagę na partnerów, którzy towarzyszą kobiecie w doświadczaniu trudnej diagnozy. Mężczyźni zupełnie inaczej przeżywają żałobę. Ich rola społeczna oraz utarte stereotypy sprawiają, że są oni postrzegani jako ci, którzy nie powinni okazywać swoich emocji. Ich zadaniem jest wspieranie partnerki i „zachowanie zimnej krwi”. Mężczyzna zazwyczaj przechodzi przez czas żałoby w milczeniu i samotności. Swój ból próbuje zagłuszyć angażowaniem się w obowiązki domowe i zawodowe, które w pełni absorbują jego czas. Niestety niesie to ze sobą szereg psychologicznych defektów, jak brak korzystania z profesjonalnej pomocy, błędne postrzeganie przez społeczeństwo, samotność, przyszłe trudności w budowaniu relacji międzyludzkich czy uwikłanie się w choroby mające podłoże psychologiczne, jak depresja czy pracoholizm [5].

Możliwość przyjęcia informacji o nieuleczalnej chorobie dziecka pozwala uniknąć negatywnych objawów natury psychicznej jak syndrom stresu poaborcyjnego PASS (Post Abortion Syndrom Stress), który stanowi pewne uszczegółowienie i wykazuje związek z zespołem stresu pourazowego PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) [6]. Syndrom poaborcyjny obserwuje się po przerwaniu ciąży, jednak nie dotyczy on matek, które urodziły dziecko i przeszły naturalny proces żałoby po stracie bliskiej osoby. Zespół PASS ma szereg cech, które występują w syndromie stresu pourazowego. Wśród nich można wyróżnić: drętwienie mięśni, występowanie głębokiej depresji, myśli samobójcze, retrospekcje. Należy zwrócić szczególną uwagę na występowanie retrospekcji u kobiet po wykonanym zabiegu aborcji, podczas którego pacjentki zachowały pełną świadomość. W PTSD pacjenci pamiętają traumatyczne wydarzenie, doświadczają koszmarów sennych, a nawet czynnik fizyczny np. w postaci hałasu może wywołać bolesne wspomnienie.

Innymi zjawiskami psychicznymi, które występują u kobiet ciężarnych z wykrytą wadą letalną u płodu są poczucie winy oraz ciągły niepokój. Zjawiskiem często błędnie pojmowanym przez społeczeństwo jest poczucie winy. Niekoniecznie musi ono wynikać z faktu, że kobieta dokonała aborcji wbrew sobie, naruszając tym samym swój wewnętrzny kodeks moralny. Koreluje to z lękiem o reakcję ze strony społeczeństwa i najbliższych osób. Niezależnie w jakiej sytuacji znajdzie się kobieta, jej decyzja spotyka się z odrzuceniem przez społeczeństwo. Świadomość urodzenia martwego dziecka, krytyka oraz brak wsparcia są bezpośrednimi czynnikami, prowadzącymi do wystąpienia zespołu PASS [7].

Aborcja jako jedna z metod postępowania. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO – World Health Organization) aborcja jest bezpieczna jeśli zostanie spełniony warunek. „ (...) gdy jest przeprowadzona zgodnie z zalecaną przez niniejszą instytucję metodą – czyli odpowiednią do czasu trwania ciąży oraz opierającą się na profesjonalnym przeszkoleniu pracowników wykonujących ten zabieg” [8].

Pierwszą z metod wykonywania aborcji jest używanie środków farmakologicznych - metotreksatu i mifepristone. Są one najskuteczniejsze, ponieważ prowadzą do zahamowania wydzielania progesteronu, którego zadaniem jest podtrzymanie ciąży. W konsekwencji dochodzi do złuszczenia się błony śluzowej macicy - nawet wówczas, gdy zarodek zdołał się zagnieździć w macicy. Metoda farmakologiczna jest legalna w większości krajów z wyjątkiem Portugalii, Włoch, Polski i Irlandii [9].

Drugą równie powszechną metodą jest metoda próżniowa. Polega na wprowadzeniu rurki (zwanej kaniulą) do wnętrza macicy przez szyjkę macicy. Kaniula jest podłączona do pompki elektrycznej lub strzykawki, dzięki której następuje zjawisko zasysania. W ten sposób jama macicy zostaje opróżniona. Zabieg jest krótki, trwa maksymalnie do 20 minut. Zazwyczaj kobieta jest znieczulana miejscowo, a podczas zabiegu zachowuje pełną świadomość. Metoda jest bezpieczna do ukończenia 14 tygodnia ciąży [9].

Ostatnią z metod aborcyjnych jest tzw. wczesna laparotomia, która polega na ingerencji medycznej w postaci otworzenia operacyjnego jamy brzucha. Zabieg jest wykonywany na sali operacyjnej w znieczuleniu ogólnym. To najbardziej inwazyjna metoda. Jeśli jest przeprowadzona w niesterylnych warunkach, może prowadzić do niebezpiecznych powikłań, np. rozwinięcia sepsy. W większości przypadków jest to zabieg wykonywany przy chorobach macicy, takich jak polipy szyjki macicy czy mięśniaki, które wymagają chirurgicznego usunięcia. Laparotomię stosuje się również celem usunięcia płodu, zagnieżdżonego poza jamą macicy.

Według raportu Ministerstwa Zdrowia w 2020 roku wykonano w Polsce 1053 aborcje związane z wykryciem u płodu ciężkich wad genetycznych, 21 aborcji z powodu zagrożenia życia matki i 2 aborcje z powodu dokonania czynu zabronionego [10]. W tym samym raporcie można przeczytać o szerzącej się działalności tzw. podziemia aborcyjnego. Szacunkowo 200 tys. polskich kobiet rocznie wyjeżdża za granicę w celu wykonania aborcji [10]. Wpływa na to również wiedza i świadomość społeczna. Przedstawiciele „Hospicjum dla dzieci z Dolnego Śląska” przeprowadzili badania, oceniające znajomość definicji hospicjum perinatalnego oraz odsetka aborcji wykonywanych za granicami Polski. Wniosek niemalże nasuwa się sam: zwiększenie świadomości społecznej o istnieniu i funkcjonowaniu takich placówek zmniejszy

liczbę wykonywanych aborcji za granicą. Wynika to z faktu, że społeczeństwo powinno znać inne i, w świetle prawa moralnego, lepsze rozwiązania sytuacji, w jakiej znajdują się rodzice nieuleczalnie chorego dziecka [11]. Zatem popularyzowanie wiedzy społecznej na temat tego, że istnieją specjalne miejsca dla rodziców, którzy słyszą niekorzystną diagnozę dla swojego nienarodzonego dziecka, powinno być jednym z celów polityki zdrowotnej państwa.

Definicja hospicjum perinatalnego. Istnieją formy pomocy dla takich par, będące w świetle zasad moralnych lepszym rozwiązaniem niż przerwanie ciąży. Hospicjum perinatalne to miejsce, gdzie kobieta wraz z partnerem, mogą zgłosić się już na samym początku ciąży, przygotować się do porodu i pożegnania dziecka. Placówkę tworzy wykwalifikowana kadra złożona z lekarzy, pielęgniarek i położnych. Pracownicy są zobowiązani posiadać szkolenie kierunkowe w pediatrycznej medycynie paliatywnej. Mogą je uzyskać podczas specjalnych kursów organizowanych m.in. przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych [12], np. Fundacja Warszawskiego Hospicjum Domowego stworzyła w 2016 roku, kurs „Opieka paliatywna w pediatrii” skierowany wyłącznie dla lekarzy po specjalizacjach [13]. Dodatkowo rodzice są objęci ciągłą opieką psychologiczną i duchową. Warto zaznaczyć, że korzystają oni z takiej opieki głównie bezpłatnie. Chociaż zależy to od wielu czynników, które są zmienne dla każdego hospicjum, jak ilość darowizn, przychody z działalności gospodarczej czy przychody z 1% podatku. Według Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, państwo finansuje świadczenia realizowane w ramach perinatalnej opieki paliatywnej do 28. dnia po porodzie na rzecz rodziców dziecka, w tym dziecka będącego w fazie prenatalnej i noworodków, zgodnie z kryteriami kwalifikacji do leczenia [14]. Ponadto od 2021 roku funkcjonuje projekt „Za życiem”. Według jego postanowień rodzice dziecka, które zmarło po porodzie mają prawo do uzyskania jednorazowego świadczenia z tego tytułu. Projekt zawiera również całą drogę postępowania od momentu postawienia diagnozy aż do uzyskania informacji o pochówku ciała dziecka [15].

Mimo dobrych warunków medycznych, sterylnych pomieszczeń i personelu, który zapewnia bezpieczeństwo przed powikłaniami po zabiegu, przerwanie ciąży jest tak dużym obciążeniem psychicznym dla kobiety, że nic nie jest w stanie ochronić ją w pełni przed wystąpieniem problemów psychicznych, np. zespół PASS. Zupełnie inaczej jest w przypadku korzystania z kompleksowej opieki paliatywnej w hospicjum perinatalnym. Według T. Dangela polega ona na zapewnieniu wszechstronnego wsparcia rodzicom dzieci nienarodzonych i noworodków z wadami letalnymi oraz opieki noworodkom z tymi wadami, nastawionej na zapewnienie komfortu i ochronę przed uporczywą terapią. Obejmuje leczenie objawowe dziecka oraz wsparcie psychologiczne, socjalne i duchowe, a także wsparcie w żałobie dla rodziców. Opieka

nad dzieckiem może być prowadzona na oddziale neonatologii lub w domu przez rodziców i hospicjum, jeżeli dziecko przeżyje poród i zostanie wypisane ze szpitala [16].

Co ciekawe w opinii publicznej istnieje przekonanie, że opieka paliatywna chroni przed uporczywą terapią. Przez pojęcie uporczywej terapii należy rozumieć przedłużanie procesu agonii w perspektywie nieuchronnej śmierci [17]. Natomiast opieka paliatywna jest to zapewnienie choremu wszystkich potrzeb, żeby pomóc mu w przygotowaniu się do śmierci, łagodząc występujące dolegliwości bólowe. W takim razie czym jest podtrzymywanie ciąży, która zakończy się śmiercią dziecka? Odpowiadając na pytanie należy podkreślić, że opieka paliatywna a uporczywa terapia to dwa zupełnie różne zjawiska. Uporczywa terapia uwłacza wręcz godności ludzkiej, ponieważ pozbawia go naturalnego prawa do śmierci, sztucznie podtrzymując życie. Natomiast opieka paliatywna zapewnia wszelkie zabiegi i czynności wokół chorego aby zapewnić mu godne odejście. Takie samo podejście obiera Kościół Katolicki. Kongres Nauki Wiary zgodnie stwierdza, że: „życie fizyczne, choć z jednej strony wyraża osobę i od niej czerpie swoją wartość do tego stopnia, że nie można dysponować nim jak rzeczą, z drugiej jednak – nie wyczerpuje wartości osoby ani nie jest najwyższym dobrem” [18]. Zatem podtrzymywanie ciąży, u której stwierdzono ciężkie wady u płodu prowadzi do ochrony życia tego płodu zgodnie z naturalnym prawem do życia, które jest ustanowione w Konstytucji RP. „Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia [19].”

Co więcej prawem ochrony życia jest objęty człowiek od momentu poczęcia, a więc od chwili kiedy, według naukowców, powstaje początek życia ludzkiego. Współcześni biolodzy, na podstawie licznych badań, nie mają wątpliwości, że życie ludzkie zaczyna się w momencie poczęcia – zapłodnienia. Wówczas powstaje niepowtarzalny kod genetyczny, różny dla każdego człowieka, który zawiera wszystkie informacje o danej osobie, jak np. kolor włosów, oczu, płeć czy wzrost [20].

Potrzeby kobiety ciężarnej, u której istnieje ryzyko ciężkich wad letalnych. Poruszając temat opieki paliatywnej należy również pamiętać o potrzebach kobiety, a nie koncentrować się wyłącznie na chorym dziecku. Ciężarna, która usłyszała od lekarza diagnozę, że jej dziecko choruje z powodu obecności ciężkich wad letalnych posiada konkretne potrzeby, których nie wolno bagatelizować.

Pierwszą z nich jest oczekiwanie udzielenia wsparcia przez personel medyczny, który sprawuje opiekę nad kobietą. Zawiera się w nim potrzeba indywidualnego traktowania. Ciężarne oczekują rozmowy, empatii oraz współczucia ze strony personelu. Można wywnioskować, że pragną traktowania podmiotowego – nie jako przypadku medycznego lecz osoby z konkretnymi

problemami i emocjami. Kobiety mają potrzebę edukacji, jak mają się zachować i jak postępować w ciąży, która jest ciążą wysokiego ryzyka. Ponadto potrzebują poczucia bezpieczeństwa i zaufania ze strony personelu [21].

Ciężarne potrzebują edukacji dotyczącej choroby, która została zdiagnozowana u dziecka. Jak w przypadku każdego schorzenia, pacjent ma prawo wiedzieć na czym polega jego choroba, jakie są rokowania, koszty leczenia oraz ewentualne komplikacje. Podobnie ciężarna musi troszczyć się nie tylko o dziecko ale również o swoje zdrowie. Ważne, żeby uzyskała potrzebne informacje od kompetentnych i wykwalifikowanych osób. Istnieje ryzyko, że jeśli ich nie otrzyma od lekarzy lub położnych, zacznie sama szukać odpowiedzi na pytania (np. na forach internetowych), które mogą okazać się mało rzetelne, a czasami wręcz nieprawdziwe.

Podstawowe potrzeby emocjonalne, jak potrzeba bliskości, wsparcia, współczucia, zrozumienia, kobiety kierują w stronę swoich najbliższych, zwłaszcza partnerów. Należy pamiętać, że ojciec chorego dziecka również musi się zmierzyć z ciężką sytuacją, jaką jest choroba dziecka nienarodzonego. Nie wolno sprowadzać jego roli tylko do wspierania partnerki. Mimo to, ich obecność przy kobiecie z pewnością wpływa pozytywnie na przygotowanie się do nieuchronnej konieczności pożegnania dziecka.

Nieodłącznym elementem jaki towarzyszy kobiecie, będącej w ciąży zagrożonej jest lęk. Przyszła mama boi się przebiegu ciąży, samego porodu oraz pierwszych chwil z dzieckiem. Etap ciąży wiąże się z brakiem kontaktu fizycznego z dzieckiem. Kobieta nie może go w pełni zobaczyć, przytulić czy usłyszeć. Ponadto towarzyszy jej lęk przed odrzuceniem przez partnera. Boi się, że zostanie sama, ponieważ partner obwini ją o spowodowanie choroby u dziecka. Niestety są sytuacje, kiedy ciężarne zostają do końca ciąży z chorym dzieckiem same, bez wsparcia bliskiej osoby. To powoduje u nich poczucie rezygnacji. Skoro w jej odczuciu, nikt nie chce jej pomóc, to w jaki sposób można argumentować, że powinna zatroszczyć się o własne dziecko. Bez wątplenia taka sytuacja ma prawo doprowadzić przyszłą matkę do zaburzeń lękowych czy zachowań depresyjnych. Należy pamiętać, że podstawową potrzebą kobiety z ciążą zagrożoną jest poczucie bliskości, bezpieczeństwa i opieki, które muszą być zaspokojone.

Strach przed porodem można porównać do naturalnych obaw, które pojawiają się u większości kobiet ciężarnych w okresie okołoporodowym. Jednak ciężarna, która ma świadomość z jaką wadą urodzi dziecko, np. ze zdeformowaną twarzoczaszką, może obawiać się samego widoku noworodka. Najczęstszym problemem jest strach przed brakiem miłości w stosunku do dziecka. Kobieta boi się, że widok nienaturalnie wyglądającego dziecka będzie dla niej traumatycznym przeżyciem, a pierwsze chwile z nim będą szokiem. Aby zapobiec takim lękom, kobietom

proponuje się świadome przygotowanie do porodu, które obejmuje m.in. wybór szpitala, wcześniejszą rozmowę z personelem, uwzględnienie potrzeb rodzających oraz obecność partnera przy porodzie, w celu zmniejszenia nasilenia odczuwanych emocji.

Dodatkowo, ważną kwestią jest wada dziecka. Jej rodzaj, nasilenie czy prognoza przeżywalności różnie wpływa na stan psychiczny rodziców. Noworodek może umrzeć kilka godzin po porodzie, jednak przeżywalność dzieci z innymi chorobami wynosi do kilkunastu lat. W zależności od tego rodzice doświadczają zupełnie różnych rodzajów lęku. W przypadku wczesnej śmierci dziecka, pojawiają się pytania dotyczące miejsca porodu (szpital, dom w ramach paliatywnej opieki domowej), możliwości pożegnania się bliskiej rodziny z dzieckiem, spraw urzędowych związanych ze śmiercią dziecka oraz organizacji pogrzebu. Natomiast, gdy długość życia chorego dziecka jest prognozowana w latach, rodzice borykają się z zupełnie innymi problemami, jak koszty leczenia i opieki, czy będą objęci pomocą opiekuńczo-psychologiczną z ramienia hospicjum przez cały okres życia dziecka, czy poradzą sobie w roli opiekunów nad ciężko chorym dzieckiem, czy są w stanie zmierzyć się z perspektywą śmierci dziecka. Wszelkie lęki oraz emocje związane z daną sytuacją są brane pod uwagę indywidualnie w przypadku pacjentki i jej partnera. Hospicjum perinatalne zapewnia opiekę dziecku, matce i – jeśli jest taka potrzeba – rodzinie [22].

Wnioski. Podsumowując, artykuł miał na celu przybliżenie informacji na temat działalności hospicjów perinatalnych, świadczących pomoc kobietom ciężarnym z ciężkimi wadami u płodu, a także noworodkom z wrodzonymi wadami genetycznymi. Temat został skonfrontowany z procederem aborcji. Zostały opisane różne metody jej wykonania. Ponadto artykuł zawiera informacje dotyczące psychologicznych konsekwencji poaborcyjnych zarówno dla kobiet jak i ich partnerów. Niewątpliwie choroba dziecka jest trudnym doświadczeniem dla obojga rodziców. Każdy przypadek wymaga indywidualnego podejścia. Zatem decyzja o przerwaniu ciąży lub poddaniu się hospitalizacji i opiece w hospicjum perinatalnym należy wyłącznie do pary, doświadczonej diagnozą lekarską o obecności wad letalnych u płodu.

Bibliografia

- [1] Wojtyłko-Gołowkin A., Bağlaj M., Wojtyłko A. (2014). Diagnostyka prenatalna wad wrodzonych. Puls uczelni, 8 (1), 26-29
- [2] Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz.U. 1993 nr 17 poz. 78)
- [3] Kriese M. (2005). Smutek, strata, żałoba. Jak sobie z nimi radzić? Radom: Polwen
- [4] Bubiak A., Bartnicki J., Knihinička-Mercik Z. (2014). Psychologiczne aspekty utraty dziecka w okresie prenatalnym. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 4, 69-78.

- [5] Stelcer B. (2012). Żałoba mężczyzn. *Nowiny Lekarskie*, 81 (5), 569-573
- [6] Babbel S. Zespół stresu poaborcyjnego (PASS) – czy istnieje? *Psychology today* 25.10.2010 <https://www.psychologytoday.com/us/blog/somatic-psychology/201010/post-abortion-stress-syndrome-pass-does-it-exist> dostęp: 09.01.2022
- [7] Chazan B., Muller M. (2014). *Prawo do życia bez kompromisu*. Kraków: WAM
- [8] Pawłowska K. WHO zaleca stosowanie środków poronnych i przekonuje do znoszenia obostrzeń utrudniających aborcję *Ordo Iuris* 31.07.2020 <https://ordoiuris.pl/ochrona-zycia/who-zaleca-stosowanie-srodkow-poronnych-i-przekonuje-do-znoszenia-obostrzen> dostęp: 09.01.2022
- [9] Puzewicz-Barska J. (2004) *Nasze ciała nasze życie*. Warszawa: Stowarzyszenie Współpracy Kobiet
- [10] Ferfecki W. Raport Ministerstwa Zdrowia: 1076 aborcji w Polsce w 2020 r. W tym legalne byłyby 23, 20.07.2021 <https://www.rp.pl/kraj/art10701-raport-ministerstwa-zdrowia-1076-aborcji-w-polsce-w-2020-r-w-tym-legalne-bylyby-23> dostęp: 01.01.2022
- [11] Raport z Fundacji Formuła Dobra „Hospicjum dla życia poczętego” z 2019 r.
- [12] Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie nadania statutu Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (DZ. URZ. Min. Zdr. 2018. 125)
- [13] Dangel T. (2019). *Standardy perinatalnej opieki paliatywnej*. Warszawa: Fundacja Warszawskie Hospicjum dla Dzieci
- [14] Zarządzenie nr 74/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 lipca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaj opieka paliatywna i hospicyjna
- [15] Ustawa z dnia 4 listopada 2016 roku o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin (Dz.U. 2016. poz.1860)
- [16] Dangel T. (2007). Wady letalne u noworodków. *Standardy Medyczne*, 9 (31), 108-110
- [17] Sobański P. (2009). *Czym jest uporczywa terapia?* Kraków: Polskie Towarzystwo Bioetyczne
- [18] Kongregacja Nauki Wiary. (1987) *Donum vitae*. Watykan: Kongregacja Nauki Wiary
- [19] Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. 1997 nr 78 poz. 483)
- [20] Jacobs S.A. (2019). *Balancing Abortion Rights and Fetal Rights: A Mixed Methods*
- [21] Tałaj A., Fischer B., Kupcewicz E. (2012). Potrzeby i oczekiwania hospitalizowanych ciężarnych z patologią ciąży. *Problemy pielęgniarstwa*, 20 (2), 228-232
- [22] Brzezińska-Waleńczyk M. Czego potrzebuje kobieta oczekująca narodzin chorego dziecka? [wywiad z psychologiem] *Aleteia* 16.11.2020

Studencka opieka pielęgniarska nad pacjentami hospitalizowanymi z powodu zakażenia SARS-CoV-2

Katarzyna Ochalek, Magda Penar, Małgorzata Marć

Wstęp. Koronawirus SARS-CoV-2 jest jednym z siedmiu poznanych koronawirusów wywołujących zakażenia górnych dróg oddechowych. Patogeny te tworzą grupę wirusów o sekwencji RNA z rodziny Coronaviridae. Wirus SARS-CoV-2 został odkryty pod koniec 2019 r. w Wuhan. Nowy koronawirus charakteryzuje się wysoką zakaźnością, czego konsekwencją jest obecnie trwająca pandemia choroby COVID-19 wywołana przez niniejszego wirusa, który rozprzestrzenił się drogą kropelkową. SARS-CoV-2 wywołuje najczęściej wirusowe zapalenie płuc z narastającą dusznością oraz spadkiem saturacji, w konsekwencji czego dochodzi do rozwoju ostrej niewydolności oddechowej. COVID-19 charakteryzuje się również m.in. takimi objawami, jak: ból głowy, gardła, mięśni, gorączka, utrata węchu oraz apetytu [1].

W celu zapobiegania rozprzestrzenianiu się nowego koronawirusa, stosowano liczne środki ostrożności i ograniczenia kontaktów społecznych, jak np.: tymczasowa kwarantanna domowa, izolacja, noszenie maseczek ochronnych, zamykanie lokalnych szkół, zamykanie uczelni wyższych, ograniczenia w sektorach kultury i rozrywki, ograniczenia w sektorach rekreacji oraz sportu, ograniczenia w sektorach gospodarki, ograniczenia w zakresie podróży.

Wraz z rozwojem epidemii modyfikowano i dostosowywano zakres ograniczeń w różnych sektorach gospodarki oraz instytucjach, szkolnictwie w zależności od sytuacji epidemicznej.

Wymienione wyżej środki stosowane w celu ograniczenia rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2 nie są jednakowo skuteczne, jak proponowane szczepienia ochronne [2]. Środki te mają krótkotrwały skutek, a ponadto są ograniczone przestrzennie [3]. Pojawienie się pierwszej, oczekiwanej szczepionki przeciw SARS-CoV-2 spowodowało w początkowym okresie konieczność typowania grup największego ryzyka zachorowania do szczepień. Jedną z grup zawodowych, której jako pierwszej zalecono przyjęcie szczepionki byli przedstawiciele zawodów medycznych i studenci uczelni i kierunków medycznych.

Cel pracy. Celem niniejszego rozdziału jest ukazanie zakresu i charakteru zadań studentów pielęgniarstwa we współdziałaniu z zespołem pielęgniarskim w opiece nad pacjentami z zakażeniem SARS-CoV-2 w warunkach szpitalnych.

Uwarunkowania prawne realizacji kształcenia praktycznego studentów pielęgniarstwa w okresie pandemii COVID-19. W marcu 2020 roku wraz z ogłoszeniem pandemii COVID-

19 w Polsce wprowadzono ograniczenia w kształceniu studentów polegające na zmianie metod i technik nauczania z realizowanych w kontakcie bezpośrednim na metody i techniki kształcenia na odległość. Ograniczenia te nie objęły studentów kierunków medycznych, w tym kierunku pielęgniarstwo. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 18 maja 2020 roku 40% liczby punktów ECTS przypisanych w programie studiów do zajęć kształtujących umiejętności praktyczne, w tym zajęć praktycznych i praktyk zawodowych dla roku studiów mogło być realizowanych z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość. Pozostałe 60% liczby punktów ECTS było realizowanych w kontakcie bezpośrednim w placówkach kształcenia praktycznego[4].

W zależności od dynamiki rozwoju epidemii zmieniano i dostosowywano przepisy prawne do adekwatnej sytuacji związanej z pandemią, w tym także zasady realizacji kształcenia praktycznego w podmiotach leczniczych i innych placówkach opiekuńczych.

Algorytm postępowania personelu medycznego oraz studentów pielęgniarstwa w opiece nad pacjentem zakażonym SARS-CoV-2. Okres występowania wirusa SARS-CoV-2 wymaga zapewnienia wysokich standardów epidemiologicznych przy realizowaniu świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w opiece nad pacjentem z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

Analiza literatury przedmiotu wskazuje na to, że za podstawę profilaktyki zakażeń w chorobie COVID-19 uważane są: dystans fizyczny, higiena rąk i właściwe stosowanie środków ochrony indywidualnej [5]. Zarówno w Polsce jak i za granicą kierując się dobrem podopiecznych, w placówkach ochrony zdrowia przed przyjęciem chorego, wprowadzono obowiązek testowania. Bardzo istotnym jest ograniczenie wszelkich kontaktów pacjentów zarówno w szpitalach, jak i warunkach domowych. W ramach przygotowania do opieki nad pacjentem wyznaczona osoba wykonuje pomiar temperatury ciała pracowników. Konsultant krajowy i Główny Inspektor Sanitarny przedstawili zalecenia dotyczące korzystania ze środków ochrony osobistej. Pacjenci hospitalizowani z powodu zakażenia wirusem SARS-CoV-2 umieszczeni powinni być w wydzielonym pomieszczeniu, aby zapewnić izolację kontaktową. Zaleca się, by wszelkie procedury medyczne wykonywane w oddziale „covidowym” związane z wytwarzaniem aerozolu przeprowadzać w izolatce z zakażeniami przenoszonymi drogą powietrzną [6]. Bezpośredni kontakt z zakażonym stanowi wysokie ryzyko przeniesienia patogenu na osobę zdrową. W związku z powyższym personel medyczny oraz studenci odbywający praktykę zawodową musieli przystosować się do stosowania środków ochrony indywidualnej. Światowa Organizacja Zdrowia oraz Główny Inspektor Sanitarny przedstawili wytyczne dotyczące stosowania środków ochrony osobistej w celu zapobiegania zakażeniu

podczas opieki sprawowanej nad pacjentami z chorobą COVID-19. Do wyżej wymienionych środków należą:

- kombinezon barierowy biologiczny,
- gogle oraz przyłbica,
- rękawice ochronne długie oraz krótkie,
- półmaska filtrująca FFP2 lub FFP3,
- buty ochronne,
- ochraniacze na obuwiu,
- czepek ochronny [7].

Kluczowym elementem przed zastosowaniem środków ochrony indywidualnej jest zachowanie higieny rąk, obejmującej dokładne umycie dłoni, a następnie ich dezynfekcję środkiem na bazie alkoholu według standardów [8].

Opracowany algorytm stosowania środków ochrony osobistej obejmuje:

1. Higieniczne mycie rąk według obowiązujących zaleceń.
2. Założenie pierwszej pary rękawiczek ochronnych.
3. Nałożenie czepka ochronnego na głowę.
4. Nałożenie kombinezonu barierowego biologicznego z pomocą asystenta.
5. Założenie półmaski filtrującej FFP2 lub FFP3 dopasowując ją szczelnie do kształtu nosa.
6. Nałożenie gogli lub okularów ochronnych.
7. Nałożenie przyłbicy ochronnej.
8. Założenie drugiej pary rękawiczek ochronnych zachodzących na mankiety rękawów kombinezonu [9].

Po ściągnięciu środków ochrony indywidualnej według przyjętych standardów należy wziąć prysznic obejmujący całe ciało oraz włosy. Oprócz wyżej wymienionych zasad zarówno personel pielęgniarski, jak i studenci odbywający praktykę zawodową zobowiązani są do przestrzegania określonych wytycznych. Według standardów nie należy nosić biżuterii oraz makijażu. Ponadto ważne jest aby mieć krótko przycięte paznokcie oraz spięte włosy [9,10].

Świadczenia zdrowotne udzielane przez studentów pielęgniarstwa pacjentom z chorobą COVID-19. Personel medyczny w sprawowaniu opieki nad chorymi w czasie pandemii COVID-19 musi być zabezpieczony w środki ochrony osobistej oraz odpowiedni sprzęt, a ponadto posiadać wiedzę na temat obowiązujących, niezbędnych rekomendacji. Działania te mają na celu zapewnienie chorym opieki na możliwie wysokim poziomie, ochronę przed zakażeniem oraz bezpieczeństwo w razie wystąpienia infekcji [11]. Wszystkie czynności

podejmowane przez zespół pielęgniarski oraz studentów w trakcie kształcenia praktycznego są wykonywane zgodnie z aktualnymi wytycznymi Państwowego Inspektora Sanitarnego oraz wytycznymi w związku z częściowym przywracaniem działalności uczelni (w tym wytyczne do realizacji kształcenia praktycznego na kierunkach medycznych i w placówkach opieki zdrowotnej) [12,13]. Początkowym elementem w sprawowaniu opieki nad pacjentem z chorobą COVID-19 jest opracowanie indywidualnego planu opieki z uwzględnieniem aktualnego stanu zdrowia, potrzeb pacjenta oraz wieku. Ważnym aspektem w przygotowywaniu planu opieki jest dokonanie oceny progresji zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Po opracowaniu indywidualnej opieki nad chorym z COVID-19 kolejnym etapem opieki jest wdrożenie zaplanowanych działań, ze szczególnym zwróceniem uwagi na leczenie symptomów ze strony układu oddechowego [14].

Choroba COVID-19 wiąże się z występowaniem licznych symptomów. Jednym z nich jest wysoka gorączka, która wpływa na znaczne osłabienie pacjenta [15]. Studenci odbywający praktykę zawodową oraz zespół pielęgniarski w sprawowaniu opieki nad chorym gorączkującym podejmują działania, których zakres obejmuje przede wszystkim nawadnianie organizmu podopiecznego oraz niedopuszczenie do wystąpienia zaburzeń wodno-elektrolitowych oraz krążeniowo-oddechowych. Studenci pod nadzorem personelu pielęgniarskiego w szczególności monitorują temperaturę ciała chorego, dokonują oceny ryzyka wystąpienia odwodnienia, a także uczestniczą w farmakoterapii zleconej przez lekarza prowadzącego. Studenci poza podawaniem leków przeciwgorączkowych stosują metody fizykalne u chorych, takie jak na przykład: okłady chłodzące na duże naczynia, wietrzenie sali, zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu pomieszczenia.

Chorych zachęca się do brania zimnych kąpeli oraz stosowania zwiewnej, bawełnianej odzieży oraz bielizny osobistej. W związku z potliwością gorączkujących pacjentów studenci dokonują częstej zmiany bielizny osobistej oraz pościelowej w celu zapewnienia komfortu pacjenta. Studenci dbają, aby hospitalizowani spożywali odpowiednią ilość płynów doustnie, a w przypadku ciężkiego stanu pacjenta zwilżają im usta oraz podają płyny dożylnie zgodnie ze zleceniem lekarskim [16,17].

U wielu pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2 dochodzi do wystąpienia zapalenia płuc, które może prowadzić do uczucia duszności, a nawet zespołu ostrej niewydolności oddechowej [18,19]. Zadania studentów pielęgniarstwa w opiece nad pacjentem z dusznością obejmują ocenę stopnia nasilenia duszności przy użyciu skali mMRC (skala nasilenia duszności), ustalenie przyczyny duszności oraz czasu jej trwania. Studenci systematycznie obserwują stan pacjentów oraz dokonują pomiarów podstawowych parametrów życiowych, do

których zalicza się: ciśnienie tętnicze krwi, tętno, oddechy, saturację mierzone minimum trzy razy w ciągu doby, a w przypadku, gdy duszność się nasila podopieczny jest monitorowany przez cały czas przy pomocy kardiomonitora. W sprawowaniu opieki nad pacjentem z COVID-19 przez studentów istotne jest również ocenianie stanu świadomości chorego, a także zabarwienia skóry i ocieplenia kończyn. Studenci zapewniają choremu odpowiednie ułożenie w łóżku, ułatwiające oddychanie, na przykład stosują pozycję półwysoką lub wysoką. W niektórych przypadkach niezbędna może okazać się również tlenoterapia zgodnie ze zleceniem lekarskim. Ważne jest także zapewnienie choremu komfortu psychicznego oraz minimalizowanie negatywnych emocji, do których należą niepokój czy lęk, będące wynikiem konieczności hospitalizacji. Studenci edukują pacjentów na temat korzyści wynikających z wykonywania ćwiczeń oddechowych, a także przeprowadzają instruktaż. W sprawowaniu opieki dążą do zapewnienia odpowiedniego mikroklimatu na sali chorych [20,21].

W opiece nad pacjentem z COVID-19 wentylowanego mechanicznie istotnym elementem jest wykonywanie toalety drzewa oskrzelowego poprzez odsysanie chorego z wykorzystaniem zamkniętego układu ssącego oraz wykonywanie wszelkich czynności pielęgnacyjnych w obrębie rurki tracheostomijnej lub intubacyjnej z zachowaniem zasad aseptyki oraz antyseptyki. Studenci zapewniają regularną oraz kompleksową higienę jamy ustnej chorych przy użyciu kwaczy lub szczoteczek nasączonych środkiem do pielęgnacji jamy ustnej. Studenci karmiąc chorych lub pomagając im w spożywaniu posiłków zapewniają odpowiednią pozycję ułożeniową (pozycja półwysoka) w celu zapobiegania zachłystowemu zapaleniu płuc [22].

Częstym objawem występującym u zakażonych wirusem SARS-CoV-2 jest suchy, męczący kaszel. Rolą studentów pielęgniarstwa w opiece nad chorem jest edukacja podopiecznych na temat zasad higieny podczas napadu kaszlu oraz pozycji ułatwiającej oddychanie. Ponadto studenci dążą do wyeliminowania z otoczenia chorego czynników drażniących, inicjujących kaszel oraz zapewnienia właściwego mikroklimatu pomieszczenia. Studenci zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich wykonują u chorych inhalacje oraz nebulizacje [19].

Choroba COVID-19 jest niebezpieczna dla wszystkich grup wiekowych, nie mniej jednak najbardziej dotkliwa jest dla pacjentów geriatrycznych. U osób starszych wirus SARS-CoV-2 wpływa na unieruchomienie chorego w łóżku ze względu na występowanie, na przykład: wysokiej temperatury ciała, uporczywego kaszlu lub ciężkiego zapalenia płuc, niekiedy wymagającego użycia respiratora. W związku z tym, studenci uczestniczą w zapobieganiu wystąpienia choroby zakrzepowo-zatorowej u chorych hospitalizowanych z powodu COVID-19, szczególnie u pacjentów w podeszłym wieku. Unieruchomienie pacjentów dorosłych

powyżej 24 godzin zwiększa ryzyko wystąpienia żylnych chorób zakrzepowo-zatorowych. W ramach profilaktyki przeciwzakrzepowej studenci zgodnie ze zleceniem lekarskim podają chorym heparynę drobnocząsteczkową podskórnie. Ponadto studenci biorą udział w stosowaniu profilaktyki mechanicznej u chorych unieruchomionych, który polega na przerywanym ucisku mechanicznym za pomocą odpowiednich urządzeń [23].

Studenci w sprawowaniu opieki nad unieruchomionymi pacjentami z chorobą COVID-19 w swych działaniach dążą do zminimalizowania częstości występowania odleżyn u chorych. Działania te obejmują systematyczną ocenę ryzyka występowania odleżyn z wykorzystaniem następujących skal: Braden, Norton, Waterlow, CBO.

Ponadto studenci dokonują codziennej oceny stanu skóry podopiecznych, ze szczególnym zwróceniem uwagi na miejsca najbardziej narażone na występowanie odleżyn (m.in. pośladki, pięty, łopatki, wzdłuż linii kręgosłupa). Niezwykle istotnym elementem wchodzącym w skład profilaktyki przeciwoodleżynowej u chorych unieruchomionych jest zmiana pozycji pacjenta przez studentów co najmniej co 2 godziny, z jednoczesnym stosowaniem adekwatnych udogodnień w postaci wałków, klinów mających na celu odciążenie ucisku w obrębie poszczególnych miejsc ciała. Chory leżący wymaga również łóżka zaopatrzonego w zmiennociśnieniowy materac przeciwoodleżynowy, a także odpowiedniej higieny osobistej oraz pościelowej. Ważne jest, aby bielizna osobista oraz pościelowa były suche i odpowiednio wyrównane, aby nie powodować dodatkowego czynnika wpływającego na powstawanie odleżyn u chorego. Studenci w ramach profilaktyki przeciwoodleżynowej dbają również o stan skóry chorego poprzez odpowiednią pielęgnację, która obejmuje: regularne mycie ciała chorego, dokładne osuszanie ciała chorego, stosowanie odpowiednich preparatów do pielęgnacji skóry.

Oprócz pielęgnacji istotne jest także zapewnienie chorym odpowiednio zbilansowanej diety bogatej w białko, witaminy oraz składniki mineralne.

Personel pielęgniarski, a także studenci pielęgniarstwa odbywający praktykę zawodową poza pielęgnacją chorego z COVID-19 oraz uczestniczeniem w farmakoterapii odgrywają istotną rolę w profilaktyce zakażeń polegającej na przeprowadzaniu szczepień ochronnych [24]. W związku z wysoką liczbą zachorowań na COVID-19, a ponadto z licznymi zgonami będącymi konsekwencją nowego koronawirusa, a tym samym nieustępującej pandemii, przeprowadzono liczne badania kliniczne nad wytworzeniem szczepionki [25,26]. Szczepionki te, poprzez wytworzenie odporności mogą chronić osoby, szczególnie najbardziej narażone na zakażenie wirusem SARS-CoV-2, do których należą: pracownicy medyczni, osoby

z chorobami przewlekłymi, obniżoną odpornością czy osoby starsze, a także znacząco przyczynić się do ograniczenia rozprzestrzeniania się tego wirusa [27,28].

Studenci pielęgniarstwa w oddziale „covidowym” w ramach odbywania praktyk zawodowych w głównej mierze mają kontakt z pacjentami geriatrycznymi. W planowaniu opieki na chorymi w podeszłym wieku należy zwrócić szczególną uwagę na występowanie problemów ze wzrokiem i słuchem, które stanowią utrudnienie w komunikowaniu się z pacjentem oraz sprawowaniu opieki. Istotne dla studentów jest zapewnienie chorym poczucia bezpieczeństwa, komfortu oraz optymalnych warunków w sali niestwarzających zagrożenia poprzez np. stosowanie barierek zabezpieczających pacjenta w łóżku, informowanie chorego o wykonywanych czynnościach, odpowiadanie na zadawane pytania. Studenci zwracają się do pacjentów spokojnym, życzliwym tonem głosu, mówiąc głośno i wyraźnie w sposób dla nich zrozumiały, unikając fachowego dla zawodu słownictwa. Pomagają pacjentom przy wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego, do których należą spożywanie posiłków, ubieranie się, higiena osobista [24].

Większość pacjentów hospitalizowanych z powodu zakażenia wirusem SARS-CoV-2 odczuwa osamotnienie. Związane jest to z utrudnionym kontaktem z rodziną oraz koniecznością izolacji, dlatego też rolą studentów pielęgniarstwa jest zapewnienie wsparcia psychologicznego oraz emocjonalnego. Pomocne może okazać się także umożliwienie chorym kontaktu telefonicznego z najbliższymi[20].

Podsumowanie. Opieka nad pacjentami zakażonymi wirusem SARS-CoV-2 wymaga znajomości najnowszej wiedzy medycznej, umiejętności oraz pełnego profesjonalizmu [11]. Działania jakie podejmują zarówno pielęgniarki, jak i studenci względem pacjentów z chorobą COVID-19 mają charakter opiekuńczy, profilaktyczny, terapeutyczny, wychowawczy i rehabilitacyjny [17]. W sytuacji zwiększonej zachorowalności, absencji chorobowej personelu studenci pielęgniarstwa stanowią profesjonalne wsparcie i pomoc w zespole pielęgniarskim nad pacjentami z COVID-19. Zapewniają podopiecznym nie tylko określony zakres świadczeń opiekuńczych pod nadzorem nauczyciela lub opiekuna praktyk, ale także udzielają wsparcia psychicznego pacjentom ze względu na towarzyszący im lęk i niepokój wywołany zachorowaniem na nieznanego dotychczas wirusa [29].

Doświadczenie opieki w „nowej rzeczywistości tzw. covidowej” pozwala studentom na kształtowanie i doskonalenie umiejętności zawodowych w skrajnie wymagających warunkach realizacji świadczeń opiekuńczych.

Bibliografia

1. Yen-Chin Liu, Rei-Lin Kuo, Shin-Ru Shih. COVID-19: The first documented coronavirus pandemic in history. *Biomedical Journal*, 2020, Vol. 43, Iss. 4, Pages 328-333, <https://doi.org/10.1016/j.bj.2020.04.007>.
2. Frielitz FS, Wagner IV, Schewe DM, Bothe K. COVID-19: Would compulsory vaccination be legally possible? *Dtsch Med Wochenschr* 2021;146:206-208.
3. Kostoff RN, Briggs MB, Porter AL et al. COVID 19 vaccine safety. *Int J Mol Med*. 2020;46:1599-1602.
4. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 18 maja 2020 r.
5. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz.U. 2020, poz. 885).
6. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Infection-prevention-and-control-in-health-care-settings-COVID-19_5th_update.pdf (dostęp: 30.04.2022 r.).
7. Cheung JC, Ho LT, Cheng JV et al. Staff safety during emergency airway management for COVID-19 in Hong Kong. *The Lancet. Respiratory medicine* 2020;8(4):19.
8. Bednarek A. Aktualne dane naukowe na temat zakażenia nowym koronawirusem SARS-CoV-2 i choroby COVID-19. W: Gniadek A, Lewko J (red). *Procedury pielęgniarskie w obliczu pandemii*. Wydawnictwo Lekarskie. PZWL, Warszawa 2020;6-10.
9. Flisiak R, Horban A, Jaroszewicz J i wsp. Zalecenia postępowania w zakażeniach SARS-CoV-2 Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych 2020;130:352-357.
10. Jadczyk M, Zdun A, Ozgda D i wsp. Załącznik 2. Instrukcja zakładania/zdejmowania barierowego ubrania ochronnego. *Pielęgniarstwo w Anestezjologii i Intensywnej Opiece* 2020;6:5-7.
11. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331215/WHO-2019-nCov-IPCPPE_use-2020.1-eng.pdf (dostęp: 02.05.2022 r.).
12. Rosa WE, Ferrel BR, Wiencek C. Increasing Critical Care Nurse Engagement of Palliative Care During the COVID-19 Pandemic. *Critical Care Nurse* 2020;40(6):28-36.
13. Środowiskowe wytyczne w związku z częściowym przywracaniem działalności uczelni, MNiSW, 2020.
14. Tarakji B, Nassani MZ, Alali FM & Abuderman AA. COVID-19 Guidelines to Protect Healthcare Workers at Hospitals and Dental Professionals at Dental Office. *Ethiopian Journal of Health Sciences* 2020;30(6):1037-1042.
15. Zawilińska B, Szostek S. Koronawirusy o niskiej i wysokiej patogenności, zakażające człowieka. *Zakażenia XXI Wieku* 2020;3(1).
16. Sun P, Qie S, Liu Z et al. Clinical characteristics of hospitalized patients with SARS-CoV-2 infection: A single arm meta-analysis. *Journal of Medical Virology* 2020;92(6):612-617
17. Szyszowska M, Ślusarz R. Pielęgnowanie pacjentów z zaburzeniami funkcji układu termoregulacji. W: Ślusarska B, Zarzycka D, Zahradniczek K (red). *Podstawy Pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo. Tom 1*. Wydawnictwo Lekarskie. PZWL, Warszawa 2013;498-501.

18. Ciechaniewicz W. Dawca pielęgnowania; Niedzielski A, Humeniuk E, Marcinowicz L. Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie. W: Zarzycka D, Ślusarska B (red). Podstawy pielęgniarstwa. Tom 1. Wydawnictwo Lekarskie. PZWL, Warszawa 2017;345-366, 693-696.
19. <https://www.emergency-live.com/pl/health-and-safety/tracheostomy-during-intubation-in-covid-19-patients-a-survey-on-current-clinical-practice/> (dostęp: 03.05.2022 r.).
20. Vetter P, Vu DL, L'Huillier AG et al. Clinical features of covid-19 2020;369:1470.
21. Cudak EK. Podmiotowa i przedmiotowa ocena układu sercowo-naczyniowego; Kaszuba D. Przewlekła niewydolność serca. W: Kaszuba D, Nowicka A (red). Pielęgniarstwo kardiologiczne. Wydawnictwo Lekarskie. PZWL, Warszawa 2011;82, 187-188.
22. Kawalec E, Brzostek T, Gabrys T i wsp. Opieka pielęgniarska nad pacjentem z przewlekłą niewydolnością serca. W: Jurkowska G, Łagoda K (red). Pielęgniarstwo internistyczne. Wydawnictwo Lekarskie. PZWL, Warszawa 2015;86.
23. Gutysz-Wojnicka A, Doboszyńska A. Opieka nad chorym w stanie zagrożenia życia spowodowanym ostrą niewydolnością układu oddechowego. W: Dyk D, Gutysz-Wojnicka A (red). Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki. Wydawnictwo Lekarskie. PZWL, Warszawa 2018;486-511.
24. [https://www.umed.wroc.pl/sites/default/files/files/aktualnosci/2020/03/COVID_19_1_0_poprawiony_26_03_2020__wersja_po_formatowaniu_\(2\).pdf](https://www.umed.wroc.pl/sites/default/files/files/aktualnosci/2020/03/COVID_19_1_0_poprawiony_26_03_2020__wersja_po_formatowaniu_(2).pdf) (dostęp: 03.05.2022 r.)
25. Biercewicz M. Wybrane aspekty pielęgnacji osób w starszym wieku. W: Muszalik M, Kędziora-Kornatowska K (red). Pielęgnowanie pacjentów w starszym wieku. Wydawnictwo Lekarskie. PZWL, Warszawa 2018;250-254.
26. Waligóra M. Etyka badań klinicznych podczas pandemii COVID-19. *Filozofia w Praktyce* 2020;6:1-4.
27. Li YD, Chi WY, Su JH et al. Coronavirus vaccine development: from SARS and MERS to COVID-19. *J Biomed Sci* 2020;104:2-23.
28. Augustynowicz E, Jackowska T. Covid-19 – szczepionki i szczepienia 2021;50:16-26.
29. Babicki M, Mastalerz-Migas A. Szczepienia zalecane w profilaktyce pozaszpitalnych zapaleń płuc u dorosłych w czasie pandemii COVID-19. *Lekarz POZ* 2021;4:261-266.
30. Penar M. Proces pielęgnowania pacjenta geriatrycznego z chorobą COVID-19 – studium przypadku. Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów, 2021(niepublikowana praca licencjacka).

Charakterystyka kliniczno-epidemiologiczna chorych z wirusowym zapaleniem wątroby typu C

Sylvia Głowala

Wprowadzenie. Z punktu widzenia polityki zdrowotnej oszacowanie rozpowszechnienia HCV w populacji dostarcza danych niezbędnych do ekonomicznego zaplanowania zarówno badań przesiewowych, jak i działań terapeutycznych [1].

Stąd po wprowadzeniu testów diagnostycznych, już w roku 1990, H. Alter jako pierwszy oszacował występowanie czynnego zakażenia (obecność HCV RNA we krwi) na poziomie 0,5% w USA i Europie, 1,5% w Japonii i 6% w Afryce [2].

Pierwsze meldunki WHO, pochodzące z 1999 roku, oceniały liczbę przewlekle zakażonych HCV na około 3% (170 mln) populacji świata. Kilka lat później WHO podała, że aktywne zakażenie dotyczy 2,2% ludności świata (130 mln) ze znacznym zróżnicowaniem pomiędzy regionami WHO [3,4].

Najnowsze szacunki WHO oceniają liczbę przewlekle zakażonych HCV na poziomie 1%, co odpowiada 71 mln osób. Najwyższe wskaźniki zachorowalności odnotowuje się w regionie wschodniego dorzecza Morza Śródziemnego (2,3%) natomiast w Europie liczbę chorych ocenia się na 1,5% [5].

Spośród wszystkich krajów na świecie Egipt ma najwyższą szacunkową częstość występowania zakażeń HCV - 30 000 na 100 000 osób (30%). Częstość występowania jest również wysoka w Indiach, Pakistanie, Chinach i Indonezji, ale znacznie niższa w Japonii, Europie Północnej Zachodniej, Ameryce Północnej i Australii [6].

Rozpowszechnienie poszczególnych genotypów wirusa HCV w porównaniu do poprzednich badań nie różni się szczególnie. W ujęciu globalnym, wciąż dominującym genotypem HCV jest Gt1b (49,1%), następnie Gt3 (17,9%), Gt4 (16,8%), Gt2 (11,0%). Genotypy 5 i 6 stanowią łącznie <5% wszystkich zakażeń [7]. Podobne wyniki otrzymali hiszpańscy autorzy. Występowanie Gt1 oszacowali na 42,4%, następny jest Gt3 (18,6%), Gt4 (10,6%) oraz Gt2 (4,6%) [8].

W rozpowszechnieniu geograficznym genotypów HCV występują różnice. Przykładem jest Afryka, w której najczęściej występującym genotypem jest Gt4 (28,1%), następnie Gt1 (26,3%), Gt5 (12,2%), Gt3 (6,3%). Genotypu 6 nie stwierdzono, a przypadki zakażenia mieszanego stanowią tam niewielki odsetek [9].

Wśród kilku prowadzonych w Polsce badań obejmujących od kilkuset do kilkunastu tysięcy osób, średnie odsetki zakażonych HCV sięgały 1,9-4%. Aby uniknąć zarzutu wyolbrzymiania

problemu, Polska Grupa Ekspertów HCV (PGE HCV) przyjęła wówczas najniższy z nich konkludując, że w Polsce kontakt z wirusem miało ponad 700 tys. osób (1,9%). Wśród nich 230 000 osób jest aktywnie zakażonych i wymaga leczenia [10]. Podane szacunki były efektem ekstrapolacji na całą populację Polski wyników badań epidemiologicznych, prowadzonych przez Flisiaka i wsp. w latach 2009-2011. Wielkość próby wynosiła 26 057 osób. U 1,9% (496/26 057) badanych wykryto przeciwciała anti-HCV. Materiał genetyczny wirusa wykryto u 0,6% seropozytywnych badanych. Należy jednak zaznaczyć, że badanie na obecność HCV RNA wykonano u osób zgadzających się na wypełnienie dodatkowego kwestionariusza (n=18 233) [11].

Badanie przeprowadzone w 2012 przez Godzik i wsp. na grupie pacjentów oddziałów chirurgii ogólnej, urazowo-ortopedycznej oraz oddziału laryngologicznego potwierdziło wyniki uzyskane przez Flisiaka i wsp. [12].

Warto wspomnieć o badaniu przeprowadzonym przez Bielawskiego i wsp. w 1999 roku. Było to pierwsze badanie najbardziej poprawne metodologicznie i pomimo pewnych mankamentów nie odbiegało znacząco wynikami od wspomnianych wyżej. Badanie zostało przeprowadzone na relatywnie małej grupie, 2561 ochotników, z uwzględnieniem niemowląt (co mogło zaniżyć skalę problemu). Do detekcji przeciwciał użyto testu immunoenzymatycznego III generacji. Obecność HCV RNA stwierdzono u 65% seropozytywnych (31/48) przypadków. HCV RNA wykryto wówczas na poziomie nieco wyższym – 1,21% [13]. Obecnie do przeglądu przeprowadzonego przez Gowera E i wsp., cytowanego w raporcie WHO, wykorzystano dane z badań Flisiaka i wsp. oraz Godzika i wsp. szacujące rozpowszechnienie wirusa HCV w Polsce na poziomie 0,6% [14].

Badania epidemiologiczne prowadzone w ramach projektu badawczego „Zapobieganie zakażeniom HCV”, realizowanego w latach 2012-2016 przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny we współpracy z Instytutem Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Uniwersytetem Medycznym w Lublinie oraz Głównym Inspektoratem Sanitarnym, szacują rozpowszechnienie przeciwciał anti-HCV na poziomie 1,10% oraz niższe od uzyskiwanych wcześniej rozpowszechnienie HCV RNA - 0,43% w populacji ogólnej. Częstość występowania nierozpoznanych zakażeń HCV wyniosła 0,4%, co odpowiada w skali kraju około 125 tysiącom osób dorosłych [15].

W Polsce dominuje Gt1b (81,7%). Pozostałe genotypy to: Gt3 (11,3%), Gt4 (3,5%), Gt1a (3,2%) i Gt2 (0,2%). Zakażenia Gt5 i Gt6 są rozpoznawane sporadycznie [16-17].

Wyniki prac epidemiologicznych wskazują, że większość zakażeń związana jest z wykonywaniem zabiegów medycznych. Aktualnie wyeliminowaną (dzięki objęciu badaniem

przesiewowym dawców krwi), a mającą znaczenie do roku 1992 drogą zakażenia HCV było przetaczanie krwi lub preparatów krwiopochodnych. Obecnie możliwą drogą transmisji HCV w Polsce są: stosowanie narkotyków dożylnych, tatuowanie i piercing, wkłucia oraz inne inwazyjne zabiegi medyczne wykonywane bez zasad zachowania aseptyki i antyseptyki, posługiwanie się sprzętem zanieczyszczonym w wyniku rezygnacji ze sterylizacji lub dezynfekcji, czy też nieprawidłowego ich przeprowadzania, ponowne używanie sprzętu medycznego przeznaczonego przez producenta wyłącznie do jednorazowego użytku [18].

Transmisja seksualna HCV jest znikoma. Badacze z Uniwersytetu Kalifornijskiego, chcąc oszacować ryzyko zakażenia HCV drogą płciową, przebadali 500 osób zakażonych HCV oraz ich długoletnich heteroseksualnych partnerów. Z parami przeprowadzono szczegółowe wywiady oraz zbadano przeciwciała anti-HCV, HCV RNA oraz genotyp i serotyp wirusa. Wśród partnerów znaleziono 20 par zakażonych HCV, z czego tylko 9 (1,8%) miało genotyp wirusa HCV zgodny z genotypem wirusa partnera. Analiza filogenetyczna potwierdziła zakażenie od partnera seksualnego jedynie u 3 par (0,6%). Po przeanalizowaniu 8377 osobolat współżycia (500 par, mediana czasu trwania związku – 15 lat, mediana wieku badanych – 49 lat) obliczono, że prawdopodobieństwo zakażenia HCV od partnera seksualnego wynosi 0,07% rocznie [19].

W raporcie amerykańskiego CDC (ang. *Centers for Disease Control and Prevention*, Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób) dotyczącym chorób przenoszonych drogą płciową brak jest zaleceń postulujących stosowanie prezerwatyw w sytuacji obecności zakażenia u jednego z partnerów [20]. Warto jednak zaznaczyć, że chodzi tu o związki heteroseksualne oraz długoterminowe.

Ryzyko zakażenia HCV drogą wertykalną również jest niewielkie i wynosi około 5% [21].

Literatura podaje, że w 10-40% przypadkach zakażeń droga transmisji jest niemożliwa do ustalenia [22-23].

Wszystkie dostępne badania epidemiologiczne dotyczące rozpowszechnienia HCV w populacji ogólnej są obarczone błędami systematycznymi (najczęściej stronniczość selekcji, np. ochotnicy) lub wynikającymi z błędnej klasyfikacji (brak potwierdzenia wykrytych zakażeń). Oszacowania często odnoszą się do wybranych grup wieku lub regionów [24].

Celem pracy jest określenie charakterystyki demograficzno-klinicznej chorych na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C (PWZW typu C) na przykładzie populacji z województwa świętokrzyskiego.

Materiał i metody. Badanie zostało przeprowadzone na podstawie analizy retrospektywnej dokumentacji medycznej (wywiad i karty informacyjne) chorych z PWZW typu C, będących

pacjentami Oddziału/Kliniki Chorób Zakaźnych Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach w okresie od 1 stycznia 2000 do 31 grudnia 2009 roku.

Analizę danych z wykorzystaniem nośników elektronicznych prowadzono na danych zakodowanych pod nadzorem kierownika Kliniki w stopniu uniemożliwiającym identyfikację chorego przez osobę postronną.

Analizy statystyczne przeprowadzono za pomocą pakietu statystycznego PQStat wersja 1.6.6.202.

Za istotne uznano prawdopodobieństwo testowe na poziomie $p < 0.05$, a za wysoce istotne uznano prawdopodobieństwo testowe na poziomie $p < 0.01$. Wszystkie przedziały ufności konstruowano na poziomie ufności 0,95. Cechy ilościowe przedstawiono podając zasięg oraz medianę lub średnią arytmetyczną wraz z odchyleniem standardowym. Cechy jakościowe opisywano jako liczbę oraz procent (podany w nawiasach).

Wyniki. W badanej grupie 750 (100%) pacjentów z rozpoznaniem PWZW typu C średnia arytmetyczna wieku w momencie włączenia do badania wynosiła 37,4 lata, wiek przy zakażeniu – 19,7 lat, czas trwania infekcji – 17,6 lat, BMI – 24,8. Nieco wyższy odsetek badanych stanowili mężczyźni (56,5%).

Dominującą drogą zakażenia była transfuzja krwi (36,1%). Niewiele mniej chorych nabyła zakażenie w wyniku operacji chirurgicznej (30,5%). Tatuaż, IVDU (ang. *intravenous drug user*, dożylne stosowanie narkotyków) i droga wertykalna miały znaczenie marginalne w transmisji HCV w badanej grupie. U 14% chorych nie zidentyfikowano żadnej drogi zakażenia.

Spośród 590 pacjentów z udokumentowanym BMI nieco więcej niż połowa (53%) miała prawidłową masę ciała. Nadwagę ($29,9 \geq \text{BMI} \geq 25$) i otyłość ($\text{BMI} \geq 30$) prezentowało odpowiednio 34,7% oraz 10,1% chorych. Niedowaga ($\text{BMI} < 18,5$) dotyczyła zaledwie 2% badanych. Występowanie otyłości nie było istotnie zależne od płci ($p > 0.05$). Nie obserwowano również istotnych różnic w częstości występowania otyłości w zależności od nadużywania alkoholu ($p = 0,056$).

Cukrzycę stwierdzono u 6% chorych. Prawie 1/5 badanych stanowili chorzy z przebyłym zakażeniem HBV. Ostre zapalenie wątroby typu C (OWZW typu C) stwierdzono w wywiadzie u 3,3% badanych.

Spośród chorych, u których wykonano biopsję wątroby ($n = 712$) większość badanych (83,4%) prezentowała łagodny stopień zaawansowania choroby. Osoby z umiarkowanym stopniem zaawansowania choroby wątroby stanowiły 12,6%. U 3,9% chorych stwierdzono na podstawie badania histopatologicznego przebudowę marską.

Ponad 6% osób wykonywało zawody zwiększonego ryzyka z punktu widzenia narażenia na zakażenie HCV (np. pielęgniarka, lekarz, lekarz dentysta, salowa, diagnosta laboratoryjny). U 2,5% badanych stwierdzono w wywiadzie (a w niektórych przypadkach również laboratoryjnie) zakażenie w rodzinie, z czego 31,5% stanowiły przypadki zakażenia u partnera seksualnego. Jednak brak badań filogenetycznych uniemożliwia stwierdzenie zakażenia rodzinnego oraz drogę seksualną jako prawdopodobne źródło transmisji w tej grupie chorych. Szczegółowych danych dotyczących profilu kliniczno-epidemiologicznego opisywanej grupy dostarcza tab. 1.

Tab.1. Charakterystyka kliniczno-epidemiologiczna badanej populacji

| Cecha | Wartość^a |
|--|-----------------------------------|
| Wiek ^b | 37,42 ± 14,94 (37; 16-73) |
| Mężczyźni | 424 (56,5) |
| Wiek przy zakażeniu n=640 | 19,76 ± 15,12 (19; 1-65) |
| Czas trwania zakażenia | 17,64 ± 9,40 (18; 1-56) |
| Droga zakażenia n=750 | |
| transfuzja | 271 (36,1) |
| operacja chirurgiczna | 229 (30,5) |
| nieznana | 105 (14) |
| hospitalizacja | 83 (11) |
| procedury ambulatoryjne | 30 (4) |
| zabiegi chirurgii stomatologicznej | 17 (2,2) |
| tatuaż | 12 (1,6) |
| IVDU ^c | 2 (0,2) |
| droga wertykalna | 1 (0,1) |
| Genotyp n=567 | |
| 1 | 467 (82,3) |
| 3 | 80 (14,1) |
| 4 | 2 (0,3) |
| mieszany | 18 (3,1) |
| BMI n=590 | 24,80 ± 3,94 (24,41; 16,17-38,30) |
| niedowaga | 12 (2) |
| waga prawidłowa | 313 (53) |
| nadwaga | 205 (34,7) |
| otyłość | 60 (10,1) |
| Chorzy z cukrzycą | 45 (6%) |
| Nadużywający alkohol | 64 (8,5%) |
| Chorzy z dodatnimi przeciwciałami anty-HBc n=718 | 125 (17,4) |
| Zawód ZR ^d | 49 (6,6) |
| Zakażenie w rodzinie | 19 (2,5) |
| Zakażenie u partnera | 6 (0,8) |
| OWZW typu C | 25 (3,3) |

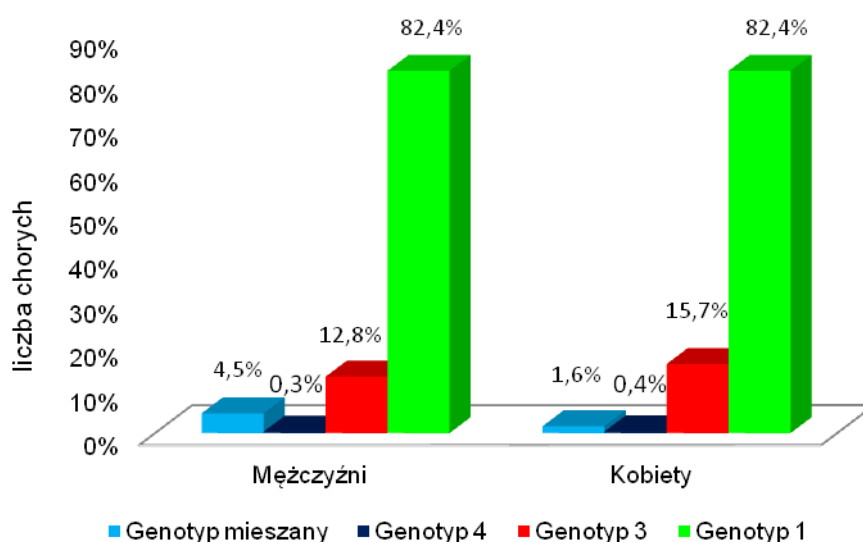
^a cechy jakościowe wyrażone zostały jako liczba przypadków oraz w %; cechy ilościowe zostały wyrażone poprzez wartości miar położenia oraz rozrzutu: średnia arytmetyczna ± odchylenie standardowe (mediana; zasięg)

^b w momencie włączenia do badania

^c ang. *intravenous drug user*, dożylnie stosowałe narkotyków

^d ZR-zwiększonego ryzyka (pielęgniarka, lekarz, lekarz dentysta, salowa, diagnosta laboratoryjny)

W grupie pacjentów, u których określono genotyp wirusa (n=567), dominującym był Gt1 (82,3%). Inne genotypy: Gt3, Gt4 stwierdzono odpowiednio u 14,1% i 3,1% chorych. Najmniej było przypadków zakażeń Gt4 (0,3%). Nie zaobserwowano żadnego przypadku zakażenia Gt2. Rozkład genotypu wirusa w grupie kobiet i mężczyzn nie różnił się w sposób istotny statystycznie ($p=0.2034$) (ryc.1.). Rodzaj genotypu nie był również związany z drogą zakażenia ($p=0.06$).



Ryc.1. Genotyp i płeć chorych

Droga zakażenia była wysoce istotnie ($p<0.0001$) zależna od płci pacjentów. Transfuzja była istotnie częstsza u kobiet niż u mężczyzn (odpowiednio: 49,3% vs 25,9%), natomiast operacje chirurgiczne były częstsze u mężczyzn niż u kobiet (odpowiednio: 34,2% vs 25,7%). Szczegółowych danych dostarcza tab. 2.

Tab.2. Droga zakażenia a płeć badanych

| Droga zakażenia | Mężczyźni | | Kobiety | | Razem | |
|-----------------------------------|-----------|-------|---------|------|-------|-------|
| | n | % | n | % | n | % |
| zabieg chirurgii stomatologicznej | 11 | 2,59 | 6 | 1,84 | 17 | 2,37 |
| transfuzja | 110 | 25,94 | 161 | 49,4 | 271 | 36,13 |
| tatuaż | 10 | 2,36 | 2 | 0,61 | 12 | 1,6 |
| procedury ambulatoryjne | 22 | 5,18 | 8 | 2,45 | 30 | 4 |
| operacja chirurgiczna | 145 | 34,2 | 84 | 25,8 | 229 | 30,53 |
| nieznana | 70 | 16,5 | 35 | 10,7 | 105 | 14 |
| IVDU | 1 | 0,2 | 1 | 0,3 | 2 | 0,27 |
| hospitalizacja | 54 | 12,7 | 29 | 8,9 | 83 | 11,07 |
| droga wertykalna | 1 | 0,24 | 0 | 0 | 1 | 0,13 |
| Razem | 424 | 100 | 326 | 100 | 750 | 100 |

| | |
|---------------------------|---------|
| Statystyka Chi-kwadrat | 47,3844 |
| Stopnie swobody | 8 |
| Wartość p | <0.0001 |
| Test dokładny Fishera (p) | <0.0001 |

Nadużywanie alkoholu było znamienne wyższe w grupie mężczyzn niż kobiet (odpowiednio: 14,6% vs 0,6%; $p < 0.0001$) co przedstawia tab.3.

Tab.3. Nadużywanie alkoholu a płeć

| Nadużywanie alkoholu | Mężczyźni | | Kobiety | | Razem | |
|---------------------------|-----------|-------|---------|--------|-------|--------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Tak | 62 | 14,62 | 2 | 0,61 | 64 | 8,53 |
| Nie | 362 | 85,38 | 324 | 99,39 | 686 | 91,47 |
| Razem | 426 | 100 | 326 | 100,00 | 750 | 100,00 |
| Statystyka Chi-kwadrat | 46,3408 | | | | | |
| Stopnie swobody | 1 | | | | | |
| Wartość p | <0.0001 | | | | | |
| Test dokładny Fishera (p) | <0.0001 | | | | | |

Dyskusja. W wyniku przeprowadzonych analiz wykazano, że profil demograficzno – kliniczny, pomimo pewnych odrębności, nie odbiega od profilu chorych w innych opracowaniach. Dominującym genotypem w badanej populacji był Gt1. Stanowił aż 82,3% wszystkich zidentyfikowanych genotypów. Również w opracowaniach innych autorów Gt1 jest dominujący [25, 26-29], a częstość jego występowania w różnego rodzaju populacji polskiej określa się w przedziale 57,5-85,9% [30-31].

Przeważająca większość (ponad 80,0%) chorych nabyła zakażenie w wyniku procedur medycznych. Dominującą drogą zakażenia HCV była transfuzja krwi i preparatów krwiopochodnych (36,1%). Przed objęciem badaniem przesiewowym wszystkich donacji, była to najczęstsza droga zakażenia w Europie. W badaniach innych autorów udział transfuzji krwi w transmisji zakażenia oceniono w przedziale od 17% do 39% [32]. Obecnie transfuzja jako czynnik ryzyka ma znaczenie historyczne. Z kolei IVDU jako droga transmisji HCV w niniejszym badaniu miało znaczenie marginalne (wystąpiło zaledwie u 2 chorych), co – według Cornberga i wsp. – jest charakterystyczne dla krajów byłego bloku wschodniego. jako wynik komunistycznego systemu panującego w niektórych krajach Europy Wschodniej po II wojnie światowej [33].

W analizowanym materiale, dzięki dokładnie prowadzonym wywiadam z pacjentami, jedynie u 14% chorych nie zidentyfikowano żadnej drogi zakażenia. Analogiczny (15,3%) odsetek zakażeń o nieznannej drodze transmisji uzyskali hiszpańscy badacze [34] oraz uczeni z Portugalii (14,1%) [35]. Dla porównania, nieznaną drogą zakażenia w krajach skandynawskich stanowi od 24% do 27% [36]. W badaniu Lei i wsp. było to zaledwie 7,3% [37].

W analizowanym materiale nie wykazano związku między płcią chorych a genotypem HCV. Podczas gdy Niu i wsp. dowiedli, że podtyp 1b oraz Gt2, częściej występują u płci żeńskiej [38]. Testy statystyczne nie potwierdziły również zależności – sugerowanej często w literaturze anglojęzycznej – między drogą zakażenia a genotypem [39,40,41]. Dotyczy to przede wszystkim podtypu 1b oraz Gt2, który – według cytowanych prac – częściej występuje w wyniku zakażeń drogą inną niż krwiopochodna [42,43]. Z kolei w badaniu Paintsila E. i wsp. Gt3a i Gt1a częściej występują wśród IVDUs (ang. *intravenous drug users*, osoby stosujące narkotyki dożylnie), a Gt1b jest częstszy wśród pacjentów, którym przetaczano krew [44]. Rozbieżność między wynikami badań własnych a innych autorów może wynikać z odmiennego sposobu grupowania dróg zakażenia i – z uwagi na dominację Gt1b – intencjonalnego pominięcia w analizach podtypów genotypu wirusa.

Kolejny udowodniony w badaniach innych autorów związek między drogą zakażenia a płcią znalazł również potwierdzenie w prezentowanym materiale. Droga zakażenia była istotnie zależna od płci pacjentów ($p < 0,0001$). Transfuzja krwi i preparatów krwiopochodnych była istotnie częstsza u kobiet niż u mężczyzn (odpowiednio: 49,3% vs 25,9%), natomiast operacje chirurgiczne istotnie częściej były źródłem zakażenia u mężczyzn niż u kobiet (odpowiednio: 34,2% vs 25,7%). Podobne wyniki otrzymali chińscy uczeni [45] oraz Esteban i wsp. [46].

W momencie włączenia do badania chorzy prezentowali wszystkie stadia choroby: od bezobjawowego PWZW typu C z minimalnym odczynem zapalnym i brakiem włóknienia, poprzez bardziej zaawansowane stadia włóknienia wątroby do skompensowanej marskości wątroby włącznie.

Wnioski. W wyniku przeprowadzonych analiz wykazano, że profil demograficzno – kliniczny chorych z PWZW typu C pochodzących w województwa świętokrzyskiego, pomimo pewnych odrębności, nie odbiega od profilu chorych z innych regionów Polski.

Bibliografia

1. Madaliński K, Zakrzewska K, Kołakowska A, et al. Epidemiologia zakażeń HCV w Europie Środkowej i Wschodniej. *Przeegl Epidemiol* 2015; 69: 226-231.
2. Alter MJ. Epidemiology of hepatitis C. *Hepatology* 1997; 3: 62-65.
3. Lin RJ. The Holy Grail of hepatitis c treatment. *Sci Transl Med* 2012; 4: 116.
4. Chung RT, Baumert TF. Curing Chronic Hepatitis C - The Arc of a Medical Triumph. *N Eng J Med* 2014; 370: 1576-8.
5. World Health Organization. Global hepatitis report, 2017. World Health Organization. Geneva 2017
6. Jafri SM, Gordon SC. Epidemiology of Hepatitis C. *Clin Liver Dis* 2018; 12: 140-2.

7. PetruzzIELlo A, Marigliano S, Loquercio G, et al. Global epidemiology of hepatitis C virus infection: An up-date of the distribution and circulation of hepatitis C virus genotypes. *World J Gastroenterol* 2016 ;22: 7824-40.
8. Acero FD, Ferri MJ, Buxó PM, et al. Changes in the epidemiology and distribution of the hepatitis C virus genotypes in North-Eastern Spain over the last 35 years. *Gastroenterol Hepatol* 2018; 41: 2-11.
9. Cornberg M, Razavi HA, Alberti A, et al. A systematic review of hepatitis C virus epidemiology in Europe, Canada and Israel. *Liver Int* 2011; 30-60.
10. Flisiak R, Halota W, Horban A, et al.. Prevalence and risk factors of HCV infection in Poland. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2011; 23 :1213-17.
11. Flisiak R, Halota W, Horban A, et al. Prevalence and risk factors of HCV infection in Poland. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2011; 23 :1213-17.
12. Godzik P, Kołakowska A, Madaliński K, et al. Rozpowszechnienie przeciwciał anty-HCV wśród osób dorosłych w Polsce – wyniki badania przekrojowego w populacji ogólnej. *Prz Epidemiol* 2012; 66: 575-80.
13. Stępień M, Rosińska M. Badania rozpowszechnienia HCV w Polsce – gdzie jesteśmy? *Prz Epidemiol* 2011; 65: 15-20.
14. Gower E, Estes Ch, Blach S. Global epidemiology and genotype distribution of the hepatitis C virus infection. *J Hepatol* 2014; 61: 45-57.
15. <http://www.hcv.pzh.gov.pl/Page/program/projekt-zapobieganie-zakazeniom-hcv-2017.08.10>
16. Flisiak R, Zarębska-Michaluk D, Janczewska E, et al. Treatment of HCV in Poland at the beginning of the interferon – free era – the EpiTer – 2 study. *J Viral Hepat* 2018; 25: 661-9.
17. Flisiak R, Pogorzelska J, Berak H, et al. Prevalence of HCV genotypes in Poland – the EpiTer study. *Clin Exp Hepatol* 2016; 4: 144-8.
18. Alter MJ. Epidemiology of hepatitis C. *Hepatology* 1997; 3: 62-65.
19. Terrault NA, Dodge JL, Murphy EL, et al. Sexual transmission of hepatitis C virus among monogamous heterosexual couples: the HCV partners study. *Hepatology* 2013; 57: 881-9.
20. <https://www.cdc.gov/std/tg2015/emerging.htm> – 2018.10.2019
21. Wong NS, Lee CK, Ng SC et al. Prevalence of hepatitis C infection and its associated factors in healthy adults without identifiable route of transmission. *J Viral Hepat* 2018; 25: 161-70.
22. Terrault NA. Sexual activity as a risk factor hepatitis C. *Hepatology* 2002; 36: 99-105.
23. Dodge JL, Terrault NA. Sexual transmission of hepatitis C: A rare event among heterosexual couples. *J Coagul Disord* 2014; 4: 38-39.
24. Stępień M, Rosińska M. Badania rozpowszechnienia HCV w Polsce – gdzie jesteśmy? *Prz Epidemiol* 2011; 65: 15-20.
25. Jafri SM, Gordon SC. Epidemiology of Hepatitis C. *Clin Liver Dis* 2018; 12: 140-2.
26. Alberti A, Lacoïn L, Morais E, et al. Literature review of the distribution of hepatitis C virus genotypes across Europe. *J Med Virol* 2016; 88: 2157-69.
27. Afzali H, Momen-Heravi M, Farokhzad A. Epidemiological Distribution and Genotype Characterization of the Hepatitis C Virus Among HIV Patients in Kashan, Iran. *Hepat Mon* 2016; 16: e30459.

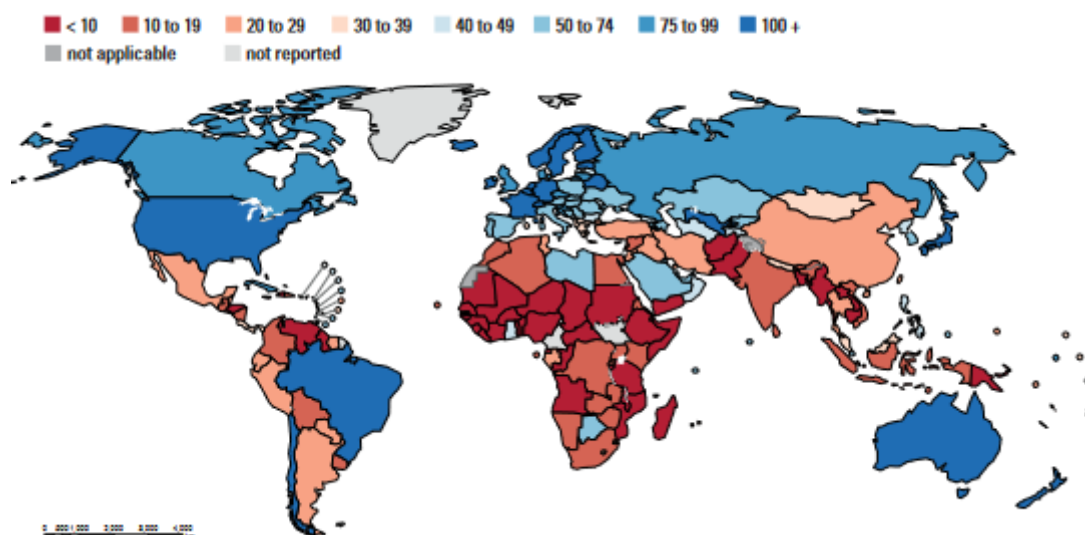
28. Le Ngoc C, Tran Thi Thanh T, Tran Thi Lan P, et al. Differential prevalence and geographic distribution of hepatitis C virus genotypes in acute and chronic hepatitis C patients in Vietnam. *PLoS One* 2019; 14: e0212734.
29. Mokhtari M, Basirkazeruni H, Rostami M. The Correlation between Different Risk Factors of Hepatitis C and Different Genotypes. *Adv Biomed Res* 2017; 6: 45.
30. <https://www.cdc.gov/hepatitis/statistics/2017surveillance/index.htm>–2020.09.01
31. Westbrook RH, Dusheiko G. Natural history of hepatitis C. *J Hepatol* 2014; 61: 58-68.
32. Flick M, Hirschler B. Gilead offers Egypt new hepatitis C drug at 99 percent discount. Reuters 2014. <http://www.reuters.com/article/2014/03/21/us-hepatitis-egypt-gilead-sciences-idUSBREA2K1VF20140321>.
33. Omran D, Alborai M, Zayed RA, et al. Towards hepatitis C virus elimination: Egyptian experience, achievements and limitations. *World J Gastroenterol* 2018; 24: 4330-40.
34. Yu ML, Chuang WL. Treatment of chronic hepatitis C in Asia: when East meets East. *J Gastroenterol Hepatol* 2009; 24: 336-45.
35. Papatheodoridis GV, Tsochatzis E, Hardtke S, et al. Barriers to care and treatment for patients with chronic viral hepatitis in Europe: a systematic review. *Liver Int* 2014; 34: 1452-63.
36. Stanciu C, Trifan A. Hepatitis C Virus Treatment Revolution: Eastern European Story. *Hepat Mon* 2015; 15: 1-3.
37. Lei JH, Liang J, Gong X, et al. Analysis of Transmission Routes of Hepatitis C Virus Based on Virus Genotyping in 341 Cases with Different Suspected Initial Infection Time Points in Hunan Province, China. *Med Sci Monit* 2018; 24: 5232-41.
38. Niu Z, Zhang P, Tong Y. Age and gender distribution of Hepatitis C virus prevalence and genotypes of individuals of physical examination in WuHan, Central China. *Springerplus* 2016; 5: 1557.
39. Mokhtari M, Basirkazeruni H, Rostami M. The Correlation between Different Risk Factors of Hepatitis C and Different Genotypes. *Adv Biomed Res* 2017; 6: 45.
40. Lei JH, Liang J, Gong X, et al. Analysis of Transmission Routes of Hepatitis C Virus Based on Virus Genotyping in 341 Cases with Different Suspected Initial Infection Time Points in Hunan Province, China. *Med Sci Monit* 2018; 24: 5232-41.
41. Ju W, Yang S, Feng S, et al. Hepatitis C virus genotype and subtype distribution in Chinese chronic hepatitis C patients: nationwide spread of HCV genotypes 3 and 6. *Virology* 2015; 12: 109.
42. Aguilera A, Navarro D, Rodríguez-Frias F, et al. Prevalence and distribution of hepatitis C virus genotypes in Spain during the 2000-2015 period (The GEHEP 005 study). *J Viral Hepat* 2017; 24: 725-32.
43. Kartashev V, Doring M, Nieto L, et al. New findings in HCV genotype distribution in selected West European, Russian and Israeli regions. *J Clin Virol* 2016; 81: 82-9.
44. Paintsil E, Binka M, Patel A, et al. Hepatitis C virus maintains infectivity for weeks after drying on inanimate surfaces at room temperature: implications for risks of transmission. *J Infect Dis* 2014; 209: 1205–1211.

45. Lei JH, Liang J, Gong X, et al. Analysis of Transmission Routes of Hepatitis C Virus Based on Virus Genotyping in 341 Cases with Different Suspected Initial Infection Time Points in Hunan Province, China. *Med Sci Monit* 2018; 24: 5232-41.
46. Esteban JI, Saucedo S, Quer J. The changing epidemiology of hepatitis C virus infection in Europe. *J Hepatol* 2008; 48: 148-62.

Pielęgniarstwo istotnym elementem systemu ochrony zdrowia

Edyta Kędra, Piotr Jerzy Gurowiec, Oliwia Kościak

Wstęp. Raport WHO przygotowany we współpracy z Międzynarodową Radą Pielęgniarek (ICN) i Nursing Now pokazuje, że dziś na świecie jest prawie 27,9 milionów pielęgniarek, co potwierdza fakt, że pielęgniarstwo jest największą grupą zawodową w sektorze zdrowia, stanowiącą ok. 59% wszystkich zawodów medycznych [1]. Pozostaje jednak globalny niedobór personelu pielęgniarskiego sięgający 5,9 miliona, a największe luki stwierdzono w krajach Afryki, Azji Południowo-Wschodniej i regionu WHO we wschodniej części Morza Śródziemnego, a także w niektórych częściach Ameryki Łacińskiej. Ponad 80% pielęgniarek na świecie pracuje w krajach zamieszkałych przez połowę światowej populacji.



Ryc.1. Gęstość personelu pielęgniarskiego na 10 000 mieszkańców w 2018 r. [1]

Co ósma pielęgniarka praktykuje w kraju innym niż ten, w którym się urodziła lub była przeszkolona. Populacja pielęgniarek na świecie starzeje się - co szósta może przejść na emeryturę w ciągu dekady [1]. Dane płynące z raportu pokazują, że pielęgniarki stanowią ponad połowę wszystkich pracowników służby zdrowia na świecie, zapewniając niezbędne usługi w całym systemie opieki zdrowotnej [1].

Jak zapisano we wspomnianym dokumencie pielęgniarki mają kluczowe znaczenie dla spełnienia obietnicy „nie pozostawiania nikogo w tyle” i dla globalnego wysiłku związanego z osiągnięciem Celów Zrównoważonego Rozwoju (SDG). Wnoszą one zasadniczy wkład w realizację krajowych i globalnych celów związanych z szeregiem priorytetów zdrowotnych,

tj. zdrowie publiczne, zdrowie psychiczne i choroby zakaźne, gotowość na wypadek sytuacji kryzysowych oraz odpowiednie reagowanie, bezpieczeństwo pacjentów i świadczenie zintegrowanej, skoncentrowanej na ludziach opieki [1].

Niekorzystnym zjawiskiem na które zwracają uwagę WHO czy ICN [1,2] jest starzejąca się populacja aktywnych zawodowo pielęgniarek. Co prawda w raporcie WHO [1] zwraca się uwagę na fakt, że na całym świecie populacja pielęgniarek jest stosunkowo młoda, ale obserwuje się różnice pomiędzy poszczególnymi regionami, w których dominują populacje starszych pielęgniarek. W związku z tym kraje, w których obserwuje się większy odsetek pielęgniarek zbliżających się do emerytury w stosunku do młodych pielęgniarek, stoją przed ważnym wyzwaniem, jakim jest zapewnienie odpowiedniej liczby kadr pielęgniarskich.

Równie alarmujące dane dotyczące liczebności pielęgniarek prezentuje Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych (NRPiP). W opublikowanym w 2022 r. dokumencie pt. Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych - pielęgniarka, położna zawody deficytowe w polskim systemie ochrony zdrowia [3] już w pierwszym rozdziale dotyczącym struktury wieku zatrudnionych pielęgniarek i położnych zapisano, że „rozkład struktury wieku w zawodach pielęgniarki i położnej wskazuje na brak zastępowalności pokoleń” [3], a „do 2030 r. aż 65% obecnie zatrudnionych pielęgniarek i 60% położnych będzie w wieku uprawniającym do świadczeń emerytalnych” [3].

Tab.1. Liczba pielęgniarek zatrudnionych w Polsce według wieku [3]

| Przedział wiekowy | Liczba pielęgniarek | Udział % |
|--------------------------|----------------------------|-----------------|
| 21-30 | 13 020 | 5,5% |
| 31-40 | 18 988 | 8,1% |
| 41-50 | 49 308 | 21,0% |
| 51-60 | 84 444 | 36,0% |
| 61-70 | 57 037 | 24,3% |
| pow. 70 | 11 868 | 5,1% |
| Razem | 234 665 | 100% |

Z przedstawionej powyżej tabeli (tab. 1) należy zwrócić uwagę na fakt, że pomimo nabycia uprawnień emerytalnych ciągle pracuje w zawodzie aż 68 905 pielęgniarek (przedziały 61–70 lat i przedział pow. 70 lat), co stanowi to 29,4% ogółu zatrudnionych [3].

Patrząc na pielęgniarstwo z perspektywy upływającego czasu wyraźnie zaznacza się postęp, jaki został osiągnięty na drodze rozwoju tej grupy zawodowej. W początkowym okresie pielęgniarstwa, pielęgniarki przygotowywano tylko do podejmowania praktyki w placówkach szpitalnych. Głównym celem było zapewnienie opiekuńczej pomocy choremu, z czasem wykonywanie różnych prostych zabiegów zleczanych przez lekarzy. W krótkim czasie opieka

ta zaczęła obejmować także opiekę domową. Wolniej natomiast toczył się proces wprowadzania i rozszerzanie praktyki pielęgniarstwa ważnej dla zachowania i umocnienia zawodu.

Najogólniej mówiąc, zawodowe pielęgniarstwo, w przeciwieństwie do medycyny, ma krótką tradycję w krajach europejskich oraz na świecie. Poszczególne kraje świata i Europy tworzyły rodzime pielęgniarstwo w odniesieniu do własnych tradycji społeczno-kulturowych, potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, możliwości ekonomicznych, a także struktury organizacyjnej opieki zdrowotnej.

W państwach europejskich rozwój nowoczesnego pielęgniarstwa napotykał na duże opory ze względu na m.in. zakorzenioną tradycję pielęgniarstwa zakonnego w krajach katolickich (np. we Francji), gdzie pielęgniarstwo było główną domeną siostr miłosierdzia (szarytek), czy przygotowywanie tzw. diakonis w krajach protestanckich (np. w Niemczech) [4].

Jeżeli chodzi o Polskę, to rozwój pielęgniarstwa był uzależniony od sytuacji politycznej kraju, Polska na prawie 150 lat została skreślona z mapy Europy i musiała dźwigać jarzmo zniewolenia. Czasy te charakteryzują się głęboką stagnacją państwa polskiego we wszystkich dziedzinach jego życia.

Największy rozwój pielęgniarstwa przypada na lata międzywojenne, czyli od 1921 roku (odzyskanie niepodległości) do 1939 roku (wybuch II wojny światowej). W tym czasie pielęgniarstwo polskie (jak na tamte lata) osiągnęło wysoki poziom rozwoju i doczekało się regulacji prawnej (mowa o Ustawie o pielęgniarstwie z dnia 21 lutego 1935 roku, która po licznych nowelizacjach obowiązywała do lipca 1996 roku). W pierwszym stuleciu rozwoju pielęgniarstwa europejskiego skupiano się przede wszystkim na tworzeniu podstaw szkolnictwa pielęgniarstwa, podejmowaniu działań mających na celu prawne uregulowanie wykonywania zawodu pielęgniarstwa i tworzeniu samorządowych organizacji pielęgniarstwa na szczeblu krajowym i międzynarodowym. Istotne było również stopniowe uświadamianie odrębności zawodu pielęgniarstwa [4].

Z kolei ostatnie czterdzieście lat to intensywny rozwój nauki pielęgniarstwa, profesjonalizacja tego zawodu oraz poprawa jakości opieki pielęgniarstwa poprzez opracowywanie i wdrażanie standardów opieki, a także podejmowanie działalności badawczej i oparcie praktyki pielęgniarstwa na jej wynikach, do czego bardzo mocno przyczyniło się wejście Polski do Unii Europejskiej [4].

Przystępując 1 maja 2004 r. do Unii Europejskiej, Polska jako jej nowy członek musiała wprowadzić wiele zmian, reform, które miały zbliżyć kraj do państw Piętnastki. Jedną z reform, które musiało wprowadzić Państwo Polskie była reforma dotycząca przebudowy kształcenia

pielęgniarek zgodnie ze standardami europejskimi. Kluczowymi dokumentami w procesie zmian były: „Europejska Strategia WHO kształcenia pielęgniarek i położnych, Deklaracja Bolońska, Deklaracja Monachijska, Dyrektywy Sektorowe, Europejskie porozumienia w sprawie kształcenia pielęgniarek i położnych i inne” [4]. Zmiany w kształceniu pielęgniarek wprowadzano już stopniowo wcześniej, ale te największe datuje się po 2000 roku. Wśród nich warto wymienić te, w których samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych miał znaczący udział - Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z 2001, 2003, 2004, 2005, a następnie uchwalonej w 2011 roku przez parlament RP jej nowej wersji. Następnie zmiany w Ustawie o szkolnictwie wyższym, zmiany w ustawie o wyższych szkołach zawodowych. Uczelnia która chce rozpocząć kształcenie pielęgniarek musi spełnić wiele wymogów, a kluczowe dotyczą sposobu realizacji kształcenia, bazy dydaktycznej, w tym zajęć praktycznych oraz wypracowanie wewnętrznego systemu oceny.

Współczesne polskie pielęgniarstwo kształtowało się na przestrzeni wieków - od czasów sprawowania opieki przez siostry zakonne do dzisiejszej profesjonalnej opieki przez wysoko wyspecjalizowany personel pielęgniarski.

Na poprawę sytuacji polskich pielęgniarek miał wpływ również utworzenie samorządu zawodowego pielęgniarek oraz powołanie organizacji zawodowych zrzeszających przedstawicieli tego zawodu. Zadaniem samorządu pielęgniarek i położnych jest reprezentowanie osób wykonujących ten zawód oraz stanie na straży jego należytego wykonywania. Ważnym aspektem w rozwoju kompetencji i samodzielności zawodowej, który przyczynił się do rozwoju zawodu pielęgniarki było utworzenie stowarzyszeń działających na rzecz tego zawodu, które mają za zadanie reprezentować zawód na arenie międzynarodowej.

Aktualnym aktem prawnym regulującym zawody pielęgniarek i położnych jest ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej, w której to zostały zawarte zasady wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej, uzyskiwania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej, kształcenia zawodowego oraz kształcenia podyplomowego pielęgniarki i położnej, a także akty wykonawcze do tej ustawy [5].

Na przestrzeni lat i rozwoju zawodu, pielęgniarki nabywają nowych kompetencji w związku z wykonywanym zawodem. Pielęgniarki i położne mają prawo i obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego. Podstawą prawną kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych jest wspomniana wcześniej ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej [5], która określa następujące kształcenia podyplomowe: szkolenie specjalizacyjne (specjalizacja), kurs kwalifikacyjny, kurs specjalistyczny, kurs doksztalający.

Szkolenie specjalizacyjne ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę specjalistycznej wiedzy i umiejętności w określonej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia oraz tytułu specjalisty w tej dziedzinie. Celem kursu kwalifikacyjnego jest uzyskanie przez pielęgniarkę wiedzy i umiejętności do udzielania określonych świadczeń zdrowotnych wchodzących w zakres danej dziedziny pielęgniarstwa lub dziedziny mającej zastosowanie w ochronie zdrowia. Kurs specjalistyczny jest to rodzaj kształcenia, który ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę wiedzy i umiejętności do wykonywania określonych czynności zawodowych przy udzielaniu świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych lub rehabilitacyjnych [5]. Pielęgniarki mogą skorzystać ze szkoleń dofinansowanych ze środków publicznych.

Wraz z upływem czasu polskie pielęgniarki nabywają nowych kompetencji. Od 1 sierpnia 2020 roku obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2020 roku [6], które wprowadza zmiany w kompetencjach pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej - mogą one między innymi samodzielnie decydować o sposobie leczenia ran, wystawiać recepty na leki w ramach kontynuacji dotychczasowego leczenia, po spełnieniu odpowiednich wymagań kwalifikacyjnych.

Od 1 stycznia 2016r. pielęgniarki nabyły nowe uprawnienia w zakresie ordynowania leków i wypisywania recept [7]. Pielęgniarki i położne są uprawnione do wypisywania recept w ramach kontynuacji zleceń lekarskich oraz w ramach samodzielnej ordynacji, po spełnieniu odpowiednich wymagań kwalifikacyjnych.

Kolejną zmianą w kompetencjach pielęgniarek jest możliwość samodzielnego przeprowadzenia kompleksowych badań fizykalnych. Pielęgniarka posiada taką możliwość na podstawie ukończenia kursu specjalistycznego z zakresu badania fizykalnego [5,6] lub ukończyła studia licencjackie w oparciu o standard kształcenia z 2012 r. [8]. Ustawa rozszerzająca dotychczasowe uprawnienia pielęgniarek i położnych m.in. w zakresie samodzielnego ordynowania niektórych leków, w tym wystawiania na nie recept, wskazuje na konieczność wykonania przez pielęgniarkę osobistego badania fizykalnego pacjenta [9,10].

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2019 r. [11] reguluje nowe świadczenie z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) - poradę pielęgniarską. Pielęgniarka może udzielać porad pielęgniarskich w zakresie: diabetologii, kardiologii, chirurgii. Dzięki temu rozporządzeniu pielęgniarka może edukować pacjentów, może samodzielnie decydować o sposobie leczenia ran, może samodzielnie decydować o konieczności skierowania pacjenta na badania diagnostyczne, laboratoryjne.

Cel pracy. Zaprezentowanie wyników badań pilotażowych przeprowadzonych na potrzeby organizowanej konferencji naukowo – szkoleniowej „Inwestowanie w pielęgniarstwo i poszanowanie praw pielęgniarek – kontrowersje i wyzwania”, która miała miejsce 19 maja 2022 r. w PWSZ w Głogowie.

Materiał i metody. Materiał pozyskano w marcu 2022 r., w drodze przeprowadzonego sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki ankiety internetowej, do której przygotowano autorski kwestionariusz ankiety do badań pilotażowych. W badaniach udział wzięło 210 osób, z których 85,71% stanowiły kobiety, a pozostałe 14,29% to mężczyźni. Przeważały osoby w wieku 41-50 lat (30%) oraz osoby z wykształceniem wyższym (82,78%). W badaniu udział wzięła ponad połowa osób nie związanych z zawodem pielęgniarki/pielęgniarsza (59,05%). Natomiast deklarowany staż pracy przez osoby legitymujące się uprawnieniami zawodowymi pielęgniarki/pielęgniarsza zamykał się w przedziale od 6 miesięcy do 51 lat.

Tab.2. Charakterystyka badanych (badania własne, 2022)

| zmienna | n | % |
|----------------------------------|----------|----------|
| pleć | | |
| kobieta | 180 | 85,71% |
| mężczyzna | 30 | 14,29% |
| wiek | | |
| 18-30 lat | 44 | 20,95% |
| 31-40 lat | 50 | 23,81% |
| 41-50 lat | 63 | 30% |
| 51-60 lat | 44 | 20,96% |
| 61-70 lat | 7 | 3,33% |
| powyżej 70 lat | 2 | 0,95% |
| wykształcenie | | |
| podstawowe | 0 | 0% |
| gimnazjalne | 0 | 0% |
| zawodowe | 0 | 0% |
| średnie | 36 | 17,22% |
| wyższe | 173 | 82,78% |
| pielęgniarka/pielęgniarsz | | |
| tak | 86 | 40,95% |
| nie | 124 | 59,05% |

Autorski kwestionariusz ankiety do badań pilotażowych składał się z 9 pytań właściwych o charakterze pytań zamkniętych. Samo badanie stanowiło wstęp do badań pogłębionych dotyczących problematyki inwestowania w pielęgniarstwo, które prowadzone będzie w IV kwartale 2022 r. przez autorów niniejszego opracowania.

Wyniki. Odpowiedzi udzielone na pierwsze dwa pytania pozwoliły na zorientowanie się w znajomości przez badanych podstawowej i obowiązującej nomenklatury z zakresu opieki zdrowotnej (tab.3).

Tab. 3. Znajomość podstawowej i obowiązującej nomenklatury z zakresu opieki zdrowotnej (badania własne, 2022)

| zmienna | n | % |
|--|----------|----------|
| Mówiąc o systemie opieki zdrowotnej powinno się używać określenia | | |
| ochrona zdrowia | 113 | 53,81% |
| służba zdrowia | 20 | 9,52% |
| opieka zdrowotna | 50 | 23,81% |
| nie ma znaczenia którego z wymienionych | 27 | 12,86% |
| Od kiedy zostało zmienione określenie „służba zdrowia” na „ochrona zdrowia” | | |
| od lat 90-tych XIX w. | 17 | 8,09% |
| od lat 90-tych XX wieku | 150 | 71,43% |
| od zawsze stosowano oba pojęcia zamiennie | 43 | 20,48% |

W pierwszej kolejności zapytano o prawidłowe pojęcie, jakim należy się posługiwać w odniesieniu do systemu opieki zdrowotnej. Ponad połowa badanych (53,81%) wskazała na „ochronę zdrowia”. Natomiast 71,43% badanych stwierdziło, że określenie „służba zdrowia” zostało zastąpione określeniem „ochrona zdrowia” od lat 90-tych ubiegłego wieku.

Kolejne pytania odnosiły się do pielęgniarstwa jako składowej systemu opieki zdrowotnej. Odpowiadali na nie wszyscy ankietowani, a rozkład uzyskanych odpowiedzi na pytania z tego działu został zaprezentowany w tab.4.

Tab.4. Rozkład odpowiedzi na pytania dotyczące pracowników ochrony zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem pielęgniarstwa (badania własne, 2022)

| zmienna | n | % |
|--|----------|----------|
| Jako medycy powinniśmy reprezentować postawę: | | |
| profesjonalisty | 105 | 50% |
| służby | 10 | 4,76% |
| opiekuna | 7 | 3,33% |
| każdą z wymienionych | 86 | 40,96% |
| nie ma znaczenia którą z wymienionych | 2 | 0,95% |
| Pielęgniarstwo jest składową systemu | | |
| służby zdrowia | 10 | 4,76% |
| ochrony zdrowia | 90 | 42,86% |
| opieki zdrowotnej | 46 | 21,90% |
| wszystkich wymienionych | 64 | 30,48% |
| Czy w pielęgniarstwo się inwestuje? | | |
| tak | 101 | 48,09% |
| nie | 55 | 26,19% |
| nie wiem | 53 | 25,24% |
| nie interesuje mnie to | 1 | 0,48% |
| Czy w pielęgniarstwo warto inwestować? | | |
| tak | 203 | 96,66% |
| nie | 1 | 0,48% |
| nie wiem | 6 | 2,86% |

| | | |
|--|-----|--------|
| nie interesuje mnie to | 0 | 0% |
| Czy pielęgniarstwo ma przyszłość? | | |
| tak | 196 | 93,33% |
| nie | 1 | 0,48% |
| nie wiem | 11 | 5,24% |
| nie interesuje mnie to | 2 | 0,95% |

Połowa badanych (50%) stwierdziła, że medycy w swojej pracy zawodowej powinni reprezentować postawę profesjonalisty. Natomiast traktując pielęgniarstwo jako składową systemu ochrony zdrowia (42,86% badanych), że w pielęgniarstwo się inwestuje (48,09% badanych), że warto w nie inwestować (96,66% badanych) i że ma ono przyszłość (93,33% badanych).

Ostatnią poruszaną w badaniach kwestią był sposób zwracania się do personelu pielęgniarskiego (tab.5).

Tab. 5. Sposoby zwracania się do pielęgniarki/pielęgniacza w opinii badanych (badania własne, 2022)

| zmienna | n | % |
|---|----------|----------|
| Czy do pielęgniarki pacjent powinien się zwracać | | |
| „siostró” | 6 | 2,86% |
| „proszę Pani” | 151 | 71,90% |
| nie ma znaczenia którą z wymienionych form zastosuje | 53 | 25,24% |
| Czy do pielęgniacza pacjent powinien się zwracać | | |
| „bracie” | 1 | 0,48% |
| „proszę Pana” | 174 | 82,86% |
| nie ma znaczenia którą z wymienionych form zastosuje | 35 | 16,66% |

Badani w większości uznali, że do pielęgniarek pacjent powinien się zwracać używając określenia „proszę Pani” (71,90%), natomiast do pielęgniacza – „proszę Pana” (82,86%). Choć w odniesieniu do obu pytań zwraca uwagę spory odsetek osób, dla których nie ma znaczenia, która z wymienionych form będzie miała zastosowanie (w odniesieniu do pielęgniarek – 25,24%, w odniesieniu do pielęgniaczy – 16,66%).

Dyskusja. We współczesnej opiece nad zdrowiem, która zmierza do dostarczenia ludziom odpowiedniego, profesjonalnego wsparcia w utrzymaniu i osiągnięciu optymalnego zdrowia, pielęgniarstwo staje się coraz bardziej znaczącą dziedziną. Nieustannie podejmowane są działania, które mają prowadzić do zapewnienia coraz lepszej i profesjonalnej opieki pielęgniarskiej zarówno indywidualnej jak i społecznej. Tendencją powodującą te zapotrzebowanie jest promowanie zdrowego trybu życia, samoopieki, a odchodzi się od

wyłączonego leczenia w szpitalu. Dzięki postępującemu procesowi profesjonalizacji pielęgniarstwa jako usługi, opieka ta w przyszłości może nabrać dużo większego znaczenia.

Obecnie wiele wysiłków podejmowanych jest w kierunku poprawy jakości pielęgniarstwa oraz poprawy jego efektywności. Wprowadzono wiele zmian na rzecz zapewnienia odpowiedniego wsparcia osobom się tym zajmującym, a dotyczą one przede wszystkim odpowiedniego przygotowania zawodowego kadr pielęgniarskich [1-3,5,8,10]. Dawniej większą wagę przywiązywano do zadaniowości i praktycznej wiedzy, teraz natomiast istotną rolę odgrywa duży zakres wiedzy i lata jej zdobywania. System edukacji zobowiązał i umożliwił pielęgniarkom ciągle poszerzanie i zdobywanie wiedzy, w ramach kształcenia specjalizacyjnego, uczestnictwa w kursach specjalizacyjnych, uczestnictwa w różnego rodzaju kursach i warsztatach tematycznych czy też konferencjach naukowych.

Szybki rozwój dziedziny wykreował na przestrzeni czasów odpowiednie wzorce pielęgniarstwa. Stąd w pielęgniarstwie mówi się dziś o jego dwóch modelach: nowoczesnym i tradycyjnym. Pojęcie pielęgniarstwa tradycyjnego nie jest pojęciem jednolitym. Składają się na nie trzy różne szablony pielęgnowania świadczonego na rzecz pacjenta: pielęgnowanie podporządkowane decyzji lekarza, pielęgnowanie podporządkowane specjalizacji czynnościowej pielęgniarki oraz pielęgnowanie podporządkowane decyzji lekarza i specjalizacji czynności pielęgniarki [12]. Pielęgniarstwo i pielęgnowanie w tym modelu charakteryzowało się dużymi ograniczeniami i podporządkowaniem poleceniom lekarza. Skutkowało to bardzo często tym, że wizerunkowo pielęgniarki były uznawane za pomoc lekarską, pomimo, że były to osoby merytorycznie i praktycznie przygotowane do samodzielnej i niezależnej pielęgnacji [12]. Konsekwencją tego stanu rzeczy było, że działania z zakresu opieki pielęgniarskiej były całkowicie zależne od tego co wynikało z diagnozy lekarskiej, i stawiało je na pozycji osoby „przypisanej” do choroby, a nie do dbania o zdrowie pacjenta.

Współczesne pielęgniarstwo to pielęgniarstwo oparte o proces pielęgnowania, charakteryzujące się wysokimi kompetencjami i samodzielnością zawodową pielęgniarek.

Rok 2020, w którym rozpoczęła się globalna pandemia postawił ochronę zdrowia w obliczu wielkich wyzwań. ICN w raporcie dotyczącym pielęgniarstwa w dobie COVID-19 zwróciła szczególnie uwagę na fakt, że kluczem do poprawy stanu zdrowia światowej populacji są inwestycje w pielęgniarstwo, które mogą przynieść szeroko rozumiane korzyści nie tylko dla opieki zdrowotnej. Szczegóły zostały zawarte w dokumencie wydanym przez WHO „*Global strategic directions for nursing and midwifery 2021-2025*”. Dzięki współpracy wielu ośrodków pielęgniarstwa i położnictwa, ICN, Międzynarodowej Konfederacji Położnych i innym

organizacjom zawodowym powstał projekt określający politykę w zakresie edukacji, pracy, przywództwa i dostarczania usług, wskazujący kierunek postępów w pielęgniarstwie [13,14]. Pandemia COVID-19 pokazała całemu światu, że światowa ochrona zdrowotna nie jest w stanie zaspokoić potrzeb zdrowotnych społeczeństw bez wystarczającej liczby pielęgniarek, pracujących w dobrych warunkach, otrzymując wsparcie potrzebne do rzetelnie wykonywanej pracy. Pielęgniarki pracując na froncie walki z wirusem COVID-19 udowodniły, że posiadają kompetencje do promowania i rozpowszechniania w odpowiednim czasie wiarygodnych informacji opartych na dowodach naukowych. Potrafią monitorować stan zdrowia ludzi wokół nich, jednocześnie reagując na zagrożenia związane z infekcjami oraz edukując społeczeństwo w zakresie opieki zdrowotnej. Edukacja społeczeństwa, zapobieganie zakażeniom i ich kontrola wysunęły się na pierwszy plan podczas pandemii [15].

ICN w swoim raporcie proponuje by pielęgniarki wykorzystały swoją bliskość z pacjentem i tym samym pomogły mu w rozwijaniu umiejętności podejmowania decyzji na rzecz własnego zdrowia, wspierały świadomość zdrowotną pacjentów, ich rodzin i szerszej populacji oraz pomagały w poruszaniu po złożonym systemie zdrowia. Organizacja zwraca przy tym uwagę, by umożliwić sprawne działanie, konieczne jest wyposażenie pielęgniarek w dane i wiedzę, w celu lepszego zrozumienia problemów zdrowotnych oraz w kompetencje i umiejętność komunikacji interpersonalnej, w celu odkrywania i zaspokajania potrzeb osób, którym służą. W trakcie pandemii pielęgniarki wykorzystując nowości technologiczne do udzielania pomocy na odległość, znalazły sposób na połączenie technologii i praktyki w celu zapewnienia ciągłości opieki, a niektóre z metod wykorzystujące aplikacje internetowe będą wykorzystywane na długo po zakończeniu pandemii.

Posiadając niezbędne doświadczenie i rozumiejąc realia świadczenia opieki pielęgniarki, wg ICN, powinny odgrywać kluczową rolę w projektowaniu systemów opieki zdrowotnej, koncentrujących się holistycznym, zapobiegawczym podejściu, gdzie usługi świadczone przez pielęgniarki stałyby się dominującym modelem opieki. Szczególną rolę w ICN przypisuje się pielęgniarkom zaawansowanej praktyki (APN), których działalność ma zwiększyć zakres ich kompetencji, w skład których wchodzi m.in.: dostępność do świadczeń, które dotąd nie były realizowane lub ograniczono je. Do ich zadań należałoby zarządzanie przypadkiem, monitorowanie e-Zdrowia czy doradztwo lub poradnictwo dotyczące stylu życia, wzmacniania zdrowia i kształtowania pozytywnych zachowań zdrowotnych. Jednocześnie ICN postuluje o modyfikację w restrykcyjnych i przestarzałych przepisach obowiązujących w niektórych krajach, co zapewniłoby rozwój praktyki APN oraz podniosłoby poziom opieki pielęgniarskiej i jej prestiż [13,14,16].

Wnioski.

1. Pielęgniarstwo jest istotnym elementem systemu ochrony zdrowia, co znajduje potwierdzenie w strategicznych dokumentach o zasięgu międzynarodowym i światowym.
2. Wyniki badań pilotażowych potwierdzają status pielęgniarstwa i jego postrzeganie, jako dziedziny z możliwościami.
3. Inwestowanie w pielęgniarstwo to nie tylko finanse, ale również kwalifikacje, kompetencje, samodzielność zawodowa i możliwość rozwoju zawodowego.
4. Braki kadrowe w pielęgniarstwie są problemem ogólnoświatowym i zmuszają decydentów do opracowywania strategii promowania tego zawodu na arenie międzynarodowej i lokalnej.

Bibliografia

1. WHO, ICN, Nursing Now. State of the World's Nursing 2020. Investing in education, jobs and leadership. World Health Organization 2020 https://www.pfed.org.pl/uploads/1/9/9/8/19983953/raport_o_stanie_piel%C4%99gniarstwa_9789240003279-eng.pdf [dostęp 18.08.2022]
2. WHA75 Report - Nursing Advocacy & influence in global health policy, July 2022 <https://indd.adobe.com/view/11a5cd21-9e3a-4525-a069-8f24b43b67fd> [dostęp 18.08.2022]
3. Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych - pielęgniarka, położna zawody deficytowe w polskim systemie ochrony zdrowia. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych. Warszawa 2022
4. Wrońska I. Krajewska-Kułak E. i in. Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa europejskiego, Wydawnictwo Czelej, Lubin 2007
5. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2020r. poz. 562, z późn. zm)
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2020 poz. 1255)
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. 2017 poz. 497)
8. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 roku w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa.
9. Ustawa z dnia 22 lipca 2014 roku o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw.
10. Stanowisko Konsultanta Krajowego w dz. pielęgniarstwa w sprawie nowelizacji ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 22 lipca 2014 roku.
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2019 poz. 1864)

12. Górajek-Jóźwik J. Proces pielęgnowania: model samodzielnego całościowego i ciągłego pielęgnowania: skrypt dla studentów Wydziału Pielęgniarskiego. Akademia Medyczna, Lublin, 1989
13. International Council of Nurses Nurses. A Voice to Lead a Vision for Future Healthcare. ICN. Geneva. 2021
14. Kilańska D. 2021-wyzwania i kierunki rozwoju pielęgniarstwa. Analiza przypadków. Pielęgniarstwo i Położnictwo 2021; nr 4: 7
15. Kilańska D. Jak wspominamy Międzynarodowy Rok Pielęgniarek i Położnych -2020 rok, Analiza przypadków. Pielęgniarstwo i Położnictwo 2021; nr 1
16. Kilańska D. Kryzys w pielęgniarstwie a przywództwo, Analiza przypadków. Pielęgniarstwo i Położnictwo 2019; nr 1