

pws te /

PAŃSTWOWA
WYŻSZA SZKOŁA
TECHNICZNO
EKONOMICZNA

INTERDYSCYPLINARNOŚĆ WSPÓŁCZESNEJ MEDYCYNY

INTERDISCIPLINARY NATURE OF MODERN MEDICINE

Redakcja • Editors

Krzysztof Rejman
Jarosław Noworól
Marta Cebulak
Małgorzata Dziechciaż
Barbara Stawarz
Alicja Kłos

Tom 10



**impuls**



**Interdyscyplinarność
współczesnej medycyny**

**Interdisciplinary
nature of modern medicine**

Interdyscyplinarność współczesnej medycyny

Interdisciplinary nature of modern medicine

Redakcja · Editors

Krzysztof Rejman
Jarosław Noworól
Marta Cebulak
Małgorzata Dziechciaż
Barbara Stawarz
Alicja Kłós

Tom 10

The logo for 'impuls' features the word in a lowercase serif font, with a stylized, curved line above the 'i' and 'p' that suggests a pulse or a wave.

Kraków 2022

RECENZENT • REVIEWER

dr hab. Mariola Głowacka, prof. UMK

ISBN 978-83-8294-246-0

Copyright © by
Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna
im. ks. Bronisława Markiewicza, Jarosław 2022

pws te /
PAŃSTWOWA
WYŻSZA SZKOŁA
TECHNICZNO
EKONOMICZNA



Ministerstwo
Edukacji i Nauki

Publikacja dofinansowana ze środków budżetu państwa
w ramach programu Ministerstwa Edukacji i Nauki pod nazwą *Doskonała Nauka*,
nr projektu DNM/SP/550870/2022, kwota dofinansowania 15 120 zł,
całkowita wartość projektu 16 800 zł

Oficyna Wydawnicza „Impuls”
30-619 Kraków, ul. Turniejowa 59/5
tel./fax: (12) 422 41 80, 506 624 220
www.impulsoficyna.com.pl, e-mail: impuls@impulsoficyna.com.pl

Spis treści · Contents

Słowo wstępne

Krzysztof Rejman 9

1. Participation of medical staff in the process of hemotherapy and blood donation

Udział personelu medycznego w procesie hemoterapii i krwiodawstwa

Katarzyna Tomaszewska, Marzena Piekarska 11

2. Praca socjalna z rodziną dotkniętą problemem alkoholowym według Vladimira Hudolina

Social work with a family afflicted by alcoholism according to Vladimir Hudolin

Andrzej Rogalski 23

3. Nadmierna masa ciała a COVID-19 oraz czynniki zmniejszające ryzyko zachorowania

Excessive body weight versus COVID-19 and factors decreasing the risk of infection

Eliza Szyszko 37

4. Odpowiedzialność w pracy zawodowej pielęgniarki i pielęgniarza

Responsibility in the nursing profession

Iwona Bagienko, Iwona Dudzik, Alicja Kłos, Irena Brukwicka 47

5. Zadania personelu pielęgniarstwa w przygotowaniu chorego z wyłonioną stomią do samoopieki – przegląd literatury

Tasks of the nursing staff in preparing a patient with a stoma for self-care – a literature review

Bożena Majchrowicz, Edyta Guty 69

6. Elementy etyki w ratownictwie medycznym na przykładzie ratownika górskiego Elements of ethics in medical rescue on the example of a mountain rescuer	
Jacek Marian Hołub	81
7. Niewydolność oddechowa w przebiegu SARS-CoV-2 – studium przypadku Respiratory failure in the course of SARS-CoV-2 – a case study	
Katarzyna Tomaszewska, Krystyna Sereda, Janina Zajchowska, Anna Dominik, Patrycja Trojnar	93
8. Wiedza personelu pielęgniarskiego na temat podstawowych zabiegów resuscytacyjnych u osób dorosłych Nursing staff's knowledge of basic life support in adults	
Katarzyna Tomaszewska, Bożena Majchrowicz, Ewa Frankiewicz	107
9. Opinie i postawy młodzieży wobec przeszczepiania narządów Opinions and attitudes of young people regarding organ transplantation	
Grażyna Pokrywka, Alicja Kłos, Irena Brukwicka, Iwona Dudzik	119
10. Jakość życia osób z reumatoidalnym zapaleniem stawów The quality of life of the individuals having the rheumatoid arthritis	
Dariusz Tracz, Stanisława Piwko	137
11. Zdrowie psychiczne studentów w okresie pandemii koronawirusa SARS-CoV-2 The mental health of students during the SARS-CoV-2 coronavirus pandemic	
Sebastian Skalski	153
12. Działania samoopiekuńcze pacjentów z POChP podczas pobytu w szpitalu The defining of the self-care actions taken by patients with COPD at hospital	
Małgorzata Kochman, Anna Dyrkacz	171

13. Pielęgniarstwo jako zawód zaufania publicznego w opinii pacjentów	
Nursing as a profession of public trust	
Katarzyna Niziołek, Iwona Dudzik, Alicja Kłos, Irena Brukwicka	183
14. Zaburzenia odżywiania u współczesnych nastolatków	
Eating disorders in modern adolescents	
Kinga Przybyszewska, Agnieszka Kubisz	207

Słowo wstępne

Z prawdziwą przyjemnością oddajemy w Państwa ręce kolejny, dziesiąty już tom monografii *Interdyscyplinarność współczesnej medycyny*. Staramy się w nim poruszać problemy, z którymi na co dzień spotykają się pracownicy ochrony zdrowia. To praca zbiorowa badaczy reprezentujących nie tylko różne dyscypliny, specjalności i dziedziny nauki, ale i pokolenia. Jej celem jest ukazanie interdyscyplinarności jako istotnego elementu działalności badawczej. Autorzy dzielą się swoimi doświadczeniami i przemyśleniami na temat zalet i wad praktyk interdyscyplinarnych.

W monografii szczególny nacisk położono na wiedzę specjalistyczną, praktyczne zastosowanie najnowszych osiągnięć medycyny oraz kompleksowe i wielostronne podejście do zagadnień. Wnioski wyłaniające się z poszczególnych artykułów tworzą mozaikę problemów, czasem odległych, ale ważnych. Ich rozwiązanie zwiększy efektywność ochrony zdrowia, a tym samym przyczyni się do poprawy stanu zdrowia ludności. Lepsze funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, którego warunkiem jest wsłuchiwanie się przez decydentów w postulaty naukowców – autorów takich prac, jak te zawarte w monografii *Interdyscyplinarność współczesnej medycyny* – sprostą rosnącym wymaganiom społecznym wobec sektora zdrowia.

Współczesna medycyna staje się coraz bardziej interdyscyplinarna – zarówno w zakresie profilaktyki, leczenia, jak i rehabilitacji. Dlatego *Interdyscyplinarność współczesnej medycyny* jest pozycją cenną, a konieczność wydawania monografii zwracających uwagę na te ważne tematy uważam za jak najbardziej celową i przydatną nie tylko dla studentów, ale i pracowników służby zdrowia. Publikacja zawiera wybór artykułów o szczególnej wartości dla polskiego czytelnika, poruszających tematy istotne, a jednocześnie rzadko spotykane w naszym piśmiennictwie. Dodatkowym atutem tomu jest jego przejrzysty układ. Jestem głęboko przekonany, że jego pasjonująca treść będzie odpowiednim zwieńczeniem i pamiątką obchodów 25-lecia naszej Uczelni. Polecając zawartość tego wyjątkowego i niezwykle obszernego jubileuszowego numeru, życzę Państwu przyjemnej lektury, a sobie i moim współpracownikom wielu kolejnych owocnych lat spędzonych wśród oddanych czytelników.

Pozostaję z wyrazami najgłębszego szacunku i poważania.

prof. ucz. dr hab. Krzysztof Rejman
JM Rektor Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej w Jarosławiu

1. Participation of medical staff in the process of hemotherapy and blood donation

Udział personelu medycznego w procesie hemoterapii i krwiodawstwa

Katarzyna Tomaszewska^{1, a}, Marzena Piekarska^{2, b}

¹ Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu
Institute of Health Protection, The Bronislaw Markiewicz State Higher School of Technology and Economics in Jaroslaw

² Absolwentka Collegium Masoviense – Wyższej Szkoły Nauk o Zdrowiu w Żyrardowie
Graduate of Collegium Masoviense – College of Health Sciences in Żyrardów

^a <https://orcid.org/0000-0002-2129-9107>

^b <https://orcid.org/0000-0001-7142-6461>

■ Abstract

Introduction: Blood transfusion is regulated by many legal acts, European Union directives, which strictly specify the qualification of donors, the way of collecting, storing, obtaining, marking, transfusion, storage and the tasks of the doctor and nurse during blood transfusion. Nurses are responsible for proper collection of blood samples, identification of the patient before transfusion, careful observation during and immediately after the transfusion as well as proper protection and storage of the remaining blood and blood products.

The aim of the study: To present the nurse's level of knowledge on the scope of their tasks in the process of blood donation and blood therapy.

Material and methods: The study involved a total of 113 nurses working in the St. Padre Pio Regional Hospital in Przemyśl. The diagnostic survey method was used in the study. A questionnaire survey was used as a technique. The tool was the author's questionnaire. All differences are statistically significant when $p \leq 0.05$.

Results: In the study group, 69% of the nurses completed a course in transfusion of blood and blood products. In the studied group, the majority of respondents (77.9%) demonstrated correct knowledge about the possibility of blood collection for blood group determination and compatibility test by a nurse not only having a course, but also by nurses without a course in this field.

Conclusions: Nurses responsible for rolling blood must take a course in "transfusion of blood and blood products". During a blood transfusion, nurses are responsible for the continuous care of the patient. They are also responsible for the proper protection of the transfusion remnants.

Keywords: transfusion, blood, nurse's role, responsibility.

■ Abstrakt

Wstęp: Zabieg transfuzji krwi jest regulowany wieloma aktami prawnymi, dyrektywami Unii Europejskiej, które ściśle określają kwalifikację dawców, sposób

pobrania, przechowywania, pozyskiwania, oznaczenia i przetaczania krwi oraz zadania lekarza i pielęgniarki. Personel medyczny jest odpowiedzialny za prawidłowe pobranie próbek krwi, identyfikację pacjenta przed przetoczeniem, wnikliwą obserwację biorcy krwi w trakcie toczenia i po jego zakończeniu, a także właściwe zabezpieczenie i przechowywanie resztek krwi i preparatów krwiopochodnych.

Cel pracy: Przedstawienie poziomu wiedzy pielęgniarek i pielęgniarzy na temat zakresu ich zadań w procesie krwiodawstwa i krwiolecznictwa.

Materiał i metody: Badaniem objęto łącznie 113 pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w Szpitalu Wojewódzkim im. Św. Ojca Pio w Przemyślu. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Jako technikę wykorzystano badanie ankietowe. Narzędzie stanowił autorski kwestionariusz ankiety. Wszelkie zależności i różnice są istotne statystycznie, gdy $p \leq 0,05$.

Wyniki: W badanej grupie 69% pielęgniarek i pielęgniarzy ukończyło kurs z zakresu przetaczania krwi i preparatów krwiopochodnych. Większość respondentów (77,9%) wykazała się prawidłową wiedzą na temat możliwości pobrania krwi w celu oznaczenia grupy krwi i próby zgodności nie tylko przez personel medyczny po kursie przetaczania krwi i preparatów krwiopochodnych, lecz także przez pielęgniarki i pielęgniarzy bez ukończenia kursu w tej dziedzinie.

Wnioski: Personel medyczny odpowiedzialny za toczenie krwi musi odbyć kurs „przetaczania krwi i preparatów krwiopochodnych”. Podczas przetaczania krwi pielęgniarki/pielęgniarze sprawują stałą opiekę nad pacjentem, są odpowiedzialni za toczenie krwi oraz za prawidłowe zabezpieczenie resztek poprzetoczeniowych.

Słowa kluczowe: transfuzja, krew, rola pielęgniarki, odpowiedzialność.

■ Introduction

Blood in the human body plays an extremely important role. It is primarily responsible for providing oxygen and nutrients to tissues and organs. It removes carbon dioxide and harmful products of metabolism from cells. Blood participates in the thermoregulation of the body, also has a defensive function. Transfusion is regulated by many legal acts, laws and EU directives. The transfusion of blood and its components is the responsibility of both the physician and the nurse, who can perform the transfusion only after training [4].

In Poland, blood donation and hemotherapy is regulated by the Act on Public Blood Service, which defines the principles of donation and collection, testing and preparation of blood and its components, ensuring the proper quality of collected blood and ensuring the safety of both blood and its components [1]. The prerequisite of donation of blood and its components is primarily the informed consent of the donor. Treatment with blood and its components is carried out exclusively in closed medical care. The legal act regulating blood donation is the Regulation of the Minister of Health on treatment with blood and its components in medical centres providing stationary and round-the-clock health services [13]. The Regulation of the Minister of Health on blood and blood components therapy in medical entities performing medical activities explicitly specifies the way and

organization of blood therapy, which should be carried out only in stationary medical entities providing round-the-clock health services [8]. The Regulation also contains information about the organization of a blood bank or a serological laboratory as well as the way of maintaining medical documentation concerning blood and blood products treatment. The Regulation also specifies the tasks of physicians and nurses responsible for transfusion of blood and its components [7].

Transfusion of blood and blood products can be performed by a nurse or midwife who has completed the training in transfusion of blood and blood components at a blood donation and hemotherapy center. The training is regulated by the Regulation of the Minister of Health on the training of nurses and midwives who transfuse blood and its components. The regulation specifies the way of conducting the training and the list of skills a person should have after completing the training. The acquired qualifications are confirmed by a certificate. The training is conducted in the form of basic and supplementary training, which should be conducted every four years. The aim of the training is to improve the skills and knowledge acquired during the basic course. After completing the training, the nurse and midwife should correctly collect blood from the recipient and properly keep records of the transfusion. In addition, those who complete the course are required to properly handle residual blood, correctly identify recipients, observe the patient during transfusion, and properly perform the blood transfusion procedure [7]. Apart from the above-mentioned regulations and acts, the labelling of blood and blood components is regulated by the Regulation of the Minister of Health on the labelling of blood and its components [6]. It defines the way of labeling blood and its components in such a way that it is possible to identify the organizational units of the public blood service [8] while the conditions of collecting blood from donors are regulated by the Regulation of the Minister of Health of 11 September 2017 on the conditions of collecting blood from blood donor candidates and blood donors [7]. The Regulation strictly defines the criteria for qualification and disqualification of a donor before donating blood and its components, a list of tests to be performed on donors before qualification for donation as well as the amount of blood that can be collected at one time from one donor [9].

The amount of fees for blood and its components is regulated through the Regulation of the Minister of Health of 16 August 2018 on the determination of fees for blood and derivative preparations in 2019. The regulation specifies exactly the value of blood and its components, issued by the public blood service [14].

Blood transfusion is regulated by many legal acts, directives of the European Union, which strictly define the qualification of donors, how to collect, store, obtain, mark, transfuse, store and the tasks of the doctor and nurse during blood transfusion [11]. Blood transfusion is a procedure of increased risk; therefore, written consent should be obtained from the recipient before transfusion [15]. The nurse and physician should follow the law and know the procedures related to blood collection and transport as this increases the safety of patients. Planned blood transfusions should be performed during the day with the largest number of personnel to ensure comprehensive patient care in case of complications [18].

■ The aim of the study

Is to present the level of nurses' knowledge about the scope of their tasks in the process of blood donation and blood supply.

■ Material

The study included a total of 113 nurses working in the St. Padre Pio Regional Hospital in Przemyśl. Before starting the study, a pilot study was performed on a group of 20 nurses working in the surgical and maintenance wards. The study was completely anonymous and participation was voluntary. Women constituted (97.3%, $N = 110$) of the respondents, whereas 2.7% were men ($N = 3$). 35.4% of respondents declared to be in age between 40 and 49 years old, 26.5% of respondents were in age between 30 and 39 years old, 25.7% were in age between 50 and 59 years old. The smallest group was between 20–29 years old, only 12.4%. 44.1% of the respondents had a bachelor's degree in nursing, 30.1% had secondary education (nursing college or medical school), 25.7% had higher education – master's degree. 54.9% of the surveyed nurses worked in the conservative ward, the remaining 45.1% worked in the surgical ward. The work experience of the respondents was in the range from 1 to more than 30 years. 34.5% of the respondents worked from 11–20 years, above 20 years and above 30 years were 22.1% of the respondents respectively. The smallest group were nurses working for the shortest period of time, from 1 to 10 years.

■ Methods

A diagnostic survey method was used in this study. A questionnaire survey was used as a technique. The author's questionnaire was used as a tool; it was developed based on the available literature on blood and blood products transfusion. The survey questionnaire included metric questions and questions about the nurse's role in rolling blood and blood products. The primary test that was used in the statistical analyses is the χ^2 test for independence of variables. Coefficients based on the aforementioned test, Phi and Kramer's V were used to determine the strength of the relationship. The Phi measure also reports the direction of the relationship (positive or negative). The analysis was performed using the IBM SPSS 25.0 package along with the Exact Tests module – exact tests. All relationships, correlations and differences are statistically significant when $p \leq 0.05$.

■ Results

In the study group, 51.3% of the nurses declared that their department handled several units of blood and blood products during one month, 29.2% of the respondents said that several units were handled during the week, and a small group of nurses said that their department handled several units of blood per day. The vast majority of the nurses surveyed (69%) have a course in blood donation and blood

therapy. The remaining 31% have no qualification in this field. 56.6% of the nurses correctly indicated that the nurse is required to take a complementary course in transfusion of blood and blood products. The remaining 41.6% of the respondents incorrectly indicated that such a course should be taken every three years. According to 77.9% of the respondents, a nurse who does not have a course in blood and blood products transfusion can collect blood for blood group and compatibility testing. This is correctly answered by the nurses/nurses surveyed. 11.5% of the respondents incorrectly believed that a nurse without qualification cannot draw blood, while 10.6% of the respondents believed that a nurse can draw blood for blood group and compatibility test only in exceptional cases.

The respondents were correct in their opinion that the maximum time that could elapse from the moment of removing the blood from the container from the cold room to the beginning of rolling should not exceed 30 min. The correct answer was given by 54.9% of respondents. Incorrect answers were given by 25.7% of respondents – the blood should be started immediately; 19.5% thought that the time should not exceed 20 min. According to the respondents, the maximum time of transfusion of 1 U of red blood cells should not exceed four hours. The correct answer was given by 44.2% of respondents. 80.5% of respondents correctly indicated that before the transfusion both the physician and the nurse identify the patient. Almost all respondents correctly stated that measurement and recording of vital parameters, which in this case included pulse, blood pressure and body temperature, should be performed before the transfusion, 15 min after the onset and after completion of rolling. The majority of respondents (95.6%) indicated according to the guidelines that a physician should be present during transfusion of each unit of blood and blood component (Table 1).

Table 1. Taking a course versus providing patient care during blood rolling

			Have you taken a course in hemotherapy and blood donation through the RCKiK?		Total
			Yes	No	
In practice, who provides ongoing care for the patient during rolling?	Nurse	N	51	28	79
		%	65,4%	80,0%	69,9%
	Doctor and nurse	N	27	7	34
		%	34,6%	20,0%	30,1%
Total		N	78	35	113
		%	100,0%	100,0%	100,0%
Phi	-0,147	2,453 ^a	1	0,117	0,128
Coefficient	Value	χ^2	df	p	p accurate

Source: own.

According to the respondents, the early adverse reactions associated with transfusion include hemolytic reaction and bacterial infection. This was the answer given by 69.9% of the respondents. The vast majority (77.9%) of the respondents, in the case of the occurrence of adverse reactions in the form of fever, correctly acted by discontinuing the blood transfusion and administered an antipyretic according to medical orders. 97.3% of respondents will act correctly in case of post-transfusion complications. The studied group will stop the transfusion, notify the doctor and proceed to verify the documents.

94.7% of the surveyed nurses will correctly secure the residual blood by protecting the apparatus with a sterile gauze pad, written with the name and date and time of beginning and ending the rolling of blood and its components. The remaining respondents indicated that the residual blood after the rolling was completed was disposed of in a waste container (3.5%), whereas 1.8% believed that the residual blood was secured with a needle. Such an answer was given by 86.7% of respondents (Table 2).

Table 2. Securing residual blood versus taking a course in hemotherapy and blood donation

			Have you taken a course in hemotherapy and blood donation through the RCKiK?		Total
			Yes	No	
How is the blood residue secured?	blood residue along with a needle-safe apparatus, labeled with name and date and time...	N	0	2	2
		%	0,0%	5,7%	1,8%
	blood residue along with the apparatus secured with a sterile swab labeled with your name and the date and time...	N	76	31	107
		%	97,4%	88,6%	94,7%
	after the blood rolling is finished, everything can be disposed of in the waste container	N	2	2	4
		%	2,6%	5,7%	3,5%
Total	N	78	35	113	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	
Cramer's V	0,217	5,335 ^a	2	0,069	0,061 ^b
Coefficient	Value	χ^2	df	p	p Monte Carlo

Source: own.

The 12 questions of the author's survey questionnaire formed a group to determine the respondents' level of knowledge. Each correctly answered question received 1 point. A total of 12 points could be obtained. More than half of respondents were characterized by moderate knowledge regarding proper identification of a patient, observation of a patient as well as storage and securing the remaining

blood and blood components. Less than 40% of the respondents have the highest level of knowledge, whereas 8.8% of the respondents have a significant knowledge deficit (Table 3).

Table 3. Assessment of staff knowledge of rolling blood

		Frequency	Percent
Important	low (less than 6 pts.)	10	8,8
	moderate (7–9 pts.)	58	51,3
	high (10–12 pts.)	45	39,8
	Total	113	100,0

Source: own.

Level of knowledge in proper identification of the patient, observation of the patient, and storage and preservation of residual blood and blood components (maximum 12 points) (Table 4).

Table 4. Level of knowledge regarding correct identification of a patient, observation of a patient and storage and conservation of residual blood and blood components vs. completion of a course in this field

			Have you taken a course in hemotherapy and blood donation through the RCKiK?		Total
			Yes	No	
Level of knowledge in proper identification of the patient, observation of the patient, and storage and preservation of residual blood and blood components (max. 12 points)	low (less than 6 pts.)	N	4	6	10
		%	5,1%	17,1%	8,8%
	moderate (7–9 pts.)	N	38	20	58
		%	48,7%	57,1%	51,3%
	high (10–12 pts.)	N	36	9	45
		%	46,2%	25,7%	39,8%
Total	N	78	35	113	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	
Cramer's V	0,245	6,809 ^a	2	0,033	0,028 ^b
Coefficient	Value	χ^2	df	p	p Monte Carlo

Source: own.

■ Discussion

In the literature on the subject, no studies were found, which were conducted in a group of active nurses, concerning the role of a nurse during blood and blood products transfusion. However, the role of a nurse involved in transfusion of blood

and blood products is undoubtedly very important. Following the procedure in force based on the Regulation of Minister of Health on treatment with blood and its components and the knowledge acquired during the course determine the proper course of the procedure substantially decreasing the risk of complications [13]. Proper collection of blood serum, proper identification of the recipient before the procedure, appropriate care during the procedure and immediately after its completion as well as securing the remaining blood and blood derivatives require a high level of knowledge. Both theoretical and practical knowledge is provided during the blood and blood products transfusion courses organized for nurses, nurses and midwives within the basic course and then every 4 years within the refresher course [2].

In the study group, 69% of nurses completed the course in blood and blood products transfusion. This is a relatively small group with adequate qualifications, considering that transfusion of blood and blood preparations is very common in the study group. Tomaszewska's study showed that trained personnel in blood and blood products would significantly increase the quality of their work. Moreover, trained personnel are much more conscious about transfusion-related duties [17].

In the study group, the majority of the respondents (77.9%) showed correct knowledge about the possibility of blood collection for blood group determination and compatibility test by a nurse not only having a course but also by nurses without a course in this field. Also satisfactory results were obtained by analyzing the answer to the question about the correct collection of blood for blood group determination and compatibility test, which should be collected in two tubes at different time. Equally good results on the preparation period for transfusion were obtained in Nowicki's et al. study. Both the knowledge of the person who collects blood for blood group determination and the compatibility test and the method of blood collection are consistent with the results obtained in the author's work [8, 9]. In the study by Tavares et al. the overall average knowledge score was 52.66%; in the Pre-transfusion Step, it corresponded to 53.38%; in the Transfusion Step 51.25% and, in the Post-transfusion Step, 62.68%. The factors related to knowledge were professional category and received training and/or guidance to accomplish the transfusion process ($p < 0.01$) [5]. Thus, the nurse practitioner is responsible for the correct collection and determination of blood samples for blood group assessment and cross-matching test. No publication on the role of the nurse in this regard was found in the literature on blood donation, yet an improperly taped or labeled blood collection specimen can have adverse consequences for the patient's health and life [9].

The knowledge of nurses regarding the course of blood and blood products transfusion in our study is high and the results obtained are satisfactory. The studied group of nurses correctly recognized that before each unit of blood or blood components transfused, the patient should be identified (92% of respondents). In practice, such identification is performed by identification of the donation number on the blood unit, the result of compatibility test and identification data

on the patient's band [17]. Equally good results were obtained in the author's study; 80.5% of respondents correctly recognized that before each connection of another unit, both the physician and the nurse correctly identified the patient. Good results were also obtained analysing the answers concerning the presence of a physician during transfusion of each blood unit. Such an answer was given by 95.6% of respondents. Similar equally good results were obtained by Nowicki's et al. In our study, 87% of the surveyed nurses thought that the physician should be present at the start of each unit of blood. However, significantly worse results were obtained by Nowicki's et al. concerning identification of the patient by the physician. According to the nurses surveyed in Nowicki's et al. study, 5.2% of respondents indicated that if the physician checks the blood component or blood products and signs the consent for rolling, he/she does not have to be present during identification of the patient [9].

The majority of nurses in the author's study stated that during transfusions of blood and blood preparations there were no complications (65.5%); however, it should be considered that in their everyday work, nurses transfuse from several to several units per month. In his analysis concerning the incidence of adverse post-transfusion reactions, Pogłód et al. listed among the most common events the extraneous transfusion of a blood component, which is most commonly caused by lack of proper patient identification. According to Pogłód et al., such adverse events are most common in surgical, orthopaedic and cardiac surgery departments [10]. Despite the lack of complications related to blood transfusions, the vast majority of nurses were able to accurately assess the behaviour to be undertaken in the case of high body temperature and occurrence of complications. 9% of the respondents stopped the blood transfusion, informed the physician responsible for the transfusion and administered the prescribed medication; in the case of post-transfusion complications, almost the entire study group (97.3%) reviewed the transfusion records. The study presented by Nowicki et al. fully confirms the results obtained in the author's paper. In the case of complications, 92.2% of respondents know the procedure and actions to be taken in case of adverse post-transfusion reactions [8]. Thus, it can be concluded from the study that the nurse has a very important function during transfusion, being the first person who, through observation of the patient, can fully react and take life-saving actions. Despite the fact that a doctor and a nurse are responsible for taking care of a patient, in practice, such care usually rests with a nurse. The physician is usually present only at the moment of blood supply. The author's study assessed the knowledge of nurses in the post-transfusion period. Most of the respondents correctly recognized that the nurse's task is to record the procedure of transfusion of blood and blood products in the transfusion book and in the nursing documentation (88.5%). Nowicki's group scored better on this question. In Nowicki's group, 91.3% of nurses knew where the procedure of blood and blood preparations transfusion should be recorded [8].

The present study also assessed the nurse's role in securing the residual blood and blood products. Almost all nurses (94.7%) assessed correctly the procedure of securing the blood remnants by securing the device with a sterile gauze pad, labeled with the name, date and time of start and end of transfusion; according to 86.7% of the respondents, the blood thus secured was stored for 72 h in a special refrigerator for post-transfusion residuals. The same results were obtained by Nowicki et al. in their study. 93% of the nurses surveyed correctly indicated the way to secure and store the remaining blood and blood preparations [9]. According to 80.5% of the respondents, the nurse responsible for such a correctly performed procedure was the one responsible for transfusion of blood and blood preparations and not the nurse who noticed that the transfusion was finished, as stated by 19.5% of the respondents.

Based on the study, it was shown that the studied group of nurses is mostly characterized by a moderate level of knowledge (51.3%) while 39.8% are characterized by a high level of studied knowledge. Knowledge in transfusionology was analyzed taking into account the level of knowledge in the proper identification, observation, storage and protection of blood remains. In the study group, it was shown that people who transfuse more units of blood and blood products in their work are characterized by greater knowledge in the field of correct identification, observation, storage and protection of blood and blood components.

It was also demonstrated that nurses who completed a course in blood and blood products transfusion have a higher level of knowledge. Respondents who have taken the course are characterized by greater knowledge of the correct way to collect blood for blood group determination and compatibility test. In addition, the respondents who have received training are characterized by greater knowledge in the correct identification of the patient before transfusion, which should be done by the doctor and the nurse. Similar results were obtained by Nowicki, who showed a statistical relationship between the knowledge of transfusion of blood and blood products and the completed course in this field [8]. Moreover, the study performed by Nurk demonstrated that additional training in blood and blood products would improve the quality of work [18]. Cankovic-Kadijevic and Petrovic found that receiving training in blood and blood donation improves the quality of patient care [3]. The results obtained confirm the results obtained in the literature. The knowledge of nurses about the storage time of blood remnants after rolling does not depend on those who have taken a course in transfusion of blood and blood products [4].

Based on the research conducted, it can be concluded that the role of the nurse during blood and blood product transfusion is very high. Nurses are responsible for the proper collection of blood samples, identification of the patient before the transfusion, careful observation during the transfusion and immediately after its completion as well as proper protection and storage of the remaining blood and blood products. Undoubtedly, the level of knowledge and correctly performed

procedure of transfusion of blood and blood products is completely dependent on the completed course in this field.

■ Results

1. Interviewed nurses after the course are characterized by increased knowledge of the correct way of collecting blood for blood group determination and compatibility testing, of the correct way of collecting blood for blood group determination and compatibility testing and of the correct identification of the patient before transfusion, which should be done by a doctor and a nurse.
2. There is a need for continuous education and upgrading of knowledge of blood donation and blood supply among nurses.

Bibliography

1. Act of August 22, 1997 on Public Blood Service (Dz.U. 1997 No 106, pos. 681).
2. Mitevska L., Blagoevska M., Dukovski R., Hristova-Dimceva A., Todorovska O.: Continuing medical education at National Institute of Transfusion Medicine in Macedonia – current situation and perspectives, *Vox Sanguinis*, 2012; 103: 70–71.
3. Cankovic-Kadijevic M., Petrovic I.B.: The effects of doctor-patient relationship in transfusion therapy, *Vox Sanguinis*, 2011; 101(1): 88.
4. Czapła S., Śliwińska J., Niechwiadowicz-Czapka T.: Wiedza studentów Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu dotycząca honorowego krwiodawstwa i leczenia krwią – analiza badań własnych, *Puls Uczelni*, 2015; 9(3): 18–22. DOI: 10.5604/2081-2021.1170715
5. Tavares J.L., Barichello E., De Mattia A.L., Barbosa M.H.: Factors associated with knowledge of the nursing staff at a teaching hospital on blood transfusion, *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2015; 23(4): 595–602. DOI: 10.1590/0104-1169.0024.2593
6. <https://krwiodawcy.org/akty-prawne> [dostęp: 10.10.2020].
7. Regulation of the Minister of Health of 11 September 2017 on the conditions for collecting blood from candidates for donors and blood donors (*Journal of Laws* 2017, item 1741).
8. Nowicki G.J., Gadzała D., Ślusarska B., Piasecka H.: Udział pielęgniarki w leczeniu krwią – zasady przetaczania krwi i jej preparatów, *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 2015; 9(4): 193–198.
9. Nowicki G.J., Ślusarska B., Gadzała D. i wsp.: Wiedza pielęgniarek i pielęgniarzy na temat czynności związanych z podawaniem krwi i jej składników, *Journal of Transfusion Medicine*, 2016; 9(3): 75–86.

10. Pogłód R., Rosiek A., Michalewska B. i wsp.: Analiza poważnych niepożądanych zdarzeń i poważnych niepożądanych reakcji poprzetoczeniowych w Polsce w latach 2011–2014, *Journal of Transfusion Medicine*, 2018; 11(1): 8–28.
11. Regulation of the Minister of Health of 16 May 2017 on the training of nurses and midwives transfusing blood and its components (*Journal of Laws* 2017, item 1026).
12. Regulation of the Minister of Health of 9 November 2016 on the labelling of blood and its components (*Journal of Laws* 2016, item 1845).
13. Regulation of the Minister of Health of 16 October 2017 on treatment with blood and its components in medical entities performing medical activities in the type of stationary and round-the-clock health services (*Journal of Laws* 2017, item 2051).
14. Regulation of the Minister of Health of 16 August 2018 on the determination of fees for blood and its components in 2019 (*Journal of Laws* 2018, item 1516).
15. Rosiek A., Pogłód R.: Niepożądane reakcje u krwiodawców oddających krew i jej składniki metodą manualną i automatyczną, *Journal of Transfusion Medicine*, 2014; 7(3): 73–83.
16. Schreiber G.B., Sharma U.K., Wright D.J. i wsp.: First year donation patterns predict long-term commitment for first-time donors, *Vox Sanguinis*, 2005; 88(2): 114–121. DOI: 10.1111/j.1423-0410.2005.00593.x
17. Tomaszewska A.: Szkolenia i podnoszenie kwalifikacji zawodowych (w świetle doniesień prezentowanych na 21. Regionalnym Zjeździe Międzynarodowego Towarzystwa Przetaczania Krwi [ISBT] w Lizbonie 18–22 czerwca 2011 roku), *Journal of Transfusion Medicine*, 2012; 5(3): 146–152.
18. Trzpieł K.: Bezбłędne leczenie krwią, *Sztuka Pielęgowania*, 2012; 1(1): 18–19.

2. Praca socjalna z rodziną dotkniętą problemem alkoholowym według Vladimira Hudolina

Social work with a family afflicted by alcoholism according to Vladimir Hudolin

Andrzej Rogalski

Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna
im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu
Institute of Health Protection, The Bronislaw Markiewicz State Higher School of Technology and Economics
in Jarosław

<https://orcid.org/0000-0002-5278-5933>

■ Abstrakt

Wstęp: Vladimir Hudolin (1922–1996) był światowej sławy psychiatrą, neurologiem, fundatorem sieci klubów skupiających osoby uzależnione od alkoholu i narkotyków oraz ich rodziny. Był też autorem programu walki z uzależnieniami, który rozpowszechnił się w Europie i na świecie. Program ten polegał nie tylko na detoksykacji uzależnionych, lecz także na podejmowaniu szeregu działań medycznych i antropospołecznych. Dzięki nim z jednej strony osoby uzależnione poddawane były leczeniu, a z drugiej wzmacniano ich motywację i poczucie przynależności do rodziny i społeczeństwa. Funkcjonowanie programu opierało się na osiągnięciach współczesnej neuropsychologii i psychiatrii oraz zakładało szerokie współdziałanie rodziny, władz samorządowych, instytucji kościelnych i trzeciego sektora w celu eliminowania i zapobiegania uzależnieniom.

Cel pracy: Przedstawienie głównych założeń funkcjonowania CAT (wł. *I Club degli Alcolisti in Trattamento*) założonych przez Vladimira Hudolina.

Treść: Upowszechniane przez Hudolina podejście ekologiczno-społeczne do problemu uzależnień polegało na wykorzystaniu współczesnych osiągnięć medycyny w dziedzinie neuropsychologii i psychiatrii. Hudolin podkreślał, że wartość życia ludzkiego i jego miejsce w systemie wartości zależą od mentalności społeczeństwa, od jego dziedzictwa kulturowego i warunków życia, od wierzeń i obyczajów oraz wielu innych okoliczności. Żeby skutecznie eliminować uzależnienia od alkoholu i narkotyków, potrzebny jest zmasowany wysiłek płynący ze strony wszystkich powyższych czynników. Tylko wtedy, gdy osobista motywacja osoby uzależnionej znajdzie oparcie w rodzinie i środowisku społecznym, będzie można mówić o postępie w resocjalizacji uzależnionych.

Podsumowanie: Propagowany przez Hudolina program walki z uzależnieniami opierał się na charakterystycznym dla współczesnych nauk medycznych podejściu interdyscyplinarnym, które wnosi wiele oryginalnych elementów do tradycyjnej refleksji o człowieku. Rozwój badań biomedycznych (i z nimi powiązanych) ubogaca tradycyjne zagadnienia pracy socjalnej, nie tylko dostarczając nowych społecznych

modeli interpretacji, ale także przyczyniając się do powstawania nowoczesnych standardów w odniesieniu do praktyki.

Słowa kluczowe: praca socjalna, Vladimir Hudolin, alkoholizm, rodzina, kluby uzależnionych od alkoholu i narkotyków.

■ Abstract

Introduction: Vladimir Hudolin (1922–1996) was a world-famous psychiatrist, neurologist and the founder of net of clubs of alcohol and drugs-dependent people and their families. He has also introduced and coordinated the project of treatment of alcohol-correlated dependences that now forms a wide net of clubs in Europe and other continents. His program included not only the detoxication of the alcohol-correlated-dependent people, but a series of different medical and social treatments that helped the alcohol-correlated-dependent people to re-establish ethical and cultural aspects of their health, a motivation for a clean life and a sense of being part of a family and society.

The aim of the study: The aim of this article is to present (and discuss) the basis of functioning of Hudolins's Clubs of Alcoholics in Treatment (in original: I Club degli Alcolisti in Trattamento).

Conclusions: The Hudolin's project was based on a large collaboration of families, local authorities and church institutions as well as private funds aimed to eliminate the social exclusion of alcohol-dependent people. In his project of treatment of alcohol-and-drugs-correlated dependencies he propagated very characteristic for modern medical sciences interdisciplinary approach that introduces a lot of new elements to the traditional reflection on man. The modern progress in neurology, psychiatry and psychology effects not only in offering new methods of treatment, but also in establishing new standards of praxis with alcohol-and-drugs-dependent people. That approach opens the interdisciplinary field of studying in social sciences, and particularly in social work.

Keywords: social work, Vladimir Hudolin, alcoholism-afflicted families, clubs of alcohol and drugs-dependent people.

■ Wstęp

Problem uzależnienia od alkoholu należy do „klasycznych” zagadnień z dziedziny problematyki uzależnień. Zjawisko to, pomimo wielu proponowanych terapii, wydaje się z biegiem lat przybierać na sile i obejmuje wciąż nowe, niższe (tzn. młodsze) kategorie wiekowe. Uzależnienie od alkoholu nasila się także w Polsce. Publikowane corocznie statystyki informują, że z każdym kolejnym rokiem po alkohol sięgają częściej coraz młodszy Polacy. W niniejszym artykule zaprezentowano oryginalne podejście do terapii alkoholowej, które zapoczątkował chorwacki lekarz, psychiatra i organizator klubów detoksykacji alkoholowej Vladimir Hudolin (1922–1996). Za-proponowane przez niego ujęcie ekologiczno-społeczne zostanie bliżej przedstawione na przykładzie sposobu funkcjonowania klubów uzależnionych od alkoholu

(wł. *I Club degli Alcolisti in Trattamento*, ang. *Club of Alcoholics in Treatment – CAT*), aktualnie działających w licznych krajach Europy i świata. Hudolin uważał, że uzależnienie od alkoholu to bardzo skomplikowany proces o podłożu biologiczno-psychicznym, w związku z czym w trakcie leczenia konieczne są działania wielodyscyplinarne [4]. Nie bez znaczenia pozostaje udział całego „środowiska życia” (tzn. otoczenia) osoby borykającej się z problemem alkoholowym. Podczas leczenia odwykowego są podejmowane wspólne działania zmierzające do powstrzymania pacjenta od spożywania alkoholu (abstynencji) oraz powrotu osoby uzależnionej od alkoholu do pełnego i odpowiedzialnego, a zarazem społecznego funkcjonowania w otoczeniu.

■ Skala patologii uzależnienia od alkoholu

Pojęcie alkoholizmu jako choroby wprowadził w 1849 roku szwedzki lekarz Magnus Huss (1807–1890) w dziele *Alcoholismus chronicus* (wyd. 1852). Przez pojęcie uzależnienia od alkoholu należy, najogólniej mówiąc, rozumieć utratę kontroli nad przyjmowaną ilością alkoholu. Zgodnie z definicją podaną przez Amerykańskie Towarzystwo Lekarskie alkoholizm to choroba, która odznacza się istotnym upośledzeniem wynikającym bezpośrednio ze stałego i nadmiernego spożywania alkoholu. Wspomniane upośledzenie może przybrać postać zaburzeń fizjologicznych, psychicznych bądź społecznych [12]. Przyjmowanie alkoholu przewlekłe oraz w przesadnych ilościach powoduje wiele negatywnych skutków. Według niektórych szacunków z powodu nadużywania alkoholu życie ludzkie może zostać skrócone średnio o 16 lat. Ponadto nieustanne picie alkoholu wywołuje cały szereg chorób i dolegliwości. Nawet jednorazowa dawka alkoholu może być szkodliwa dla organizmu. Zarówno alkohol, jak i jego główny metabolit – aldehyd octowy czy stosowane inne substancje fuzlowe oddziałują w sposób toksyczny na większość ludzkich tkanek oraz narządów. Co więcej, mogą przyczyniać się do powstawania zmian narządowych, także o charakterze nieodwracalnym.

Możliwe jest wskazanie trzech rodzajów pojawiających się zaburzeń: (a) bezpośrednie następstwa przyjmowania alkoholu, (b) skutki przewlekłego picia alkoholu oraz (c) trwałe uszkodzenia będące konsekwencjami długotrwałego nadużywania alkoholu. Choć każda osoba indywidualnie reaguje na określoną dawkę alkoholu, to możliwe jest wyszczególnienie pewnych faz i towarzyszących im typowych objawów. W tabeli 1 wymieniono reakcje organizmu na wzrastające stężenie alkoholu we krwi. Wskazano sześć faz w zależności od ilości spożytego alkoholu i utrzymującego się jego poziomu we krwi, a następnie przypisano do poszczególnych faz charakterystyczne objawy, które mogą występować. Oczywiście, jak wspomniano powyżej, każdy inaczej reaguje na alkohol, jednak najczęściej takie objawy pojawiają się przy wskazanym poziomie stężenia alkoholu we krwi.

Tabela 1. Fazy upojenia alkoholowego

Stężenie	Objawy
0,3–0,5 promila	upośledzenie koordynacji wzrokowo-ruchowej, nieznaczne zaburzenia równowagi, poprawa nastroju, osłabienie samokrytycyzmu
0,5–0,7 promila	niezauważalne dla otoczenia osłabienie refleksu, wzmożona pobudliwość i gadatliwość, obniżona samokontrola oraz błędna ocena własnych możliwości
0,7–2,0 promile	zaburzenia równowagi, sprawności i koordynacji ruchowej, obniżony próg bólu, spadek sprawności intelektualnej, opóźnienie czasu reakcji, niekontrolowana agresja, pobudzenie seksualne, wzrost ciśnienia oraz przyspieszona praca serca
2,0–3,0 promile	wyraźnie bełkotliwa mowa, znaczne spowolnienie ruchów i zaburzenia równowagi, wzmożona senność, upośledzona kontrola własnych zachowań
3,0–4,0 promile	obniżenie ciśnienia krwi i ciepłoty ciała oraz głębokie zaburzenia świadomości
powyżej 4,0 promili	śpiączka, zaburzenia czynności ośrodka naczynioruchowego i oddechowego, możliwość porażenia tych ośrodków przez alkohol

Źródło: [3].

Wyroby alkoholowe stanowią ważny czynnik, który wspiera rozwój gospodarczy kraju, gdyż budżet w największym stopniu zasilają między innymi producenci używek. Opierając się na statystykach Związku Pracodawców Polskiego Przemysłu Spirytusowego, można stwierdzić, że w przypadku cen napoi alkoholowych, takich jak wódka, aż 75% ceny to podatek VAT oraz akcyza. Niższe przychody notuje się z mniej opodatkowanych napoi alkoholowych: w przypadku piwa jest to 35% ceny, a wina – 26% ceny. Nie można jednak zapominać o negatywnych stronach nadużywania alkoholu przez społeczeństwo. Wydatki związane z problemami alkoholowymi uszczuplają budżet państwa, gdyż muszą funkcjonować służba zdrowia, opieka społeczna, a także straż pożarna, policja, służby ochrony środowiska. Przeprowadzono analizy, na podstawie których stwierdzono, że tylko w 2010 roku w Polsce koszty utraconej produktywności ze względu na przedwczesną umieralność wynikającą z przyjmowania nadmiernych ilości alkoholu lub uzależnienia od tej substancji wynosiły przeszło 30 mld zł. Należy tutaj dodać kwoty przeznaczone na instytucje ubezpieczeniowe, społeczne oraz charytatywne zajmujące się usuwaniem czy też zmniejszaniem ekonomicznych skutków nadmiernego spożywania alkoholu. W tym miejscu warto także wspomnieć o stratach ponoszonych przez firmy, korporacje, różne organizacje gospodarcze, a nawet gospodarstwa domowe.

Allsop oraz Saunders [1], bazując w dużej mierze na typologii alkoholizmu, zaprezentowanej w *The disease concepts of alcoholism* przez Elvina Mortona Jellinka (1890–1963), wskazują na cztery etapy rozwoju choroby alkoholowej: (a) wstępny, trwający od kilku miesięcy do nawet kilku lat, kiedy stopniowo następuje wzrost tolerancji na alkohol, który wtedy jest najczęściej spożywany w celu łagodzenia przykrych emocji i zaznania przyjemności; (b) ostrzegawczy, zaczynający się w momencie, gdy u osoby spożywającej alkohol pojawiają się luki pamięciowe; (c) krytyczny – kiedy następuje utrata kontroli nad przyjmowaniem alkoholu; (d) przewlekły, kiedy osoba uzależniona ma wielodniowe ciągi alkoholowe [8]. Jako najbardziej charakterystyczne cechy choroby alkoholowej należy wskazać

jej postępujący charakter, chroniczność i śmiertelność. Za postępujący charakter uzależnienia od alkoholu uważa się wzrost tolerancji na alkohol. Konieczne jest bowiem konsumowanie coraz to większych ilości, aby możliwe było osiągnięcie tego samego efektu, który można było wcześniej uzyskać przy spożyciu mniejszych ilości. Z kolei chroniczność w uzależnieniu od alkoholu, tak jak w innych schorzeniach przewlekłych, przejawia się w nieuleczalności tej choroby czy braku możliwości zahamowania albo przynajmniej spowolnienia jej rozwoju, redukcji najbardziej dolegliwych objawów bądź przystosowaniu się do jej symptomów podczas codziennego funkcjonowania. W wyniku rozwijającego się uzależnienia od alkoholu może nastąpić najgorszy skutek w postaci śmierci, jeśli nie zatrzyma się w porę procesu chorobowego. Dotychczas nie udało się ustalić jednoznacznej przyczyny uzależnienia od alkoholu. Bardzo prawdopodobne jest, że na pojawienie się tej choroby wpływa cały szereg czynników: biologicznych, psychologicznych, społecznych [12].

Podczas leczenia człowieka uzależnionego od spożywania alkoholu wyodrębnia się dwa etapy: medyczny – można w nim wskazać na przedsięwzięte czynności lekarskie (kliniczne), badania wstępne czy szybkie oddziaływanie, w trakcie którego następuje rozpoznanie, a ponadto podejmowane jest leczenie farmakologiczne oraz psychologiczno-resocjalizacyjny obejmujący działania wielodyscyplinarne prowadzone przez dłuższy okres, a w wielu przypadkach przez całe dalsze życie osoby leczącej uzależnienie. Jako pierwszy krok w zdrowieniu z alkoholizmu podaje się swoisty akt kapitulacji, a więc przyznanie się zarówno przed samym sobą, jak i przed innymi, że jest się osobą uzależnioną i bezsilną w stosunku do nałogu – silniejszego niż człowiek czy jego wola [9]. Problemu dla osoby uzależnionej nie stanowi tylko zaprzestanie picia, ale utrzymanie trzeźwości. Abstynencję można więc określić jako „powstrzymanie się od picia”, podczas gdy trzeźwienie jest konkretnym sposobem życia, uwalnianiem się od nałogowych schematów myślenia, odczuwania i działania, odzyskiwaniem niezafałszowanego kontaktu z rzeczywistością, samym sobą i innymi ludźmi oraz szansą wartościowego, pełnego życia [11].

Podejmowanie leczenia przez osobę uzależnioną od alkoholu ma następujące cele: (a) zmniejszenie ilości spożywanego alkoholu; (b) leczenie występujących zespołów odstawienia alkoholu, a więc doprowadzenie do wyrównania powstałych niedoborów w zakresie pokarmowym, jak również zaburzeń wodno-elektrolitowych, czy też podawanie leków o działaniu przeciwdrgawkowym lub przeciwłękowym; (c) leczenie powstałych powikłań po nadmiernie spożytym alkoholu, tj. leczenie następstw alkoholizmu przy wykorzystaniu wiedzy lekarzy różnych specjalności; (d) leczenie odwykowe, które może przybierać rozmaite formy, gdyż możliwe są do zastosowania: psychoterapia, terapia zajęciowa, forma ambulatoryjna, pobyt w odosobnionym ośrodku. Podejmowane w pierwszym etapie leczenia farmakologiczne polega na odtruciu pacjenta, a także zmniejszeniu intensywności objawów zespołu abstynencyjnego. Jest to tzw. detoksykacja, podczas której z organizmu usuwane są szkodliwe dla niego substancje. Poza tym dąży się do uzupełnienia elektrolitowego i stabilizacji na odpowiednim poziomie pH całego organizmu.

Aplikacja substancji farmakologicznych ma na celu wyrównanie niedoborów witaminowych, mikroelementów. Niekiedy konieczne jest podawanie pacjentowi leków przeciwdrzęnnych czy antydepresyjnych. Jeśli leczeniu poddawane są osoby z objawami silnego zatrucia organizmu alkoholem, to ze względu na zagrożenie życia konieczne może być leczenie na oddziale intensywnej terapii. Kiedy pacjent przebywa w szpitalu, w zależności od jego stanu dąży się do unormowania pracy układu sercowo-naczyniowego oraz układu oddechowego. W tym celu podawane są odpowiednie leki, stosuje się nawet oddech wspomagany. Odpowiednia detoksykacja może zostać przeprowadzona w warunkach pozwalających na zapewnienie całodobowej opieki medycznej [2].

W leczeniu odwykowym można wykorzystywać różne metody. Są to:

- a) leczenie farmakologiczne – podawanie środków farmakologicznych nie powinno zostać potraktowane w kategoriach jedyne go sposobu leczenia uzależnienia od alkoholu. Wiele lat w Polsce stosowano powszechnie leczenie awersyjne. Ten rodzaj metody wymuszał abstynencję u pacjenta w wyniku podania disulfiramu – doustnie lub też w formie wszzywki (implantu). Jednak należy podkreślić, że ten farmaceutyk nie pozwalał leczyć uzależnienia od alkoholu, a jego działanie oparte było tylko na uczuleniu na alkohol;
- b) spotkania indywidualne z terapeutą – mają one bardzo ważne znaczenie, szczególnie podczas leczenia w placówce odwykowej. W trakcie spotkań pacjent jest motywowany do podejmowania leczenia, poznaje program leczenia, warunki, na jakich może uczestniczyć w leczeniu, oraz inicjuje kontakt terapeutyczny. Ta metoda pozwala pacjentowi na uzyskanie wsparcia podczas konfrontacji z własnym nałogiem, a terapeuta otrzymuje możliwość postawienia diagnozy, jak również ustalenia szczegółowego programu pomocy;
- c) terapia grupowa – jest to metoda dobrze sprawdzająca się podczas leczenia alkoholizmu, szczególnie dla osoby, która pragnie wyjść z uzależnienia alkoholowego, ponieważ pozwala pracować nad relacjami międzyludzkimi, niejednokrotnie zaburzonymi wskutek nadużywania alkoholu. Podczas grupowej terapii osoba uzależniona spotyka inne osoby będące w podobnej sytuacji, które mogą być dla niej źródłem bezpieczeństwa, dodawać sił i przekonać, że nie jest osamotniona ze swoim problemem. Terapia grupowa, stwarzając szansę czerpania z doświadczeń innych osób, daje nadzieję na pokonanie własnego uzależnienia. Wśród najbardziej znanych grup wsparcia należy wymienić grupy Anonimowych Alkoholików [AA – ich współzałożycielami w 1935 roku byli: dr Bob, właściwie: Robert Holbrook Smith (1879–1950) oraz Bill Wilson, właściwie: William Griffith Wilson (1895–1971)], Dorosłych Dzieci Alkoholików (DDA) oraz Grupy Krewnych i Przyjaciół Alkoholików (AI–Anon). Także w obrębie Kościoła katolickiego tworzone są takie formy wsparcia;
- d) zajęcia edukacyjne – podejmowana terapia łączona jest z edukacją pacjentów na temat alkoholu, skutków jego przyjmowania oraz choroby alkoholowej;

- e) sesje zapobiegające nawrotom – niejednokrotnie pacjenci po zachowanym okresie abstynencji ponownie sięgają po alkohol. Na takich spotkaniach możliwa jest analiza sytuacji, w jakich nastąpiło ponowne spożycie alkoholu. Wszystkie osoby przygotowują listę własnych sygnałów, które ostrzegają i zapowiadają nawrót choroby, podejmują również działania związane z unikaniem momentów zagrażających ponownym sięgnięciem po alkohol;
- f) treningi psychologiczne, w tym trening asertywnego zachowania abstynenckiego, interpersonalny, asertywności, rozwiązywania konfliktów małżeńskich, a także umiejętności wychowawczych w przypadku rodziców itp. Dzięki efektywnej nauce radzenia sobie z pojawiającymi się trudnymi sytuacjami ulega zmniejszeniu ryzyko nawrotu choroby. Jako główne metody terapii dla osób uzależnionych od alkoholu wskazuje się: psychoedukację, terapię grupową i trening zapobiegania nawrotom. W wyniku rozwoju tych metod znacznie zostało ograniczone leczenie farmakologiczne – stosowane jest ono jedynie w okresie detoksykacji [10].

■ Naukowa sylwetka Vladimira Hudolina

Vladimir Hudolin urodził się w chorwackim miasteczku Ogulin 2 maja 1922 roku. Po skończeniu szkoły średniej w Sušak studiował medycynę na Wydziale Medycznym Uniwersytetu w Zagrzebiu, specjalizując się w neurologii i psychiatrii. Tam też obronił doktorat z nauk medycznych i uzyskał habilitację. Jako profesor objął Katedrę Neurologii, Psychiatrii i Psychologii Medycznej oraz przez prawie 30 lat kierował Kliniką Psychiatrii, Neurologii, Alkoholizmu i innych Uzależnień w Zagrzebiu. Był też ekspertem i doradcą Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), a w latach 90. ubiegłego stulecia – kandydatem do Pokojowej Nagrody Nobla. Zmarł w Zagrzebiu 26 grudnia 1996 roku.

W latach 1952–1953 realizował grant naukowy w Wielkiej Brytanii i Szwecji, popularyzując zasadę „otwartych drzwi” w psychiatrii (*open door policy in psychiatry*). Spotkanie w Londynie z włoskim neurologiem i psychiatrą, profesorem Francem Basaglią (1924–1980), zaowocowało wieloletnią współpracą oraz innowacyjnymi pomysłami w dziedzinie reorganizacji sieci szpitali dla chorych umysłowo. Dzięki ich staraniom zerwano z popularną do lat 60. praktyką podawania silnych środków uspokajających (jeszcze wcześniej stosowano terapię elektrowstrząsową), a rozpoczęto pracę w małych grupach pacjentów, którzy mogli dzielić się swoimi doświadczeniami. Hudolin współdziałał także ze światowej sławy psychiatrami: pracował w grupie terapeutycznej kierowanej przez Maxwella Jonesa (1907–1990) i w małych wspólnotach terapii osób umysłowo chorych, które tworzył brytyjski psychiatra Joshua Bierer (1901–1984). Praktykował ponadto w znanych klinikach psychiatrycznych w Europie. Po powrocie do Zagrzebia został wiceordynatorem Oddziału Neuropsychiatrii „Mladen Stojanović” Szpitala Uniwersyteckiego. Wprowadził tam nowe praktyki terapii chorych. Swoje doświadczenie zawodowe oraz innowacyjne metody terapii chorób umysłowych szczegółowo przedstawił

w licznych publikacjach i artykułach naukowych. Był autorem 50 książek i ponad 400 artykułów naukowych, w których analizował i popularyzował nowe podejścia do terapii oraz przybliżył własny, specyficzny punkt widzenia w dwóch głównych dziedzinach: psychiatrii chorób umysłowych i problematyce uzależnień od alkoholu i narkotyków (*dual problems*), a także takich zagadnień z nimi skorelowanych jak: zaburzenia psychiczne, zaburzenia emocjonalne, psychozy, schizofrenia, próby samobójcze, zaburzenia psychosomatyczne, opóźnienie umysłowe itp.

Był twórcą tzw. podejścia ekologiczno-społecznego w kwestii terapii osób uzależnionych od alkoholu (i często także od narkotyków). Najpierw w Chorwacji (w Zagrzebiu w 1964 roku), a potem we Włoszech (pierwszy klub powstał w Trieście w 1979 roku) i innych państwach europejskich (Szwajcaria, Hiszpania, Słowenia, Albania, Rumunia i Rosja) oraz w Brazylii założył kluby terapii antyalkoholowej, w których popularyzował własne podejście do problemu i metody terapii. Około 1985 roku zerwał z traktowaniem alkoholizmu jako choroby [5]. Dziś działa ok. 2500 klubów zrzeszających ponad 25 tys. rodzin, które zmagają się z problemem alkoholizmu.

■ **Metoda Hudolina – metoda pracy CAT (Club of Alcoholics in Treatment)**

Podstawę organizacji każdego klubu uzależnionych od alkoholu (CAT) stanowi autonomiczna i niezależna grupa osób składająca się z maksimum 12 rodzin dotkniętych problemem alkoholizmu jednego z jej członków. Najlepiej, aby mieszkali w niedalekiej odległości od siebie, gdyż ułatwia to kontakt pomiędzy rodzinami (członkami klubu), zwłaszcza w sytuacji powrotu do picia osób uzależnionych. Do powstania klubu potrzeba co najmniej dwóch rodzin, w których jest osoba uzależniona od alkoholu. Drugi warunek powstania klubu to obecność osoby posiadającej właściwe przygotowanie do roli asystenta. Członkami klubu są więc osoby uzależnione wraz z ich rodzinami oraz asystent grupy. Kluby tworzą małe wspólnoty rodzinne różniące się między sobą: płcią, wiekiem, wykształceniem, wykonywanym zawodem, nastawieniem w kwestii spożywania alkoholu czy też stylem życia. Należy podkreślić, że kluby stanowią grupę niezależną od jakiegokolwiek struktury medycznej bądź jakiejś jednostki terytorialno-samorządowej. Ich zadaniem jest zmiana stylu życia rodziny, zwłaszcza w odniesieniu do uzależnionych od alkoholu. Nacisk kładzie się na integrację społeczną, promocję zdrowego stylu życia oraz wartości rodzinno-społeczne. W klubie obowiązują nieliczne reguły, ale następujące z nich przestrzegane są z dużą skrupulatnością: (a) podział klubu wraz z pojawieniem się trzynastej rodziny; (b) punktualność rozpoczęcia zajęć grupowych i ustalony wcześniej kalendarz spotkań; (c) regularna obecność na zajęciach; (d) zakaz palenia papierosów w trakcie zajęć grupowych oraz (e) zakaz opowiadania na zewnątrz tego, co dzieje się podczas spotkań. Zakaz spożywania (abstynencja) alkoholu odnosi się nie tylko do osoby uzależnionej, lecz także do całej jego rodziny. Ponadto w klubie każdorazowo sprawdza się obecność, zdaje sprawozdanie z liczby dni abstynencji, organizuje się okazjonalnie wyjazdy zbiorowe

czy też wspólne kolacje. Kolejne zajęcia prowadzi inna osoba z klubu w sposób rotacyjny, tzn. tak, aby każdy przynajmniej raz był prowadzącym. Dzięki temu każdy członek klubu jest aktywny. Klub ma również osobę odpowiedzialną za kwestie finansowo-materialne. Po każdym spotkaniu sporządza się protokół przebiegu spotkania – pisze go na zmianę każdy uczestnik spotkania. Redakcja protokołu ma na celu aktywizację uczestników i ich rozwój intelektualno-kulturalny. Przebieg zajęć ustalany jest z tygodniowym wyprzedzeniem. Rozwój duchowo-motywacyjny osoby uzależnionej dokonuje się w klubie i lokalnej społeczności, której klub stanowi istotną część, albowiem od samego początku osoba uzależniona od alkoholu posiada wsparcie swojej rodziny oraz namacalnie odczuwa swoją przynależność do społeczeństwa. Uzależniony od alkoholu nie czuje się i nie może czuć się jak wyrzucony na margines społeczny. Stanowi zawsze „częstkę” społeczności lokalnej wraz ze swoimi radościami i lękami, ze swoimi małymi zwycięstwami, a także z klęskami w postaci nawrotu do picia [5]. Mottem przewodnim dla takiego podejścia były dla Hudolina słowa wypowiedziane na jednej ze środowiskowych audycji przez papieża Jana Pawła II, aby osoba uzależniona nie musiała „psychologicznie i duchowo emigrować” ze społeczeństwa i wspólnoty osób sobie bliskich [7].

Terapia pacjentów uzależnionych od alkoholu jest długotrwałym procesem. Do uzyskania optymalnych efektów potrzebny jest okres od 18 do 24 miesięcy. Dominującą formę leczenia, bez względu na formę stacjonarną czy ambulatoryjną, stanowi jednak terapia grupowa. Dzięki uczestnictwu w zajęciach grupowych osoby uzależnione od alkoholu otrzymują możliwość: (a) społecznego i emocjonalnego oparcia oraz zrozumienia; (b) zaakceptowania problemu; (c) opanowania urazu, który wynika z zaistniałego problemu; (d) pogłębiania własnej wiedzy na temat wspólnego problemu i otrzymania pomocy w celu jego lepszego zrozumienia; (e) rozwijania terapeutycznych możliwości u członków grupy ze względu na poznanie praktycznych sposobów na radzenie sobie z pojawiającymi się trudnościami; (f) nauki umiejętności panowania nad własnym losem jako efektu wzajemnego wspierania się i zaspokajania podobnych potrzeb; (g) otrzymania w wyniku kontaktu z osobami, które mają taki sam problem, oraz podjętych wspólnych działań psychospołecznego zamiennika utraconych wcześniej relacji; (h) tworzenia odmiennego układu stosunków, innego sposobu życia. Osoby uzależnione od alkoholu mogą otrzymać pomoc w licznych placówkach szpitalnych, w tym w poradniach ambulatoryjnych, a także na oddziałach dziennych czy całodobowych oddziałach terapii uzależnienia od alkoholu bądź oddziałach leczenia uzależnień. Podczas leczenia alkoholizmu bardzo ważne znaczenie ma właśnie dostępność do tego typu placówek [4].

W tym kontekście istotną rolę odgrywają wszelkie działania zmierzające do eliminacji uzależnienia. Warto tutaj zauważyć, że zmaganie się z alkoholizmem to pewien proces, który dokonuje się etapowo [11]. Za najskuteczniejszą metodę zahamowania choroby alkoholowej uważa się abstynencję, przy czym tylko niektórzy chorzy zdrowieją samoistnie i bardzo mały odsetek potrafi pić w sposób kontrolowany (między 5 a 15%). Niemożliwe jest podjęcie efektywnego leczenia

osoby uzależnionej od alkoholu, jeśli nie znajdą u niej pewne zmiany w postrzeganiu własnego życia. Uzależniony musi być gotowy na konfrontację ze swoim nałogiem. Zazwyczaj osoby takie muszą sięgnąć tzw. dna, a więc musi wydarzyć się coś, co pozwoli im następnie „odbić się” w kierunku trzeźwości [12].

Zdrowie człowieka jest uwarunkowane kulturą sanitarną oraz podejściem antropologicznym całego społeczeństwa. Hudolin podkreślał, że picie alkoholu jest typem zachowania człowieka, a nie (jakąś) chorobą somatyczną lub psychiczną. Stąd alkoholizmu nie można leczyć. Asystujący uzależnionemu może co najwyżej pomagać i towarzyszyć w procesie zmiany stylu życia całej rodziny uzależnionego od alkoholu, ale nie może leczyć alkoholika [5]. Celem kontynuacji pracy w klubie jest trwała zmiana stylu życia. Brak spożywania alkoholu przez osobę uzależnioną nie stanowi aż takiej trudności, co rzeczywista zmiana stylu życia. Hudolin początkowo uważał, że praca w CAT powinna trwać przez co najmniej pięć lat. Był to, jego zdaniem, optymalny czas na stwierdzenie, że zarówno osoba uzależniona, jak i jej rodzina rzeczywiście zmieniły styl własnego życia. Później przedłużono okres pracy w klubie do 10 lat, ponieważ odnotowano, że większość powrotów do nałogu miała miejsce właśnie w okresie od 5 do 10 lat abstynencji. Działające obecnie kluby nie stawiają żadnej granicy czasowej dla przynależności. Uważa się bowiem, że uzależniony od alkoholu (oraz jego rodzina) nieustannie potrzebuje pomocy i nie należy nakładać żadnych barier dotyczących uczestnictwa w klubie.

Jak wspomniano wcześniej, w każdym klubie konieczny jest asystent, wybierany spośród osób o największym doświadczeniu oraz podlegający ciągłej formacji polegającej na okresowym uczestniczeniu w kursach i seminariach. Minimalna formacja to uczestnictwo przynajmniej w dwóch kursach rocznie, każdy w wymiarze 50 godzin. Hudolin wielokrotnie zwracał uwagę, że asystentem nie może być lekarz, ale osoba uformowana. Jej zadaniem jest dotarcie do tych wymiarów problemu uzależnienia od alkoholu, do których lekarze nie mają adekwatnego przygotowania [5, 6]. Osoba ta powinna być wyczulona na wielopoziomowy wymiar ludzkiego cierpienia. Cierpi nie tylko uzależniony od alkoholu człowiek, lecz także cała rodzina takiej osoby, w szczególności jego dzieci.

Hudolin dużą wagę przywiązywał do profilaktyki alkoholowej. Działania profilaktyczne powinny być wielostopniowe i obejmować odpowiednio: (a) zapobieganie pierwotne polegające na niedopuszczeniu do powstawania problemów alkoholowych, m.in. przez wpływanie na dostępność alkoholu, podwyższanie poziomu wiedzy o nim, kształtowanie postaw preferujących trzeźwość i abstynencję (zmiana stylu życia); (b) zapobieganie drugorzędne, tzn. wczesne wykrywanie i interwencję w stosunku do osób zagrożonych występowaniem problemów alkoholowych i tych, u których podejrzewa się ich obecność; (c) zapobieganie trzeciorzędne, czyli wszelkie działania mające na celu minimalizację następstw nadmiernego spożywania alkoholu (głównie leczenie i rehabilitację). Wskazywał na wielość modeli profilaktyki alkoholowej. Psychiatra wyróżnił:

- a) model oświaty zdrowotnej, bazujący na udzielaniu informacji o substancjach uzależniających i konsekwencjach ich używania (wiedza jest przekazywana

w trzech wariantach, tj. jako edukacja o efektach działania, jako dane odstrasżające oraz na podstawie konkretnych przykładów osób uzależnionych); oświata zdrowotna opierała się na takich formach przekazu jak: prelekcje, pogadanki, filmy, ulotki, plakaty itp.;

- b) model edukacji humanistycznej, którego celem była pomoc w prawidłowym kształtowaniu osobowości; Hudolin zalecał wykorzystanie tu takich form edukacji jak: praca w małych grupach nastawiona na integrację i rozwój osobowości, psychologiczne gry, zabawy i dyskusje;
- c) model edukacji społecznej odwołujący się do środowiska, które stanowi dla jednostki źródło przykładów do naśladowania, kar i nagród oraz wywiera na nią presję; w związku z tym oddziaływania powinny koncentrować się na uczeniu jednostki rozpoznawania zagrożeń, a także radzenia sobie z niekorzystnymi wpływami; w tym modelu uczy się ona np. umiejętności mówienia „nie” w sytuacjach, gdy nie chce poddać się presji otoczenia, oraz kreuje się liderów społecznych, którzy korzystnie oddziałują na grupy rówieśnicze;
- d) model kształtowania umiejętności życiowych, będący próbą integracji trzech omówionych wyżej modeli, w którym za główne przyczyny sięgania po substancje uzależniające uznano: brak wiedzy, deficyty w rozwoju osobowości, nieumiejętność radzenia sobie z presją społeczną; w tym modelu działania profilaktyczne polegają na przekazywaniu wiadomości na temat środków uzależniających, wpływów społecznych skłaniających do ich zażywania, a także na uczeniu umiejętności zaspokojenia swoich potrzeb bez pomocy tych środków;
- e) model form alternatywnych, polegający na propagowaniu wiedzy o atrakcyjnych formach spędzania czasu wolnego, mogących stanowić alternatywę dla używania substancji uzależniających (np. rozwijanie zainteresowań, wyprawy turystyczne, hobby itp.);
- f) model promocji zdrowia, który traktuje zdrowie jako całość w jego fizycznym, psychicznym, duchowym i społecznym wymiarze.

Cała profilaktyka uzależnień polega, zdaniem Hudolina, przede wszystkim na tym, że propagowane w modelu tradycyjnym działania ukierunkowane na zwalczanie patologii zostały praktycznie wyparte przez działania na rzecz promocji zdrowia. W działaniach profilaktycznych nie jest już ważna walka z alkoholizmem, lecz „wychowanie do trzeźwości”, w którym obok pogłębiania wiedzy na temat uzależnień istotną rolę odgrywają: kształtowanie prawidłowych postaw życiowych i umiejętności społecznych, pomoc w budowaniu poczucia własnej wartości oraz przekazywanie odpowiedniego systemu norm [6].

■ Podsumowanie

Stworzona przez Vladimira Hudolina sieć klubów skupiających osoby uzależnione od alkoholu, narkotyków, *dual problems* i innych uzależnień odgrywa niebagatelną rolę w eliminowaniu patologii alkoholowej oraz w integracji społecznej eksalkoholików. Można dyskutować z wieloma szczegółowymi elementami programu Hudolina, np. z tym, czy słuszne jest nazywanie alkoholizmu chorobą, ale nie sposób nie dostrzegać jego wielopoziomowych starań na rzecz eliminowania patologii społecznej, jaką stanowi uzależnienie od alkoholu. Motywem przewodnim działalności Hudolina stał się apel Jana Pawła II, aby podejmować wszelkie inicjatywy na rzecz likwidowania „emigracji duchowo-psychologicznej” osób uzależnionych. Ważne jest, aby osoby borykające się z problemem uzależnienia od alkoholu nie musiały emigrować ze społeczności, lecz można je było z jednej strony leczyć, a z drugiej – integrować społecznie.

Bibliografia

1. Allsop S., Saunders B.: Nawroty i problemy związane z nadużywaniem alkoholu. W: Gossop M. (red.): Nawroty w uzależnieniach, Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, Warszawa 1997.
2. Durasiewicz A.: Alkoholizm jako patologia społeczna – aspekt lokalny i krajowy. W: Linowski K., Jędrzejko M. (red.): Trzeźwość i uzależnienie jako wyzwania duszpasterskie i pedagogiczne, Wydawnictwo Diecezji Radomskiej Ave, Radom 2012.
3. Dziukiewicz J.: Alkoholizm i nadużywanie alkoholu: powszechny problem społeczny i zdrowotny XXI wieku. W: Pujer K. (red.): Problemy nauk społecznych i humanistycznych, ekonomicznych: konteksty i wyzwania, Exante Wydawnictwo Naukowe, Wrocław 2017.
4. Hudolin V.: Manuale di alcologia, Edizioni Centro Studi Erickson, Trento 1991.
5. Hudolin V.: Sofferenza multidimensionale della famiglia. Linee guida per gli operatori (servitori) di salute nella comunità sui problemi alcolcorrelati e complessi. Centro Studi Europeo S. Francesco per i problemi alcolcorrelati, Eurocare, Monselice (PD) 1995. Przedruk [w:] Sofferenza multidimensionale della famiglia e Disagi alcolcorrelati: vecchi problem umani. Associazione per lo studio e la prevenzione delle dipendenze, Eurocare Italia, Arcat Lombardia 2010: 20–147.
6. Hudolin V.: Disagi alcolcorrelati: vecchi problem umani. Centro Alcológico Bresciano e Cassapadana, Brescia 1997. Przedruk [w:] Sofferenza multidimensionale della famiglia e Disagi alcolcorrelati: vecchi problem umani. Associazione per lo studio e la prevenzione delle dipendenze, Eurocare Italia, Arcat Lombardia 2010: 235–286.
7. Jan Paweł II: Pensieri di pace e di speranza, Tascabili Economici Newton, Roma 1992.

8. Jellinek E.M.: The disease concept of alcoholism, Hillhouse Press, New Haven 1960.
9. Osiatyński W.: Alkoholizm: grzech czy choroba? Wydawnictwo Iskry, Warszawa 2005.
10. Ryszkowski A., Wojciechowska A., Kopański Z., Brukwicka I., Lishchynskyy Y., Uracz W.: Fighting alcohol addition, Journal of Clinical Healthcare, 2015; 1: 14–17.
11. Włodarczyk E.: Proces wychodzenia z uzależnienia alkoholowego – od ograniczeń i spętania ku lepszej jakości życia, Resocjalizacja Polska, 2014; 8: 101–117.
12. Wnuk M., Marcinkowski J.T.: Alkoholizm – przegląd koncepcji oraz metod leczenia, Hygeia Public Health, 2012; 47(1): 49–55.

3. Nadmierna masa ciała a COVID-19 oraz czynniki zmniejszające ryzyko zachorowania

Excessive body weight versus COVID-19 and factors decreasing the risk of infection

Eliza Szyszko

Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna
im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu

Institute of Health Protection, The Bronislaw Markiewicz State Higher School of Technology and Economics
in Jaroslaw

<https://orcid.org/0000-0001-5913-4394>

■ Abstrakt

Wstęp: Na świecie coraz więcej osób zmaga się z nadmierną masą ciała. Problem dotyczy szczególnie obywateli krajów wysokorozwiniętych. Pandemia COVID-19 pośrednio przyczyniła się do wzrostu liczby osób z nadwagą i otyłością. Więcej czasu jako Polacy spędzamy w domu, a jedzenie zamawiamy na wynos. Te dwa czynniki wpłynęły na przyrost masy ciała, a wraz z nim na większe ryzyko nie tylko chorób dietozależnych, lecz także choroby zakaźnej COVID-19.

Cel pracy: Przedstawienie wniosków z dostępnej literatury na temat sytuacji zdrowotnej osób chorych na COVID-19 oraz związku ciężkiego przebiegu zakażenia z otyłością.

Treść: Pacjenci z nadmierną masą ciała częściej chorują na COVID-19, a przebieg choroby jest u nich cięższy. Otyłość wiąże się z wieloma powikłaniami i chorobami współwystępującymi, które pogarszają stan chorego oraz znacząco zwiększają ryzyko śmierci z powodu COVID-19.

Podsumowanie: W zapobieganiu rozprzestrzeniania się wirusa kluczowe są higiena rąk i unikanie bliskiego kontaktu z osobami zakażonymi. Takie elementy stylu życia jak: odpowiednia ilość snu w przewietrzonym pomieszczeniu, regularna umiarkowana aktywność fizyczna, urozmaicona, zdrowa dieta i odpowiednia suplementacja wzmacniają naszą odporność oraz w znacznym stopniu mogą zapobiegać zakażeniom, w tym SARS-CoV-2 lub w przypadku zachorowania zmniejszać ryzyko hospitalizacji.

Słowa kluczowe: otyłość, COVID-19, koronawirus, styl życia, dieta.

■ Abstract

Introduction: In the world, more and more people are struggling with excessive body weight. It is no longer only the richest countries as it was before. COVID-19 pandemic has indirectly contributed to the worsening of the situation in the world in terms of the number of people with excessive body weight. As Polish people, we spend more time at home and order takeaway food. These two factors

have influenced weight gain and with it a higher risk of diet-dependent diseases, but also the COVID-19 infectious disease.

The aim of the study: Present conclusions from the available literature on the health situation of COVID-19 patients and the association of severe course of coronavirus disease with overweight and obesity.

Contents: Patients with excessive body weight are more likely to get COVID-19 and the course of the disease is more severe. Obesity is associated with a number of complications and comorbidities that worsen the course of infection and significantly increase the risk of death from COVID-19.

Conclusions: One of the key elements toward preventing the spread of the virus is hand hygiene and avoiding close contact with infected individuals. Lifestyle elements such as adequate sleep in a ventilated room, regular moderate physical activity, a varied healthy diet and adequate supplementation strengthen our immunity and can significantly prevent infections including SARS-CoV-2 or in case of illness reduce the risk of hospitalization.

Keywords: obesity, COVID-19, coronavirus, lifestyle, diet.

■ Wstęp

Otyłość zwiększa ryzyko wystąpienia wielu chorób przewlekłych niezakaźnych, m.in. cukrzycy typu 2, nadciśnienia tętniczego, dny moczanowej, choroby zwyrodnieniowej stawów, depresji. Jak pokazują najnowsze badania, zachodzi silna korelacja pomiędzy BMI (Body Mass Index) pacjentów a ciężkim przebiegiem choroby COVID-19 (przeprowadzono 75 badań w celu dokonania serii metaanaliz na temat związku masy ciała z COVID-19) [1]. Światowa Organizacja Zdrowia alarmuje, że otyłość stanowi obecnie najpoważniejszy problem zdrowotny o zasięgu globalnym oraz że liczba osób otyłych potroiła się w porównaniu do 1975 roku [2]. Na świecie z roku na rok więcej osób umiera z powodu otyłości niż z powodu niedożywienia [3]. Liczba osób z nadmierną masą ciała jest najwyższa w historii i zwiększa się na całym świecie. Nie możemy już mówić o zachodnim stylu życia prowadzącym do otyłości, gdyż znaczną liczbę osób z nadwagą znajdziemy obecnie również w krajach o niskich i średnich dochodach [4]. Częstość występowania otyłości na Bliskim Wschodzie oraz w Ameryce Łacińskiej należy do jednych z najwyższych na świecie. Na całym świecie osoby mniej wyedukowane i o niższym statusie społecznym są bardziej podatne na nadmierną masę ciała niż najbogatsi obywatele [5, 6]. Wynika to z gorszego dostępu do edukacji, opieki zdrowotnej oraz zaopatrywania się w niskiej jakości żywność o małej wartości odżywczej, a dużej kaloryczności. Takie elementy stylu życia jak: odpowiednia podaż płynów (30 ml na każdy kilogram masy ciała), regularne posiłki o dużej wartości odżywczej, a także aktywność fizyczna skutecznie pomagają w zachowaniu zdrowia i właściwej masy ciała. Prawidłowe BMI – pomiędzy 18,5 kg/m² do 24,9 kg/m² [7] – zmniejsza ryzyko chorób przewlekłych, m.in. cukrzycy typu 2, nadciśnienia tętniczego, chorób układu krążenia i wielu innych chorób dietozależnych.

■ Cel pracy

Na podstawie dostępnej literatury naukowej w artykule przedstawiono związek przyczynowo-skutkowy między nadmiarem tkanki tłuszczowej a zachorowaniem na chorobę wywołaną wirusem SARS-CoV-2. Omówiono także kilka czynników o potwierdzonym pozytywnym oddziaływaniu na układ immunologiczny człowieka, w tym zmniejszającym ryzyko zachorowania na chorobę COVID-19.

■ Rola tkanki tłuszczowej w COVID-19

Światowa Organizacja Zdrowia przestrzega, że otyłość (BMI powyżej 30 kg/m²) i tkanka tłuszczowa powyżej 25% u mężczyzn i 35% u kobiet [8] stanowią czynnik ryzyka poważnego zachorowania na skutek zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 [9]. W Wielkiej Brytanii, w Intensive Care National Audit and Research Centre przeprowadzono badania, które wykazały, że 2/3 osób z poważnymi komplikacjami oraz zmarli pacjenci w wyniku COVID-19 to osoby z nadwagą bądź otyłością [10], a także że 72% przypadków na oddziałach intensywnej terapii (OIT) to osoby z nadmierną masą ciała, co sugeruje związek otyłości z ciężkim przebiegiem COVID-19. Z kolei we Włoszech od początku pandemii Istituto Superiore di Sanità (ISS; Narodowy Instytut Zdrowia) gromadzi dane na temat osób, które zachorowały na COVID-19. Raport stworzony na podstawie zebranych danych wskazuje, że 99% zgonów stanowią pacjenci chorujący na otyłość, nadciśnienie, cukrzycę typu 2, choroby serca i nerek [11]. Ciężki przebieg choroby u osób z nadmierną masą ciała bywa rezultatem wielu czynników. Dwoma z nich są przewlekły stan zapalny oraz nieskuteczna reakcja immunologiczna. Mimo zauważalnych zależności, opierając się na obecnym stanie wiedzy, nie traktujemy tkanki tłuszczowej jako przyczyny zachorowania na COVID-19.

■ Stan zapalny z nadmiaru tkanki tłuszczowej

Koronawirus zespołu ostrej niewydolności oddechowej (SARS-CoV) wiąże się z receptorem konwertazy angiotensyny 2 (ACE2), aby wnikać do komórki. Mechanizm ostrego uszkodzenia płuc w trakcie zakażenia wynika prawdopodobnie z aktywacji układu renina-angiotensyna (RAS). Sugeruje się, że blokada RAS może być potencjalną metodą leczenia COVID-19 [12]. Ekspresja ACE2 odbywa się w ludzkiej tkance tłuszczowej. Aktywacja osi ACE, angiotensyna II i typ 1 receptora angiotensyny 2 (AT1R) RAS odgrywają znaczącą rolę w powstawaniu otyłości oraz chorobach serca związanych z tkanką tłuszczową trzewną [13]. Interakcja między tkanką tłuszczową, układem ACE2-RAS a koronawirusem SARS-CoV-2 po części tłumaczy częstszą zachorowalność i śmiertelność pacjentów z wysokim procentem tkanki tłuszczowej. Zależność ta wymaga jednak dalszych badań.

Korelacji poszukuje się również między dipeptydylopeptydazą 4 (DPP4), białkiem transbłonowym, znajdującym się w tkance tłuszczowej i związanym z cukrzycą typu 2, a reakcją immunologiczną na COVID-19. Zahamowanie aktywności enzymatycznej DPP4 spowalnia rozrost komórek T i uwalnianie cytokin o działaniu

prozapalnym, np. interleukiny 6 (IL6) [14]. Tkanka tłuszczowa nie stanowi jedynie magazynu energii, a jest aktywna metabolicznie. Nadmierna aktywność adipocytokin zapalnych, wydzielanych przez trzewną tkankę tłuszczową, wpływa na układ immunologiczny organizmu i różnicowanie makrofagów, a także może obniżyć chemotaksację. Badanie adiponektyny (białko produkowane przez komórki tłuszczowe, którego poziom obniża się wraz ze wzrostem otyłości [15]) pozwala na przewidzenie śmiertelności u chorych pacjentów przyjętych na Oddział Intensywnej Terapii (OIT). Wysokie stężenie adiponektyny wykazuje działanie protekcyjne, przeciwmiażdżycowe i przeciwzapalne oraz uczestniczy w metabolizmie tłuszczów i glukozy. Uważa się, że nadmiar tkanki tłuszczowej w okolicy narządów (otyłość brzuszna) i ostry przebieg COVID-19 są związane z nadmiernym uwalnianiem cytokin prozapalnych. Oprócz wskaźnika BMI rokowania zależą również od wieku. Starzenie się organizmu wpływa na gromadzenie się tłuszczu trzewnego, więc tym samym potwierdza się teza, że osoby z większym procentem tkanki tłuszczowej były jednocześnie bardziej narażone na zachorowanie i ciężki przebieg choroby COVID-19.

■ Okres kwarantanny

Czas, w którym mieliśmy ograniczone możliwości przemieszczania się, przyniósł dużo negatywnych skutków, takich jak: poczucie lęku, osamotnienie, obniżenie nastroju, zajądanie stresu, a w konsekwencji problemy z nadmierną masą ciała. Zalecenie pozostania w domu było dla wielu osób usprawiedliwieniem, aby prowadzić bardziej leniwy tryb życia i spędzać więcej godzin w pozycji siedzącej. Z ankiety telefonicznej przeprowadzonej wśród 1000 Polaków przez Instytut Badań Rynkowych i Społecznych (IBRiS) wynika, że pod koniec listopada 2020 roku 35% Polaków subskrybowało któryś z popularnych serwisów streamingowych z filmami i serialami, a 5% miało dostęp do serwisu z gramami [16]. Ograniczenia wprowadzone podczas pandemii spowodowały też, że część osób nierzadko zamawiała jedzenie, zamiast jechać do sklepu. Z takiej opcji zaczął korzystać co czwarty Polak (27%), w tym 61% to osoby w wieku od 18 do 29 lat. Zainteresowanie zamawianymi potrawami zmniejsza się wraz z wiekiem. Badanie zrealizowane na zlecenie Santander Consumer Banku pod koniec listopada 2020 roku wskazuje, że z jedzenia na wynos najczęściej korzystają mieszkańcy dużych metropolii, powyżej 500 tys. mieszkańców, takich jak: Warszawa, Łódź, Poznań (44% zamówień) oraz osoby pracujące z domu (42% zamówień) [16]. Godziny zamówień podczas ogólnokrajowej kwarantanny uległy zmianie na bardziej obiadowe (12:00–15:00) – 38% wszystkich zamówień, wcześniej były to godziny wieczorne. Jeżeli chodzi o wybór dania, na pierwszym miejscu była pizza, na drugim burgery, a na trzecim kebab (według Raportu Food Trendów za rok 2021) [17]. W 2021 roku liczba użytkowników serwisu do zamawiania dań Pyszne.pl przekroczyła 3 mln (po 50% stanowią kobiety i mężczyźni), a liczba zamówień zwiększyła się o 52% w stosunku do roku poprzedniego. Zamawiane jedzenie to najczęściej potrawy o wysokiej smakowitości, bogate w tłuszcz, węglowodany i sól, a więc wysokokaloryczne.

Takie posiłki nie sprzyjają utrzymaniu szczupłej sylwetki ani nie dostarczają odpowiednich składników odżywczych, które miałyby wspomagać odporność w walce z wirusami.

■ Wybrane składniki pokarmowe wzmacniające odporność i zmniejszające ryzyko zachorowania na choroby zakaźne

Witamina D3

Okolo 90% witaminy D3 wytwarzane jest w skórze wskutek ekspozycji na promieniowanie UVB [18]. Pozostała część powinna być dostarczana z pożywieniem i w formie preparatów zawierających witaminę D3 [19]. Znaczenie witaminy D3 jest dużo większe, niż do tej pory przypuszczano. Niedobory są bardzo powszechne, a rekomendowane dawki często zbyt niskie, by utrzymać ilość witaminy we krwi na poziomie optymalnym. Deficyt witaminy D3 poważnie zaburza homeostazę organizmu, wiąże się z rozwojem krzywicy u dzieci oraz osteomalacji i osteoporozy u dorosłych. Wiele badań epidemiologicznych wskazuje, że występowanie niedoborów witaminy D3 powoduje rozwój chorób przewlekłych, m.in. nowotworów jelita grubego, piersi, skóry, trzustki, zespołu metabolicznego oraz depresji. Odpowiednia suplementacja zwiększa czułość receptorów insulinowych i reguluje stężenie wapnia, co przyczynia się do zmniejszenia ryzyka cukrzycy typu 2 [20]. Częste niedobory tej witaminy występują u cierpiących na choroby o podłożu zapalnym, m.in. miażdżycę, nieswoiste zapalenia jelit i inne. Wraz z pojawieniem się koronawirusa w 2019 roku rozpoczęto badania kliniczne o wpływie witaminy D3 na infekcję i przebieg choroby. Witamina D3 została zaproponowana jako jeden z elementów leczenia tego zakażenia z uwagi na swoje działanie przeciwwirusowe i ochronne przed infekcjami dróg oddechowych [21]. Obecnie prowadzi się wiele badań potwierdzających to działanie w przypadku koronawirusa. Badanie kohortowe retrospektywne, przeprowadzone wśród obywateli Szwajcarii, wykazało, że osoby zakażone wirusem miały średnio ponad dwukrotnie niższe stężenie kalcydiolu w surowicy niż badani z grupy kontrolnej (odpowiednio 11,1 ng/ml i 24,6 ng/ml, $P = 0,004$) [22]. Zależność tę potwierdzają badania wielu autorów, m.in. Ilie i wsp. [23], Ling i wsp. [24], Entrenas Castillo i wsp. [25] i innych.

Cynk

Cynk ma kluczowe znaczenie dla wzrostu, rozwoju i utrzymania integralności takich barier immunologicznych jak nasza skóra i błony śluzowe [26]. Jest niezbędny do rozwoju limfocytów typu T. Niedobór cynku może skutkować zwiększoną podatnością na infekcje wirusowe i wzrostem ryzyka śmierci z powodu ciężkiego przebiegu zapalenia płuc [26]. Aby potwierdzić działanie cynku w przypadku koronawirusa, prowadzone są liczne badania. Badanie z użyciem cynku wśród przeziębionych dorosłych wykazało, że cynk skraca czas leczenia i zmniejsza nasilenie dolegliwości typu kaszel, niedrożność górnych dróg oddechowych [27].

Selen

Ze względu na swoje właściwości przeciwutleniające odgrywa istotną rolę w ochronie przed stresem oksydacyjnym oraz w utrzymaniu sprawnego układu immunologicznego. Retrospektywna analiza populacyjna, dokonana w Chinach podczas pandemii COVID-19, pokazała, że niedobór selenu wiąże się ze zwiększeniem liczby zgonów z powodu zakażenia SARS-CoV-2 [28]. Analiza dotyczyła mieszkańców kilku prowincji Chin (Enshi, Hubei, Heilongjiang).

Inne składniki pokarmowe

Pozostałe składniki diety o potwierdzonym lub wielce prawdopodobnym działaniu wzmacniającym układ odpornościowy to odpowiednia podaż białka (kompletu aminokwasów) [26], wielonienasyconych kwasów tłuszczowych [29], błonnika, probiotyków i prebiotyków oraz witamin B12, B6, C, E i A [30].

Ogromne znaczenie ma także unikanie w diecie produktów przetworzonych i bogatych w nasycone kwasy tłuszczowe, co sprzyja zachowaniu zdrowia, zmniejszeniu stanu zapalnego, utrzymaniu homeostazy i regeneracji organizmu [31].

■ Podsumowanie

Najbardziej prawdopodobną przyczyną cięższego przebiegu COVID-19 u osób z otyłością jest występujący u tej populacji przewlekły stan zapalny, który zaburza skuteczną reakcję układu odpornościowego i wpływa na proces krzepnięcia krwi. Nadmierna masa ciała stanowi również ryzyko upośledzenia czynnościowego układu oddechowego, a przy COVID-19 często występują trudności z oddychaniem. W Stanach Zjednoczonych, gdzie u ponad 42% dorosłych BMI wskazuje na otyłość, przeprowadzono badanie wśród 148 494 osób. Wszystkie osoby wymagały pobytu na oddziale ratunkowym lub były hospitalizowane w jednym z 238 szpitali w okresie od marca do grudnia 2020 roku. Nadwagę stwierdzono u 28,3%, a otyłość u 50,8% badanych. Nadmierna masa ciała wiązała się z ryzykiem inwazyjnej wentylacji mechanicznej, zaś otyłość ze zwiększonym ryzykiem zgonu, szczególnie u badanych powyżej 65. roku życia. Badanie ujawniło jednak, że zależność między BMI a ciężkością choroby nie miała charakteru liniowego (zależność w kształcie litery J). Wykazano, że według statystyk najmniejsze ryzyko hospitalizacji z powodu COVID-19 mają osoby z BMI w górnej granicy normy, tj. 24,2 kg/m², oraz z lekką nadwagą BMI = 25,9 kg/m². Wraz ze wzrostem BMI powyżej tej granicy zaobserwowano gwałtowne spotęgowanie ryzyka hospitalizacji [32]. Pacjenci z niedowagą mieli o 20% wyższe ryzyko hospitalizacji niż osoby z prawidłowym BMI. U osób po 65. roku życia z niedowagą to ryzyko powiększyło się do 41%. Pozytywny związek między niedowagą a hospitalizacją wynika z niezdiagnozowanych chorób lub braku dostępu do podstawowych składników odżywczych. Wyniki tego dużego badania jednoznacznie potwierdzają korelację pomiędzy nieprawidłową masą ciała a ciężkim przebiegiem zakażenia SARS-CoV-2. Z tego względu autorzy badania apelują, by osoby otyłe i starsze w pierwszej kolejności otrzymały szczepienie

przeciwko COVID-19. Wskazują również, że w zmniejszeniu ryzyka rozprzestrzeniania się wirusa ważne są: zachowanie dystansu do osób zakażonych, noszenie masek ochronnych, a także prowadzenie higienicznego trybu życia, co oznacza m.in. dietę zgodną z zapotrzebowaniem oraz regularną aktywność fizyczną.

Kraje zagrożone wirusem SARS-CoV-2 powinny zapewnić społeczności dostęp do edukacji w zakresie zdrowia, żywności polecanej przez specjalistów ds. żywienia oraz zachęcać do aktywności fizycznej w każdym wieku. Osoby z nadwagą powinny dążyć do posiadania masy ciała między $18,5 \text{ kg/m}^2$ a $24,9 \text{ kg/m}^2$, gdyż otyłość jest bezpośrednią przyczyną wielu chorób dietozależnych, upośledzenia odporności, stanu zapalnego, a z tym wiąże się zwiększone ryzyko hospitalizacji i zgonu w wyniku zakażenia koronawirusem.

Bibliografia

1. Popkin B.M., Du S., Green W.D. i wsp.: Individuals with obesity and COVID-19: A global perspective on the epidemiology and biological relationships, *Obesity Reviews*, 2020; 21(11): e13128. DOI: 10.1111/obr.13128
2. Raport na temat otyłości i nadwagi na świecie, World Health Organization, 2021. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> [dostęp: 29.01.2022].
3. Giermaziak W., Ubysz D.: Podatek od niezdrowej żywności, *Biuletyn Głównej Biblioteki Lekarskiej*, 2017; 368: 133.
4. Popkin B.M., Slining M.M.: New dynamics in global obesity facing low- and middle-income countries, *Obesity Reviews*, 2013; 14(2): 11–20. DOI: 10.1111/obr.12102
5. Subramanian S.V., Perkins J.M., Özaltın E., Davey Smith G.: Weight of nations: a socioeconomic analysis of women in low- to middle-income countries, *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2011; 93(2): 413–421. DOI: 10.3945/ajcn.110.004820
6. Jones-Smith J.C., Gordon-Larsen P., Siddiqi A., Popkin B.M.: Cross-national comparisons of time trends in overweight inequality by socioeconomic status among women using repeated cross-sectional surveys from 37 developing countries, 1989–2007, *American Journal of Epidemiology*, 2011; 173(6): 667–675. DOI: 10.1093/aje/kwq428
7. Jarosz M. (red.): Normy żywienia dla populacji Polski, Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2017: 11–37.
8. Grzymisławski M. (red.): Dietetyka kliniczna, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2019: 340.
9. Ryan D.H., Ravussin E., Heymsfield S.: COVID 19 and the patient with obesity – the editors speak out, *The Obesity Society*, 2020; 28(5): 847. DOI: 10.1002/oby.22808
10. Report on 196 patients critically ill with COVID-19, ICNARC, 20 March 2020. <https://www.icnarc.org/DataServices/Attachments/Download/a9875849-f16c-ea11-9124-00505601089b> [dostęp: 20.01.2022].

11. Characteristics of COVID-19 patients dying in Italy. Report based on available data on April 2nd, 2020. https://www.epicentro.iss.it/en/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019_2_april_2020.pdf [dostęp: 26.01.2022].
12. Gurwitz D.: Angiotensin receptor blockers as tentative SARS-CoV-2 therapeutics, *Drug Development Research*, 2020; 81(5): 537–540. DOI: 10.1002/ddr.21656
13. Vaduganathan M., Vardeny O., Michel T., McMurray J.J.V., Pfeffer M.A., Solomon S.D.: Renin-Angiotensin-Aldosterone System Inhibitors in patients with Covid-19, *The New England Journal of Medicine*, 2020; 382(17): 1653–1659. DOI: 10.1056/NEJMs2005760
14. Reinhold D., Brocke S.: DPP4-directed therapeutic strategies for MERS-CoV, *The Lancet Infectious Diseases*, 2014; 14(2): P100–101. DOI: 10.1016/S1473-3099(13)70696-0
15. Milner J.J., Beck M.A.: The impact of obesity on the immune response to infection, *Proceedings of the Nutrition Society*, 2012; 71(2): 298–306. DOI: 10.1017/S0029665112000158
16. Raport Instytutu IBRiS, 2020. <https://www.blog.santanderconsumer.pl/blisko-ciebie/santander-consumer-bank-wita-nowy-rok-kolejnym-raportem-z-serii-polakow-portfel-wlasny,1,102.html> [dostęp: 29.01.2022].
17. Raport Food Trendów Pyszne.pl, 2021. <https://www.pyszne.pl/deals/raport-food-trendow-2021/> [dostęp: 29.01.2022].
18. Machado C. da S., Venancio V.P., Aissa A.F. i wsp.: Vitamin D3 deficiency increases DNA damage and the oxidative burst of neutrophils in a hypertensive rat model, *Mutation Research/Genetic Toxicology and Environmental Mutagenesis*, 2016; 798–799: 19–26. DOI: 10.1016/j.mrgentox.2016.01.005
19. Sawicki K.B., Skawiński W.: Witamina D3 – fundamentalny komponent zdrowia człowieka oraz potencjalny suplement w zapobieganiu i terapii COVID-19, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2021; 27(3): 227–234. DOI: 10.26444/monz/140406
20. Enciso P.L., Wang L., Kawahara Y. i wsp.: Dietary vitamin D3 improves postprandial hyperglycemia in aged mice, *Biochemical and Biophysical Research Communications*, 2015; 461(1): 165–171. DOI: 10.1016/j.bbrc.2015.04.008
21. Tan C.W., Ho L.P., Kalimuddin S. i wsp.: Cohort study to evaluate the effect of vitamin D, magnesium, and vitamin B12 in combination on progression to severe outcomes in older patients with coronavirus (COVID-19), *Nutrition*, 2020; 79–80: 111017. DOI: 10.1016/j.nut.2020.111017
22. D’Avolio A., Avataneo V., Manca A. i wsp.: 25-Hydroxyvitamin D concentrations are lower in patients with positive PCR for SARS-CoV-2, *Nutrients*, 2020; 12(5): 1359. DOI: 10.3390/nu12051359
23. Ilie P.C., Stefanescu S., Smith L.: The role of vitamin D in the prevention of coronavirus disease 2019 infection and mortality, *Aging Clinical and Experimental Research*, 2020; 32(7): 1195–1198. DOI: 10.1007/s40520-020-01570-8

24. Ling S.F., Broad E., Murphy R. i wsp.: High-dose cholecalciferol booster therapy is associated with a reduced risk of mortality in patients with COVID-19: A cross-sectional multi-centre observational study, *Nutrients*, 2020; 12(12): 3799. DOI: 10.3390/nu12123799
25. Entrenas Castillo M., Entrenas Costa L.M., Vaquero Barrios J.M. i wsp.: Effect of calcifediol treatment and best available therapy versus best available therapy on intensive care unit admission and mortality among patients hospitalized for COVID-19: A pilot randomized clinical study, *Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology*, 2020; 203: 105751. DOI: 10.1016/j.jsbmb.2020.105751
26. Iddir M., Brito A., Dinger G. i wsp.: Strengthening the immune system and reducing inflammation and oxidative stress through diet and nutrition: Considerations during the COVID-19 crisis, *Nutrients*, 2020; 12(6): 1562. DOI: 10.3390/nu12061562
27. Mahyar A., Ayazi P., Ahmadi N.K. i wsp.: Zinc sulphate for acute bronchiolitis: A double-blind placebo-controlled trial, *Le Infezioni in Medicina*, 2016; 24(4): 331–336.
28. Zhang J., Taylor E.W., Bennett K. i wsp.: Association between regional selenium status and reported outcome of COVID-19 cases in China, *The American Journal of Clinical Nutrition*, 2020; 111(6): 1297–1299. DOI: 10.1093/ajcn/nqaa095
29. Calder P.C., Carr A.C., Gombart A.F. i wsp.: Optimal nutritional status for a well-functioning immune system is an important factor to protect against viral infections, *Nutrients*, 2020; 12(4): 1181. DOI: 10.3390/nu12041181
30. Aman F., Masood S.: How Nutrition can help to fight against COVID-19 Pandemic, *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 2020; 36(COVID19-S4): 121–123. DOI: 10.12669/pjms.36.COVID19-S4.2776
31. Jurek J.M.: Suplementacja podczas pandemii COVID-19, *Kardiologia w Praktyce*, 2020; 14: 51–59.
32. Kompaniyets L., Goodman A.B., Belay B. i wsp.: Body Mass Index and risk for COVID-19–related hospitalization, intensive care unit admission, invasive mechanical ventilation, and death – United States, March–December 2020, *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, 2021; 70(10): 355–361. DOI: 10.15585/mmwr.mm7010e4

4. Odpowiedzialność w pracy zawodowej pielęgniarki i pielęgniarza

Responsibility in the nursing profession

Iwona Bagienko^{1, a}, Iwona Dudzik^{2, b}, Alicja Kłos^{3, c}, Irena Brukwicka^{3, d}

¹ Absolwentka Collegium Masoviense – Wyższej Szkoły Nauk o Zdrowiu w Żyrardowie
Graduate of Collegium Masoviense – College of Health Sciences in Żyrardów

² Instytut Humanistyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna
im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu
Institute of Humanities, The Bronisław Markiewicz State Higher School of Technology and Economics
in Jarosław

³ Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna
im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu
Institute of Health Protection, The Bronisław Markiewicz State Higher School of Technology and Economics
in Jarosław

^a <https://orcid.org/0009-0001-8877-5331>

^b <https://orcid.org/0000-0001-6434-9699>

^c <https://orcid.org/0000-0002-8180-4224>

^d <https://orcid.org/0000-0002-2213-702x>

■ Abstrakt

Wstęp: Zawód pielęgniarki należy do jednych z najbardziej odpowiedzialnych profesji. Pielęgniarka ponosi osobistą i zawodową odpowiedzialność za czynności zawodowe wykonywane przy pacjencie. Znajomość aktów prawnych, praca zgodna z normami etyczno-deontologicznymi, stosowanie obowiązujących procedur i postępowanie zgodnie z ich wytycznymi są niejako gwarancją bezpieczeństwa, które pielęgniarka może zapewnić sobie i zdanemu na jej opiekę choremu.

Cel pracy: Celem opracowania jest ocena poziomu wiedzy pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w Szpitalu Św. Michała Archanioła (Centrum Medycznym) w Łąncucie na temat odpowiedzialności zawodowej.

Materiał i metody: Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Wykorzystaną techniką był kwestionariusz ankiety. Narzędzie stanowiła ankieta zawierająca 22 pytania mające na celu stwierdzenie wiedzy dotyczącej odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i pielęgniarzy. Spośród 22 pytań 5 było pytaniami wielokrotnego wyboru. Respondenci zostali zapoznani z celem badań oraz zapewnieni o ich anonimowości. Badania przeprowadzono w Centrum Medycznym w Łąncucie w okresie od października do grudnia 2020 roku. Objęto nimi łącznie 115 osób.

Wyniki: Większość (82,6%) badanych pielęgniarek/pielęgniarzy uważa, że odpowiedzialność zawodowa to najczęściej ponoszenie konsekwencji za swoje postępowanie w związku z wykonywanymi obowiązkami. Aż 92,2% respondentów twierdzi, że Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej określa zakres odpowiedzialności zawodowej. Więcej niż połowa (69,6%) badanych osób utrzymuje, że w sytuacji postępowania sprzecznego z zasadami etyki zawodowej pielęgniarka ponosi odpowiedzialność przed sądem pielęgniarek i położnych. Zdaniem

ankietowanych „autonomia zawodu pielęgniarki” to zwiększona odpowiedzialność i samodzielność. Według badanej grupy pielęgniarka/pielęgniarz bez zlecenia lekarskiego może wykonywać EKG (68,7%), badanie fizykalne (62,6%), samodzielnie decydować o sposobie leczenia ran oraz ordynować leki i wyroby medyczne (59,1%). Ustne lub telefoniczne zlecenia lekarskie wykonywało 59,6% ankietowanych. Ponad połowa (57,4%) badanej grupy respondentów w pracy zawodowej spotkała się z nieprzestrzeganiem praw pacjenta.

Wnioski: Respondenci znają przepisy i dokumenty określające zakres odpowiedzialności zawodowej. Badana grupa pielęgniarek/pielęgniarzy zna swoje prawa i obowiązki i profesjonalnie wykonuje swoją pracę. Ankietowani stale aktualizują swoją wiedzę. Pielęgniarki/pielęgniarze nie zawsze przestrzegają praw pacjenta.

Słowa kluczowe: odpowiedzialność zawodowa, prawa i obowiązki pielęgniarki, prawa pacjenta.

■ Abstract

Introduction: The nursing profession is one of the most responsible professions. The nurse takes personal and professional responsibility for the activities performed with the patient. The knowledge of legal acts and following their guidelines is a guarantee of the patient's safety. Thus, the knowledge of the rights and duties of a nurse is undoubtedly one of the factors reducing the risk of a nurse's error.

The aim of the study: The aim of the study was to assess the level of knowledge of nurses working in the St. Michael the Archangel Hospital (Medical Center) in Łańcut about professional responsibility.

Material and methods: The study uses the diagnostic survey method. The technique used was a questionnaire, and the tool was a questionnaire developed after prior analysis of the available literature. The questionnaire contained a total of 22 questions aimed at ascertaining the knowledge of nurses' professional responsibility. 5 of the 22 questions were multiple-choice. Before starting the research, each person was acquainted with the purpose of the research and assured of their anonymity. The research was conducted at the Medical Center in Łańcut in the period from October to December 2020. A total of 115 people were examined.

Results: 82.6% of the surveyed nurses believe that professional responsibility is most often incurring consequences for one's own conduct in connection with the performed professional duties. 92.2% of the surveyed people claim that the Code of Ethics for the Nurses and Midwives is responsible for their professional responsibility, 79.1% of the surveyed nurses are criminally liable for their work. 69.6% of respondents claim that in the event of conduct contrary to the principles of professional ethics, a nurse is liable to the court of a nurse and a midwife. The autonomy of the nursing profession, according to the respondents, means increased responsibility and independence. According to the respondents, without a medical order, a nurse can perform an ECG (68.7%), a physical examination (62.6%), independently decide on the method of wound treatment and prescribe

drugs and medical devices (59.1%). 59.6 % of the surveyed nurses carried out medical orders given orally or by telephone. 57.4% of the surveyed nurses encountered non-compliance with patients' rights at work.

Conclusions: The surveyed population know the regulations and documents related to professional liability. Nurses know their rights and obligations. The surveyed group of nurses performs its work professionally. The respondents constantly update their knowledge. Nurses do not always respect patients' rights. Respondents are aware of laws and documents that talk about professional responsibility.

Keywords: professional responsibility, nurse's rights and duties, patient's rights.

■ Wstęp

Odpowiedzialność jest ważną cechą postępowania człowieka. To obowiązek moralny odpowiadania za czyny swoje lub innych ludzi. Termin „odpowiedzialność” używany jest w różnych obszarach życia społecznego i dyscyplinach naukowych, m.in. w etyce, filozofii, prawie [1]. Można stwierdzić, że ponoszenie odpowiedzialności ma ogromne znaczenie zarówno dla jednostki, jak i ogółu ludzkości, a mnogość kontekstów odpowiedzialności dowodzi wielopoziomowości problemu [2]. Termin „odpowiedzialność” można rozpatrywać w dwóch wymiarach. Pierwszy jest historycznie związany z prawem rzymskim. Łacińskie *respondere* oznaczało „odpowiadać przed kimś lub za coś, usprawiedliwiać się”. Z kolei wywodzący się z filozofii chrześcijańskiej termin *inputatio*, rozumiany jako „poczytanie, przypisywanie” oznaczał przypisanie danej osobie sprawstwa. Człowiek kieruje swoimi czynami i zdaje sobie z nich sprawę [3].

Odpowiedzialność na stałe połączono z etyką. Prawny model odpowiedzialności związany był od początku z religią/filozofią chrześcijańską, która wpłynęła na to, że z pojęcia prawniczego odpowiedzialność przekształciła się w pojęcie etyczne [4]. Pierwszą filozoficzną koncepcję odpowiedzialności opracował Arystoteles. Według niego odpowiedzialność należy wiązać ze świadomym i dobrowolnym czynem [2]. Innym filozofem, mówiącym o odpowiedzialności jako wartości moralnej, był Roman Ingarden, który zakładał, że ktoś ponosi za coś odpowiedzialność, ktoś podejmuje odpowiedzialność za coś, ktoś jest za coś pociągany do odpowiedzialności lub ktoś działa odpowiedzialnie. Podejmowanie odpowiedzialności za coś oznacza wewnętrzną gotowość sprawcy do wzięcia na siebie odpowiedzialności, natomiast pociągnięcie do odpowiedzialności to zmuszenie lub wyegzekwowanie od kogoś bycia odpowiedzialnym [4]. Zdaniem Emmanuela Levinasa odpowiedzialność jest najważniejszym obowiązkiem człowieka, a w szczególności odpowiedzialność za „Drugą” osobę. Jednostka ludzka nie ogranicza jednak wolności „Drugiego”, lecz konkretyzuje obszary odpowiedzialności [5]. Wpływ argumentacji filozoficznych spowodował, że odpowiedzialność w dużej mierze przestała być pojęciem negatywnym, kojarzonym głównie ze sprawstwem, konsekwencjami czy karą, a stała się wartością pozytywną, utożsamianą ze społecznym zaufaniem i troską [5].

Opierając się na gruncie filozoficznym, można przyjąć, że odpowiedzialność jest wyborem człowieka wywodzącym się ze świadomości oraz poczucia wolności. Jednostka ludzka, decydująca sama o sobie, liczy się z poniesieniem konsekwencji swoich czynów. Taka odpowiedzialność jest czymś więcej niż poczuciem obowiązku czy powinnością. Zakłada przyjęcie określonego stylu życia o dynamicznym charakterze, gdzie odpowiedzialność związana jest z wolnością, sprawiedliwością i miłością. Ocena odpowiedzialnego działania może dokonać się tylko w poznanej prawdzie, w ramach której odpowiedzialność to akceptowanie porządku rzeczowego w zakresie sprawiedliwości i porządku osobowego określanego przez zasadę miłości [7]. Wspólnym mianownikiem podjętych wyżej analiz mogą być słowa, które wypowiedział Antoine de Saint-Exupéry: „być człowiekiem, to właśnie być odpowiedzialnym” [4].

Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarki należy do specyficznego rodzaju odpowiedzialności. Dotyczy profesjonalizmu i etycznej postawy, jaką przyjmują członkowie tego zawodu. Profesjonalna praca pielęgniarki polega na samodzielnym podejmowaniu decyzji, wykonywaniu zadań i braniu odpowiedzialności za wykonywane świadczenia medyczne. Profesjonalizm zawodu pielęgniarki możliwy jest dzięki wysokim kwalifikacjom oraz praktycznym umiejętnościom [8].

Odpowiedzialność zawodowa wynika z przynależności do określonej grupy zawodowej z przyjętymi normami prawnymi i deontologicznymi, co narzuca obowiązek prawny i/lub moralny odpowiadania za wykonane czynności zawodowe, zaniedbanie ich bądź zaniechanie. Pielęgniarka ponosi odpowiedzialność za czynności własne, a także innych, jeśli są one skutkiem realizacji polecenia.

Wzrost oczekiwań społecznych stawia przed pielęgniarkami coraz to nowe wyzwania. Aby im sprostać, konieczne jest stałe poszerzanie swojej wiedzy i umiejętności. Autonomia zawodowa wiąże się z podejmowaniem decyzji i ponoszeniem odpowiedzialności za swoje działania [9].

Człowiek w życiu społecznym podejmuje się wielu ról. Każda stawia przed nim określone zadania i zobowiązuje do przyjęcia konkretnych postaw. Rola społeczna to pewien wzór zachowania oczekiwany przez społeczeństwo, dopasowany do konkretnej sytuacji. Normy, które tworzą daną rolę, mogą być zewnętrznymi nakazami i oczekiwaniami lub też rzeczywistym sposobem zachowania [10]. Jedną z wielu ról człowieka jest rola zawodowa. Jej istotą są zwyczajowo przyjęte oczekiwania dotyczące obowiązków i uprawnień osoby pełniącej daną rolę zawodową [11]. Pielęgniarstwo to zawód zaufania społecznego, a pielęgniarki towarzyszą człowiekowi w najintymniejszych momentach jego życia i pomagają mu walczyć z bólem i depresją spowodowanymi chorobą. Pielęgniarka ponosi osobistą odpowiedzialność za swoje działania [10]. Inaczej mówiąc, rolą zawodową pielęgniarki jest postępowanie zgodne z oczekiwaniami społecznymi, z obowiązującymi normami i przekładające się bezpośrednio na prestiż profesji [12].

Rola zawodowa pielęgniarki zmieniała się na przestrzeni lat, a przeobrażenia te łączą się z rozwojem medycyny i przemianami społecznymi [13]. Początkowo pielęgniarstwo skoncentrowane było głównie na zaspokajaniu potrzeb biologicznych

człowieka chorego leżącego w szpitalu. Czynności wykonywane przez pielęgniarkę były skupione na wykonywaniu zleceń lekarskich oraz działaniu „za i „dla” pacjenta [14]. Pierwszej próby zdefiniowania roli pielęgniarki podjęta się Florence Nightingale. Głosiła ona pogląd, że rolą pielęgniarki jest nie tylko leczenie w szpitalu, lecz także pomoc potrzebującym, osobom zagrożonym chorobą, z niepełnosprawnościami oraz zdrowym, którym powinna ona dawać potrzebne wsparcie i nadzieję. Nightingale uważała, że „posłuszeństwo pielęgniarki w relacjach z lekarzem powinno być rozumne” [12]. Inną pielęgniarką zajmującą się koncepcją pielęgnowania była Virginia Henderson. Jej zdaniem rola pielęgniarki polega na niesieniu pomocy pacjentowi w identyfikowaniu i zaspokajaniu wyszczególnionych potrzeb, jeśli nie może on sam sobie poradzić. Według Dorothei Orem rola pielęgniarki sprowadza się do bycia przewodnikiem w sprawowaniu samoopieki. Podkreślała, że człowiek może sam dbać o swoje zdrowie i zdrowie swoich bliskich, jeśli spełnia określone warunki. Warunkiem adekwatnej samoopieki jest brak zaburzeń biopsychospołecznych. Gdy występujące zaburzenia uniemożliwiają sprawowanie samoopieki, wówczas wkracza pielęgniarka [15].

Istotą dzisiejszego pielęgniarstwa jest pielęgnowanie profesjonalne, czyli takie, na które składają się nie tylko kwalifikacje, ale również umiejętności, motywacja, doświadczenie i osobiste cechy charakteru. Według ustawy pielęgniarka wykonuje swój zawód z

[...] należyta starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej [16].

Wpływ na zmianę roli zawodowej pielęgniarki mają nie tylko przeobrażenia społeczne czy postęp medyczny, lecz także transformacja systemu kształcenia oraz ewaluacja roli pacjenta. Pacjent przestał być bierny w procesie leczenia, stał się odpowiedzialny za własne zdrowie, świadomie podejmuje decyzje dotyczące swojego zdrowia, aktywnie uczestniczy w leczeniu i pielęgnowaniu. W wyniku przemian powstało pielęgniarstwo autonomiczne, w którym pielęgniarka decyduje o pielęgnacji pacjenta oraz bierze za to pełną odpowiedzialność. Dzięki samodzielności zawodowej staje się ona pełnoprawnym członkiem zespołu interdyscyplinarnego [14]. Pełniąc swoją rolę zawodową, pielęgniarka podejmuje działania podnoszące jakość i efektywność pielęgnowania. Realizuje się, uczestnicząc w kształtowaniu polityki zdrowotnej, bierze udział w programach badawczych i zdrowotnych. Zobowiązuje się do starań na rzecz pacjenta, wzmacniając jego zdrowie, zapobiegając chorobom, motywując do wzięcia odpowiedzialności za swoje zdrowie. Angażuje się w proces diagnozowania, leczenia i rehabilitacji. Pomaga pacjentowi również w rozwiązywaniu osobistych problemów, udzielając wsparcia i służąc radą [8, 10]. Jej odpowiedzialność bardzo się rozszerzyła.

Podstawowa klasyfikacja sprowadza się do wyróżnienia odpowiedzialności moralnej i prawnej (cywilnej, karnej, pracowniczej – dyscyplinarnej itp.) [17]. Odpowiedzialność o charakterze moralnym odnosi się do wartości, przekonań ustalonych,

pożądanych i przestrzeganych w danej grupie społecznej czy całej społeczności. Z kolei odpowiedzialność prawna wynika z nałożonych przepisami prawa obowiązków, których nieprzestrzeganie pociąga za sobą konsekwencje przewidziane w tych przepisach [18]. Jest pojęciem wielopłaszczyznowym – odpowiedzialność prawną można ponosić na podstawie ustaw czy sankcji.

Do najważniejszych rodzajów odpowiedzialności ponoszonej przez pielęgniarki należą:

- a) odpowiedzialność cywilna, skutkująca zadośćuczynieniem za doznana krzywdę lub odszkodowaniem za wyrządzoną szkodę;
- b) odpowiedzialność karna, przewidziana przez Kodeks karny za popełnienie czynu uznanego przez przepisy prawa karnego za zabroniony;
- c) odpowiedzialność dyscyplinarna (pracownicza), przewidziana przez Kodeks pracy, wynikająca bezpośrednio ze stosunku pracy za naruszenie obowiązków pracowniczych;
- d) odpowiedzialność zawodowa pielęgniarki i położnej, ponoszona za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki zawodowej, jak również za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu pielęgniarki i położnej [17].

Jeden czyn może wywoływać różne skutki prawne. Oznacza to, że pielęgniarka może zostać pociągnięta do kilku rodzajów odpowiedzialności za to samo działanie. Taka sytuacja może pojawić się, gdy określone zachowanie narusza przepisy danej ustawy obowiązującej w chwili popełnienia czynu.

■ Cel pracy

Celem opracowania była ocena poziomu wiedzy pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w Szpitalu Św. Michała Archaniola (Centrum Medycznym) w Łąncucie na temat odpowiedzialności zawodowej.

■ Materiał i metody

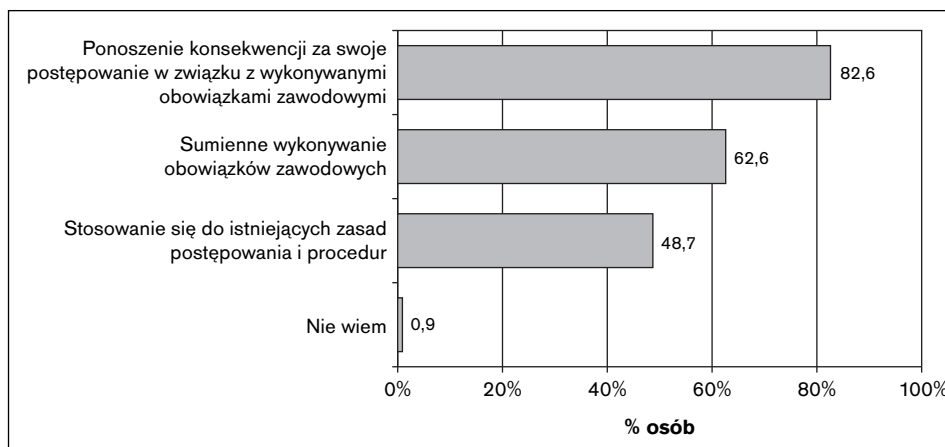
Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, jako technikę – kwestionariusz ankiety, a narzędzie stanowiła ankieta opracowana po wcześniejszej analizie dostępnej literatury. Ankieta zawierała łącznie 22 pytania mające na celu sprawdzenie wiedzy na temat odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i pielęgniarzy. Pytania dotyczyły: znajomości dokumentów i przepisów określających odpowiedzialność zawodową, świadomości swoich praw i obowiązków, profesjonalizmu w wykonywaniu swojej pracy, aktualizacji wiedzy związanej z zawodem oraz przestrzegania praw pacjenta.

Spośród 22 pytań 5 było pytaniami wielokrotnego wyboru. Przed przystąpieniem do badań każdą z osób zapoznano z ich celem i zapewniono o anonimowości. Badania przeprowadzono w Centrum Medycznym w Łąncucie w okresie od października do grudnia 2020 roku. Objęto nimi łącznie 115 osób.

■ Wyniki

Badana grupa liczyła 115 osób, w tym przeważającą większość ($N = 110$, tj. 95,7%) stanowiły kobiety. Pięciu respondentów (4,3%) to mężczyźni. Mniej niż 30 lat miało 37 (32,2%) pielęgniarek/pielęgniarzy. W wieku od 31 do 40 lat było 24 (20,9%) ankietowanych. Co trzecia osoba należała do grupy wiekowej 41–50 lat ($N = 38$, tj. 33,0%), 16 (13,9%) badanych miało 51 lat i więcej. Dla większości ($N = 72$, tj. 62,6%) pielęgniarek/pielęgniarzy miejscem zamieszkania była wieś. Mieszkańcami miast było 37,4% ($N = 43$) osób. Wykształcenie średnie medyczne posiadało 38,3% ($N = 44$) pielęgniarek/pielęgniarzy. Studia licencjackie na kierunku pielęgniarstwo ukończyły 43 (37,4%) osoby, tytuł magistra pielęgniarstwa uzyskało 28 (24,3%) respondentów. Ponadto 14 (12,2%) pielęgniarek/pielęgniarzy wskazało, że zdobyło specjalizację. Na oddziale szpitalnym pracowało 90,4% ($N = 104$) pielęgniarek/pielęgniarzy. Nieliczne osoby jako miejsce pracy wskazały przychodnię ($N = 4$, tj. 3,5%) lub inne miejsca ($N = 7$, tj. 6,1%). Poniżej 5 lat stażu pracy miało 31,3% ($N = 36$) pielęgniarek/pielęgniarzy. Mniej badanych ($N = 22$, tj. 19,1%) wykonywało swoją pracę od 5 do 15 lat. W przypadku 34 (29,6%) osób staż pracy wahał się od 16 do 25 lat. Powyżej 25 lat pracowała w zawodzie co piąta badana osoba ($N = 23$, tj. 20,0%).

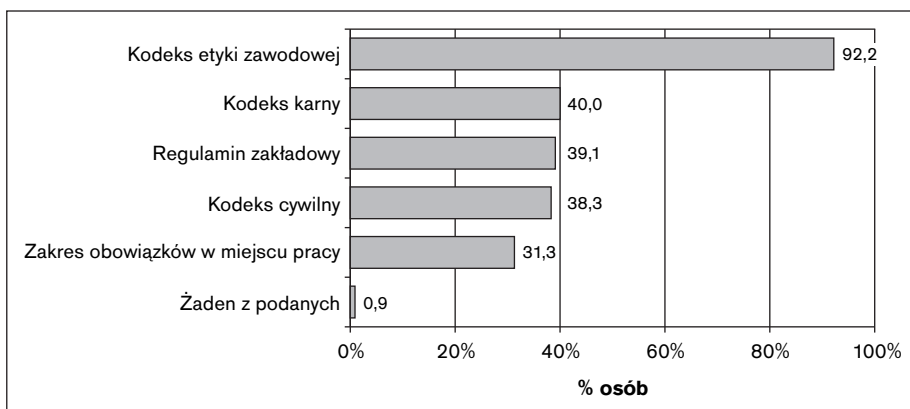
W opinii większości respondentów ($N = 95$, tj. 82,6%) odpowiedzialność zawodowa polega na ponoszeniu konsekwencji za swoje postępowanie w związku z wykonywanymi obowiązkami zawodowymi. Według 62,6% ($N = 72$) badanych odpowiedzialność zawodowa oznacza sumienne wykonywanie obowiązków zawodowych. Prawie połowa respondentów ($N = 56$, tj. 48,7%) uznała, że odpowiedzialność zawodowa to stosowanie się do istniejących zasad postępowania i procedur. Jedna osoba (0,9%) nie wiedziała, czym jest odpowiedzialność zawodowa. Wyniki zamieszczono na rycinie 1.



Rycina 1. Postrzeganie terminu „odpowiedzialność zawodowa”

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych (*wyniki nie sumowały się do 100%, ponieważ badani wskazywali więcej niż jedną odpowiedź).

Grupa 92,2% respondentów ($N = 106$) uważała, że zakres odpowiedzialności zawodowej określa Kodeks etyki zawodowej. W opinii 40,0% osób ($N = 46$) kwestię odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek/pielęgniarzy reguluje Kodeks karny. Nieco mniej badanych ($N = 45$, tj. 39,1%) wskazało regulamin zakładowy, Kodeks cywilny ($N = 44$, tj. 38,3%) czy zakres obowiązków w miejscu pracy ($N = 36$, tj. 31,3%). Jedna osoba (0,9%) nie wskazała żadnego z podanych dokumentów. Wyniki ujęto na rycinie 2.

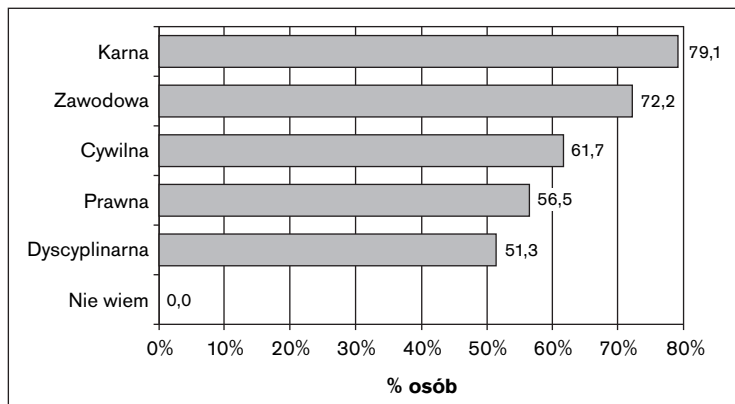


Rycina 2. Dokumenty określające zakres odpowiedzialności zawodowej

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych (*wyniki nie sumowały się do 100%, ponieważ badani wskazywali więcej niż jedną odpowiedź).

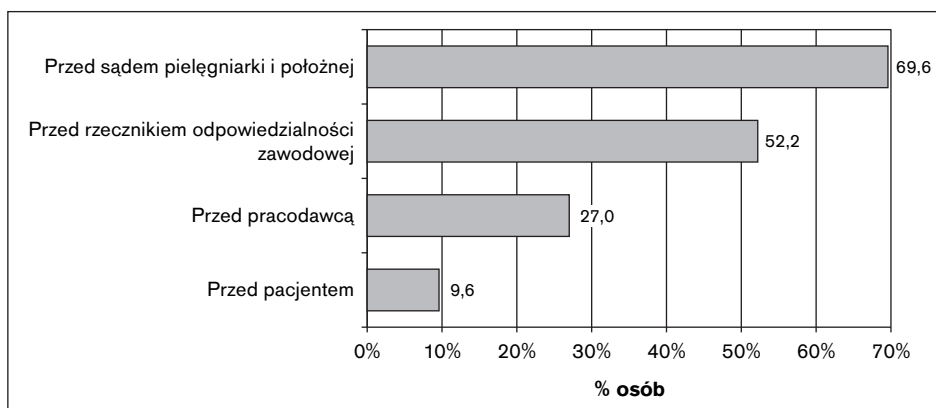
Zdaniem 79,1% badanych ($N = 91$) pielęgniarki/pielęgniarze wykonujący swoją pracę ponoszą odpowiedzialność karną. Odpowiedzialność zawodową wymieniło 72,2% osób ($N = 83$). Często respondenci twierdzili, że pielęgniarka/pielęgniarz ponosi odpowiedzialność cywilną ($N = 71$, tj. 61,7%), prawną ($N = 65$, tj. 56,5%) lub dyscyplinarną ($N = 59$, tj. 51,3%). Wyniki przedstawia rycina 3.

Według 69,6% osób ($N = 80$) pielęgniarka w przypadku działania sprzecznego z zasadami etyki zawodowej ponosi odpowiedzialność przed sądem pielęgniarki i położnej. Zdaniem 52,2% ankietowanych ($N = 60$), pielęgniarka odpowiada w takiej sytuacji przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej. Rzadziej badani uznali, że pielęgniarka/pielęgniarz ponoszą odpowiedzialność przed pracodawcą ($N = 31$, tj. 27,0%) lub pacjentem ($N = 11$, tj. 9,6%). Wyniki ilustruje rycina 4.



Rycina 3. Rodzaj odpowiedzialności, którą ponoszą pielęgniarki/pielęgniarze wykonujący swoją pracę

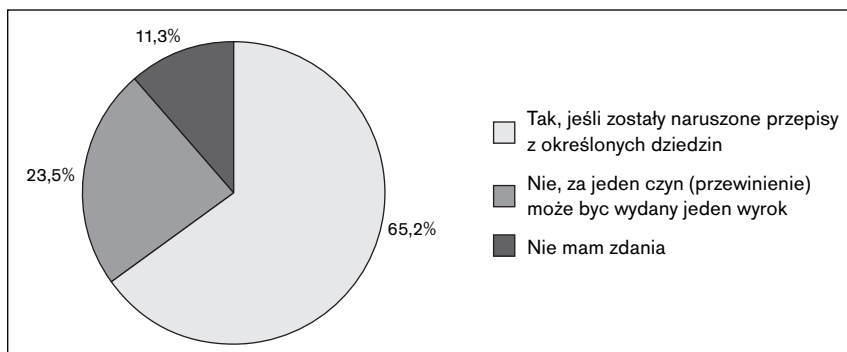
Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych (*wyniki nie sumowały się do 100%, ponieważ badani wskazywali więcej niż jedną odpowiedź).



Rycina 4. Jednostki, przed którymi pielęgniarka/pielęgniarz ponosi odpowiedzialność w przypadku działania sprzecznego z zasadami etyki zawodowej

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych (*wyniki nie sumowały się do 100%, ponieważ badani wskazywali więcej niż jedną odpowiedź).

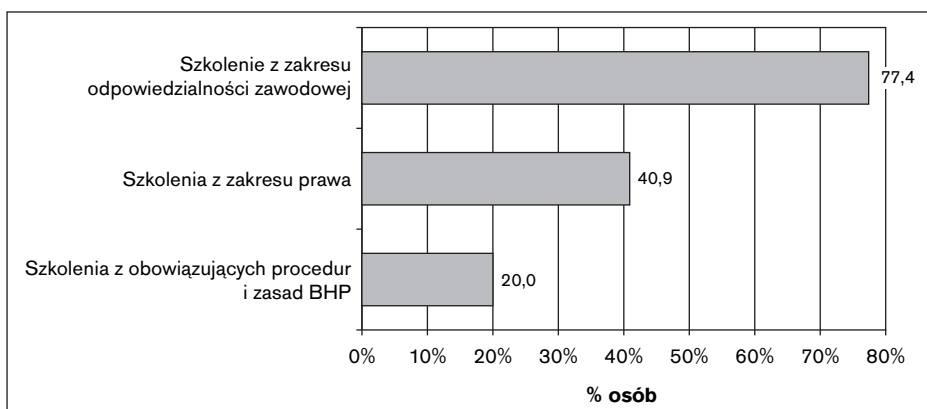
Ponad połowa pielęgniarek/pielęgniarzy ($N = 75$, tj. 65,2%) wyraziła opinię, że możliwe jest wydanie kilku wyroków skazujących za popełnienie jednego czynu, jeśli zostały naruszone normy prawne z określonych dziedzin. W opinii 23,5% osób ($N = 27$) za jeden czyn może być wydany tylko jeden wyrok. Zdania na ten temat nie miało 11,3% ankietowanych ($N = 13$). Wyniki zaprezentowano na rycinie 5.



Rycina 5. Czy możliwe jest wydanie kilku wyroków skazujących za popełnienie jednego czynu naruszającego normy prawne?

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych.

Większość badanych pielęgniarek/pielęgniarzy ($N = 89$, tj. 77,4%) uznała, że na znajomość (świadomość) odpowiedzialności ponoszonej przez pielęgniarki wpłynęłyby szkolenia z zakresu odpowiedzialności zawodowej. Mniejsze znaczenie przypisano szkoleniom z dziedziny prawa ($N = 47$, tj. 40,9%), a najmniejsze szkoleniom z obowiązujących procedur i zasad BHP ($N = 23$, tj. 20,0%). Dane przedstawiono na rycinie 6.

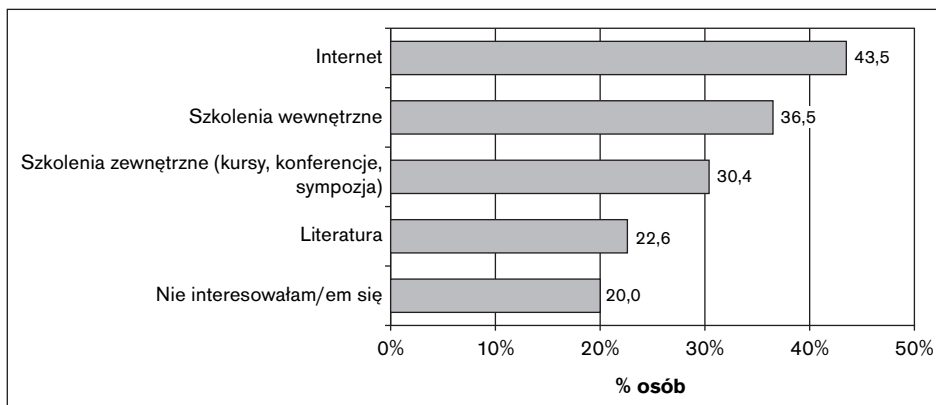


Rycina 6. Szkolenia, które znacząco wpłynęłyby na znajomość (świadomość) ponoszonej odpowiedzialności przez pielęgniarki/pielęgniarzy

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych (*wyniki nie sumowały się do 100%, ponieważ badani wskazywali więcej niż jedną odpowiedź).

Informacji na temat odpowiedzialności zawodowej personelu pielęgniarskiego badani poszukiwali głównie w Internecie ($N = 50$, tj. 43,5%). Pozyskiwali je również w ramach szkoleń wewnętrznych ($N = 42$, tj. 36,5%). Mniejsze znaczenie miały w tym szkolenia zewnętrzne ($N = 35$, tj. 30,4%) czy literatura ($N = 26$, tj. 22,6%). Co

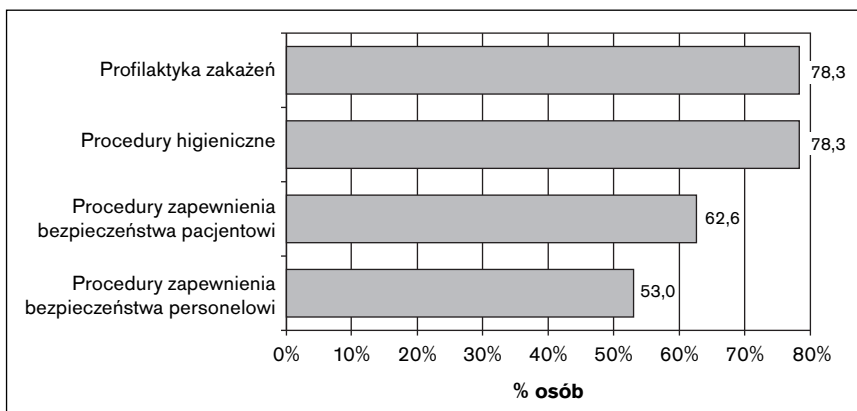
piąta badana osoba ($N = 23$, tj. 20,0%) nie interesowała się zagadnieniem odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek. Wyniki obrazuje rycina 7.



Rycina 7. Źródła informacji na temat odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i pielęgniarzy

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych (*wyniki nie sumowały się do 100%, ponieważ badani wskazywali więcej niż jedną odpowiedź).

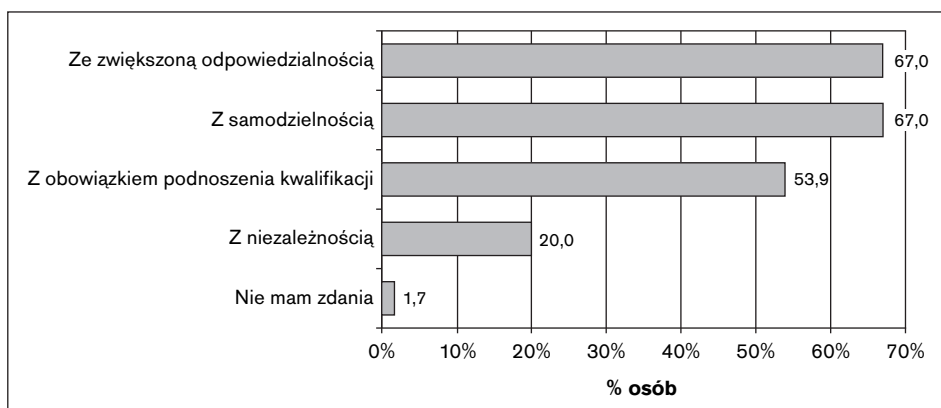
Zdaniem badanych profilaktyka zakażeń i procedury higieniczne były najczęściej wdrażane na ich stanowisku pracy. Wskazało je bowiem po 78,3% osób ($N = 90$). Ponad połowa ankietowanych uznała, że na ich stanowisku pracy wszczy-
na się procedury zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi ($N = 72$, tj. 62,6%) oraz procedury zapewnienia bezpieczeństwa personelowi ($N = 61$, tj. 53,0%). Wyniki przedstawia rycina 8.



Rycina 8. Procedury medyczne opracowywane i wdrażane na stanowisku pracy badanych

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych (*wyniki nie sumowały się do 100%, ponieważ badani wskazywali więcej niż jedną odpowiedź).

Autonomia zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza była postrzegana przez badanych najczęściej jako zwiększona odpowiedzialność oraz samodzielność. Tak odpowiedziało po 77 (tj. 67,0%) osób. Dla 53,9% ankietowanych ($N = 62$) autonomia w ich zawodzie kojarzyła się z obowiązkiem podnoszenia kwalifikacji. Tylko 20,0% osób ($N = 23$) utożsamiało autonomię w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza z niezależnością. Nieliczni ($N = 2$, tj. 1,7%) nie mieli zdania na ten temat. Wyniki obrazuje rycina 9.

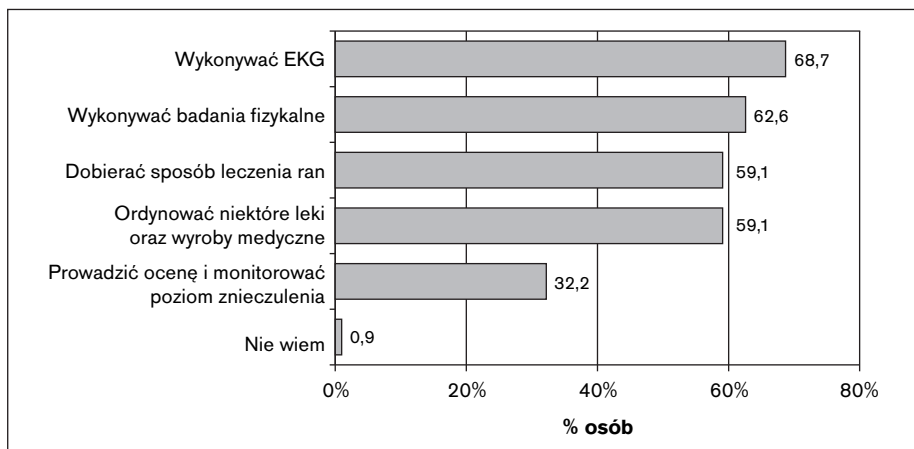


Rycina 9. Elementy, z którymi wiąże się autonomia zawodu pielęgniarki i pielęgniarsza

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych (*wyniki nie sumowały się do 100%, ponieważ badani wskazywali więcej niż jedną odpowiedź).

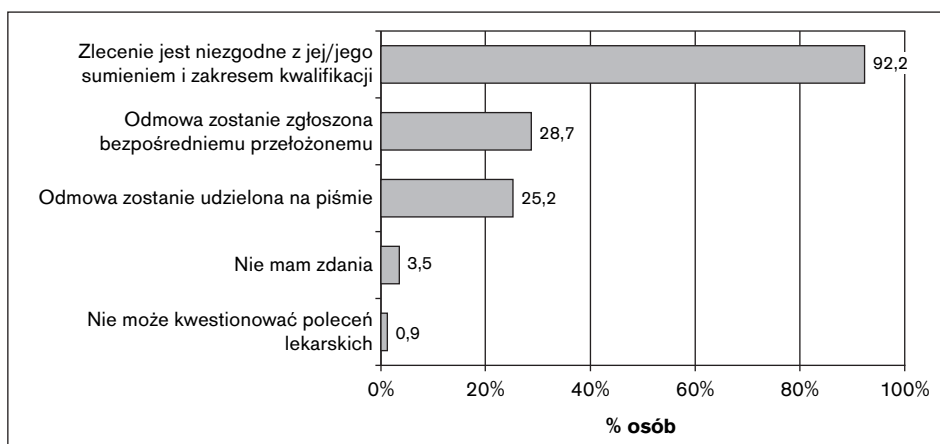
Do świadczeń, które pielęgniarki mogą wykonywać samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego, badani zaliczyli najczęściej: wykonywanie EKG ($N = 79$, tj. 68,7%), przeprowadzenie badania fizykalnego ($N = 72$, tj. 62,6%), dobieranie sposobu leczenia ran lub ordynowanie niektórych leków oraz wyrobów medycznych (po $N = 68$, tj. 59,1%). Co trzecia osoba ($N = 37$, tj. 32,2%) uznała, że pielęgniarka/pielęgniarsza może samodzielnie dokonać oceny i monitorować poziom znieczulenia. Wiedzy na ten temat nie miała jedna badana osoba (tj. 0,9%). Ilustracją wyników jest rycina 10.

Najczęściej badani twierdzili, że pielęgniarka ma prawo odmówić realizacji zlecenia lekarskiego, gdy jest ono niezgodne z jej sumieniem i zakresem kwalifikacji ($N = 106$, tj. 92,2%). Rzadko wskazywano na inne sytuacje, które w opinii badanych tłumaczyły niemożność wykonania przez pielęgniarkę zlecenia lekarskiego, a były to odmowa zgłoszona bezpośrednio przełożonemu ($N = 33$, tj. 28,7%) lub odmowa udzielona na piśmie ($N = 29$, tj. 25,2%). Zdania na ten temat nie miało 3,5% ankietowanych ($N = 4$), a jedna osoba (tj. 0,9%) uznała, że nie można kwestionować poleceń lekarskich. Wyniki obrazuje rycina 11.



Rycina 10. Świadczenia, które mogą wykonywać pielęgniarki/pielęgniarze samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego

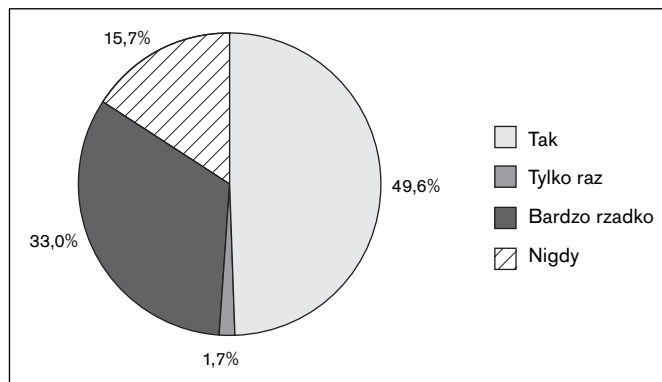
Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych (*wyniki nie sumowały się do 100%, ponieważ badani wskazywali więcej niż jedną odpowiedź).



Rycina 11. Sytuacje, w których pielęgniarka/pielęgniarz ma prawo odmówić wykonania zlecenia lekarskiego

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych (*wyniki nie sumowały się do 100%, ponieważ badani wskazywali więcej niż jedną odpowiedź).

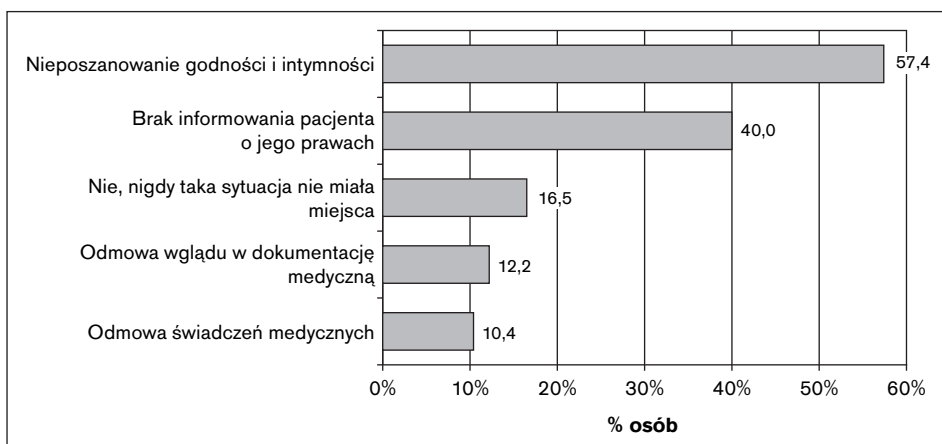
Prawie połowa pielęgniarek/pielęgniarzy ($N = 57$, tj. 49,6%) wykonywała zlecenia lekarskie wydane ustnie lub telefonicznie. Raz do czynienia z taką sytuacją miało 1,7% osób ($N = 2$). Bardzo rzadko ustne lub telefoniczne zlecenia lekarskie realizowało 33,0% pielęgniarek/pielęgniarzy ($N = 38$), a nigdy nie wykonywało ich 15,7% respondentów ($N = 18$). Wyniki zamieszczono na rycinie 12.



Rycina 12. Wykonywanie zleceń lekarskich wydanych ustnie lub telefonicznie

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych.

Ponad połowa pielęgniarek/pielęgniarzy ($N = 66$, tj. 57,4%) zetknęła się z naruszeniem prawa pacjenta do poszanowania godności i intymności. Z brakiem poinformowania pacjenta o jego prawach spotkało się w swojej pracy 40,0% badanych ($N = 46$). Rzadko ankietowani mieli do czynienia z sytuacjami, w których odmówiono pacjentowi wglądu w dokumentację medyczną ($N = 14$, tj. 12,2%) lub świadczeń medycznych ($N = 12$, tj. 10,4%). Tylko 19 osób (tj. 16,5%) nigdy nie miało styczności z rażącym naruszeniem praw pacjenta. Wyniki przedstawiono na rycinie 13.



Rycina 13. Zetknięcie się z rażącym naruszeniem praw pacjenta

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych (*wyniki nie sumowały się do 100%, ponieważ badani wskazywali więcej niż jedną odpowiedź).

Ocena przestrzegania przez personel pielęgniarski zasad etycznego postępowania wobec pacjentów i współpracowników była wysoka i porównywalna w poszczególnych aspektach. Zauważono, że badani nieco wyżej ocenili uczciwość, odpowiedzialność (4,23 pkt), szacunek wobec pacjenta (4,23 pkt), a nieznacznie niżej przestrzeganie tajemnicy zawodowej (4,20 pkt), profesjonalizm (4,17 pkt) czy szacunek wobec współpracowników (4,17 pkt). Dane przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Ocena przestrzegania przez personel pielęgniarski zasad etycznego postępowania wobec pacjentów i współpracowników, które są ujęte w kodeksie etyki zawodowej

	Bardzo dobrze		Dobrze		Źle		Bardzo źle		Trudno powiedzieć		Średnia	SD
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Profesjonalizm	19	16,5%	80	69,6%	6	5,2%	5	4,3%	5	4,3%	4,17	0,48
Przestrzeganie tajemnicy zawodowej	24	20,9%	55	47,8%	21	18,3%	7	6,1%	8	7,0%	4,20	0,55
Uczciwość, odpowiedzialność	30	26,1%	66	57,4%	8	7,0%	4	3,5%	7	6,1%	4,23	0,55
Szacunek wobec pacjenta	28	24,3%	62	53,9%	15	13,0%	4	3,5%	6	5,2%	4,23	0,53
Szacunek wobec współpracowników	16	13,9%	55	47,8%	25	21,7%	11	9,6%	8	7,0%	4,17	0,53

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych.

■ Dyskusja

Zawód pielęgniarki/pielęgniarsza to jedna z najbardziej odpowiedzialnych profesji. Za wykonywane czynności przy pacjencie pielęgniarka bierze odpowiedzialność osobistą i zawodową. Gwarancją bezpieczeństwa, które może zapewnić pacjentowi, jest znajomość aktów prawnych i postępowanie zgodnie z ich wytycznymi. Znajomość praw i obowiązków bez wątpienia jest jednym z czynników zmniejszających ryzyko popełnienia błędu w pracy.

Autorska ankieta wykazała, że zdaniem 82,6% badanych odpowiedzialność zawodowa to najczęściej ponoszenie konsekwencji za swoje postępowanie w związku z wykonywanymi obowiązkami. Znacznie gorsze wyniki w swoich badaniach na temat odpowiedzialności zawodowej uzyskał Irzyniec i wsp. W badanej przez niego grupie pielęgniarek tylko 23% wskazało taką samą odpowiedź jak w niniejszym opracowaniu [19].

W opinii 92,2% ankietowanych w badaniu własnym odpowiedzialność zawodową określa Kodeks etyki zawodu pielęgniarki i położnej. Badane pielęgniarki i pielęgniarze znają dokumenty i przepisy dotyczące swojej odpowiedzialności zawodowej. Z badań Gotlib i Maliszewskiej wynika, że badana przez nie grupa pielęgniarek uważa, iż odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek jest regulowana

ustawą o samorządzie pielęgniarek i położnych [20]. Badania przeprowadzone wśród pielęgniarek przez Gotlib i wsp. wykazały również, że 5% badanych wymieniło Kodeks etyki zawodu jako akt normalizujący odpowiedzialność zawodową pielęgniarki i położnej [21], a w badaniach Irzyńca i wsp. wskazało na niego 41% [19]. Kostrzanowska i Małek dowiodły, iż 92% badanych pielęgniarek zna zasady etyczne, jednak 84% nie zawsze kieruje się nimi w codziennej pracy [22]. Z badań Paszkiewicz-Mes i wsp. wynika, że pielęgniarki mają niewystarczającą wiedzę na temat zasad Kodeksu etyki zawodu [23].

Badania własne potwierdzają znajomość swoich praw i obowiązków przez pielęgniarki. Podobne rezultaty uzyskały Gotlib i Maliszewska, które wykazały, iż większość ankietowanych pielęgniarek deklaruje znajomość aktów regulujących zawód pielęgniarki [20]. Z kolei analiza Rozwadowskiej i wsp. wskazuje, że badane przez nie pielęgniarki nie mają podstawowej wiedzy na temat aktów regulujących ich odpowiedzialność zawodową [24]. Z badań Grochans i wsp. wynika, że wiedza pielęgniarek o aktach prawnych regulujących zawód pielęgniarki i położnej jest na takim samym poziomie u pielęgniarek z wyższym wykształceniem i większym stażem pracy [25]. Pielęgniarki badane przez Gotlib i wsp. swój poziom wiedzy dotyczącej odpowiedzialności zawodowej oceniły dostatecznie [21]. Jedynie 11% badanych przez Irzyńca i wsp. osób uznało, że ich wiedza z zakresu odpowiedzialności zawodowej jest bardzo dobra, zaś wiedza ogólna jest niepełna i fragmentaryczna [19]. Kotlenga i wsp. również uzyskali wyniki podobne do otrzymanych przez Irzyńca i wsp. na temat wiedzy pielęgniarek o odpowiedzialności zawodowej [26]. Sroka na podstawie przeprowadzonych badań stwierdziła, że poziom wiedzy pielęgniarek na temat zasad etycznych i odpowiedzialności zawodowej jest niezadowolający [27].

Zdaniem 79,1% respondentów w badaniu własnym za wykonywaną pracę odpowiedzialność karną ponosi pielęgniarka/pielęgniarz. Z badań Gotlib i Maliszewskiej wynika, że 55% pielęgniarek trafnie wskazała rodzaj odpowiedzialności, zaś w badaniach prowadzonych przez Rozwadowską i wsp. poprawnej odpowiedzi udzieliło 64% osób [20, 24]. W grupie badanej przez Gotlib i wsp. 76% pielęgniarek prawidłowo wskazało rodzaj odpowiedzialności za popełnione przewinienie [21]. W badaniach Irzyńca i wsp. pielęgniarki uznały, że pielęgniarka ponosi odpowiedzialność zawodową (40%), cywilną (39) i karną (38%) [19].

Z badań własnych wynika, że w opinii 69,6% badanych osób w sytuacji postępowania sprzecznego z zasadami etyki zawodowej pielęgniarka ponosi odpowiedzialność przed sądem pielęgniarki i położnej, nieco ponad połowa badanych wskazała, iż pielęgniarka w takiej sytuacji odpowiada przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej. Gotlib i Maliszewska udowodniły, iż pielęgniarki wykazały się rozległą wiedzą z zakresu znajomości odpowiedzialności zawodowej [20]. Dobrą wiedzą na temat aktów regulujących odpowiedzialność zawodową pielęgniarki w badaniach Gawel i wsp. mogło pochwalić się jedynie 29% badanych pielęgniarek [28]. Większość (85%) badanych przez Gotlib i wsp. osób prawidłowo określiła rodzaje odpowiedzialności pielęgniarek [21]. Irzyńiec i wsp. uzyskali

niecو lepsze wyniki – 78% badanych przez nich pielęgniarek wskazało poprawną odpowiedź [19].

Ponad połowa badanych pielęgniarek i pielęgniarzy z Centrum Medycznego w Łąncucie uznała, że w sytuacji popełnienia czynu naruszającego przepisy prawne pielęgniarka może otrzymać kilka wyroków jednocześnie. W badaniach Irzyńca i wsp. pielęgniarki były zdania, że za przewinienie lub popełniony błąd wobec pielęgniarek może zostać nałożona kara upomnienia, nagany, pozbawienia prawa do wykonywania zawodu [19].

W opinii większości (77,4%) naszych respondentów pogłębienie wiedzy dotyczącej odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek byłoby możliwe dzięki szkoleniom z tego zakresu. Z badań Gaweł i wsp. wynika, że 87% badanych osób zna treść Kodeksu etyki zawodu pielęgniarki i położnej [28].

Wiedzę na temat odpowiedzialności zawodowej badani pozyskiwali z Internetu (43,5%) oraz szkoleń wewnątrzzakładowych (36,5%). Dane przedstawione przez Gotlib i wsp. świadczą o tym, że 58% pielęgniarek wiedzę dotyczącą odpowiedzialności zawodowej czerpało z Internetu, zaś 51% ze szkoły lub uczelni [21]. Z badań Irzyńca i wsp. wynika, że 88% badanych pielęgniarek deklaruje chęć udziału w szkoleniach odnośnie do odpowiedzialności zawodowej [19].

Autonomia zawodu pielęgniarki oznacza, zdaniem badanych osób, zwiększoną odpowiedzialność i samodzielność. Pielęgniarki nie mają wystarczającej wiedzy na temat autonomii zawodu, stąd w obawie przed przekroczeniem swoich kompetencji unikają wykonywania niektórych powierzonych im obowiązków [19]. Badania przeprowadzone przez Kostrzanowską wykazały, że jedynie połowa badanych pielęgniarek zna i rozumie zasadę autonomii zawodu pielęgniarki – według nich jest ona łamana poprzez nieprzestrzeganie praw przysługujących pacjentom [22]. Peacock i Hernandez podkreślają, że pielęgniarki dzięki praktyce zawodowej mogą weryfikować swoją wiedzę teoretyczną [29].

Zdaniem badanych przez nas osób pielęgniarka bez zlecenia lekarskiego może wykonywać EKG (68,7%), badanie fizykalne (62,6%), samodzielnie decydować o sposobie leczenia ran oraz ordynować leki i wyroby medyczne (59,1%). Wykonywanie niezależnie zleceń lekarskich jest regulowane Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 roku w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego. W badaniach Irzyńca i wsp. prawidłowej odpowiedzi na pytanie dotyczące tej kwestii udzieliło 47% ankietowanych [19]. Z badań zrealizowanych przez Zarzekę i wsp. wynika, że wiedza pielęgniarek na temat samodzielnego ordynowania leków wymaga uzupełnienia [30].

Badane przez Autorki pielęgniarki uznały, że pielęgniarka może odmówić wykonania zlecenia lekarskiego, jeśli jest ono niezgodne z jej sumieniem i kwalifikacjami. Ponad połowa (61%) pielęgniarek w badaniach Irzyńca i wsp. odmówiłaby wykonania zlecenia lekarskiego tylko wtedy, jeśli zostałoby ono sformułowane pisemnie [19]. Z badań przeprowadzonych przez Rozwadowską i wsp. wynika, że aż 96% ankietowanych pielęgniarek jest świadomych, że może odmówić wykonania

zlecenia lekarskiego [24]. Z kolei 75% badanych przez Gawęł i wsp. pielęgniarek jest w stanie odmówić wykonania zlecenia lekarskiego, jeżeli nie będzie wpisane ono w indywidualną kartę zleceń lekarskich [28].

Prawie połowa (49,6%) badanych pielęgniarek i pielęgniarzy z Centrum Medycznego w Łańcucie wykonywała zlecenia lekarskie wydawane ustnie lub telefonicznie. Niższy wynik uzyskali Gawęł i wsp. W ich badaniach 35% pielęgniarek realizowało ustne lub telefoniczne zlecenia lekarskie. Przyczynami tego stanu rzeczy są brak chęci lekarza do wpisania zlecenia i wygodnictwo. Takie sytuacje, zdaniem pielęgniarek z badań przeprowadzonych przez Gawęł i wsp., występują bardzo często [28].

Według badanych przez nas pielęgniarek i pielęgniarzy największy wpływ na popełnienie błędu medycznego mają: niedobory kadrowe, wykonywanie obowiązków wykraczających poza kompetencje oraz brak odpowiednich warunków pracy. Z badań Gawęł i wsp. wynika, że pielęgniarki w pracy zawodowej prawie codziennie są świadkami błędów popełnianego przez personel w związku z nieprawidłowo wykonanym zleceniem. Wśród przyczyn popełnienia błędów badane pielęgniarki wymieniły niewystarczającą obsadę personelu, zbyt dużą odpowiedzialność oraz obciążenie psychofizyczne pracą [28]. Russo i wsp. podkreślają, że przepracowanie personelu pielęgniarskiego wiąże się z pogorszeniem kondycji fizycznej i psychicznej pielęgniarek, co znacznie przyczynia się do popełnienia błędów [31].

Przestrzeganie praw pacjenta jest związane, zdaniem personelu medycznego ze Szpitala Św. Michała Archanioła, z respektowaniem zasad Kodeksu etyki zawodu. Większość pielęgniarek w badaniach Gotlib i wsp. była świadkiem łamania praw pacjenta [32]. Z obserwacji prowadzonych przez Pawłowską i Perzanowską wynika, że 66,7% badanych pacjentów uważa, iż przekazywane informacje na temat stanu zdrowia są precyzyjne, lecz aż 80% badanych osób nie miało wglądu w prowadzoną dokumentację medyczną [33]. Badania zrealizowane przez Erbay i Ugurluoglu w grupie chorych onkologicznych dowodzą, że pacjenci, mimo wiedzy na temat swoich praw, nie korzystali z nich w pełni. Należy zatem zwrócić uwagę na edukację chorych w tym zakresie [34].

Ponad połowa (57,4%) badanych przez Autorki pielęgniarek i pielęgniarzy w pracy zawodowej spotkała się z nieprzestrzeganiem praw pacjenta, najczęściej w sferze zapewnienia godności i intymności (57,4%) oraz nieinformowania pacjenta o jego prawach. Większość (71%) pielęgniarek objętych badaniami Gawęł i wsp. informuje chorego o jego prawach [28]. Badania Sroki wykazały, że tajemnicy zawodowej nie zachowuje 32% pielęgniarek [27]. Z obserwacji Gotlib i wsp. wynika, że 85% badanych pielęgniarek za najważniejsze prawo pacjenta uznało prawo do: informacji, wglądu w dokumentację medyczną oraz świadczeń opieki zdrowotnej [32]. W badaniach przeprowadzonych przez Pawłowską większość (86,6%) respondentów uważało, iż zachowuje się tak, aby dać pacjentom poczucie godności i intymności [33]. Kędzia i Gniedziejko w swoich analizach stwierdziły, że wiedza pielęgniarek na temat praw pacjenta jest niewystarczająca – 77% badanych przez nie pielęgniarek wskazało na konieczność jej pogłębienia i poszerzenia [35].

Zdecydowana większość badanych przez Olejniczak i wsp. respektuje prawa pacjenta, zwłaszcza prawo do autonomii rozumiane jako wyrażanie świadomej zgody przez chorego [36].

Warto podkreślić, że znajomość praw i obowiązków personelu medycznego warunkuje i umożliwia zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom oraz samym pielęgniarkom/pielęgniarzom.

■ Wnioski

1. Respondenci znają przepisy i dokumenty określające zakres odpowiedzialności zawodowej.
2. Ankietowani znają swoje prawa i obowiązki.
3. Pielęgniarki/pielęgniarze profesjonalnie wykonują swoją pracę.
4. Badana populacja stale aktualizuje swoją wiedzę.
5. Badana grupa pielęgniarek i pielęgniarzy nie zawsze przestrzega praw pacjentów.

Bibliografia

1. Żebrowski J.: Etyczne i aksjologiczne aspekty wychowania do odpowiedzialności, *Studia Gdańskie*, 2010; 7: 73.
2. Rodek V.: Poczucie odpowiedzialności a aktywność autoedukacyjna studentów, *Difin*, Warszawa 2016: 39.
3. Kapias M.: Odpowiedzialność moralna fundamentem odpowiedzialności społecznej organizacji. W: Polak G. (red.): *Społeczna odpowiedzialność – aspekty teoretyczne i praktyczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego, Katowice 2011: 22–23.
4. Krzysztofek A.: Rozważania o pojęciu odpowiedzialności, *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu. Ekonomia*, 2015; 401: 221–224.
5. Molesztak A.: Wychowanie do odpowiedzialności. W: Rynio A. (red.): *Wychowanie chrześcijańskie: między tradycją a współczesnością*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2007: 420.
6. Barankiewicz T.: Tradycyjne i nowoczesne koncepcje odpowiedzialności etyczno-zawodowej, *Archiwum Filozofii Prawa i Filozofii Społecznej*, 2018; 1: 8–9.
7. Derdziuk A.: Prawda, dobro, sumienie – u podstaw odpowiedzialności społecznej. W: Kawalec P., Błachut A. (red.): *Odpowiedzialność społeczna w innowacyjnej gospodarce*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2011: 13–14.
8. Rogala-Pawelczyk G.: Pielęgniarki i położne w kontekście wprowadzonych regulacji prawnych i etycznych. W: Rogala-Pawelczyk G., Kubajka-Piotrowska J. (red.): *Wizerunek pielęgniarki i położnej na tle nowych wyzwań w pielęgniarstwie polskim i europejskim: konferencja międzynarodowa, Warszawa, 12–13 maja 2009 r.*, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2009: 109–107.

9. Kieczka K.: Opieka profesjonalna pielęgniarek w Polsce a odpowiedzialność zawodowa w świetle prawa, *Medycyna. Dydaktyka. Wychowanie*, 2010; 3: 31–34.
10. Ciechaniewicz W.: Dawca pielęgnowania. W: Zarzycka D., Ślusarska B. (red.): *Podstawy pielęgniarstwa*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017: 350–351.
11. Hasiak D. (oprac.): Rola zawodowa człowieka jako komponent jego osobowości. <https://www.profesor.pl/publikacja,9417,Artykuły,Rola-zawodowa-czlowieka-jako-komponent-jego-osobowosci> [dostęp: 17.12.2020].
12. Franek G.A., Łukasz-Paluch K., Cholewka B.: Koncepcja roli zawodowej pielęgniarki w literaturze przedmiotu, *Problemy Pielęgniarstwa*, 2012; 2(20): 253–254.
13. Rutkowska K.: Kompetencje społeczne – bufor wypalenia zawodowego pielęgniarek, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2012; 18(4): 319.
14. <https://www.medexpres.pl/blog/kim-jest-pielegnienka-pozozna-wopiece-zdrowotnej> [dostęp: 17.12.2020].
15. Dobińska Ż.: Opieka pielęgniarska – wybrane zagadnienia teoretyczne, *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 2014; 1(38): 61.
16. Freund B., Kołodziejczyk J.: Konceptualizacja wartości profesjonalizmu zawodowego pielęgniarek/pielęgniarzy, *Zarządzanie Publiczne*, 2013; 3(23): 354–355.
17. Rudnik R.: Odpowiedzialność prawna a odpowiedzialność zawodowa pielęgniarki i położnej, *Biuletyn Informacyjny Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Katowicach. Nasze Sprawy*, 2012; 9(226): 24.
18. Tałaj A., Kupcewicz E., Fischer B.: Troska czy miłość miłosierna – etyczne podstawy pracy pielęgniarki, *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2012; 2: 227.
19. Irzyniec T., Kulik H., Eszyk J. i wsp.: Wiedza pielęgniarek na temat odpowiedzialności zawodowej, *Problemy Pielęgniarstwa*, 2017; 25(1): 14–19.
20. Gotlib J., Maliszewska A.: Próba oceny wiedzy pielęgniarek na temat zakresu odpowiedzialności zawodowej w świetle znowelizowanych przepisów prawnych – doniesienie wstępne, *Zdrowie Publiczne*, 2013; 123(1): 57–61.
21. Gotlib J., Belowska J., Zarzeka A., Kanabrodzka-Osiecka T., Iwanov I.: Ocena wiedzy pielęgniarek Międzyzyleskiego Szpitala Specjalistycznego na temat ponoszenia odpowiedzialności zawodowej, *Pielęgniarstwo XXI Wieku*, 2015; 1(50): 39–45.
22. Kostrzanowska Z., Małek K.: Respektowanie zasad etycznych w pracy zawodowej pielęgniarek, *Problemy Pielęgniarstwa*, 2008; 16(3): 259–268.
23. Paszkiewicz-Mes E., Głowacka A., Grzaneł M., Mielczarek J., Lewandowska M., Brosowska B.: Postawy etyczne w opinii pielęgniarek pediatrycznych, *Pielęgniarstwo XXI Wieku*, 2015; 1(54): 37–41.

24. Rozwadowska E., Krajewska-Kułał E., Kropiwnicka E. i wsp.: Ocena znajomości ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej przez studentów pielęgniarstwa i położnictwa oraz pielęgniarki i położne, *Problemy Pielęgniarstwa*, 2010; 8: 443–454.
25. Grochans E., Głowacka T., Szkup-Jabłońska M. i wsp.: Wpływ poziomu wykształcenia pielęgniarek na znajomość wybranych aktów prawnych wykorzystywanych w pielęgniarstwie, *Problemy Pielęgniarstwa*, 2011; 4(19): 463–467.
26. Kotlenga M., Grabowska H., Świetlik D.: Ocena wiedzy pielęgniarek na temat aktów prawnych regulujących wykonywanie zawodu pielęgniarki w Polsce w grupie pielęgniarek, *Problemy Pielęgniarstwa*, 2013; 21(3): 290–296.
27. Sroka E.: Poziom wiedzy pielęgniarek czynnych zawodowo na temat odpowiedzialności zawodowej. <https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/handle/item/231677> [dostęp: 17.12.2020].
28. Gawęł G., Pater B., Potok H., Ogonowska D.: Świadomość odpowiedzialności zawodowej wśród pielęgniarek, *Problemy Pielęgniarstwa*, 2010; 18(2): 105–110.
29. Peacock M., Hernandez S.: A concept analysis of nurse practitioner autonomy, *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 2020; 32(2): 113–119. DOI: 10.1097/JXX.0000000000000374
30. Zarzeka A., Panczyk M., Belowska J., Gotlib J.: Pielęgniarki i studenci pielęgniarstwa wobec rozszerzenia uprawnień zawodowych pielęgniarek i położnych w zakresie wystawiania recept oraz samodzielnego kierowania na badania diagnostyczne – sprawozdanie ze spotkania, *Pielęgniarstwo Polskie*, 2015; 3(57): 358–360.
31. Russo G., Fronteira I., Jesus S.T., Buchan J.: Understanding nurses' dual practice: a scoping review of what we know and what we still need to ask on nurses holding multiple jobs, *Human Resources for Health*, 2018; 16(1): 14. DOI: 10.1186/s12960-018-0276-x
32. Gotlib J., Dykowska G., Sienkiewicz Z., Skanderowicz E.: Ocena wiedzy i postaw wobec praw pacjenta personelu medycznego Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. Prof. Orłowskiego w Warszawie, *Annales Academiae Medicae Silesiensis*, 2014; 68(2): 84–93.
33. Pawłowska E., Perzanowska K.: Respektowanie praw pacjenta w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej – analiza przypadku, *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Organizacja i Zarządzanie*, 2017; 1972: 383–396.
34. Erbay E., Ugurluoglu O.: Rights of cancer patient's: a pilot study from Turkey, *Journal of Cancer Education*, 2016; 31(4): 640–645. DOI: 10.1007/s13187-015-0900-6

- 35. Kędzia A., Gniedziejko J.: Wiedza na temat praw pacjenta wśród pielęgniarek, *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 2014; 12: 253–268.
- 36. Olejniczak M., Basińska K., Paprocka-Lipińska A.: Przestrzeganie praw pacjenta w czasie odbywania zajęć klinicznych w opinii studentów Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, *Anales Academiae Medicae Gedanensis*, 2013; 43: 115–123.

5. Zadania personelu pielęgniarskiego w przygotowaniu chorego z wyłonioną stomią do samoopieki – przegląd literatury

Tasks of the nursing staff in preparing a patient with a stoma for self-care – a literature review

Bożena Majchrowicz^{1, a}, Edyta Guty^{1, b}

¹ Państwowa Wyższa Szkoła Wschodnioeuropejska w Przemysłu
East European State Higher School in Przemysł

^a <https://orcid.org/0000-0003-3202-1407>

^b <https://orcid.org/0000-0002-9902-8198>

■ Abstrakt

Wstęp: Zabieg operacyjny prowadzący do wyłonienia stomii jelitowej bardzo często jest jedyną skuteczną, a nawet ratującą życie metodą postępowania. Wiąże się jednak z poważnym, trudnym do zaakceptowania okaleczeniem oraz licznymi konsekwencjami wpływającymi na funkcjonowanie chorego w sferze psychicznej, fizycznej i społecznej. W przystosowaniu się do stomii niezwykle istotna jest edukacja okołoperacyjna, w której znaczącą rolę odgrywa personel pielęgniarski.

Cel pracy: Przedstawienie roli personelu pielęgniarskiego w przygotowaniu chorego z wyłonioną stomią do samoopieki.

Materiał i metody: W niniejszym artykule dokonano przeglądu piśmiennictwa oraz przeprowadzono wyszukiwanie ręczne w bazach polskich i zagranicznych czasopism naukowych poruszających problem edukacji pacjentów z wyłonioną stomią. Jako wytyczne zastosowano zestaw słów kluczowych: „stomia”, „edukacja”, „pielęgniarka”, „pacjent”, „ostomy”, „education”, „nurse”, „patient”, a także czas publikacji. W pracy wykorzystano ilościową technikę analizy dokumentów.

Wyniki i wnioski: Edukacja zdrowotna jest ważnym, wspomagającym elementem działań promocji zdrowia oraz zapobiegania chorobom. W przeglądzie literatury dominowała opinia, że personel pielęgniarski pełni znaczącą rolę w przygotowaniu do życia pacjentów ze stomią. Zaangażowanie w proces leczniczo-pielęgnacyjny całego zespołu terapeutycznego, pacjenta i najbliższych osób, z którymi pozostaje on w relacjach rodzinnych i społecznych, zwiększa prawdopodobieństwo osiągnięcia przez pacjentów wysokiego poziomu jakości życia ze stomią.

Słowa kluczowe: stomia, edukacja, personel pielęgniarski, pacjent.

■ Abstract

Introduction: A surgical procedure leading to the creation of an intestinal stoma is often the only effective or even life-saving treatment. However, it is associated with severe, difficult to accept mutilation and numerous consequences that

affect the patient's psychological, physical and social functioning. Perioperative education, in which nurses play an important role, is very important in adapting to the stoma.

The aim of the study: is to present the role of a nurse in preparing a patient with a stoma for self-care.

Material and methods: In this article the literature was reviewed and a manual search was performed in databases of Polish and foreign scientific journals dealing with education of patients with a stoma. A set of keywords was used as guidelines: 'stoma', 'education', 'nurse', 'patient', 'ostomy', and publication time. The quantitative technique of document analysis was used in this study.

Results and conclusions: Health education is an important, supportive component of remediation and disease prevention and health promotion. The literature review was dominated by the opinion that the nurse has a significant role in preparing patients with stoma for life. Involving the entire treatment and care team, the patient, and the loved ones with whom they have family and social relationships in the treatment and care process increases the likelihood that patients will achieve a high level of quality of life with stoma.

Keywords: stoma, education, nursing staff, patient.

■ Wstęp

Wytwarzanie przetok w różnych odcinkach przewodu pokarmowego jest nieodłącznym działaniem towarzyszącym chirurgii jamy brzusznej. Wskazania do wytworzenia stomii jelitowej obejmują choroby nowotworowe jelita grubego, głównie odbytnicy, choroby zapalne jelit, w tym wrzodziejące zapalenie jelita grubego, chorobę Leśniowskiego-Crohna oraz chorobę uchyłkową jelita grubego. Rzadszymi wskazaniami pozostają: nietrzymanie stolca, wrodzone choroby jelita grubego, uszkodzenia ciałem obcym czy uszkodzenia urazowe [2]. Termin „stomia” pochodzi z języka greckiego (*στόμα*) i oznacza „usta”. W medycynie określenie „stomia” odnosi się do chirurgicznie utworzonego otworu narządu wydrążonego na powierzchni ciała, aby umożliwić wydalanie produktów przemiany materii. Wyłonienie stomii jelitowej jest ważnym wydarzeniem dla każdego pacjenta, potencjalnie pogarszającym jego jakość życia. Pomimo postępu w medycynie stomia jelitowa pozostaje elementem praktyki klinicznej. Każdy krok: od wskazań przez przygotowanie i zabieg chirurgiczny po opiekę nad stomią, musi być starannie zaplanowany indywidualnie dla każdego pacjenta [1]. Pierwsza celowa stomia została wytworzona w 1776 roku przez francuskiego chirurga Pillore, który wyłonił przetokę jelitową w celu leczenia raka odbytnicy. W 1793 roku Duret jako pierwszy przeprowadził skuteczną operację wyłonienia przetoki na jelicie grubym. Do końca XVIII wieku wprowadzano tę interwencję chirurgiczną w leczeniu niedrożności mechanicznej jelit oraz raka jelita grubego. Przetoka na jelicie cienkim (ileostomia) nie była stosowana prawie przez cały wiek XIX. Pionierską ileostomię wyłonił w 1879 roku Baum. Zabieg ten wykonany został z powodu niedrożności okrężnicy. W 1952 roku Brock opisał metodę operacji chirurgicznej wyłonienia ileostomii. W tym samym czasie

Turnbull i Crile opublikowali pracę, która przyczyniła się do zrozumienia fizjologii stomii oraz jej akceptacji przez środowisko naukowe. W 1961 roku Turnbull wraz ze swoją pacjentką Gill stworzyli pierwszą szkołę dla specjalistów w opiece nad pacjentem ze stomią. Modyfikacje – w zakresie zarówno wskazań, jak i technik wylaniania stomii jelitowych – ulegały licznym zmianom przez wiele lat [14].

Według Szymańskiej-Pomorskiej i wsp. pacjenci z wylonioną stomią to szczególna grupa chorych, wymagająca wyjątkowej troski i specjalistycznej opieki nie tylko ze strony chirurga, ale również personelu pielęgniarskiego odpowiednio przygotowanego do jej sprawowania. Specjalistycznej terapii i opieki potrzebują wszyscy pacjenci – niezależnie od wieku, płci, zajmowanego stanowiska, wykształcenia czy powodu, dla którego ten rodzaj zabiegu wykonano. Zgodnie z wyrażanymi przez wielu autorów opiniami każdy chory przed wypisaniem do domu powinien być niezależny w miarę swoich możliwości psychofizycznych. Szczególnie ważne jest przygotowanie chorego do samodzielnej zmiany worka stomijnego i doboru właściwego sprzętu, poinformowanie o zasadach odżywiania oraz możliwościach wypoczynku i aktywności [16]. Zdaniem Piaszczyk i Schabowskiego wylonienie stomii wpływa na realizację potrzeb człowieka. Według Masłowa wykształcenie, religia i zdrowie oddziałują na wszystkie potrzeby człowieka. Potrzeby: bezpieczeństwa, przynależności, miłości i szacunku mogą zaspokoić inni, a potrzeby społeczne wymagają działania instytucji o charakterze pomocowo-wspierającym. Z kolei Allardt określił trzy podstawowe kategorie potrzeb społecznych. Są one związane z posiadaniem (*having*), uczuciami (*loving*) i istnieniem jednostki (*being*). Osoby ze stomią doświadczają trudności w zaspokajaniu potrzeb oraz mają problemy w samorealizacji. Ograniczeniu ulegają potrzeby społeczne. Pojawiają się przeszkody w zaspokajaniu potrzeb miłości i bezpieczeństwa. Osoby ze stomią odczuwają zaburzoną realizację potrzeb *having*, rezygnują z pracy zawodowej. Stąd pogarsza się ich sytuacja materialna i obniża jakość życia w aspekcie ekonomicznym. Zaburzeniom ulegają potrzeby fizjologiczne, seksualne. Stomia zakłóca sen, odpoczynek, zmienia formę spędzania czasu wolnego, powoduje: niezadowolenie, stres, smutek, depresję, złość, agresję, obawy i wątpliwości, z którymi chory nie potrafi sobie poradzić. Dlatego istotna jest kompleksowa rehabilitacja, uwzględniająca readaptację społeczną i psychologiczną. Warunkiem umożliwiającym zaspokojenie podstawowych potrzeb życiowych osób ze stomią jest adaptacja do nowej sytuacji, wymagająca wiedzy i sprawności w pielęgnacji stomii oraz radzeniu sobie z emocjami [15].

Wyniki badań Woźniak i Postusznej-Owczar opublikowane w artykule *Jakość życia pacjentów z wylonioną stomią jelitową* świadczą o tym, że gdy dochodzi do zderzenia człowieka z chorobą, pojawiają się różne stany emocjonalne i niechęć do uczestnictwa w społeczeństwie. Wielu pacjentów określa wylonienie stomii jako sytuację krytyczną i dramatyczne wydarzenie życiowe. Stomia upośledza i wprowadza chaos w niezmacone dotąd niczym życie. Pozbawienie chorego funkcji wydalniczej organizmu stwarza uraz psychiczny. Pacjenci stronią od kontaktów seksualnych i często popadają w konflikty w rodzinie. W pierwszej

fazie przystosowania pacjenci zostają objęci opieką psychologiczną, która ma za zadanie przywrócić choremu stan równowagi psychicznej. Polega on na zaakceptowaniu swojego wyglądu, zachowań i konsekwencji choroby. Najczęstszą przyczyną ucieczki od społeczeństwa jest brak poczucia własnej skuteczności. Problemem staje się zaburzony obraz własnej osoby. Dominują zachowania depresyjne i niechęć do kontaktów z innymi. Lęk i przygnębienie, które przeważają w przeżyciach pacjentów z wylonioną stomią, mają wpływ na doświadczanie choroby nowotworowej. Zachowania te są reakcją na nagłą wiadomość o chorobie, możliwe rokowania i perspektywy leczenia. Przeżywanie silnych, często skrajnych emocji ma wpływ na proces zdrowienia, a co za tym idzie powrót do normalnego życia. Wsparcie oferowane przez społeczeństwo, czyli rodzinę, personel medyczny, rehabilitantów, jest bodźcem do zdrowienia i lepszego zrozumienia swojego stanu zdrowia. Umożliwia choremu zrozumienie sensu choroby i stworzenie z niej pewnej wartości. Zaangażowanie chorego w plan opieki, nauczanie samoopieki i samopielęgnacji budują w pacjencie pozytywny obraz własnej osoby. Nie bez znaczenia dla powrotu do dobrego funkcjonowania w społeczeństwie jest jakość opieki pielęgniarskiej [18].

■ Znaczenie edukacji w przygotowaniu pacjenta do samoopieki

Fernandes-Sousa i Brito-Santos w publikacji *Effect of a Stoma Nursing Care Program on the adjustment of patients with an ostomy* przedstawiły wpływ planowanej opieki pielęgniarskiej na przystosowanie do zmienionej chorobowo rzeczywistości pacjentów z wylonioną stomią. Według autorek stomia stanowi dla dynamiki codziennego życia potencjalne zagrożenie, które wyraża się brakiem równowagi emocjonalnej, fizycznej i społecznej. Dlatego jednostki muszą nauczyć się innego sposobu życia, przystosować się do zmienionego ciała. Brak równowagi emocjonalnej, fizycznej i społecznej generuje reakcje, które odzwierciedlają różne sposoby radzenia sobie z nowym stanem, co oznacza nabycie nowych umiejętności dostosowania się do zmiany. Jednak fakt, że wylonienie stomii pozwala kontrolować chorobę zasadniczą i umożliwia dalsze życie, może ułatwić akceptację i przystosowanie psychospołeczne pacjenta [10]. Recalla i wsp. potwierdzają, że świadczenie specjalistycznej opieki stomijnej rozpoczyna się przed zabiegiem i trwa przez cały okres pooperacyjny i rehabilitacyjny oraz przez całe życie pacjenta ze stomią [17].

Zawidzka i Piernikowska dowodzą:

W ochronie zdrowia edukacja zdrowotna należy do działań obligatoryjnych, zarówno w odniesieniu do zadań zawodowych wykonywanych przez lekarza, pielęgniarkę, dietetyka, fizjoterapeutę oraz każdego innego członka wchodzącego w skład zespołu terapeutycznego, który zajmuje się pacjentem, a także jego rodziną. Edukacja zdrowotna pacjenta przewlekłe chorego jest częścią składową postępowania terapeutycznego i powinna być obecna na każdym etapie leczenia. Umożliwia to pacjentowi podejmowanie świadomych decyzji dotyczących własnego zdrowia, zachęca do wykorzystywania posiadanej wiedzy oraz do dbania o własne zdrowie. Edukacja zdrowotna jest nieodłącznym elementem opieki pielęgniarskiej realizo-

wanej wobec pacjenta. To proces, którego idea jest odpowiednie przygotowanie chorego do współdziałania w procesie pielęgnowania, leczenia, rehabilitacji, a także do świadczenia opieki nieprofesjonalnej. Stanowi zatem nieodłączny element przygotowania do samoopieki i samopielęgnacji. Pielęgniarki, które realizują edukację zdrowotną, koncentrują swoje działania na kształtowaniu indywidualnych zachowań zdrowotnych człowieka zdrowego, zagrożonego chorobą czy wreszcie chorego [19].

W Polsce w praktyce pielęgniarskiej istotne znaczenie ma model opieki nad chorym ze stomią, regulujący zastosowanie różnorodnych procedur i instrukcji postępowania, np. w obszarze edukacji, w wyznaczeniu miejsca przyszłej stomii, wyposażeniu chorego w sprzęt stomijny. Zaangażowanie w proces leczniczo-pielęgnacyjny całego zespołu terapeutycznego, pacjenta ze stomią i najbliższych osób, z którymi pozostaje on w relacjach rodzinnych i społecznych, zwiększa prawdopodobieństwo osiągnięcia wysokiego poziomu jakości życia ze stomią. Chory bez specjalistycznej opieki pielęgniarskiej nie potrafi uporać się w życiu codziennym z przeobrażeniami następującymi po zabiegu wylonienia stomii. Jednym z wielu problemów jest zmiana sposobu wydalania stolca czy też utrata kontroli nad wydalaniem gazów. Wymagane tu będzie poznanie i wypracowanie nowych nawyków higienicznych oraz opanowanie asortymentu zabezpieczającego stomię. Według Cierzniańskiej i wsp. celem opieki pielęgniarskiej jest określenie obszarów deficytu w samoopiece u chorych ze stomią i wprowadzenie wielokierunkowych działań specjalistycznych. Działania te powinny zmierzać do wyeliminowania wszelkich czynników zaburzających proces zdrowienia, aby świadczona opieka mogła być sprawowana na możliwie najwyższym poziomie. Głównymi celami opieki nad osobą ze stomią jelitową w polskim pielęgniarstwie są: poprawa jakości życia pacjentów, skrócenie czasu ich pobytu w szpitalu, zmniejszenie liczby powikłań pooperacyjnych, eliminacja dodatkowych operacji i przyjęć do szpitala, ograniczenie zużycia i lepsze wykorzystanie przez pacjentów sprzętu stomijnego [4].

Lewandowska i wsp. twierdzą, że obecność stomii jelitowej nie musi oznaczać ograniczeń lub całkowitej zmiany trybu życia. Uczenie się życia ze stomią zabiera pacjentom wiele miesięcy; muszą oni dać sobie czas na oswojenie się z nową sytuacją i dobrać odpowiedni sprzęt. Ważne jest, aby stopniowo zwiększać ich samodzielność w tym zakresie. Wylonienie stomii wiąże się ze skróceniem przewodu pokarmowego, czyli drogi trawienia pokarmów. Dlatego też należy stosować się do zasad prawidłowego żywienia, co przyczyni się do zmniejszenia niedogodności oraz pozwoli na normalne funkcjonowanie w codziennym życiu. Za pomocą odpowiednich modyfikacji żywieniowych można skutecznie zapobiegać lub łagodzić dyskomfort i dolegliwości związane z wylonioną stomią. Najczęstszymi uciążliwymi dla chorych dolegliwościami są: uporczywe biegunki, zaparcia, wzdęcia i bóle brzucha, nadmierna produkcja gazów, często o nieprzyjemnym zapachu, a także głośnie przelewanie treści jelit. Właściwie zbilansowane oraz indywidualnie dopasowane (do potrzeb chorego i rodzaju wylonionej stomii) żywienie wpływa na poprawę i utrzymanie prawidłowego odżywienia. Pacjenci z kolostomią powinni uwzględnić w swojej diecie produkty bogate w błonnik, pić większe ilości wody

i ograniczyć spożywanie soli. Osoby z ileostomią, ze względu na półpłynny i płynny stolec, a w związku z tym narażone na utratę wody i soli mineralnych, powinny spożywać więcej soli oraz pić dużo wody.

Przygotowanie chorego do samoopieki obejmuje:

- Ocenę jego możliwości w zakresie sprawowania samoopieki z uwzględnieniem: wieku, zainteresowania swoim stanem zdrowia, sprawności zmysłów (słuch, wzrok), nastawienia do stomii, chęci współpracy z zespołem lekarsko-pielęgniarskim, zasobu wiedzy i umiejętności, zaufania do lekarza i pielęgniarki, stanu somatycznego i psychicznego.
- Ustalenie planu opieki z uwzględnieniem: możliwości psychofizycznych chorego, zasad nauczania, kontroli i oceny.
- Uzupelnienie wiedzy chorego w zakresie: oceny funkcjonowania stomii (kolor, kształt, wielkość) i możliwych kłopotów (krwawienia, biegunka, zaparcia), doboru sprzętu, zasad refundacji sprzętu, zasad w codziennym funkcjonowaniu ze stomią (dieta, samokontrola, kontrola lekarska), możliwości uzyskania pomocy (poradnie, grupy wsparcia).
- Opanowanie umiejętności chorego w zakresie: pielęgnacji stomii, dobór i zmiana sprzętu, samokontroli funkcjonowania przewodu pokarmowego, oceny stomii (kolor, wielkość, wydzielina), wykonywania ćwiczeń wzmacniających mięśnie brzucha, irygacji (u osób z kolostomią) [13].

Według Jankowskiej-Puzio okres adaptacji chorego ze stomią może być różny pod względem długości, gdyż zależy od stanu psychicznego oraz fizycznego danego pacjenta. Ludzie po tego rodzaju operacji gorzej oceniają swoją atrakcyjność społeczną, własne możliwości intelektualne, zawodowe i funkcjonowanie w wielu sferach życia. W pielęgnowaniu pacjentów ze stomią należy również zapobiegać przykreemu zapachowi i dbać o zmniejszenie ilości oddawanych gazów. Zmiany w sposobie odżywiania są skutecznym sposobem zwalczania wytwarzanych w nadmiarze głośnych gazów i związanych z nimi nieprzyjemnych zapachów. Osoby z wyłonioną kolostomią mogą stosować woreczki zaopatrzone w filtr węglowy oraz środki likwidujące przykry zapach. Głośne odchodzenie gazów tłumią papierowe filtry. Można też włożyć do stomii około 20-centymetrowy pasek gazy natłuszczony wazeliną. Ważne jest, aby pamiętać, że obecność gazów w przewodzie pokarmowym może być spowodowana połykaniem powietrza podczas jedzenia. Wolniejsze spożywanie posiłków oraz dokładne ich pogryzienie pozwalają uniknąć problemów z głośnym oddawaniem gazów i przykrym zapachem. Nadmiar gazów o nieprzyjemnym zapachu powstaje w jelicie grubym wskutek bakteryjnej fermentacji składników niektórych produktów, których należy się wystrzegać. Przejściowy przykry zapach stolca i gazów może wytworzyć się w trakcie przyjmowania antybiotyków, preparatów żelaza oraz wielu leków ziołowych. Problem ten ustępuje po zakończonym leczeniu za pomocą danych preparatów [11].

Fierasiewicz w publikacji firmy Coloplast *Jak rozmawiać z pacjentem przed i po wyłonieniu stomii* dowodzi, że:

[...] przygotowanie pacjenta ze stomią do samoopieki jest kluczowym zadaniem pielęgniarki. Jej rola w edukacji pacjenta, u którego planowane jest wylonienie stomii, rozpoczyna się zasadniczo jeszcze przed zabiegiem operacyjnym. Możliwość rozmowy i poznania pacjenta przed operacją daje możliwość wyjaśnienia wielu zagadnień związanych z posiadaniem stomii, jej pielęgnacją, a przez to oswojenia się ze zbliżającą się zmianą w życiu chorego. Pacjent, który pozyska więcej informacji na temat życia ze stomią jeszcze przed zabiegiem, czuje się pewniej w okresie pooperacyjnym i nie obserwujemy u niego tak silnego efektu zaskoczenia i rozczarowania. Sytuacja taka, niewątpliwie bardzo korzystna dla pacjenta, możliwa jest jednak tylko w przypadku planowych zabiegów wylonienia stomii. Wylonienie przetoki jelitowej jest przeżyciem traumatycznym niezależnie od wieku i płci pacjenta poddawanemu temu zabiegowi. Wiąże się z szeregiem problemów zarówno pielęgnacyjnych, ale i tych pozostających w sferze psychospołecznej. [...] Praca z pacjentem zarówno przed, jak i po wylonieniu stomii wymaga indywidualnego podejścia. Nie ma gotowego schematu rozmowy, gdyż każdy pacjent jest inny i oczekuje w pierwszej styczności z sytuacją, z jaką przyszło mu się zmierzyć czegoś innego. Zapewnienie odpowiednich warunków jest podstawą do zdobycia zaufania, które rodzi fundamenty do zaakceptowania przez pacjenta faktu posiadania stomii. Umiejętność rozmowy, poznanie sytuacji, w jakiej chory znajduje się obecnie, a także jak funkcjonował przed zabiegiem chirurgicznym bardzo pomaga w zbudowaniu relacji umożliwiającej dalszy proces adaptacyjny chorego. Jednym z kluczowych elementów pomocy pacjentowi i jego rodzinie w komunikowaniu się między sobą jest właściwa opieka personelu pielęgniarskiego [9].

Edukacja chorego dotycząca prawidłowej pielęgnacji stomii niejednokrotnie stanowi fundamentalny element przygotowujący go do dalszego funkcjonowania w zakresie psychospołecznym oraz umożliwia jego powrót do aktywnego trybu życia.

W zależności od możliwości adaptacyjnych i stanu psychicznego pacjenta przekazujemy oraz nauczamy zasad prawidłowego postępowania pielęgnacyjnego. Należy pamiętać, że zarówno fakt zaistniałej choroby, jak i konieczność wylonienia stomii są czynnikami niezwykle obciążającym, dlatego informacje dotyczące dalszego życia ze stomią przekazujemy stopniowo. Nadmiar zarówno treści informacyjnych, jak i czynności może być negatywnie odebrany przez chorego, a nawet wywołać niepotrzebny strach. Stopniowe oswojanie pacjenta zapewnia adaptację do zmienionej z powodu wylonienia stomii sytuacji, a także pozwala na wcześniejszy powrót do aktywności [9].

Skuteczność działań edukacyjnych personelu pielęgniarskiego zależy m.in. od prawidłowo postawionej diagnozy dotyczącej deficytów wiedzy, motywacji i gotowości do współpracy pacjenta z wylonioną stomią. Ważnym elementem w procesie uczenia jest ocena zakresu i możliwości chorego do podjęcia samoopieki, co może wpłynąć na poprawę jego jakości życia.

Jakość opieki pielęgniarskiej w odniesieniu do pacjenta ze stomią jest obecnie na coraz wyższym poziomie, zapewniając kompleksowość działań zarówno w trakcie pobytu na oddziale, jak i w okresie po wyjściu ze szpitala, co przekłada się pozytywnie na jakość życia pacjentów ze stomią. Pielęgniarka stomijna jest przygotowana

do edukacyjnej roli zarówno od strony pielęgnacyjnej, zaopatrzenia stomijnego, jak również posiada niezbędną wiedzę z zakresu psychologii i psychoterapii, tak by kompleksowo sprawować opiekę nad pacjentem z wyłonią stomią [9].

Çulha, Köşgeroğlu i Bolluk twierdzą, że samoopieka definiowana jako wykonywanie niezbędnych czynności, które są podstawowymi potrzebami jednostki, jest ważną częścią adaptacji pacjentów do stomii. Edukacja odgrywa istotną rolę w rozwoju samoopieki, a ponadto pacjenci potrzebują wiedzy na temat funkcjonowania po operacji wyłonięcia stomii. W Turcji z powodu braku pielęgniarek stomijnych cały obowiązek związany z edukacją należy do pielęgniarek zatrudnionych w szpitalu. Muszą one przekazać całościową wiedzę dotyczącą pielęgnacji stomii, organizować szkolenia, rozdysponować materiały szkoleniowe, wskazywać instytucje wsparcia [6]. Chrobak dowodzi, że personel pielęgniarski odgrywa znaczącą rolę w procesie profesjonalnej pielęgnacji pacjentów ze stomią jelitową. Pierwszym ważnym etapem dla chorego z wyłonią stomią jest zgoda na sztuczny odbyt. W tym czasie pielęgniarka wspiera pacjenta i jego rodzinę, udzielając jednocześnie wskazówek i porad, co ma kluczowe znaczenie dla sfery poznawczej, motywacyjnej i informacyjnej pacjenta. Pomaga mu zaakceptować swoje ciało po zmianach, z nietypowym miejscem wydalania stolca. Ten etap uzyskania informacji jest dla pacjenta początkiem nauki dbania o stomię. Nauki, która jest koniecznością, jeśli chory pragnie kontynuować aktywną karierę zawodową, spełniać się w życiu rodzinnym i towarzyskim. Pacjent otrzymuje informacje o pielęgnacji stomii i użytkowaniu sprzętu stomijnego. Personel pielęgniarski zapewnia pacjentowi niezbędną wiedzę na temat odpowiedniego stylu życia, diety, poradni, grup wsparcia, refundacji sprzętu stomijnego oraz sposobów zapobiegania wzdęciom. Bardzo ważne jest zaangażowanie całej rodziny pacjenta w proces edukacyjny. Powrót do zdrowia ściśle zależy od jakości informacji, które otrzyma pacjent i jego rodzina. Wiedza jest podstawowym warunkiem utrzymania zadowalającego poziomu sprawności, samodzielności i umiejętności radzenia sobie z problemami spowodowanymi stomią. Ma również bezpośredni wpływ na standard życia pacjenta [5].

Celem badań Danielsena i Rosenberga było zbadanie wpływu zorganizowanego programu edukacji pacjentów na jakość życia związaną ze zdrowiem. Autorzy wykazali, że działania edukacyjne ukierunkowane na poszerzenie wiedzy i skoncentrowanie się na potrzebach psychospołecznych pacjentów mogą prowadzić do poprawy jakości ich życia w związku ze stanem zdrowia. Kiedy chorzy ze stomią uczestniczą w zorganizowanym programie edukacji pacjentów, można polepszyć jakość ich życia związaną ze stanem zdrowia w porównaniu z pacjentami ze stomią, którzy nie biorą udziału w programie [7].

Edukacja pacjentów ze stomią przyniosła znaczną poprawę takich aspektów jak: zmniejszenie bólu fizycznego i ograniczenie częstości powikłań. Zorganizowana edukacja pacjenta ukierunkowana na jego potrzeby psychospołeczne wydaje się mieć pozytywny wpływ na jakość życia, a także na koszty środków niezbędnych do zaopatrzenia i pielęgnacji stomii. Zabiegi mogą być wykonywane przed pobytem w szpitalu, w jego trakcie lub po nim. Dostępne dane pochodzą z kilku badań,

w których stwierdzono różnice w interwencjach i projektach badań, dlatego potrzebne są dalsze analizy, zanim będzie można wyciągnąć ostateczne wnioski [7].

Pielęgniarstwo zaawansowanej praktyki (APN), które powstało w odpowiedzi na potrzeby populacji, wykracza poza tradycyjne granice zawodu pielęgniarki. Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) zdefiniowała APN jako grupę dyplomowanych pielęgniarek posiadających eksperckie podstawy wiedzy, złożone umiejętności podejmowania decyzji oraz kompetencje kliniczne dla rozszerzonej praktyki. Działania pielęgniarek stomijnych, wizyty kontrolne, a także długoterminowa edukacja mają zasadnicze znaczenie w przygotowaniu pacjentów z wylonioną stomią do życia [12]. W Wielkiej Brytanii funkcjonuje około 100 tys. osób z wylonioną stomią. Radzenie sobie ze stomią jest trudne fizycznie i emocjonalnie. Istnieje wiele sposobów uczenia się, jak normalnie żyć ze stomią. Bardzo ważna jest pomoc rodziny, personelu medycznego oraz opieka duchowa. Dowiedziono, że dobra sieć wsparcia społecznego może zaowocować pozytywnym mechanizmem radzenia sobie u osób ze świeżo utworzoną stomią. Wykazano, że trudności z przyjęciem stomii spowalniają proces adaptacji. Według Burch pracownicy służby zdrowia zapewniają pacjentowi szerokie wsparcie, aby pomóc mu w pogodzeniu się z nowo powstałą stomią, m.in. udzielają porad telefonicznych, dają wskazówki w poradniach, organizują tzw. dni otwarte. Opieka personelu medycznego obejmuje szkolenie w zakresie praktycznych aspektów stomii, wzmocnienia poczucia własnej skuteczności u osób ze stomią oraz udzielanie pomocy w sytuacji pojawienia się problemów. Proces adaptacji trwa wiele miesięcy lub dłużej, ale przy zastosowaniu rozmaitych środków wsparcia ludzie ze stomią mogą mieć dobrą jakość życia [3].

W badaniu Szymańskiej-Pomorskiej i wsp. ankietowani uważają, że edukacja zdrowotna jest ważnym, wspomagającym elementem działań naprawczych, zapobiegania chorobom, promocji zdrowia. Badani pacjenci uznali, że informacje przekazywane przez pielęgniarkę na temat dalszego postępowania po zabiegu chirurgicznym powinny przede wszystkim odnosić się do zasad diety oraz metod radzenia sobie z przykrym zapachem i głośnym oddawaniem gazów. Ankietowani chcieli również, aby pielęgniarka udzieliła im wskazówek dotyczących możliwości dalszej pracy zawodowej, podróżowania, a ponadto omówiła zalecaną i niedozwoloną aktywność fizyczną. Jeśli chodzi o sposób udzielania informacji, to zdecydowana większość respondentów wolała, aby to pielęgniarka decydowała, kiedy przekazywać im ważne wiadomości o chorobie oraz stomii i jej pielęgnowaniu. Uważali, że pielęgniarka lepiej wie, kiedy i jakie informacje ma im przekazać. Innego zdania było ponad 2% chorych, którzy chcą samodzielnie o tym decydować. Twierdzili, że pielęgniarka powinna przekazywać im informacje dotyczące choroby wtedy, gdy ją o to poproszą [16].

■ Podsumowanie

Pacjenci, którzy posiadają wiedzę teoretyczną na temat swojej choroby, znają przyczyny wyłonienia stomii, potrafią wymienić zasady jej pielęgnacji. Brakuje im natomiast praktycznych umiejętności pielęgnowania stomii. Spodziewają się, że personel pielęgniarski zapozna ich z zasadami diety, sposobami radzenia sobie z przykrym zapachem i głośnym oddawaniem gazów. Oprócz tego potrzebują informacji o możliwościach podróży, podjęcia dalszej pracy zawodowej oraz aktywności fizycznej. Chorzy oczekują od personelu pielęgniarskiego nauki pielęgnacji stomii, wsparcia psychicznego, a także życzliwości i troskliwości. Większość chorych liczy na to, że pielęgniarka przejmie inicjatywę i sama zdecyduje, kiedy i jakie wiadomości powinna im przekazać. Pacjenci chcą również, żeby robiła to w sposób indywidualny dla każdego z nich. Informacji na temat swojej choroby i postępów jej leczenia oczekują od lekarza specjalisty (tego, który wykonał operację). Ważne są dla nich ponadto opinie i doświadczenia osób mających stomię na temat doboru sprzętu stomijnego [16].

■ Wnioski

1. Duża liczba dostępnych badań na temat edukacji pacjentów ze stomią świadczy o znaczeniu problemu.
2. Istnieje stała potrzeba rozwoju praktyk pielęgniarek stomijnych we wszystkich krajach ze względu na olbrzymią liczbę pacjentów z wyłonioną stomią.

Bibliografia

1. Ambe P.C., Kurz N.R., Nitschke C., Odeh S.F., Möslin G., Zirngibl H.: Intestinal ostomy – classification, indications, ostomy care and complication management, *Deutsches Ärzteblatt International*, 2018; 115(11): 182–187. DOI: 10.3238/arztebl.2018.0182
2. Bączek G., Głowska A., Kozłowska K.A., Niewiadomska E.: Ocena stopnia samodzielności chorych z przetoką jelitową, *Pielęgniarstwo Polskie*, 2016; 3(61): 360–366. DOI: 10.20883/pielpol.2016.32
3. Burch J.: Optimal support systems for patients with stomas – an opinion piece, *Nursing: Research and Reviews*, 2014; 4: 55–64. DOI: 10.2147/NRR.S36676
4. Cierzniałowska K., Szewczyk M.T., Banaszkiewicz Z., Jawień A.: Profesjonalna opieka nad osobą ze stomią w Polsce, *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 2010; 4(2): 35–39.
5. Chrobak A.: Pielęgniarka jako edukator pacjentów z wyłonioną stomią jelitową, *Polski Merkuriusz Lekarski*, 2009; 26(155): 579–581.
6. Çulha İ., Köşgeroğlu N., Bolluk O.: Effectiveness of self-care education on patients with stomas, *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 2016; 5(2): 70–76. DOI: 10.9790/1959-05217076

7. Danielsen A.K., Rosenberg J.: Health related quality of life may increase when patients with a stoma attend patient education – a case-control study, *PLoS One*, 2014; 9(3): 90354. DOI: 10.1371/journal.pone.0090354
8. Danielsen A.K., Burcharth J., Rosenberg J.: Patient education has a positive effect in patients with a stoma: a systematic review, *Colorectal Disease*, 2013; 15(6): 276–283. DOI: 10.1111/codi.12197
9. Fierasiewicz A.: Jak rozmawiać z pacjentem przed i po wylonieniu stomii, *Coloplast*, 2020. https://www.coloplast.pl/Global/Poland/OC/Landing%20Page%20Professional/Dzielny%20si%C4%99%20wi%C4%99dz%C4%85/Artyku%C5%82y/Anna_Fierasiewicz_Jak%20rozmawia%C4%87%20z%20pacjentem%20przed%20i%20po.pdf [dostęp: 19.05.2021].
10. Fernandes-Sousa C.P., Brito-Santos C.S.: Effect of a Stoma Nursing Care Program on the adjustment of patients with an ostomy, *Aquichan*, 2020; 20(1): 1–13. DOI: 10.5294/aqui.2020.20.1.4
11. Jankowska-Puzio L.: Stomia jelitowa u pacjentów 65 plus w kontekście problemów pielęgnacyjnych, *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej*, 2019; 4(2): 74–84. DOI: 10.19251/pwod/2019.2(6)
12. Montesinos Gálvez A.C., Jódar Sánchez F., Alcántara Moreno C. i wsp.: Value-based healthcare in ostomies, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020; 17(16): 5879. DOI: 10.3390/ijerph17165879
13. Lewandowska I., Kowalik J., Kopański Z., Skura-Madziąła A., Furmanik F.: Opieka nad pacjentem ze stomią jelitową, *Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue*, 2011; 2: 9–13.
14. Pachocka L., Urbanik A.: Stomia jelitowa – epidemiologia, rys historyczny, zasady wyłaniania i rodzaje stomii jelitowych, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2014; 95(3): 586–590.
15. Piaszczyk D.L., Schabowski J.: Problemy medyczne i społeczne pacjentów ze stomią należących do POL-ILKO, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2014; 20(4): 384–389.
16. Szymańska-Pomorska G., Felińczak A., Misiak K., Kuriata-Kowalska K., Śliwińska M., Pytel A.: Wybrane aspekty jakości życia pacjentów po wylonieniu kolostomii, *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2015; 5(1): 25–31.
17. Recalla S., English K., Nazarali R., Mayo S., Miller D., Gray M.: Ostomy care and management: a systematic review, *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 2013; 40(5): 489–500. DOI: 10.1097/WON.0b013e3182a219a1
18. Woźniak M., Posłuszna-Owczar M.: Jakość życia pacjentów z wylonioną stomią jelitową, *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej*, 2018; 3(2): 40–50. DOI: 10.19251/pwod/2018.2(4)
19. Zawadzka M., Piernikowska A.: Przygotowanie pacjenta przewlekle chorego do samoopieki jako efekt skutecznej edukacji zdrowotnej prowadzonej przez pielęgniarkę, *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*, 2019; 2(4): 30–52. DOI: 10.21784/lwP.2019.008

6. Elementy etyki w ratownictwie medycznym na przykładzie ratownika górskiego

Elements of ethics in medical rescue on the example of a mountain rescuer

Jacek Marian Hołub

Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu
Institute of Health Protection, The Bronisław Markiewicz State Higher School of Technology and Economics
in Jarosław

<https://orcid.org/0000-0002-1437-2337>

■ Abstrakt

Wstęp: Ratownicy górscy, zwani popularnie „goprowcami” bądź „ludźmi spod znaku niebieskiego krzyża”, to specyficzna grupa osób o różnych zainteresowaniach i zawodach, mężczyzn i kobiet, których pasją jest chęć niesienia bezinteresownej pomocy turystom w terenie górskim. To oni, z pobudek humanitarnych, spieszą na ratunek indywidualnie lub w zorganizowanych, specjalistycznych zespołach, nierzadko przy ekstremalnej pogodzie w dzień czy w nocy. Rola przyrzeczenia ratowniczego, moralny obowiązek pomocy i zbiór zasad etycznych kreują cichych bohaterów gotowych pomagać ofiarom wypadków w górach.

Cel pracy: Ukazanie ważnych elementów etycznych w ratownictwie medycznym na przykładzie działalności ratownika górskiego.

Materiał i metody: Przeanalizowano zagadnienia związane z historią Górniczego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego i Tatrzańskiego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego oraz zwrócono uwagę na aspekty etyczne pracy ratowników górskich. Posłużono się również własnymi doświadczeniami ze służby. Autor niniejszego opracowania jest bowiem ratownikiem GOPR Grupy Bieszczadzkiej z długoletnim stażem w niesieniu pomocy i ratowaniu życia ludzkiego w górach.

Wnioski: Etyka stanowi ważny element w pracy ratownika górskiego. Ratownik musi często podejmować trudne decyzje, zgodne z przepisami prawa i własnym sumieniem. Powinien zawsze z szacunkiem i otwartością odnosić się do osoby, której udziela pomocy, bez względu na jej płeć, pochodzenie, przekonania czy kolor skóry. Zdobyte przez ratownika doświadczenia uczą pokory wobec gór i kruchości ludzkiego życia.

Słowa kluczowe: ratownik górski, etyka ratownika górskiego, niesienie pomocy, Górskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (GOPR).

■ Abstract

Introduction: Mountain rescuers, popularly known as ‘goprowcy’ or ‘people from under the sign of the blue cross’, are a specific group of people, of different interests and professions, men and women, whose main passion, is the desire to

provide selfless help to people in mountain terrain. It is them who, for humanitarian reasons, rush to rescue people individually or in specialized teams, often in extreme weather conditions, day or night. The motto of the rescue oath, the moral obligation to help and a set of ethical principles create quiet heroes ready to help victims of mountain accidents.

The aim of the study: The purpose of this paper is to demonstrate the important ethical elements in emergency medical services using the mountain rescuer activity as an example.

Material and methods: Development of the material for the article is a collection of analyzed issues related to the history of mountain rescue GOPR/TOPR including bringing selfless help and ethical conditions of rescuers and author's own experience as a rescuer of GOPR Bieszczady Group with many years of experience in bringing help and saving human life in the mountains.

Conclusions: An important ethical element is the effect of the mountain rescuer's education in performing professional medical rescue activities and tolerance, respect and openness towards the rescued person, regardless of their gender, origin, social status, belief or skin color. Acquired experience by rescuer teaches humility in the face of the power of the mountains, as well as humility in the face of the fragility of human life knowing that on his actions depends the health and life of human.

Keywords: mountain rescuer, mountain rescuer ethics, helping, Mountain Volunteer Rescue Service (GOPR).

■ Wstęp

W kręgu kultur europejskich niesienie pomocy drugiemu człowiekowi jest związane z nakazem moralnym lub wyznawaną religią. Prezentowana na kartach Pisma Świętego, w Ewangelii św. Łukasza (10, 30–37) scena z miłosiernym Samarytanielem pokazuje bardzo prosty gest bezinteresownej pomocy drugiemu człowiekowi [1]. Warto zadać pytanie: czy każdy, bez względu na wyznanie bądź narodowość, jest zdolny do tak moralnego zachowania się w imię miłości do nieznanego sobie bliźniego?

We współczesnym ratownictwie gest miłosierny integralnie wiąże się z niesieniem pomocy, której udzielają ratownicy należący do organizacji pod nazwą Górskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (GOPR) czy Tatrzańskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (TOPR).

Celem artykułu jest analiza etycznych elementów w pracy ratownika GOPR. Mimo dużej ilości dostępnych prac poświęconych ratownictwu górskiemu, istnieje niewiele pozycji analizujących aspekty etyczne pracy ratownika.

Ogólne publikacje poświęcone ratownikom górskim napisali autorzy, którzy są lub byli wieloletnimi członkami rzeczywistymi GOPR i TOPR. Należą do nich: starszy ratownik GOPR Jan Jarosiński [2], ratownik TOPR Michał Jagiełło [3], członek

wspierający Grupy Bieszczadzkiej GOPR Kazimierz Mrozowicz [4] czy ratownik TOPR Krystyna Sałyga-Dąbkowska [5].

W grupie artykułów odnoszących się do zasad etyki w pracy ratownika górskiego należy wyróżnić tekst Adama Jonaka [6] oraz dwa teksty w czasopiśmie ratowników Grupy Bieszczadzkiej „Echo Połonin” – autorstwa Grzegorza Chudzika [7] i Zbigniewa Kamieńskiego [8].

Niniejszy artykuł podejmuje zagadnienia z zakresu bioetyki, deontologii, humanizmu i zasad etycznych dotyczących pracy ratownika górskiego. Refleksja teoretyczna została wsparta doświadczeniem własnym autora, czynnego ratownika górskiego od 21 czerwca 1985 roku. Przyrzeczenie ratownicze złożył 21 listopada 1987 roku w Załużu. Wziął udział w ponad 50 akcjach i wyprawach ratunkowych oraz przepracował ponad 7 tys. godzin na rzecz GOPR. Za pracę społeczną i kilkuletnią zawodową na rzecz ratownictwa górskiego otrzymał Srebrną i Złotą Odznakę GOPR, odznakę za zasługi dla ratownictwa górskiego, a także Srebrny Krzyż Zasługi.

■ Rys historyczny

Ratownictwo górskie zrodziło się w pierwszej dekadzie XIX wieku z potrzeby humanitarnej pomocy turystom wędrującym po Tatrach. Pierwszą organizacją ratunkową w polskich górach i czwartą tego typu organizacją na świecie było towarzystwo ratunkowe zwane Strażą Ratunkową. Jej założycielami w 1907 roku byli: generał Mariusz Zaruski (1867–1941) oraz kompozytor Mieczysław Karłowicz (1876–1909). Dwa lata później, w 1909 roku, powstało Tatrzańskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (TOPR), które liczyło początkowo 11 osób. Rolę naczelnika pełnił wówczas gen. Zaruski.



Rycina 1. Znak TOPR przyjęty jako symbol górskiej organizacji ratowniczej

Źródło: [16].

Zastępcą naczelnika został ceniony przewodnik tatrzański Klemens Bachle-da (ps. Klimek), który w 1910 roku zginął podczas akcji ratunkowej na stokach Małego Jaworowego, ratując życie Stanisława Szulakiewicza. Śmierć słynnego

przewodnika, niosącego pomoc turyście przy ekstremalnej pogodzie i ekspozycji terenowej, stała się smutnym przykładem ofiarnej pracy ratowników górskich, którzy wychodząc na akcję czy wyprawę poszukiwawczą, podejmują decyzję narażenia własnego życia dla ratowania innego.

W 1952 roku wzrost liczby wypadków w pozostałych pasmach gór w Polsce spowodował powołanie organizacji ogólnopolskiej pod nazwą Górskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (GOPR) z siedzibą w Zakopanem. W skład GOPR wchodzi grupy regionalne: Beskidzka, Bieszczadzka, Jurajska, Karkonoska, Krynicka, Podhalańska i Wałbrzysko-Kłodzka. Członkami tych grup zostały osoby, których celem stała się humanitarna pomoc turystom w górach.



Rycina 2. Ratownik GOPR podczas przyjęcia śmigłowca LPR

Źródło: archiwum prywatne ratownika Jacka Hołuba.

Obecnie w GOPR i TOPR pracę ratownika górskiego wykonuje ponad 1500 członków rzeczywistych, niosących pomoc turystom na obszarze gór polskich oraz w sytuacjach zagrożenia życia poza rejonem działania. Górskie pogotowie współpracuje z: Lotniczym Pogotowiem Ratunkowym, Zespołami Ratownictwa Medycznego Pogotowia Ratunkowego, Strażą Graniczną, Wodnym Ochotniczym Pogotowiem Ratunkowym, Stowarzyszeniem Cywilnych Zespołów Ratowniczych z Psami STORAT, a także Państwową i Ochotniczą Strażą Pożarną.

■ Specyfika działań ratowniczych

Symbolami pogotowia górskiego stały się błękitny krzyż na białym polu i zielona gałązka kosodrzewiny.



Rycina 3. Znak graficzny górskiej organizacji ratowniczej GOPR w Polsce ustanowiony w 1952 roku

Źródło: [17].

Do dzisiaj każdy z ratowników, bez przymusu, składa przyrzeczenie o historycznej treści przed naczelnikiem i całą społecznością ratowników rzeczywistych:

Ja niżej podpisany [...] dobrowolnie przyrzekam pod słowem honoru, że póki zdrowsz będę, na każde wezwanie Naczelnika lub jego zastępcy, bez względu na porę roku, dnia i stan pogody – stawię się w oznaczonym miejscu i godzinie i udam się w góry celem niesienia pomocy ludziom jej potrzebującym. Postanowień regulaminu GOPR będę przestrzegał ściśle, polecenia Naczelnika, kierownika wyprawy będę wykonywał rzetelnie, sumiennie i gorliwie, pamiętając, że od mego postępowania zależy życie i zdrowie ludzkie. W pełnej świadomości przyjętych na siebie trudnych obowiązków i na znak dobrej woli powyższe przyrzeczenie, przez podanie ręki Naczelnikowi potwierdzam [9].



Rycina 4. Ratownicy GOPR składający przyrzeczenie podczas Dnia Ratownika

Źródło: archiwum prywatne ratownika Jacka Hołuba.

Ratownicy górscy organizują akcje i wyprawy ratunkowe do poszkodowanych w wypadkach turystycznych, narciarskich, taternickich, jaskiniowych, pomagają ludności miejscowej podczas klęsk żywiołowych, zabezpieczają imprezy masowe i stoki narciarskie, uczestniczą w akcjach poszukiwawczych poza rejonem działania grup regionalnych oraz prowadzą szeroko zakrojoną akcję profilaktyczną służącą zapobieganiu wypadkom. Dodatkowo transportują w ciężkim terenie górskim do poszkodowanego ratowników zespołów ratownictwa medycznego i lekarzy pogotowia ratunkowego [10].



Rycina 5. Ratownik GPR podczas transportu poszkodowanej do śmigłowca LPR

Źródło: archiwum prywatne ratownika Jacka Hołuba.

Współczesne ratownictwo górskie wymaga od ratowników profesjonalnego zachowania się podczas udzielania pomocy medycznej. Każda sytuacja, w której udaje się uratować życie ludzkie, przynosi satysfakcję osobistą ratownikowi oraz całej organizacji.



Rycina 6. Transport poszkodowanego do szpitala przez strażników Straży Miejskiej, ratownika GOPR i ratowników medycznych Pogotowia Ratunkowego

Źródło: archiwum prywatne ratownika Jacka Hołuba.

Niekiedy pomoc przychodzi zbyt późno, stąd do ratownika górskiego należy transport zwłok. Zwyczajem zapoczątkowanym przez pierwszych ratowników w Tatrach i praktykowanym do dzisiaj w górach polskich jest „pożegnanie” zmarłego zieloną gałązką kosodrzewiny, którą przyczepia się do worka transportowego ze zwłokami.



Rycina 7. Transport zwłok z Połoniny Wetlińskiej

Źródło: archiwum prywatne ratownika Jacka Hołuba.

■ Elementy etyki w służbie ratowniczej

Etyka (stgr. *ēthos* – zwyczaj, obyczaj) to dział filozofii obejmujący badaniem naukowym moralność i tworzenie systemów myślowych [11]. Ważnymi pojęciami dla etyki są: szacunek, tolerancja, uczciwość i miłość do drugiego człowieka, które mają istotny związek z założeniami największych religii monoteistycznych świata oraz grup etnicznych i kulturowych [12]. Człowiek powinien kierować się zasadami etyki w każdej dziedzinie życia, także w pracy zawodowej.

W środowisku ratowników górskich istnieje silna więź międzyludzka. Można ją porównać do napiętej linii asekuracyjnej łączącej dwóch wspinaczy, dającej obojgu potrzebne bezpieczeństwo. Ratownicy na służbie i poza nią przestrzegają niepisanych zasad prestiżu organizacji, których wyznacznikiem stały się przed ponad 100 laty niebieski krzyż i fundamentalne, niezmiennie słowa przyrzeczenia ratowniczego zapisane przez generała Mariusza Zaruskiego w 1909 roku.

Ratownik górski wykonujący swoją pracę powinien cechować się: ofiarnością, zdolnością do poświęceń, profesjonalizmem działania, szeroką wiedzą w różnych dziedzinach, przytomnością umysłu, humanitaryzmem, wrażliwością na cierpienie, odpowiedzialnością za losy ofiary wypadku, racjonalizmem, zdrowym rozsądkiem, spokojem wewnętrznym, odpornością psychiczną, a także opiekuńczym stosunkiem do turystów. Istotnym elementem etycznym współczesnego ratownictwa górskiego, jak przed 100 laty, są niepisane wartości moralne, m.in. chęć bezinteresownego ratowania życia ludzkiego, podporządkowanie organizacyjne, posłuszeństwo przełożonym i starszym kolegom, wzajemne koleżeństwo i szacunek, życzliwość, odpowiedzialność, prawdomówność, rzetelność i odwaga.

Fundamentalny dla członków pogotowia górskiego jest stosunek do historii TOPR i GOPR, w tym do ludzi-legend, symboli bohaterstwa i poświęcenia ratowników, np. Klemensa Bachledy, Eugeniusza Strzebońskiego, Wojciecha Bartkowskiego, Stanisława Byrcyna, Ryszarda Kafla i wielu innych, których ofiarność przyczyniła się do uratowania setek osób. Działania humanitarne i wielkie doświadczenie liderów ratownictwa, zapisane złotymi zgłoskami w historii TOPR i GOPR, kształtują do dnia dzisiejszego charaktery młodych adeptów sztuki ratowniczej.

Migracje ludności z różnych zakątków świata wyznaczają nowe standardy ratownictwa medycznego i indywidualnego, a także etycznego zachowania się ratownika, które przejawia się m.in. w poszanowaniu różnorodności poglądów i kultury osoby ratowanej. Ofiarę wypadku w górach ratownik traktuje osobowo, a nie przedmiotowo, bo każda z nich, oprócz przeżywanego stresu i bólu, posiada własne normy etyczne. Ratownik musi uszanować jej stanowisko oraz powinien być wrażliwy i tolerancyjny [13].

■ Kodeksy etyki zawodowej

W środowisku medycznym zasady etyki, normy etyczne, obyczajowe i prawne zostały zapisane w różnych zbiorach, np. Kodeksie etyki lekarskiej, Kodeksie etyki pielęgniarki i położnej czy Kodeksie etyki zawodowej ratownika medycznego.

Każdy z nich opatrzony jest pięknymi treściami o szacunku wobec osoby ratowanej, przestrzeganiu praw człowieka i pacjenta oraz poszanowaniu godności osobistej i intymności. Kodeksy składają się z wielu rozdziałów, grupujących paragrafy odnoszące się do szlachetnego działania służby medycznej i ratunkowej w stosunku do potrzebujących, bez względu na ich wiek, rasę, wyznanie religijne, narodowość, poglądy, stan majątkowy i inne różnice [14].

W środowisku górskim najwyższą wartością moralną jest dobrowolne ratowanie życia ludzkiego. Do tej pory nie został jednak opracowany Kodeks moralno-etyczny ratowników górskich. Nie wynika to z niechęci kolegów ratowników czy zaniedbania utworzenia takiego tekstu. Ludzie działający pod znakiem niebieskiego krzyża wiedzą, że taki kodeks musiałby także zawierać część o ponoszeniu odpowiedzialności moralnej za niewykonanie nałożonych obowiązków. Każdy z ratowników górskich, powołanych do akcji ratunkowej, nie dopuszcza myśli, by nie uratować ludzkiego życia, do czego zobowiązał się podczas przyrzeczenia ratowniczego.

■ Regulacje prawne

Najwyższe dobro, jakim jest życie ludzkie, znajduje się pod szczególną ochroną państwa, co wyrażają zapisy w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, w artykułach 38. i 68. Kodeks karny (art. 162) nakłada na każdego obywatela społeczeństwa polskiego obowiązek udzielenia pomocy osobie znajdującej się w położeniu, które grozi niebezpieczeństwem utraty życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała.

Prawo dopuszcza możliwość udzielenia pomocy bez narażania siebie bądź innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Dodatkowo prawo nie nakłada obowiązku udzielenia pomocy w sposób bezwzględny, kiedy ratujący naraża się na niebezpieczeństwo utraty życia. Wtedy traci moc zapisu prawnego, a zachodzi poważny problem etyczny oraz wybór „środka zastępczego”.

Kwestie prawne i ich regulację dla ratowników górskich określa Ustawa z dnia 18 sierpnia 2011 roku o bezpieczeństwie i ratownictwie w górach i na zorganizowanych terenach narciarskich (Dz.U. z 2011 r. Nr 208, poz. 1241) [15].

Ważnymi regulacjami prawno-organizacyjnymi są ponadto Statut GOPR z 15 czerwca 2019 roku oraz Regulamin Służby Górskiej.

■ Podsumowanie

Podsumowując niniejsze rozważania, należy stwierdzić, że ratownik górski, wykonujący swoją misję, jest istotnym ogniwiem zintegrowanego systemu ratownictwa medycznego w Polsce. Kilkuletni staż ratownika kandydata w GOPR, bogaty wybór możliwości doskonalenia wiedzy i umiejętności, chęć niesienia pomocy drugiemu człowiekowi prowadzą młodych adeptów ratownictwa do kolejnego progu życia. Jego przekroczenie wyrażają słowa rotacji ratowniczej przysięgi oraz mocny uścisk

ręki ratownika i naczelnika. Ten szlachetny gest to niepisana gwarancja współpracy, by zachować zasady etyki ratowniczej pogotowia górskiego.

■ Wnioski

1. W pracy ratownik górski łączy ze sobą wiedzę teoretyczną na temat czynności ratunkowych i doświadczenie wynikające z praktyki. Jego działalność dotyka także sfery etycznej i moralnej, w tym tolerancji, szacunku i otwartości w stosunku do ratowanej osoby, bez względu na jej płeć, pochodzenie, status społeczny, przekonania czy kolor skóry.
2. Idea niesienia pomocy ofiarom wypadków górskich wynika z potrzeb człowieka. Etyczny koloryt działań ratownika górskiego wynika z charakteru wykonywanej pracy. Oczekiwania społeczne wobec ratownika górskiego są bardzo wysokie. Zawód ten został uznany za szczególnie humanitarny, gdyż dobro ofiary wypadku w górach jest najwyższą wartością dla ratownika górskiego.
3. Doświadczenia zdobyte przez ratownika uczą pokory wobec potęgi gór, a także wobec kruchości życia ludzkiego. Z pewnością nakaz moralny i zdrowy rozsądek kierują pracą ratownika, kiedy działa sam, jednak łatwiej jest mu prowadzić czynności ratunkowe, gdy jest służbowo podporządkowany wyznaczonemu przez naczelnika GOPR kierownikowi akcji bądź wyprawy ratunkowej.
4. Bez względu na okoliczności działań (jednoosobowo czy w grupie) ratownik górski musi zachowywać wypracowane standardy ratownicze, bowiem od jego działania zależą zdrowie i życie ludzkie.

Bibliografia

1. Pismo Święte Nowego Testamentu, Wydawnictwo Ojców Franciszkanów [Franciscan Publishers Pulaski Wisconsin], 1962: 124–125.
2. Jarosiński J.: Błękitny krzyż na połoninach. Monografia Grupy Bieszczadzkiej GOPR 1961–2011, Wydawnictwo Ruthenus Rafał Barski, Krosno 2011.
3. Jagiełło M.: Ludzie niebieskiego krzyża. W: Sygnały z gór. Z dziejów minionych sześćdziesięciu lat działalności Górskiego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego PTTK, Wydawnictwo Sport i Turystyka, Warszawa 1973: 105–155.
4. Mrozowicz K.: Czynniki ludzkie w Górskim Pogotowiu Ratunkowym. Analiza osobowościowych uwarunkowań zachowań organizacyjnych ratowników górskich, Wydawnictwo PWSTE w Jarosławiu, Jarosław 2013: 501.
5. Sałyga-Dąbkowska K.: Gałązka kosodrzewiny. W: Jonak A. (red.): „Na każde wezwanie...”. Pięćdziesiąt lat działalności Górskiego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego 1952–2002, Centralny Ośrodek Turystyki Górskiej PTTK, Oficyna Wydawnicza „Wierchy”, Kraków 2002: 450.

6. Jonak A.: Początki ratownictwa górskiego w Polsce poza Tatrami. W: Jonak A. (red.): „Na każde wezwanie...”. Pięćdziesiąt lat działalności Górskiego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego 1952–2002, Centralny Ośrodek Turystyki Górskiej PTTK, Oficyna Wydawnicza „Wierchy”, Kraków 2002: 313–315.
7. Chudzik G.: Kilka uwag w sprawie kodeksu moralno-etycznego ratowników górskich, *Echo Połonin*, 2003; 14(37): 13–14.
8. Kamiński Z.: O etyce słów kilka, *Echo Połonin*, 2003; 14(37): 9–10.
9. Statut Stowarzyszenia Górskiego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego przyjęty Uchwałą nr 1 Nadzwyczajnego Zjazdu Delegatów GOPR z dnia 15 czerwca 2019 roku w Szczyrku: 3.
10. Hołub J.: Bieszczadzka Grupa GOPR, *Pamiętnik Polskiego Towarzystwa Tatrzańskiego*, 2001; 10: 158–161.
11. Łuków P., Pasierski T.: *Etyka medyczna z elementami filozofii*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014: 41.
12. Kiszka J.: Pacjent odmienny kulturowo w praktyce ratownika medycznego, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2020: 19–34.
13. Ryn Z.J.: Nurty etyczne w ratownictwie górskim, *Studia Humanistyczne Akademii Wychowania Fizycznego w Krakowie*, 2001; 1: 67–72.
14. Hołub J.M.: O tym, co nie zagłosował. W: Marszałek E. (red.): *Drugie wołanie z Połonin. Opowieści bieszczadzkich goprowców*, Wydawnictwo Ruthenus Rafał Barski, Krosno 2016: 95–98.
15. Ustawa z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie i ratownictwie w górach i na zorganizowanych terenach narciarskich (Dz.U. z 2011 r. Nr 208, poz. 1241).
16. <https://topr.pl> [dostęp: 10.01.2023].
17. <https://www.gopr.pl> [dostęp: 10.01.2023].

7. Niewydolność oddechowa w przebiegu SARS-CoV-2 – studium przypadku

Respiratory failure in the course of SARS-CoV-2 – a case study

Katarzyna Tomaszewska^{1, a}, Krystyna Sereda^{1, b}, Janina Zajchowska^{1, c},
Anna Dominik^{1, d}, Patrycja Trojnar^{1, e}

¹ Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna
im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu
Institute of Health Protection, The Bronislaw Markiewicz State Higher School of Technology and Economics
in Jarosław

^a <https://orcid.org/0000-0002-2129-9107>

^b <https://orcid.org/0000-0001-8578-2432>

^c <https://orcid.org/0000-0002-8708-7895>

^d <https://orcid.org/0000-0003-4393-1705>

^e <https://orcid.org/0000-0001-9427-7622>

■ Abstrakt

Wstęp: Odkąd ogłoszono pandemię, koronawirus SARS-CoV-2 ma dramatyczny wpływ na życie i zdrowie ludności na całym świecie. Choroba może mieć różny przebieg: od łagodnych objawów, takich jak: gorączka o niskim stopniu nasilenia, kaszel, złe samopoczucie, nieżyt nosa, ból gardła, aż do niepokojących oznak typu duszność czy trudności w oddychaniu ze zwiększonym wydzielaniem śluzu z dróg oddechowych (tj. plwocinami lub krwiopłuciem), kiedy konieczne jest zastosowanie tlenoterapii bądź wentylacji mechanicznej.

Cel pracy: przedstawienie problemów pielęgnacyjnych pacjenta z niewydolnością oddechową w przebiegu SARS-CoV-2.

Materiał i metody: W pracy została wykorzystana metoda kazuistyczna – studium indywidualnego przypadku pacjenta, u którego w przebiegu zakażenia wirusem SARS-CoV-2 wystąpiła niewydolność oddechowa. Plan opieki został stworzony na podstawie obserwacji pacjenta, wywiadu pielęgniarzkiego, a także analizy dokumentacji medycznej złożonej z historii choroby oraz wyników badań.

Wyniki i wnioski: Osoby chore na COVID-19 powinny być objęte nadzorem medycznym o wyższym poziomie. Głównym celem monitorowania jest kontrolowanie skuteczności leczenia w celu utrzymania odpowiedniej SpO₂ (saturacji), zmniejszenia uczucia duszności i wysiłku oddechowego. Zadania pielęgniarki wobec pacjenta leczonego z powodu zakażenia wirusem SARS-CoV-2 polegają na rozpoznaniu problemów pielęgnacyjnych oraz zaplanowaniu i realizacji konkretnych działań na podstawie indywidualnego procesu pielęgnowania.

Słowa kluczowe: niewydolność oddechowa, SARS-CoV-2, pacjent, wentylacja nieinwazyjna.

■ Abstract

Introduction: Since the pandemic was declared, coronavirus SARS-CoV-2 has had a dramatic impact on the lives and health of populations around the world. The disease can range from mild symptoms such as low-grade fever, cough, malaise, rhinorrhea, and sore throat to alarming signs such as shortness of breath or difficulty breathing, with increased respiratory secretions (i.e., sputum or hemoptysis) in which oxygen therapy or mechanical ventilation is necessary.

The aim of the study: is to present nursing problems of a patient with respiratory failure in the course of SARS-CoV-2.

Material and methods: A case-control method was used in this study – an individual case study of a patient who developed respiratory failure in the course of SARS-CoV-2 virus infection. The plan of care was created on the basis of patient observation, nursing interview and analysis of medical records consisting of medical history and test results.

Results and conclusions: COVID-19 patients should receive an increased level of medical monitoring. The main purpose of monitoring is to control the effectiveness of treatment in order to maintain an adequate SpO₂, reduce the feeling of dyspnea and respiratory effort. The tasks of the nurse to the patient treated for SARS-CoV-2 infection are based on the recognition of nursing problems and on the planning and implementation of specific actions based on the individual nursing process.

Keywords: respiratory failure, SARS-CoV-2, patient, non-invasive ventilation.

■ Wstęp

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) 31 grudnia 2019 roku została oficjalnie powiadomiona przez swoje biuro regionalne o nieznannej chorobie, a już po miesiącu ogłosiła, że nowy koronawirus stanowi zagrożenie dla zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym. W celu zapobieżenia lub ograniczenia rozszerzania się choroby opracowano zalecenia dla wszystkich państw członkowskich WHO i sukcesywnie je wprowadzano. Jednak w ciągu 2,5 miesiąca wirus rozprzestrzenił się na wszystkie kontynenty, powodując zakażenie u ponad 145 tys. osób ze 138 krajów oraz śmierć przeszło 5000 najczęściej chorych (wg stanu na dzień 13 marca 2020 roku). W dniu 11 marca 2020 roku Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła pandemię. Główne ogniska występowania koronawirusa to Azja Południowo-Wschodnia, Europa i Bliski Wschód [10].

Pandemia SARS-CoV-2 to zjawisko, które w sposób dotąd niespotykany testuje zdolność radzenia sobie ludzkości w trudnej sytuacji. Skala globalnego kryzysu zdrowotnego jest nieporównywalna z innymi wydarzeniami, do których doszło w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat. Ostatnią wielką pandemią była grypa zwana hiszpanką. Choroba ta w latach 1918–1919 zabiła około 50 mln ludzi i zakażyła 1/3 ludzkości. Pod koniec 2019 roku niewielu przewidywało, że z pozoru niewinny koronawirus, podobny do poprzedniego, lokalnego w Azji SARS-CoV, wywoła

problem o takiej skali, a Europa będzie jednym z najbardziej dotkniętych regionów świata. W ciągu roku wirus zakażył więcej niż 100 mln ludzi na świecie, z czego ponad 30 mln stanowili mieszkańcy Europy. W Polsce bilans roku 2020 to ponad 1,5 mln chorych i 40 tys. zmarłych z rozpoznaniem zakażeniem SARS-CoV-2 [4]. COVID-19, czyli choroba wywoływana przez SARS-CoV-2, okazała się schorzeniem o złożonej patogenezie i wysokiej śmiertelności nie tylko wśród osób starszych. Wiele przypadków zgonów i ciężkich przebiegów odnotowano u osób młodszych, u których nie występowały choroby współistniejące. Okazało się, że wirus poprzez wykorzystywanie powszechnego białka ACE-2 jako receptora oraz kilku białek jako kofaktorów wiązania (np. TMPRSS2, neuropiliny-1) zakaża liczne komórki organizmu; nie ogranicza się tylko do komórek nabłonkowych górnych i dolnych dróg oddechowych. Powoduje to bogatą symptomatologię choroby, gdzie poza objawami ze strony płuc obserwuje się: zaburzenia węchu i smaku, liczne objawy neurologiczne i psychiatryczne, żołądkowo-jelitowe, dermatologiczne, uszkodzenia wątroby, trzustki, nerek i innych narządów [5]. Ze względu na proces wnikania wirusa SARS-CoV-2 do komórek poprzez receptor ACE2, który w największej liczbie występuje w pneumocytach typu II w tkance płucnej, to właśnie objawy ze strony układu oddechowego są najczęstsze w przebiegu schorzenia. Natomiast patomechanizm wywoływania zapalenia płuc jest bardziej złożony. Uważa się, że o ciężkości przebiegu decyduje nadmierna reakcja układu immunologicznego, która może wywoływać burzę cytokinową. Prowadzi ona do uszkodzenia tkanki płucnej, dysfunkcji śródbłonna i objawów zaburzeń krzepnięcia głównie pod postacią mikrozatorowości płucnej.

Choroba wywołana zakażeniem SARS-CoV-2 może przebiegać bezobjawowo lub łagodnie (brak bądź łagodne zapalenie płuc) w około 80% przypadków, ciężko (z dusznością, niedotlenieniem albo > 50% obszarem zajęтым płuca podczas obrazowania radiologicznego) u około 15% zakażonych oraz krytycznie (z niewydolnością oddechową, wstrząsem czy niewydolnością wielonarządową) w 5% przypadków. Tomografia komputerowa klatki piersiowej u pacjentów z COVID-19 najczęściej wykazuje zmiany typu mlecznej szyby, podobnie jak w innych wirusowych zapaleniach płuc. Zmiany są zwykle obustronne, usytuowane obwodowo z predylekcją do płatów dolnych. Rzadziej opisywano pogrubienie opłucnej, wysięk opłucnowy i limfadenopatię. Warto podkreślić, że nieprawidłowości TK klatki piersiowej stwierdzano również u pacjentów przed wystąpieniem objawów, a nawet przed wykryciem wirusowego RNA z próbek górnych dróg oddechowych. Zespół ostrej niewydolności oddechowej (ARDS) jest poważnym powikłaniem u pacjentów z ciężką postacią choroby i może pojawić się wkrótce po wystąpieniu duszności. Wystąpienie ARDS w przebiegu COVID-19 niekorzystnie wpływa na rokowania. U większości pacjentów, którzy przeżyli ten okres, wykazano lepsze natlenienie i zmniejszające się nacieki zapalne. U części chorych może dojść do fazy fibroproliferacyjnej ARDS. Bywa, że zmianom w obrębie mięszu płuc towarzyszą hipoksemia, zmniejszenie podatności płuc, a nawet postępujące nadciśnienie płucne. Hipoksemia i nacieki w płucach stopniowo poprawiają się w ciągu tygodni

lub miesięcy. W zależności od ciężkości przebiegu COVID-19 zmiany w układzie oddechowym u rekonwalescentów mogą być jednak nieodwracalne [6]. Niewydolność oddechowa wymagająca tlenoterapii pojawia się u około 14% pacjentów z zakażeniem SARS-CoV-2. Występowanie hipoksji powoduje niedotlenienie tkanek i narządów, a także wiąże się z gorszym rokowaniem. Utrzymanie odpowiedniego stężenia tlenu we krwi tętniczej jest jednym z podstawowych celów terapii u chorych zakażonych SARS-CoV-2. Można to osiągnąć za pomocą standardowej tlenoterapii z użyciem masek i cewników tlenowych, tlenoterapii nieinwazyjnej wytwarzającej dodatkowo ciśnienie w drogach oddechowych (np. przy zastosowaniu „hełmu” lub wysokoprężnego cewnika donosowego) oraz wentylacji mechanicznej (przy zastosowaniu respiratora) nieinwazyjnej i inwazyjnej [7]. Uznaje się, że optymalną wartością wysycenia hemoglobiny tlenem (SpO_2), która powinna być utrzymywana, jest 92–96%.

Pierwszym krokiem w leczeniu hipoksemicznej niewydolności oddychania jest tlenoterapia bierna. Może być prowadzona za pomocą: cewnika donosowego, prostej maski tlenowej, maski Venturiego i maski bezzwrotnej. Dobranie odpowiedniej techniki zależy przede wszystkim od skuteczności uzyskania odpowiedniego utlenowania krwi, a w drugiej kolejności – od tolerancji leczenia przez chorego. W przypadku ciężkiej hipoksemii nieodzowne jest stałe monitorowanie parametrów życiowych, w tym przede wszystkim SpO_2 i częstości oddechów. Chorzy ci powinni być umieszczeni w salach o podwyższonym poziomie nadzoru medycznego. Głównym celem monitorowania jest kontrolowanie efektywności leczenia w celu utrzymania odpowiedniej SpO_2 , zmniejszenia uczucia duszności i wysiłku oddechowego. W przypadku braku poprawy w ciągu pierwszych dwóch godzin leczenia należy rozważyć przeniesienie chorego na oddział intensywnej terapii (OIT) ze względu na wysokie ryzyko konieczności intubacji i inwazyjnej wentylacji mechanicznej. Opóźnianie tej formy leczenia może wiązać się z większą śmiertelnością [2]. Wentylację nieinwazyjną należy stosować tylko u wybranych pacjentów z hipoksemiczną niewydolnością oddechową. Pacjenci leczeni HFNOT lub NIV powinni być ściśle monitorowani pod kątem pogorszenia stanu klinicznego. W wytycznych nie zaleca się wykorzystywania NIV w hipoksemicznej niewydolności oddechowej (oprócz kardiogenego obrzęku płuc i pooperacyjnej niewydolności oddechowej) lub pandemicznej chorobie wirusowej (w odniesieniu do badań SARS i pandemicznej grypy). Zagrożenia z nią związane obejmują: opóźnioną intubację, stosowanie dużych objętości oddechowych i szkodliwe ciśnienia płucne. Pacjenci poddani terapii NIV powinni być stale monitorowani i znajdować się pod opieką doświadczonego personelu zdolnego do przeprowadzenia intubacji dotchawiczej, gdy stan chorego gwałtownie się pogorszy lub nie będzie się poprawiał (stan pacjenta powinien polepszyć się w ciągu pierwszej godziny od zastosowania NIV). Pacjenci niestabilni hemodynamicznie z niewydolnością wielonarządową bądź z zaburzeniami stanu psychicznego nie powinni być poddawani NIV – wobec nich należy rozważyć wentylację inwazyjną [9]. Gniadek i wsp. podkreślają rolę personelu pielęgniarskiego w opiece nad chorymi na COVID-19:

Personel pielęgniarski stanowi grupę specjalistów, których działania ukierunkowane są na zapewnienie potrzeb biopsychospołecznych osób chorych, powstałych w wyniku choroby. Czas pandemii niesie ze sobą wiele wyzwań w codziennej praktyce pielęgniarskiej. Ryzyko związane z bezpośrednią pracą przy pacjencie z wirusem COVID-19, obawa przed zakażeniem, nieprzewidywalność zdarzeń, poczucie bezradności, utraty kontroli, obawy wobec wykonywania dotychczasowych obowiązków zawodowych – to tylko kilka elementów, z jakimi pielęgniarki musiały się zmierzyć [...] [5].

■ Opis przypadku

Mężczyzna w wieku 65 lat został przyjęty na oddział pulmonologii z powodu narastania duszności w przebiegu zakażenia SARS-CoV-2. W warunkach domowych występowały spadki saturacji krwi obwodowej poniżej 90% oraz stany gorączkowe do 39,7°C. Infekcję COVID-19 potwierdzono testem PCR 6 listopada 2020 roku. W warunkach domowych stosowano: Ciprofloksacynę, Sumamed, Encorton, Clexane. W trakcie hospitalizacji utrzymywały się stany gorączkowe i niskie wartości saturacji krwi obwodowej (SpO₂ 70%) pomimo stosowania tlenoterapii z użyciem maski z rezerwuarem. Stanowiło to podstawę do zastosowania w leczeniu Remdesiviru oraz nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej. W trakcie leczenia kortykosteroidami systemowymi występowały wysokie poziomy cukru we krwi, wymagające insulinoterapii. W drugim tygodniu terapii choremu podano osocze ozdrowieńca. Po uzyskaniu poprawy w stanie zdrowia i stopniowej stabilizacji saturacji krwi obwodowej, po 12 dniach hospitalizacji pacjent jako ozdrowieniec został wypisany do domu.

Rozpoznanie: śródmiąższowe zapalenie płuc, COVID-19, cukrzyca typu 2

Zastosowane leczenie: Biotrakson, Clacid, Dexaven, Clexane, Lacidofil, Metoclopramide, Veklury, 0,9% NaCl, Pantoprazol, Paracetamol, Pyralgina, tlenoterapia NIV – saturacja 80–90%; 92–94% na 100% O₂ PEEP – 8, PS – 14, 12
Po odłączeniu od respiratora SpO₂ 70%

Badania diagnostyczne:

- Morfologia krwi: RBC: 5,04; HGB: 15,5; HTC: 44,10; MCV: 87,50; MCH: 30,8; MCHC: 35,10; WBC: 9,5; PLT: 215,00
- D-dimery: 1833
- ALAT: 50
- AspAT: 22
- CRP: 160,62 – 48,32 – 3,74
- LDH: 289
- Ferrytyna: 3068,70
- Glukoza: 233
- IL: 6; 2; 7

- Kreatynina: 0,93
- Mocznik: 57,0
- PCT: 0,14
- Jonogram NA 132; K 4,3; CL 96,00
- EKG – rytm zatokowy miarowy 88u/min
- TK klatki piersiowej

Obustronnie obszary zagęszczeń typu matowej szyby. Zmiany zajmują: płat górny prawy do ok. 25–50%, płat górny lewy do ok. 5– 25%, płat środkowy do ok. 5%, płat dolny lewy do ok. 50– 75%, płat dolny prawy do ok. 5–25%.

Ocena biopsychospołeczna

1. Dane ogólne:

- Imię i nazwisko: M. F.
- Wiek: 66 lat

2. Ocena poszczególnych układów:

- układ oddechowy:
 - wentylacja nieinwazyjna (NIV) PEEP – 8, PS–14
 - SpO₂ 70% na 100%, O₂ 80–90%, 92–94%
 - duszność spoczynkowa
- układ krążenia:
 - tętno: 80u/min
 - ciśnienie tętnicze krwi: 130/70 mmHg; 140/86 mmHg
- układ pokarmowy:
 - dieta doustna lekkostrawna, cukrzycowa
- układ moczowy – prawidłowy
- układ nerwowy – prawidłowy
- temperatura ciała: 39,7°C

Proces pielęgowania pacjenta z niewydolnością oddechową w przebiegu zakażenia wirusem SARS-CoV-2

1. Diagnoza pielęgniarska:

Stan zagrożenia życia spowodowany niewydolnością oddechową w przebiegu SARS-CoV-2.

Cel opieki:

- Wczesne wykrycie powikłań świadczących o zagrożeniu życia.
- Niedopuszczenie do zaburzenia wymiany gazowej.
- Zapewnienie bezpieczeństwa.

Plan opieki:

- Stałe monitorowanie liczby oddechów, ich charakteru oraz głębokości.
- Kontrola parametrów życiowych: ciśnienia tętniczego, tętna, temperatury ciała, częstości oddechu, SpO₂.

- Częsta kontrola gazometrii krwi.
- Obserwacja skóry, szczególnie zabarwienia ust i płatków usznych pod kątem wystąpienia sinicy.
- Podawanie leków zgodnie z kartą zleceń lekarskich oraz obserwacja pacjenta pod kątem występowania skutków ubocznych.
- Monitorowanie NIV.
- Zgłaszanie lekarzom każdych zmian w stanie zdrowia pacjenta.
- Zaspokojenie potrzeb pacjenta.

Realizacja działań:

- Ciągła obserwacja liczby oddechów, ich charakteru oraz głębokości.
- Kontrolowano parametry życiowe: ciśnienie tętnicze, tętno, częstość oddechu, temperaturę ciała, SpO₂.
- Często kontrolowano gazometrię krwi.
- Obserwowano skórę ust i płatków usznych.
- Podawano leki zgodnie z kartą zleceń lekarskich i obserwowano pacjenta pod kątem występowania skutków ubocznych.
- Monitorowano NIV.
- Zgłaszano lekarzom każdą zmianę w stanie zdrowia pacjenta.
- Zmieniano bieliznę osobistą i pościelową.

Ocena działań:

Cel opieki pielęgniarskiej został osiągnięty częściowo, gdyż stan pacjenta polepszył się, ale nadal jest bardzo ciężki i wymaga dalszej realizacji planu opieki.

2. Diagnoza pielęgniarska:

Upośledzenie funkcji oddychania i nieefektywna wentylacja w przebiegu zakażenia wirusem SARS-CoV-2.

Cel opieki:

Poprawa funkcji oddychania.

Plan opieki:

- Monitorowanie w sposób ciągły oddechu oraz parametrów wentylacji (częstość oddechów, ich charakter, SpO₂, EtCO₂), wyniku badania gazometrycznego krwi.
- Tlenoterapia bierna zgodnie z IKZ.
- Przygotowanie sprzętu do zastosowania wspomaganą wentylacji nieinwazyjnej.

Realizacja działań:

- Chorego monitorowano, stale kontrolowano wartości ciśnienia, oddechu, tętna, SpO₂.
- Zastosowano tlenoterapię bierną – przepływ tlenu 12–15 l/min.

Ocena działań:

Szybka ocena upośledzenia funkcji oddychania oraz wczesna interwencja umożliwiły poprawę funkcji oddychania.

3. Diagnoza pielęgniarska:

Przewlekła duszność spowodowana zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

Cel opieki:

Zmniejszenie nasilenia duszności.

Plan opieki:

- Ocena czasu trwania i stopnia nasilenia duszności za pomocą skali MRC.
- Ocena liczby i jakości oddechów.
- Kontrola i dokumentacja parametrów życiowych pacjenta: SpO₂, EtCO₂, ciśnienia tętniczego krwi, tętna i temperatury.
- Zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu pomieszczenia: temperatura 18–20°C, wilgotność ok. 60–70%.
- Eliminacja czynników wywołujących i nasilających duszność, unikanie stresu i dużego wysiłku fizycznego.
- Ułożenie pacjenta w pozycji półwysokiej lub wysokiej.
- Nauka ćwiczeń oddechowych (np. powolnego wdechu przez nos i dwa razy dłuższego wydechu przez usta) oraz zachęcanie do ich wykonywania.
- Zapewnienie bezpieczeństwa i wsparcia w trakcie duszności poprzez obecność, trzymanie za rękę.

Realizacja działań:

- Oceniono liczbę i jakość oddechów.
- Kontrolowano i dokumentowano parametry życiowe pacjenta: SpO₂, EtCO₂, ciśnienie tętnicze krwi, tętno i temperaturę.
- Zapewniono odpowiedni mikroklimat pomieszczenia: temperatura 18–20°C, wilgotność ok. 60–70%.
- Wyeliminowano czynniki wywołujące i nasilające duszność, zalecono unikanie stresu i dużego wysiłku fizycznego.
- Ułożono pacjenta w pozycji półwysokiej lub wysokiej.
- Nauczono go prawidłowego wykonywania ćwiczeń oddechowych (np. powolnego wdechu przez nos i dwa razy dłuższego wydechu przez usta) oraz zachęcano do ich wykonywania.
- Zapewniono bezpieczeństwo i wsparcie w trakcie duszności poprzez obecność, trzymanie za rękę.

Ocena działań:

Stan pacjenta wymaga dalszej obserwacji i kontroli stopnia nasilenia duszności.

4. Diagnoza pielęgniarska:

Ryzyko wystąpienia powikłań związanych z zastosowaną NIV (nieinwazyjną wentylacją mechaniczną).

Cel opieki:

Zapobieganie powikłaniom, wczesne ich rozpoznanie oraz podjęcie terapii.

Plan działania:

- Ocenianie zastosowanego sposobu wentylacji mechanicznej.
- Ocenianie funkcjonowania tzw. sztucznej drogi oddechowej.
- Kontrolowanie parametrów oddechowych.
- W celu zapobiegania zaleganiu i gromadzeniu się wydzieliny w drzewie oskrzelowym aspirowanie wydzieliny metodą zamkniętą lub otwartą; częstotliwość aspirowania jest uzależniona od ilości wydzieliny.
- Ocena reakcji pacjenta na prowadzenie wentylacji NIV.
- Przeprowadzenie kontroli sprawności działania respiratora i nastawień respiratora zgodnie ze zleceniem lekarskim.
- Ocena skuteczności prowadzonej wentylacji na podstawie kontroli parametrów pulsoksymetrii, kapnografii, badania gazometrycznego krwi.

Realizacja działań:

- Kontrolowano ciśnienie w drogach oddechowych i ustawienie parametrów na respiratorze: objętość, częstość oddechów oraz wentylację minutową.
- Oceniano stopień duszności według skali MRC.
- Prowadzono kontrolę działania respiratora i jego nastawień zgodnie z zaleceniami lekarskimi.
- Dokonywano oceny parametrów kontroli wentylacji: pulsoksymetria, kapnografia, badanie gazometryczne krwi.

Ocena działań:

Podczas pobytu chorego na oddziale założono mu nową rurkę intubacyjną. Wnikliwa obserwacja zapobiegła wystąpieniu powikłań związanych z zastosowaną wentylacją.

5. Diagnoza pielęgniarska:

Ból podczas spożywania posiłków oraz owrzodzenia błony śluzowej jamy ustnej spowodowane przewlekłym stosowaniem wziewnych steroidów i niesystematyczną higieną jamy ustnej.

Cel opieki:

Zmniejszenie dolegliwości bólowych i owrzodzeń.

Plan opieki:

- Płukanie każdorazowo jamy ustnej po inhalacji steroidów wziewnych.
- Zastosowanie spejsera podczas inhalacji z inhalatorów ciśnieniowych.
- Stosowanie roztworu odkażającego i przeciwzapalnego do przemywania jamy ustnej.

- Inhalacje parowe (szałwia, kwiat rumianku).
- Zachęcanie pacjenta do płukania jamy ustnej mieszanką mięty, rumianku i siemienia lnianego (zmniejsza uczucie suchości i pieczenia).
- Delikatne wykonywanie toalety jamy ustnej.
- Stosowanie diety niedrażniającej, o zmodyfikowanej konsystencji – dieta płynna lub półpłynna, posiłki rozdrobnione, temperatura posiłków pokojowa.

6. Diagnoza pielęgniarska:

Lęk i niepokój pacjenta o swój stan zdrowia.

Cel opieki:

Uspokojenie pacjenta, zminimalizowanie poziomu lęku.

Plan opieki:

- Aktywne słuchanie i wyjaśnienie wątpliwości.
- Zapewnienie pacjentowi możliwości wyrażania własnych odczuć i obaw związanych ze swoim stanem zdrowia.

Realizacja działań:

Wysłuchanie pacjenta, który wyraził swoje obawy i lęki związane z zastosowanym leczeniem.

Ocena działań:

Pacjent nadal niespokojny, problem wymaga dalszej obserwacji.

7. Diagnoza pielęgniarska:

Deficyt w zakresie samoopieki związany z ciężkim stanem zdrowia.

Cel opieki:

Zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa, zabezpieczenie jego potrzeb biosychospołecznych.

Planowane działania:

- Ocena stopnia zapotrzebowania na opiekę.
- Ocena zdolności samoopiekuńczych.
- Pomoc pacjentowi w czynnościach dnia codziennego natężających duszność, niewyręczanie, nieograniczanie samodzielności.
- Dostosowanie wysiłku do możliwości pacjenta.
- Okazanie wsparcia i zrozumienia.
- Tlenoterapia ciągła przez węży tlenowe na zlecenie lekarza, stosowana zwłaszcza w nocy (zwiększone niedotlenienie) oraz w czasie wykonywania czynności wzmagających duszność (spożywanie posiłków, toaleta, rehabilitacja ogólnoustrojowa i oddechowa).
- Łączenie zabiegów pielęgniacyjno-leczniczych [1].

- Pomoc w usprawnianiu ruchowym, pionizacji biernej i czynnej oraz działaniach rehabilitacyjnych.
- Zapewnienie kontaktu z bliskimi i osobą duchowną [8].

Realizacja działań:

- Poziom zapotrzebowania na opiekę u pacjenta oceniono jako duży.
- Wykonywano działania mające na celu zaspokojenie potrzeb chorego: zmiana bielizny pościelowej, osobistej, karmienie, dbanie o higienę całego ciała z uwzględnieniem miejsc intymnych, regularna zmiana pampersów.
- Podawano choremu płyny oraz dietę przemysłową zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich.
- Zapewniono choremu kontakt z rodziną zgodnie z zasadami obowiązującymi na oddziale.
- Stosowano działania przeciwoleżynowe.
- Asystowano podczas wykonywania rehabilitacji ruchowej.

Ocena działań:

Podjęte działania oraz prawidłowo rozpoznany deficyt samoopieki umożliwiły zaspokojenie potrzeb biopsychospołecznych chorego.

8. Diagnoza pielęgniarska:

Odleżyny oraz ryzyko ich rozwoju w wyniku długotrwałego stosowania maski tlenowej i unieruchomienia.

Cel opieki:

Zapobieganie pojawianiu się nowych odleżyn oraz dbanie o prawidłowy proces gojenia się powstałych odleżyn.

Planowane działania:

- Ocena ryzyka rozwoju odleżyn dzięki zastosowaniu dostępnych skal prognostycznych.
- Kontrolowanie stanu skóry podczas wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych.
- Eliminowanie i zminimalizowanie dodatkowych czynników ryzyka mających wpływ na powstanie odleżyn.
- Stosowanie do pielęgnacji skóry preparatów o pH 5,5.
- Zastosowanie specjalistycznych opatrunków na powstałe odleżyny.
- Regularna zmiana opatrunków.
- Odnotowanie podjętych działań przeciwoleżynowych.

Realizacja działań:

- U chorego w wyniku długotrwałego unieruchomienia ryzyko powstania odleżyn jest bardzo duże.
- Zastosowano działania przeciwoleżynowe: regularnie zmieniano pozycję ciała chorego, rozłożono materac przeciwoleżynowy.

- Podczas każdej zmiany pozycji ciała oceniano stan skóry.
- Opatrunki zmieniano zgodnie z zaleceniem oraz w razie potrzeby.

Ocena działań:

Zastosowane działania przeciwoodleżynowe zapobiegły powstawaniu nowych odleżyn, a regularna zmiana opatrunków spowodowała, że odleżyna na nosie i kościach policzkowych goiła się prawidłowo.

9. Diagnoza pielęgniarska:

Ryzyko wystąpienia hipo- i hiperglikemii.

Cel opieki:

Utrzymanie prawidłowego poziomu glikemii.

Planowane działania:

- Zalecenie systematycznej kontroli poziomu cukru we krwi.
- Poinformowanie pacjenta o prawidłowych wartościach glukozy we krwi.
- Stosowanie diety cukrzycowej.
- Poinformowanie o działaniach w przypadku hipoglikemii lub hiperglikemii.
- Poinformowanie pacjenta o objawach świadczących o hipo- lub hiperglikemii.
- Edukacja rodziny dotycząca hipo- i hiperglikemii.

Realizacja działań:

- Systematycznie kontrolowano poziom cukru we krwi.
- Poinformowano pacjenta o prawidłowych wartościach glukozy we krwi.
- Zastosowano dietę cukrzycową.
- Poinformowano chorego o postępowaniu w przypadku hipo- lub hiperglikemii.
- Poinformowano pacjenta o objawach świadczących o hipo- lub hiperglikemii.

Ocena działań:

Pacjent ze względu na wykonywany zawód medyczny posiada wiedzę na temat postępowania w cukrzycy.

■ Podsumowanie

Realizacja opieki pielęgniarskiej w warunkach pandemii koronawirusa SARS-CoV-2 oraz zmieniającej się dynamicznie sytuacji epidemicznej w Polsce i na świecie wymaga przedsięwzięcia odpowiedzialnych działań opartych na standardach etyki pielęgniarskiej. W obliczu konieczności udzielenia świadczeń medycznych pacjentom z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2 i chorych na COVID-19 pielęgniarki podejmują wiele decyzji związanych z ochroną własnego zdrowia, bezpieczeństwem pacjenta, a także reorganizacją miejsc pracy pielęgniarek.

■ Wnioski

Na podstawie interpretacji studium przypadku oraz literatury można sformułować następujące wnioski:

1. Zadania pielęgniarki wobec pacjenta leczonego z powodu zakażenia wirusem SARS-CoV-2 polegają na rozpoznaniu problemów pielęgnacyjnych oraz zaplanowaniu i realizacji konkretnych działań z uwzględnieniem indywidualnego procesu pielęgnowania.
2. Holistyczna opieka nad pacjentem obejmuje każdy jego aspekt życia, tj. psychiczny, fizyczny, biologiczny oraz duchowy. Polega przede wszystkim na poprawie jakości życia poprzez minimalizowanie objawów bólowych, okazanie empatii, wsparcia, pomocy w każdym okresie choroby.

Bibliografia

1. Budnik M., Galikowska A., Marzec I., Balcerak D., Kobus E., Posieczek Z.: Selected aspects of nursing care for an elderly patient with chronic obstructive pulmonary disease, *Journal of Education, Health and Sport*, 2017; 7(6): 34–44.
2. Czajkowska-Malinowska M., Kania A., Kuca P. i wsp.: Leczenie niewydolności oddychania w przebiegu COVID-19. Część I. Tlenoterapia bierna, *Pneumologia Polska*, 2020; 1(2): 132–145.
3. Flisiak R., Horban A., Jaroszewicz J. i wsp.: Management of SARS-CoV-2 infection: recommendations of the Polish Association of Epidemiologists and Infectiologists as of March 31, 2020, *Polish Archives of Internal Medicine*, 2020; 130(4): 352–357. DOI: 10.20452/pamw.15270
4. Flisiak R., Parczewski M., Horban A. i wsp.: Management of SARS-CoV-2 infection: recommendations of the Polish Association of Epidemiologists and Infectiologists. Annex no. 2 as of October 13, 2020, *Polish Archives of Internal Medicine*, 2020; 130(10): 915–918. DOI: 10.20452/pamw.15658
5. Gniadek A., Nawara W., Padykuła M., Malinowska-Lipień I.: Polska pielęgniarka w czasie pandemii zakażeń SARS-CoV-2 – różne perspektywy wykonywania zawodu, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 2020; 18(2): 149–154. DOI: 10.4467/20842627OZ.20.014.12767
6. Jaroszewicz J., Gašior M. (red.): Kompleksowa opieka nad chorym z zespołem Post-COVID-19 (PC19). Opinie ekspertów, Wydawnictwo i-Medica, Warszawa 2021.
7. Kowalska J.D., Podlasiński R.B., Paciorek M., Pulik P. (red.): Zalecenia dotyczące opieki nad pacjentem z chorobą koronawirusową (COVID-19) wymagającym hospitalizacji. Opracowanie wersja 1.0. z dn. 22.10.2020. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiDjqvSmbj9AhXGDRAIHbiWDHkQFnoECAYQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.gov.pl%2Fattachment%2F18d1968c-22b2-4a22-aded-56a8178d3006&usg=AOvVaw2-tzoX3Wx_BzoSp_j6FMfb [dostęp: 4.05.2020].

8. Posieczek Z., Kobus E., Olszewska M. i wsp.: Wybrane aspekty opieki pielęgniarstwa nad pacjentem geriatrycznym z niedożywieniem, *Journal of Education, Health and Sport*, 2017; 7(8): 435–445. DOI: 10.5281/zenodo.883452
9. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected. Interim guidance 13 March 2020, World Health Organization. [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected) [dostęp: 4.05.2020].
10. Zawilińska B., Szostek S.: Koronawirusy o niskiej i wysokiej patogenności, zakażające człowieka, *Zakażenia XXI Wieku*, 2020; 3(1): 7–16.

8. Wiedza personelu pielęgniarskiego na temat podstawowych zabiegów resuscytacyjnych u osób dorosłych

Nursing staff's knowledge of basic life support in adults

Katarzyna Tomaszewska^{1, a}, Bożena Majchrowicz^{2, b}, Ewa Frankiewicz^{3, c}

¹ Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu
Institute of Health Protection, The Bronisław Markiewicz State Higher School of Technology and Economics in Jarosław

² Państwowa Wyższa Szkoła Wschodnioeuropejska w Przemyślu
East European State Higher School in Przemyśl

³ Absolwentka Collegium Masoviense – Wyższej Szkoły Nauk o Zdrowiu w Żyrardowie
Graduate of Collegium Masoviense – College of Health Sciences in Żyrardów

^a <https://orcid.org/0000-0002-2129-9107>

^b <https://orcid.org/0000-0003-3202-1407>

^c <https://orcid.org/0000-0002-0012-608X>

■ Abstrakt

Wstęp: Nagłe zatrzymanie krążenia to najczęstsza przyczyna zgonów nie tylko w Polsce, lecz także na całym świecie. Dlatego istotne jest, by jak najwięcej osób było rzetelnie przeszkolonych z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Prawidłowo wykonane RKO zwiększa szanse na powrót do zdrowia osób poszkodowanych.

Cel pracy: Ocena poziomu wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat podstawowych zabiegów resuscytacyjnych u osób dorosłych.

Materiały i metody: Badaniami objęto 104 respondentów, pracowników szpitala powiatowego w województwie podkarpackim. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety. Analiz statystycznych dokonano za pomocą programu SPSS 17.0. Wszystkie związki są istotne z punktu widzenia statystycznego, gdy $p \leq 0,05$.

Wyniki i wnioski: Pielęgniarki i pielęgniarze zatrudnieni w oddziałach zabiegowych odznaczają się wyższym poziomem wiedzy na temat podstawowych zabiegów resuscytacyjnych u osób dorosłych. Dane socjodemograficzne nie różnicują w sposób istotny statystycznie poziomu wiedzy personelu pielęgniarskiego. Wyższym stopniem znajomości wykonywania resuscytacji krążeniowo-oddechowej wykazały się osoby, które częściej uczestniczyły w zabiegu tego typu.

Słowa kluczowe: resuscytacja krążeniowo-oddechowa, schemat BLS, nagłe zatrzymanie krążenia.

■ Abstract

Introduction: Sudden cardiac arrest is the most common cause of death, not only in Poland, but also around the world. That is why it is important to have as many people as possible were thoroughly trained in cardiopulmonary resuscitation. Correctly performed CPR increases the chances of recovery for the injured.

The aim of the study: was to assess the knowledge of nursing staff about basic life support in adults.

Material and methods: The research covered 104 respondents who were employees of the powiat hospital in the Podkarpackie voivodship. The research tool was the original questionnaire. Statistical analysis was performed using the program SPSS 17.0, and all relationships are statistically significant, when $p \leq 0.05$.

Results and conclusions: Nurses employed in surgical wards show a higher level of knowledge about basic life support in adults. Sociodemographic data do not significantly differentiate the level of knowledge of nursing staff. Resuscitation participants demonstrated a higher degree of knowledge of how to properly perform CPR.

Keywords: cardiopulmonary resuscitation, BLS regimen, sudden cardiac arrest.

■ Wstęp

Nagle zatrzymanie krążenia (NZK) to stan chorobowy, w którym dochodzi do zatrzymania czynności mechanicznej serca, powodującego ustanie krążenia krwi oraz wtórne zatrzymanie oddechu, co w konsekwencji prowadzi do nieodwracalnego uszkodzenia mózgu. Właściwym postępowaniem po rozpoznaniu NZK jest podjęcie zabiegów resuscytacyjnych. Udzielanie pierwszej pomocy to obowiązek wszystkich pracowników ochrony zdrowia. Obowiązek taki jest nałożony również na każdego obywatela Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z Kodeksem karnym, art. 162 § 1:

Kto człowiekowi znajdującemu się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu nie udziela pomocy, mogąc jej udzielić bez narażenia siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3

oraz z Ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym, art. 4:

Kto zauważy osobę lub osoby znajdujące się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego lub jest świadkiem zdarzenia powodującego taki stan, w miarę posiadanych możliwości i umiejętności ma obowiązek niezwłocznego podjęcia działań zmierzających do skutecznego powiadomienia o tym zdarzeniu podmiotów ustawowo powołanych do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego [1].

Nagłe zatrzymanie krążenia jest zdarzeniem zagrażającym życiu człowieka i wymaga natychmiastowej pomocy, ponieważ przyczynia się do 60% zgonów [2]. To stan, w którym dochodzi do nagłego ustania efektywnej pracy serca, co skutkuje przerwaniem krążenia krwi, wtórnym niedokrwieniem i niedotlenieniem wszystkich narządów oraz tkanek. Zatrzymanie krążenia powoduje nieodwracalne uszkodzenia układu nerwowego i prowadzi do śmierci [3, 4]. Przyczyną ustania pracy serca w większości przypadków jest migotanie komór, które polega na szybkich i niemiaryowych skurczach poszczególnych grup włókien mięśnia komór serca, co sprawia, że ich skurcze stają się nieskuteczne. Serce wówczas nie pompuje krwi i nie dostarcza tlenu oraz innych składników odżywczych organizmowi. Brak tlenu w ludzkim organizmie najszybciej odnotowuje mózg. Następstwem dostarczenia impulsu do mózgu o braku tlenu jest utrata przytomności i oddechu, która może spowodować nagłą śmierć [5].

Zatrzymanie krążenia prowadzi do śmierci klinicznej, czyli fazy ustania czynności układu krążenia, oddechu i czynności mózgu. Podjęcie w trakcie niej postępowania resuscytacyjnego może przywrócić funkcjonowanie mózgu sprzed zatrzymania akcji serca. Czas trwania śmierci klinicznej zależy od tempa przemian metabolicznych zachodzących w ustroju człowieka i obejmuje początkowe pierwsze cztery–sześć minut od zatrzymania krążenia, kiedy nie doszło do nieodwracalnych zmian w ośrodkowym układzie nerwowym. Czas trwania śmierci klinicznej ulega wydłużeniu (powyżej sześciu minut) w warunkach zwolnienia metabolizmu (np. w hipotermii i zatruciach) lub skróceniu poniżej czterech minut w warunkach wzmożonego metabolizmu (np. wysoka temperatura). Istotnymi czynnościami ratowniczymi stosowanymi u osób, u których doszło do nagłego zatrzymania krążenia, są resuscytacja i reanimacja [6]. Efektem resuscytacji może być przywrócenie spontanicznego krążenia lub krążenia i oddychania bez powrotu świadomości [7]. Reanimacja to działania ratownicze mające na celu przywrócenie krążenia, oddychania oraz czynności ośrodkowego układu nerwowego [8].

Nagłe zatrzymanie krążenia może być stanem odwracalnym pod warunkiem zastosowania algorytmu RKO przez osoby znajdujące się na miejscu zdarzenia (osoby postronne, personel zespołu ratownictwa medycznego, personel medyczny w szpitalach), defibrylacji (manualnej lub automatycznej) oraz farmakoterapii w jak najkrótszym czasie od zdarzenia [9]. Znajomość algorytmu podstawowych czynności resuscytacyjnych (Basic Life Support – BLS) – opartego na bezprzypadowym utrzymaniu drożności dróg oddechowych, podtrzymaniu oddychania i krążenia – zwiększa szanse na właściwe postępowanie w sytuacji przedszpitalnego NZK [10].

W Europie algorytmy postępowania w RKO ulegają co kilka lat weryfikacjom przez Europejską Radę Resuscytacji (European Resuscitation Council – ERC). Podstawą wprowadzanych zmian są wyniki badań naukowych. Niezbędne jest więc ciągle doskonalenie zawodowe personelu pielęgniarskiego. Szkolenia mają na celu zarówno sprawdzanie wiedzy, jak i utrwalanie posiadanych umiejętności związanych z RKO, aż do osiągnięcia perfekcji w tej dziedzinie. Przygotowują do

sprostania wyzwaniom w trudnych sytuacjach, w tym reagowania na wydarzenia kryzysowe, udzielania pierwszej pomocy, dbania o bezpieczeństwo własne, poszkodowanych i świadków zdarzenia. Ponadto uczą pracy zespołowej. Prowadzenie kształcenia z zakresu udzielania pierwszej pomocy wśród personelu na niższych szczeblach zawodowych i społeczeństwa przyczynia się do powiększenia grona osób znających schematy działań ratowniczych. W sytuacjach zagrożenia zdrowia lub życia zwiększa to szanse na właściwe reagowanie oraz zapewnienie poszkodowanym wsparcia do momentu przyjazdu wykwalifikowanych służb [11]. Amerykańskie Towarzystwo Kardiologiczne (American Heart Association – AHA) podkreśla potrzebę zdobycia przez pracowników opieki zdrowotnej kompetencji dotyczących resuscytacji krążeniowo-oddechowej w celu zmniejszenia częstości nagłych zatrzymań krążenia. Jednak samo wykształcenie teoretyczne nie wystarczy do przeprowadzenia skutecznej resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Należy poszerzać wiedzę, a także utrwalić umiejętności techniczne i dokonywania samodzielnej oceny wykonania zabiegu zgodnie z wytycznymi ERC [12].

Pielęgniarki w swojej pracy zawodowej i poza nią mogą napotkać różne przypadki NZK. W sytuacji zagrożenia życia muszą one jako pierwsze rozpocząć wykonywanie podstawowych czynności resuscytacyjnych. Dzięki posiadaniu aktualnej wiedzy i umiejętności w zakresie RKO pielęgniarki mają wpływ na wynik podjętych zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych ratujących życie i zdrowie człowieka. Zapewnienie bieżących informacji i szkoleń doskonalących umiejętności związane z czynnościami resuscytacyjnymi jest bardzo istotne w programach edukacji pielęgniarskiej przed i podyplomowej [13].

■ Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie poziomu wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat podstawowych zabiegów resuscytacyjnych u osoby dorosłej.

■ Materiał i metody

Badania zrealizowano w marcu i kwietniu 2019 roku wśród 104 pielęgniarek i pielęgniarzy szpitala powiatowego w województwie podkarpackim. Posłużono się metodą sondażu diagnostycznego z techniką ankietową opartą na opracowanym samodzielnie narzędziu w postaci kwestionariusza ankiety. Badania były dobrowolne i anonimowe. Przeprowadzono je zgodnie z wymogami Deklaracji Helsińskiej po uzyskaniu pozytywnej opinii komisji bioetycznej. Analizę statystyczną wykonano na podstawie testu χ^2 . Dodatkowo wykorzystano współczynniki korelacji tau-b Kendalla, gdy zaobserwowano dla dwóch zmiennych porządkowych taką samą liczbę odpowiedzi, oraz tau-c Kendalla, gdy występowała różna liczba odpowiedzi dla dwóch zmiennych.

Analizy statystycznej dokonano za pomocą programu SPSS 17.0. Wszystkie związki są istotne z punktu widzenia statystycznego, gdy $p \leq 0,05$.

■ Wyniki

W badaniu wzięło udział 96,1% kobiet oraz 3,9% mężczyzn. W przedziale wiekowym od 20 do 26 lat było 11 ankietowanych (10,6%), 8 osób (7,7%) to respondenci w wieku od 27 do 30 lat. W wieku od 31 do 40 lat było 16 badanych (15,4%). W przedziale 41–50 lat były 44 osoby (42,3%). Od 51 do 55 lat miało 17 respondentów stanowiących 16,3%, a powyżej 55 lat – 8 (7,7%) ankietowanych. W badanej grupie 34,6% pielęgniarek i pielęgniarzy posiadało staż pracy powyżej 25 lat. Z kolei w przedziale między 21 a 25 lat zawód ten wykonywało 22,1% respondentów. Od roku do 5 lat pracowało 18,3% badanych, a 16,3% od 11 do 20 lat. Najmniej ankietowanych (8,7%) zatrudnionych było od 6 do 10 lat. W badanej grupie 55,8% respondentów posiadało tytuł specjalisty. Na Oddziale Intensywnej Terapii i Anestezjologii pracowało 21% ankietowanych osób, po 19% respondentów na Oddziale Chirurgicznym i Izbie Przyjęć. Na Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym pracowało 15% badanych, 14% osób to pracownicy Oddziału Wewnętrznego, a dla 12% respondentów miejscem pracy był Oddział Kardiologiczny.

Badanie poziomu wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat resuscytacji wykazało, że zdecydowana większość (91,3%) osób prawidłowo wskazała, iż resuscytacja ma na celu przywrócenie podstawowych funkcji życiowych, tj. krążenia i oddychania. Tylko 8,7% respondentów zaznaczyło nieprawidłową odpowiedź. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa wewnątrz szpitala nie powinna stanowić problemu dla wyszkolonego personelu, ponieważ 88,3% ankietowanych uważa, że zna schemat BLS. Jedynie 11,7% stwierdziło, że nie ma wystarczającej wiedzy w tym zakresie.

Częstotliwość poszczególnych zabiegów w trakcie reanimacji osoby dorosłej zgodnie z wytycznymi Krajowej Rady Resuscytacji była znana 81,6% badanych, natomiast 12,6% respondentów uważało, że częstotliwość ich wykonywania nie ma znaczenia. Zaledwie 5,8% ankietowanych nie znało np. prawidłowej liczby uciśnień klatki piersiowej.

Istotny wpływ na prawidłowe wykonanie RKO ma poprawne ułożenie rąk podczas uciskania klatki piersiowej u osoby dorosłej. Ponad połowa respondentów (51,5%) uważa, że odpowiednim miejscem ułożenia rąk jest środek klatki piersiowej, 41,7% ankietowanych twierdzi, iż ręce powinno się umieścić na wysokości 1/3 dolnej części mostka. Najmniej (6,8%) badanych zaznaczyło, że na dolnym końcu mostka.

Trzyście pytań z kwestionariusza ankiety badających poziom wiedzy personelu pielęgniarskiego pozwoliło na wykazanie znajomości omawianego problemu. Ankietowany personel pielęgniarski posiada wysoki poziom wiedzy, ponieważ 57,7% procent osób uzyskało pomiędzy 11 a 13 punktów, jedynie 11,5% badanych otrzymało wynik między 0–7 pkt (tabela 1).

Tabela 1. Ocena poziomu wiedzy personelu pielęgniarskiego pracującego na oddziale niezabiegowym i personelu pielęgniarskiego pracującego na oddziale zabiegowym

DANE			Grupa badana		Ogółem
			Oddział niezabiegowy	Oddział zabiegowy	
Poziom wiedzy (max. 13 pkt)	niski (0–7 pkt)	N	12	0	12
		%	23,1	,0	11,5
	umiarkowany (8–10 pkt)	N	21	11	32
		%	40,4	21,2	30,8
	wysoki (11–13 pkt)	N	19	41	60
		%	36,5	78,8%	57,7
Ogółem	N	52	52	104	
	%	100,0	100,0	100,0	

$\chi^2 = 23,19$ (df = 2) $p < 0,001$, V Kramera = 0,47

Źródło: opracowanie własne.

Ze względu na małą liczbę ankietowanych mężczyzn płeć nie różnicowała w sposób istotny statystycznie poziomu wiedzy na temat podstawowych zabiegów resuscytacyjnych u osób dorosłych. Wiek i staż pracy również nie wpłynęły na poziom wiedzy ankietowanych dotyczącej RKO.

Znajomość zasad pośredniego masażu serca wśród pielęgniarek i pielęgniarzy nie jest zależna od uzyskania tytułu specjalisty. Wysoki poziom wiedzy wykazano u 60,9% respondentów posiadających tytuł specjalisty oraz u 55,2% badanych, którzy nie ukończyli kursów specjalistycznych, w tym kursu resuscytacji krążeniowo-oddechowej.

Miejsce pracy ankietowanych ma wpływ na poziom wiedzy o podstawowych zabiegach resuscytacyjnych u osób dorosłych. Personel oddziałów zabiegowych: OIT (41,2%), Oddziału Chirurgicznego (37,3%) oraz Izby Przyjęć (21,6%), posiada wysoki poziom wiedzy. Z kolei pracownicy oddziałów niezabiegowych: Oddziału Neurologicznego z Pododdziałem Udarowym (30,6%), Oddziału Wewnętrzny (28,6%), Oddziału Kardiologicznego (24,5%), wykazują niższy poziom wiedzy. Fakt organizowania szkoleń w miejscu pracy nie wpływa na poziom wiedzy badanych: $p = 0,11$.

Kolejne pytania ankiety dotyczyły umiejętności wykonywania RKO, świadomości istnienia procedur oraz możliwości wezwania zespołu reanimacyjnego. Pytanie „Ile razy uczestniczył/a Pan/i w RKO u osoby dorosłej?” odnosiło się do praktyki respondentów w dziedzinie udzielania pierwszej pomocy w kontekście zaobserwowania zależności monotonicznej między liczbą przeprowadzonych RKO a poziomem wiedzy (tabela 2).

Tabela 2. Uczestnictwo w resuscytacji u osoby dorosłej a poziom wiedzy na temat RKO

Dane		Ile razy uczestniczył/a pan/i w RKO u osoby dorosłej?						Ogółem	
		Nigdy	Raz	2–5 razy	5–10 razy	10–20 razy	Więcej niż 20 razy		
Poziom wiedzy (max. 13 pkt)	niski (0–7 pkt)	N	1	0	2	0	1	8	12
		%	50,0	,0	6,3	,0	5,0	25,8	11,5
	umiarkowany (8–10 pkt)	N	1	4	10	6	6	5	32
		%	50,0	36,4	31,3	75,0	30,0	16,1	30,8
	wysoki (11–13 pkt)	N	0	7	20	2	13	18	60
		%	,0	63,6	62,5	25,0	65,0	58,1	57,7
Ogółem		N	2	11	32	8	20	31	104
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

tau-c: $p = 0,69$, $\chi^2 = 22,36$ ($df = 10$) $p = 0,01$ (a), V Kramera = 0,33

Źródło: opracowanie własne.

Duże zróżnicowanie częstości uczestnictwa w RKO zaobserwowano wśród osób pracujących na oddziałach zabiegowych i niezabiegowych. Więcej niż 20 razy wykonywało masaż pośredni 36,5% pracowników oddziałów niezabiegowych. Z kolei personel oddziałów zabiegowych najczęściej wybierał odpowiedź: od 10 do 20 razy. Raz w RKO uczestniczyło 13,5% osób z oddziałów zabiegowych, zaś z niezabiegowych 7,7% ankietowanych. Taki sam rozkład odpowiedzi odnotowano w przypadku wykonywania RKO od dwóch do pięciu razy. Jeśli chodzi o liczbę przypadków NZK na oddziałach szpitalnych wpływających na ogólny poziom wiedzy, to nie zaobserwowano znaczących różnic. Rozkład odpowiedzi respondentów sugeruje, że większość personelu pielęgniarskiego ma kontakt z osobami z NZK. Więcej niż połowa (51,49%) ankietowanych wskazała, że na ich oddziale raz w miesiącu są pacjenci, u których doszło do zatrzymania krążenia, 59,4% respondentów miało do czynienia z taką sytuacją raz do dwóch razy w miesiącu, a 76,5% badanych zaznaczyło, że raz na pół roku.

Odpowiedź poszczególnych grup badanych na pytanie, czy w szpitalu jest możliwość wezwania zespołu reanimacyjnego, nie jest zależna w istotny sposób od miejsca pracy. Aż 98,1% respondentów z oddziałów zabiegowych wskazało, że na ich oddziale jest możliwość wezwania zespołu reanimacyjnego, na oddziałach niezabiegowych taką możliwość potwierdziło 92,3% ankietowanych. Tylko 5,8% badanych uważa, że w ich miejscu pracy (oddziale niezabiegowym) nie ma takiej możliwości. Zaledwie 1,9% ankietowanych na oddziałach zabiegowych nie wie o istnieniu zespołu reanimacyjnego w szpitalu. Warto również zwrócić uwagę na istnienie procedury na stanowisku pracy, gdyby wystąpiło NZK. Rozkład odpowiedzi sugeruje, że 28,7% respondentów zatrudnionych na oddziałach

niezabiegowych i 66,7% ankietowanych pracujących na oddziałach zabiegowych jest zaznajomionych z procedurami postępowania na wypadek NZK. Niski odsetek (8%) ankietowanych nie wie, czy na oddziale, na którym pracuje, istnieje powyższa procedura.

■ Dyskusja

Choroby układu krążenia, w tym nagłe zatrzymanie krążenia, są najczęstszą przyczyną zgonów. Dla osób z NZK najważniejszy jest czas, dlatego jak najwięcej osób powinno umieć prawidłowo przeprowadzić resuscytację krążeniowo-oddechową. W praktyce personel medyczny często wykonuje czynności resuscytacyjne, w tym u osób z NZK, więc przeszkolenie z zakresu udzielania pierwszej pomocy to konieczność. W szpitalu, w którym przeprowadzono badania, jest ono obowiązkowe dla każdego pracownika raz w roku.

Badania poziomu wiedzy na temat RKO w wybranych jednostkach współpracujących z systemem państwowego ratownictwa medycznego, zrealizowane przez Pilipa i wsp., wskazują, że ponad 80% ratowników WOPR, ponad 80% strażaków PSP i 57% strażaków OSP oraz 53% policjantów prawidłowo rozpoznało NZK. Znajomość pośredniego masażu serca należy określić jako niezadowolającą, ponieważ w odpowiedzi na większość pytań opisujących schemat BLS respondenci prezentowali niski i średni poziom wiedzy [14].

Wyniki badań własnych potwierdzają średni i wysoki poziom wiedzy personelu pielęgniarskiego związanej z RKO. Prawidłowe odpowiedzi na pytania dotyczące sposobu udrożniania dróg oddechowych: odchylenie głowy do tyłu i uniesienie żuchwy, zaznaczyło 98,1% badanych, stosunek uciśnień do wentylacji wynoszący 30:2 wskazało aż 91,2% respondentów, wymaganą częstość uciśnień 100–120/min podkreśliło 81,6% ankietowanych. Ponad połowa (51,5%) osób odpowiedziała poprawnie na pytanie dotyczące miejsca ułożenia rąk na klatce piersiowej podczas RKO u osoby dorosłej (środek klatki piersiowej) oraz istotną dla prawidłowego BLS głębokość uciśnień mostka podczas resuscytacji. Właściwą odpowiedź (4–5 cm) zaznaczyło 63,7% osób. Powyższe dane dowodzą, że personel pielęgniarski pracujący na oddziałach zabiegowych i niezabiegowych posiada wystarczającą wiedzę, by prawidłowo przeprowadzić RKO. W badaniach Bajrachary i Nagarkoti wszyscy ankietowani słyszeli o BLS, ale 86% z nich nigdy nie uczestniczyło w żadnym szkoleniu z tego zakresu. Większość respondentów (86%) widziała, jak wykonywano resuscytację krążeniowo-oddechową, a ponad połowa badanych (58%) ją przeprowadziła. Aż 90% badanych stwierdziło, że zatrzymanie krążenia to wskazanie do przeprowadzenia RKO. Więcej niż połowa osób (66%) miała niewystarczającą wiedzę, 32% respondentów wykazało się umiarkowaną wiedzą, a tylko 2% ankietowanych zadeklarowało posiadanie odpowiedniej wiedzy na temat podstawowych zabiegów resuscytacyjnych [15].

Ocena poziomu wiedzy o RKO wśród personelu medycznego dokonana przez Szpunara, Żurawską i Piętę wykazała, że 43 osoby ze 163 ankietowanych znają prawidłowy sposób udrażniania dróg oddechowych. Właściwe miejsce uciskania

klatki piersiowej wskazało tylko 77 respondentów, a należyte parametry głębokości 62 badanych. Poprawną odpowiedź na pytanie odnoszące się do częstości uciskania klatki piersiowej w resuscytacji zaznaczyło 99 osób. Autorzy dowiedli, że wiedza personelu medycznego na temat podstawowych zabiegów resuscytacyjnych nie jest zadowalająca [16].

W badaniu własnym wykazano, że szkolenia organizowane w miejscu pracy nie mają wpływu na poziom wiedzy personelu pielęgniarskiego ($p = 0,11$). Inaczej można wnioskować na podstawie wyników badań nad znajomością wytycznych resuscytacji krążeniowo-oddechowej personelu pielęgniarskiego, zrealizowanych przez Tomaszek, Cepuch i Turkanik. Autorki wykazały, że poziom wiedzy zależy od częstotliwości szkoleń. Wśród 105 pielęgniarek najlepsze wyniki uzyskiwano tuż po ukończeniu kursu doształcającego w zakresie RKO. Przed szkoleniem mediana poprawnych wyników wynosiła 12, po kursie – 21, zaś trzy miesiące po jego zakończeniu spadła do 18. Najwięcej prawidłowych odpowiedzi respondenci udzielili na pytania dotyczące działań skierowanych wobec poszkodowanego po stwierdzeniu NZK, takich jak: ułożenie rąk na środku klatki piersiowej (57%), procedury rozpoczęcia RKO (65%), kontynuowanie uciskania klatki piersiowej i oddechów ratowniczych (81%). Osoby biorące udział w badaniach wspomnianych autorek potrafiły zdefiniować pojęcie stridoru oraz posiadały wiedzę dotyczącą jego przyczyn (79% ankietowanych). Wykazały się ponadto wiedzą dotyczącą bezpiecznej pozycji – u kogo, w jakiej sytuacji ją stosować i jaką zastosować (76% badanych) [11].

Poziom posiadanego wykształcenia nie pozwala na różnicowanie w sposób istotny statystycznie poziomu wiedzy ankietowanych pielęgniarek w badaniu własnym. Personel pielęgniarski z oddziałów zabiegowych jest merytorycznie lepiej przygotowany do udzielenia pierwszej pomocy w przypadku NZK u osób dorosłych. Najwięcej respondentów z oddziałów zabiegowych, w tym 89,5% pracowników chirurgii, 76,2% respondentów Oddziału Intensywnej Terapii i Anestezjologii oraz 73,7% ankietowanych z Izby Przyjęć, poprawnie odpowiedziało na pytania dotyczące postępowania przy NZK.

Badania Olejniczaka, Miciuk i Religioni zrealizowane wśród studentów pielęgniarstwa wykazały, że 100% badanych deklaruje umiejętność udzielenia pierwszej pomocy osobie poszkodowanej w sytuacji zagrożenia życia. Większość (80%) respondentów sądzi, że skrót BLS to podstawowe czynności resuscytacyjne, co jest odpowiedzią prawidłową. W kursach pierwszej pomocy organizowanych przez zakład pracy uczestniczyło 26% respondentów, 6% brało udział w kursach ALS, 4% szkoliło się wewnątrzoddziałowo, 6% ukończyło kurs BLS i AED, 3% nauczyło się na kursie obsługi AED, 8% przeszło kurs z BLS, a 45% badanych nie uczestniczyło w kursach organizowanych przez zakład pracy [17].

Spinelli i wsp. doszli do wniosku, że szkolenie z zakresu RKO przeprowadzone wśród pracowników zaowocowało znacznym wzrostem poziomu wiedzy na temat ogólnego postępowania przy NZK wśród personelu szpitalnego, co w konsekwencji może przyczyniać się do zmniejszenia śmiertelności pacjentów [18]. Podobne

wyniki uzyskali Kose i wsp., którzy stwierdzili, że po podstawowym treningu resuscytacyjnym poziom wiedzy i umiejętności praktycznych był wyższy w porównaniu z wynikami sprzed treningu ($t = -12,442$, $p = 0,000$; $t = 22,899$, $p = 0,000$). Istniała istotna i umiarkowana zależność między wynikami formularza wiedzy na temat podstawowych zabiegów resuscytacyjnych u dorosłych a wynikami formularza oceny podstawowych zabiegów resuscytacyjnych u dorosłych uzyskanymi po szkoleniu ($r = 0,39$, $p < 0,01$) [19]. W badaniu Nosala i wsp. respondenci prezentowali średni poziom wiedzy dotyczącej podstawowych zabiegów resuscytacyjnych i automatycznej defibrylacji zewnętrznej (54%). Tylko 1/3 respondentów wiedziała, jak postępować w wypadku komunikacyjnym, a 1/4 nie zweryfikowała swoich umiejętności po ukończeniu studiów poprzez udział w kształceniu podyplomowym. Łącznie 40% respondentów udzieliło pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia występujących poza ich miejscem pracy [20].

■ Podsumowanie

Wszystkie czynności ratunkowe powinny być wykonywane sprawnie i efektywnie. Najważniejsze jest niesienie pomocy osobom zagrożonym, a najgorsze – zaniechanie jakichkolwiek czynności. Najnowsze wytyczne dopuszczają modyfikowanie działań podczas wykonywania czynności ratunkowych. Nawet minimalne działanie, czasem nie w pełni zgodne z algorytmami, może uratować życie. Zdobycie tej wiedzy i umiejętności jej wykorzystania jest obowiązkiem każdego z nas, ponieważ nigdy nie wiemy, kiedy i gdzie mogą się przydać. Taka potrzeba może zająć w domu, w szkole, na podwórku, gdy będziemy sami z poszkodowanym i nie będziemy mieli możliwości wezwania pomocy. Właśnie wtedy posiadane umiejętności są kluczowe, bo tylko od nas zależy czyjeś życie i zdrowie.

■ Wnioski

1. Dane socjodemograficzne nie miały wpływu na poziom wiedzy ankietowanych pielęgniarek i pielęgniarzy na temat podstawowych zabiegów reanimacyjnych.
2. Szkolenie z zakresu RKO ugruntowuje wiedzę i umiejętności związane z wykonywaniem BLS przez ankietowanych.
3. Na poziom umiejętności związanych z resuscytacją krążeniowo-oddechową respondentów największy wpływ ma częstość uczestnictwa w tych zabiegach.

Bibliografia

1. Mazur R., Jadczyk M.: Poziom wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat podstawowych zabiegów resuscytacyjnych, *Pielęgniarstwo w Anestezjologii i Intensywnej Opiece*, 2019; 5(1): 1–5. DOI: 10.15374/PwAiIO2019001
2. Vreede-Swagemakers J.J., Gorgels A.P., Dubois-Arbouw W.I. i wsp.: Out-of-hospital cardiac arrest in the 1990's: a population-based study in the Maastricht area on incidence, characteristic and survival, *Journal of the American College of Cardiology*, 1997; 30(6): 1500–1505. DOI: 10.1016/s0735-1097(97)00355-0
3. Zawadzki A.: *Medycyna ratunkowa i katastrof. Podręcznik dla studentów uczelni medycznych*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006: 9–35, 138–158.
4. Gaszyński W.: *Intensywna terapia i wybrane zagadnienia medycyny ratunkowej. Repetytorium*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010: 17–18.
5. Gajdosz R.: *Resuscytacja krążeniowo-oddechowa*. W: Zawadzki A. (red.): *Medycyna ratunkowa i katastrof*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006: 5–43.
6. Żaba Z.: *Resuscytacja krążeniowo-oddechowa*. W: Kruszyński Z. (red.): *Podstawy anestezjologii i intensywnej terapii. Podręcznik dla studentów*, Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 2006: 228–256.
7. Ostaszewski W., Pszczołowski K.: *Resuscytacja krążeniowo-oddechowa*, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2002.
8. Nichols D.G. i wsp.: *Złota godzina. Algorytmy postępowania w stanach nagłych u dzieci*, Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012: 83–109.
9. Monsieurs K., Nolan J.: *Podsumowanie kluczowych zmian w wytycznych resuscytacji 2015 ERC*, European Resuscitation Council, 2015. <https://www.prc.krakow.pl/wyt2015/Podsumowanie.pdf> [dostęp: 1.02.2022].
10. Sasson C., Rogers M.A., Dahl J., Kellermann A.L.: Predictors of survival from out-of-hospital cardiac arrest: a systematic review and meta-analysis, *Circulation. Cardiovascular Quality and Outcomes*, 2010; 3(1): 63–81. DOI: 10.1161/CIRCOUTCOMES.109.889576
11. Tomaszek L., Cepuch G., Turkanik E.: Ocena wybranych czynników determinujących poziom wiedzy zespołu pielęgniarskiego w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej, *Anestezjologia i Ratownictwo*, 2016; 10(3): 265–272.
12. Neumar R.W., Shuster M., Callaway C.W. i wsp.: Part 1: Executive Summary 2015 American Heart Association Guidelines update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care, *Circulation*, 2015; 132(18 Suppl 2): 315–367. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000252

13. Partiprajak S., Thongpo P.: Retention of basic life support knowledge, self-efficacy and chest compression performance in Thai undergraduate nursing students, *Nurse Education in Practice*, 2016; 16(1): 235–241. DOI: 10.1016/j.nepr.2015.08.012
14. Pilip S., Wójcik A., Michalak G., Gałązkowski R.: Wiedza w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej u osób zatrudnionych w wybranych jednostkach współpracujących z systemem państwowego ratownictwa medycznego, *Bezpieczeństwo i Technika Pożarnicza*, 2015; 38(2): 133–140. DOI:10.12845/bitp.38.2.2015.12
15. Bajracharya S., Nagarkoti L.: Knowledge regarding basic life support among nurses of a Tertiary Level Hospital of Nepal, *Medical Journal of Shree Birendra Hospital*, 2016; 15(1): 66–69. DOI: 10.3126/mjsbh.v15i1.15190
16. Szpunar R., Żurawska J., Pięta B.: Ocena wiedzy personelu medycznego i niemedyceznego o podstawowych czynnościach resuscytacyjnych (BLS) oraz zastosowaniu automatycznego defibrylatora zewnętrznego (ADE), *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 2015; 4(45): 235–241.
17. Olejniczak D., Miciuk D., Religioni U.: Ocena stanu wiedzy studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na kierunku pielęgniarstwo na temat udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2013; 3, 2: 101–110.
18. Spinelli G., Brogi E., Sidoti A., Pagnucci N., Forfori F.: Assessment of the knowledge level and experience of healthcare personnel concerning CPR and early defibrillation: an internal survey, *BMC Cardiovascular Disorders*, 2021 Apr 20;21(1): 195. DOI: 10.1186/s12872-021-02009-2
19. Kose S., Akin S., Mendi O., Goktas S.: The effectiveness of basic life support training on nursing students' knowledge and basic life support practices: a non-randomized quasi-experimental study, *African Health Sciences*, 2019; 19(2): 2252–2262. DOI: 10.4314/ahs.v19i2.51
20. Nosal G., Dziendzielski Ł., Zalewski J., Zagórski J., Wróblewska I.: Knowledge of primary health care nurses on providing first aid in life-threatening emergencies, *Rozprawy Społeczne*, 2017, 11(2): 62–66. DOI: 10.29316/rs.2017.20

9. Opinie i postawy młodzieży wobec przeszczepiania narządów

Opinions and attitudes of young people regarding organ transplantation

Grażyna Pokrywka^{1, a}, Alicja Kłos^{2, b}, Irena Brukwicka^{2, c}, Iwona Dudzik^{3, d}

¹ Absolwentka Collegium Masoviense – Wyższej Szkoły Nauk o Zdrowiu w Żyrardowie
Graduate of Collegium Masoviense – College of Health Sciences in Żyrardów

² Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna
im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu
Institute of Health Protection, The Bronislaw Markiewicz State Higher School of Technology and Economics
in Jarosław

³ Instytut Humanistyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna
im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu
Institute of Humanities, The Bronislaw Markiewicz State Higher School of Technology and Economics
in Jarosław

^a <https://orcid.org/0000-0001-7284-9562>

^b <https://orcid.org/0000-0002-8180-4224>

^c <https://orcid.org/0000-0002-2213-702x>

^d <https://orcid.org/0000-0001-6434-9699>

■ Abstrakt

Wstęp: Przeszczepy narządów nie są dla nikogo zaskoczeniem. Starzejąca się populacja chce jak najdłużej zachować sprawność, zdrowie i niezależność. Udana implantacja obcych narządów, tkanek i mięśni budzi więc u ludzi nadzieję. Być może niedługo dzięki właściwościom komórek macierzystych uda się zastąpić narządy lub doprowadzić do biologicznej regeneracji uszkodzonych. Staje się to coraz bardziej realne także dlatego że zmieniło się nastawienie społeczeństwa do transplantacji. Przeszczepy serca, nerek i wątroby nie wywołują już kontrowersji, lecz są uważane za jedną z możliwości ratowania ludzkiego życia.

Cel badań: Uzyskanie interdyscyplinarnej wiedzy na temat opinii i postaw młodych ludzi wobec przeszczepiania narządów.

Materiał i metody: Badaniem objęto 100 osób – 77 kobiet oraz 23 mężczyzn w wieku od 18 do 35 lat. Do badania populacji wykorzystano kwestionariusz ankiety, składający się z 25 pytań. Otrzymane wyniki poddano analizie statystycznej.

Wyniki: Według przeprowadzonych badań opinie w sprawie transplantacji są podzielone. Ankietowani byli zdania, że ich wiedza na dany temat jest dobra, a jej źródłem jest najczęściej Internet lub lekcja edukacyjna w szkole bądź na uczelni. Wszyscy respondenci wyrażali przekonanie, że większa świadomość społeczna wpływa na liczbę wykonywanych przeszczepów. Byli również poinformowani o krokach, jakie należy podjąć, aby zostać dawcą. Większość (74%) osób poprawnie odpowiedziała na pytanie o procedurę orzekania o śmierci. Co więcej, cieszy fakt, że aż 96% badanych popiera wykorzystanie przeszczepu narządów od zmarłego w celu ratowania życia innych ludzi. Gros młodych ludzi uważało, że człowiek

jeszcze za życia powinien podejmować decyzję o oddaniu narządów po śmierci do przeszczepu.

Słowa kluczowe: transplantacja, ratowanie życia, transplantologia, bioetyka.

■ Abstract

Introduction: Organ transplants are no surprise to anyone. Aging populations want to stay fit, healthy and independent for as long as possible. Therefore, the successful implantation of foreign organs, tissues and muscles raises hopes in people. Perhaps soon, thanks to the properties of stem cells, it will be possible to replace organs or lead to biological regeneration of damaged ones. It is becoming more and more real also because the attitude of society on this issue has changed. Heart, kidney and liver transplants are no longer controversial, but are regarded as one of the possibilities to save human life.

The aim of the study: The aim of the research was to obtain interdisciplinary knowledge about the opinions and attitudes of young people towards organ transplantation.

Material and methods: The study covered 100 people – 77 women and 23 men aged 18 to 35 years. A questionnaire consisting of 25 questions was used to study the population. The obtained results were analyzed statistically.

Results: According to the research carried out, opinions on transplantation are divided. The respondents were of the opinion that their knowledge about the topic in question was good, and its source was most often the Internet or an educational lesson at school or university. On the other hand, all respondents were convinced that greater social awareness influences the number of transplants performed. They also had knowledge of the steps to be taken to become a donor and 74% correctly answered the question about the death adjudication procedure. Moreover, it is satisfactory that as many as 96% of respondents support the use of organ transplantation from the deceased to save other people's lives. What is more, most of the respondents believed that while still alive, a person should make decisions about donating organs after death for transplantation.

Keywords: transplantation, saving lives, transplantology, bioethics.

■ Wstęp

Transplantologia to jedna z najmłodszych i najtrudniejszych dziedzin współczesnej medycyny. Choć w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat poczyniono w tym obszarze ogromne postępy, wciąż pozostaje wiele do zrobienia. Kiedy prof. Christiaan Barnard po raz pierwszy przeszczepił serce, świat zatrzymał się w zdziwieniu, ale potraktowano to bardziej jak eksperyment [1]. Obecnie przeszczepy narządów nikogo nie dziwią. Starzejąca się populacja chce jak najdłużej zachować sprawność, zdrowie i niezależność. Udana implantacja obcych narządów, tkanek i mięśni budzi więc u ludzi nadzieję. Niemal każdy chce wierzyć, że w niedalekiej przyszłości dzięki właściwościom komórek macierzystych będzie można wyhodować organy

zastępcze lub doprowadzić do odnowy biologicznej uszkodzonych. Staje się to coraz bardziej możliwe także dlatego że zmieniło się nastawienie społeczeństwa do transplantacji. Przeszczepy serca, nerek i wątroby nie wywołują już kontrowersji, lecz są traktowane jako jedna z możliwości ratowania ludzkiego życia. Choć przeszczep jest ostatecznością, należy pamiętać, że istnieje jeszcze wiele skomplikowanych operacji. Na szczęście efekty przeszczepów są coraz bardziej zadowalające, gdyż 80% pacjentów po przeszczepie żyje pięć i więcej lat z prawidłowo funkcjonującymi narządami. Rekordziści żyją kilkadziesiąt lat, prowadząc satysfakcjonujące życie prywatne i zawodowe [2].

Młodzi i zdrowi ludzie coraz częściej bez zastrzeżeń akceptują ideę przeszczepu, chcą, aby ich narządy po śmierci mogły być wykorzystane do ratowania życia innych ludzi. Niestety zdarza się, że wcześniejsze deklaracje w tej kwestii nie zostają podtrzymane. Kiedy lekarze proszą o wyrażenie zgody na oddanie narządów po śmierci bliskiej osoby, nierzadko słyszą odmowę. Trudno osądzać takich ludzi – może kieruje nimi strach przed profanacją ciała lub wiara, że w innym świecie należy „stawić się” w komplecie? Być może najważniejszą przeszkodą w pozyskiwaniu narządów od zmarłych jest brak dostatecznej wiedzy na ten temat. Wiele osób ma fałszywe wyobrażenie o życiu po przeszczepie. Niektórzy obawiają się także kontaktów z rodziną dawcy, która może domagać się od nich odszkodowania. Są to nieuzasadnione obawy, ponieważ szpitale chronią anonimowość dawców [3].

Rozpatrując temat przeszczepów, nie można pominąć takich pojęć jak „dawca” i „biorca”. Dawcą jest osoba żywa lub zmarła, z której pobiera się narząd, tkankę bądź komórkę w celu przeszczepienia innej osobie. Z kolei biorcą jest osoba, której wszczepiono potrzebujący narząd, komórkę albo przetacza się krew od dawcy [2].

Za patronkę transplantologii uznaje się męczennicę św. Agatę z Katanii na Sycylii. Przed śmiercią doświadczyła przywrócenia odciętych piersi za sprawą uzdrowienia przez św. Piotra [4].

Dokonania XVIII i XIX wieku znacząco wpłynęły na rozwój transplantologii. W 1771 roku przyrodnik John Hunter wszczepił zdrowe ludzkie zęby. Z kolei włoski fizjolog Giuseppe Baronio w 1804 roku wykazał, że skóra owcy przyjmuje się po transplantacji w inne miejsce, ale u tego samego zwierzęcia. Wiele lat później, w 1816 roku, pomyślnie zakończono przeszczep skóry z człowieka na człowieka [5].

■ Cel badań

Uzyskanie interdyscyplinarnej wiedzy na temat opinii i postaw młodych ludzi wobec przeszczepiania narządów.

■ Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród 100 osób – 77 kobiet i 23 mężczyzn w wieku od 18 do 35 lat. W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego oraz technikę ankiety. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety, składający się z 25 pytań. Zgromadzone dane poddano analizie statystycznej z wykorzystaniem programu Statistica 13.1 firmy StatSoft. Analizowano dane

o typie jakościowym. Dane przedstawiono w tabelach i na wykresach. Związki zachodzące pomiędzy wybranymi zmiennymi o typie jakościowym określono testem chi-kwadrat Pearsona. Za poziom istotności statystycznej przyjęto $p < 0,05$.

■ Wyniki

Badaniem objęto 100 młodych osób, w tym 23,0% mężczyzn i 77,0% kobiet. Respondentów podzielono na cztery grupy według stanu cywilnego. Większość była w związku małżeńskim (52,0%). W gronie mężczyzn 42,0% stanowili nieżonaci i samotni oraz 3,0% rozwiedzeni bądź owdowiali. Wśród badanych było 24,0% osób w wieku 18–20 lat, 11,0% osób w wieku 21–25 lat, 16,0% osób w wieku 26–30 lat i 49,0% osób w wieku 31–35 lat. Większość badanych miała wykształcenie wyższe (49,0%) lub średnie (48,0%). Wykształcenie zasadnicze zawodowe miało 2,0% badanych, a podstawowe – jedna osoba.

Własną wiedzę dotyczącą dawstwa narządów do transplantacji po śmierci badani zazwyczaj określali jako dobrą (54,0%) albo słabą (35,0%). Tylko 8% ankietowanych uznało swoją wiedzę na ten temat za bardzo dobrą, a 3,0% respondentów przyznało się do całkowitego braku wiedzy w tym zakresie. Wiedzę związaną z dawstwem narządów do transplantacji badani uzyskiwali najczęściej z Internetu (59,0%), podczas nauki w szkole czy na studiach (45,0%), a nierzadko również z telewizji (42,0%). Z prasy czerpało ją 21,0% badanych, z pracy zawodowej 18,0% osób oraz od znajomych 14,0% ankietowanych. Akcje propagujące transplantację obserwowało w swoim najbliższym otoczeniu 41,0% badanych. Młodzi ludzie zazwyczaj raczej nie zgadzali się (57,0%) lub nie zgadzali się (28,0%), że wiedza i świadomość społeczeństwa na temat przeszczepów są zadowalające. Znaczna część osób była przekonana, iż większa świadomość społeczeństwa może wpływać na liczbę przeszczepów. Zdecydowanie było tego pewnych 73,0% osób, a 27,0% uważało, że większa świadomość społeczna raczej może wpływać na liczbę przeszczepów. Połowa badanych wskazała wszystkie działania, jakie należy podjąć, aby zostać dawcą, tj. poinformowanie najbliższych o swojej decyzji, posiadanie przy sobie wypełnionego oświadczenia woli oraz wypełnienie deklaracji, która wyraża zgodę na oddanie tkanek, narządów do przeszczepu. Spośród pozostałych działań najczęściej wskazywano na konieczność wypełnienia deklaracji (33,0% osób). Najwięcej badanych było przekonanych, że śmierć człowieka następuje wtedy, gdy mózg przestaje pracować (74,0%). Średnio co czwarty badany uznawał, że śmierć następuje w momencie zatrzymania akcji serca (26,0%), a 5,0% respondentów nie miało w tym zakresie wiedzy. Większość osób (96,0%) popierała przeszczepianie narządów pobranych od osób zmarłych w celu ratowania lub przywracania zdrowia innym ludziom. Niemala część ankietowanych (88,0%) sądziła, że każdy człowiek jeszcze za życia powinien samodzielnie podejmować decyzję o oddaniu narządów po śmierci w celu ich przeszczepienia, 7,0% badanych wskazało, iż decyzja należy do rodziny zmarłej osoby, a 5,0% respondentów nie miało na ten temat zdania. Spośród ogółu badanych 36,0% osób podjęło już decyzję o oddaniu narządów po śmierci, a 64,0% badanych nie podjęło jeszcze takiej decyzji.

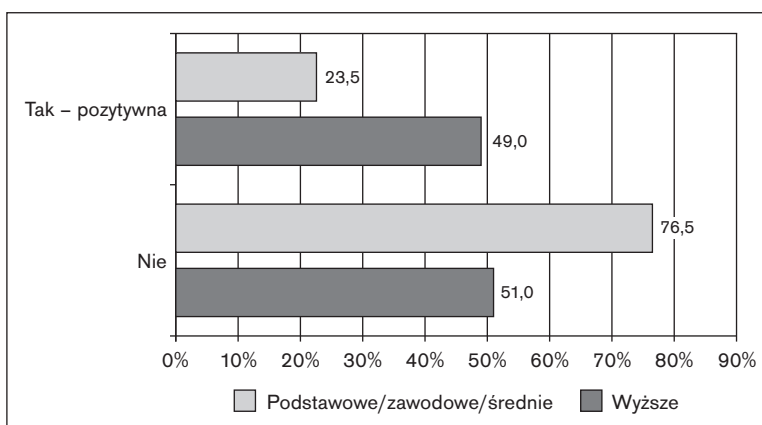
Potwierdzono obecność istotnej statystycznie zależności pomiędzy częstością, z jaką badani podejmowali decyzję dotyczącą przeszczepu własnych narządów po śmierci a ich poziomem wykształcenia ($p = 0,008$). Wykazano, że osoby z wykształceniem wyższym częściej niż pozostałe decydowały się na oddanie do przeszczepu własnych narządów po śmierci (49,0% w porównaniu do 23,5%). Wyniki przedstawiono w tabeli 1 i na rycinie 1.

Tabela 1. Podjęcie decyzji dotyczącej oddania do przeszczepu własnych narządów po śmierci a wykształcenie

Podjęcie decyzji dotyczącej oddania do przeszczepu własnych narządów po śmierci	Podstawowe/zawodowe/średnie		Wyższe		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Tak – pozytywna	12	23,5%	24	49,0%	36	36,0%
Nie	39	76,5%	25	51,0%	64	64,0%
Razem	51	100,0%	49	100,0%	100	100,0%
Istotność (p)	$\chi^2 (1) = 7,03, p = 0,008$					

N – liczba obserwacji; % – procent; χ^2 – wynik testu chi-kwadrat Pearsona; p – wartość prawdopodobieństwa testowego

Źródło: opracowanie własne.



Rycina 1. Podjęcie decyzji dotyczącej oddania do przeszczepu własnych narządów po śmierci a wykształcenie

Źródło: opracowanie własne.

Ze sformułowaniem tzw. oświadczenia woli spotkało się kiedykolwiek 82,0% badanych. Z kolei gotowość do podpisania oświadczenia woli wyrażało łącznie 66,0% ankietowanych, z czego 14,0% osób już to zrobiło. Średnio co trzecia osoba nie zamierzała podpisać takiego oświadczenia (34,0% badanych).

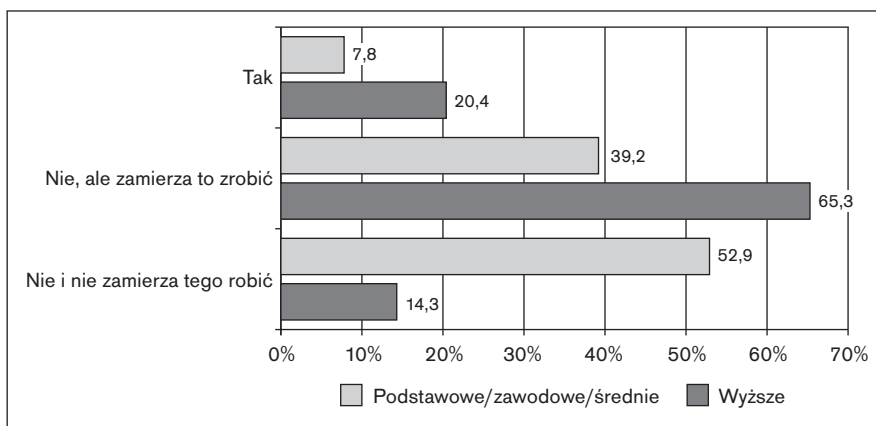
Gotowość do podpisania oświadczenia woli lub dokonanie tego aktu częściej dotyczyło osób z wykształceniem wyższym (łącznie 85,7% badanych) niż osób z wykształceniem średnim i niższym (łącznie 47,1% badanych). Różnica ta była istotna statystycznie ($p < 0,001$). Wyniki zamieszczono w tabeli 2 i na rycinie 2.

Tabela 2. Gotowość do podpisania oświadczenia woli a wykształcenie

Gotowość do podpisania oświadczenia woli	Podstawowe/ zawodowe/średnie		Wyższe		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Tak	4	7,8%	10	20,4%	14	14,0%
Nie, ale zamierza to zrobić	20	39,2%	32	65,3%	52	52,0%
Nie i nie zamierza tego robić	27	52,9%	7	14,3%	34	34,0%
Razem	51	100,0%	49	100,0%	100	100,0%
Istotność (p)	$\chi^2 (2) = 17,07, p < 0,001$					

N – liczba obserwacji; % – procent; χ^2 – wynik testu chi-kwadrat Pearsona; p – wartość prawdopodobieństwa testowego

Źródło: opracowanie własne.



Rycina 2. Gotowość do podpisania oświadczenia woli a wykształcenie

Źródło: opracowanie własne.

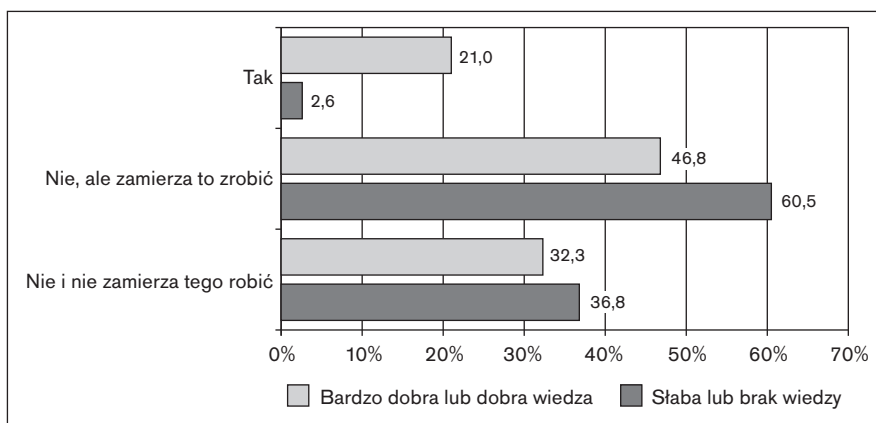
Podobnie gotowość do podpisania oświadczenia woli lub dokonanie tego aktu częściej dotyczyło osób posiadających dobrą bądź bardzo dobrą wiedzę na temat dawstwa narządów do transplantacji po śmierci (łącznie 67,7% badanych) aniżeli osób mających słabą wiedzę w tym zakresie albo niemających jej wcale (łącznie 63,2% badanych). Zdecydowanie częściej osoby z większą wiedzą były już po podpisaniu oświadczenia woli (21,0% w porównaniu do 2,6% badanych). Różnica ta była istotna statystycznie ($p = 0,036$). Wyniki te ilustrują tabela 3 i rycina 3.

Tabela 3. Gotowość do podpisania oświadczenia woli a subiektywna ocena własnej wiedzy na temat dawstwa narządów do transplantacji po śmierci

Gotowość do podpisania oświadczenia woli	Bardzo dobra lub dobra wiedza		Słaba lub brak wiedzy		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Tak	13	21,0%	1	2,6%	14	14,0%
Nie, ale zamierza to zrobić	29	46,8%	23	60,5%	52	52,0%
Nie i nie zamierza tego robić	20	32,3%	14	36,8%	34	34,0%
Razem	62	100,0%	38	100,0%	100	100,0%
Istotność (p)	$\chi^2 (2) = 6,66, p = 0,036$					

N – liczba obserwacji; % – procent; χ^2 – wynik testu chi-kwadrat Pearsona; p – wartość prawdopodobieństwa testowego

Źródło: opracowanie własne.



Rycina 3. Gotowość do podpisania oświadczenia woli a subiektywna ocena własnej wiedzy na temat dawstwa narządów do transplantacji po śmierci

Źródło: opracowanie własne.

Co piąty badany miał w gronie rodziny lub znajomych osoby, które podpisały oświadczenie woli (20,0%). Znaczna część osób nie posiadała wiedzy w tym zakresie (52,0% badanych). Średnio co trzeci ankietowany (34,0%) poinformował własną rodzinę na temat swojego stanowiska dotyczącego dawstwa. Co piąty respondent (20,0% osób) zgadzał się, a niemal połowa badanych (49,0%) nie zgadzała się, aby lekarze mogli pobierać narządy od zmarłej osoby mimo sprzeciwu ze strony rodziny. Brak zgody na przyzwolenie dla lekarzy odnośnie do pobierania

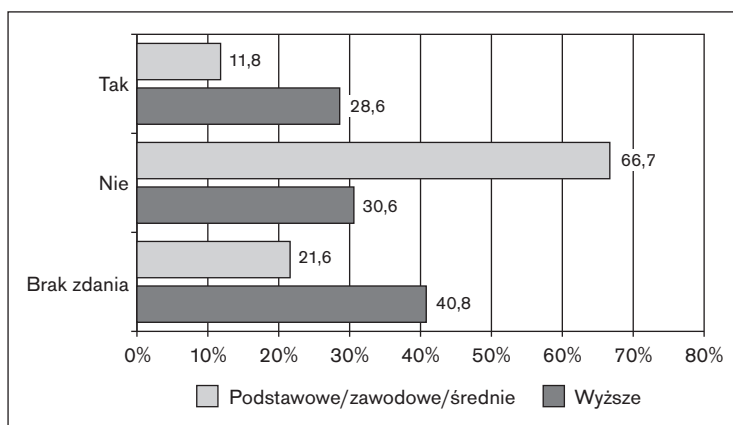
narządów od zmarłej osoby w razie sprzeciwu ze strony rodziny częściej wskazywali badani z wykształceniem średnim lub niższym (odpowiednio 66,7% i 30,6%). Osoby z wyższym wykształceniem częściej postrzegały takie postępowanie jako słuszne (28,6%) albo nie miały jednoznacznie określonego zdania w tej kwestii (40,8%). Różnice w opiniach badanych z dwóch grup były istotne statystycznie, gdy $p = 0,001$. Wyniki ilustrują tabela 4 i rycina 4.

Tabela 4. Podzielanie opinii, że lekarze powinni pobierać narządy od osoby zmarłej w przypadku sprzeciwu ze strony rodziny a wykształcenie

Podzielanie opinii, że lekarze powinni pobierać narządy od zmarłej osoby w przypadku sprzeciwu ze strony rodziny	Podstawowe/ zawodowe/średnie		Wyższe		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Tak	6	11,8%	14	28,6%	20	20,0%
Nie	34	66,7%	15	30,6%	49	49,0%
Brak zdania	11	21,6%	20	40,8%	31	31,0%
Razem	51	100,0%	49	100,0%	100	100,0%
Istotność (p)	$\chi^2 (2) = 13,15, p = 0,001$					

N – liczba obserwacji; % – procent; χ^2 – wynik testu chi-kwadrat Pearsona; p – wartość prawdopodobieństwa testowego

Źródło: opracowanie własne.



Rycina 4. Podzielanie opinii, że lekarze powinni pobierać narządy od osoby zmarłej w przypadku sprzeciwu ze strony rodziny a wykształcenie

Źródło: opracowanie własne.

W opiniach badanych osób najczęstszymi przyczynami braku zgody na przeszczep były: względy emocjonalne lub szok wywołany śmiercią bliskiej osoby (83,0%), strach przed nieprawidłowym stwierdzeniem zgonu (64%), nieufność do lekarzy (64,0%). Jako inne powody ankietowani wymienili naruszenie ciała zmarłej osoby oraz ewentualne schorzenia dawcy.

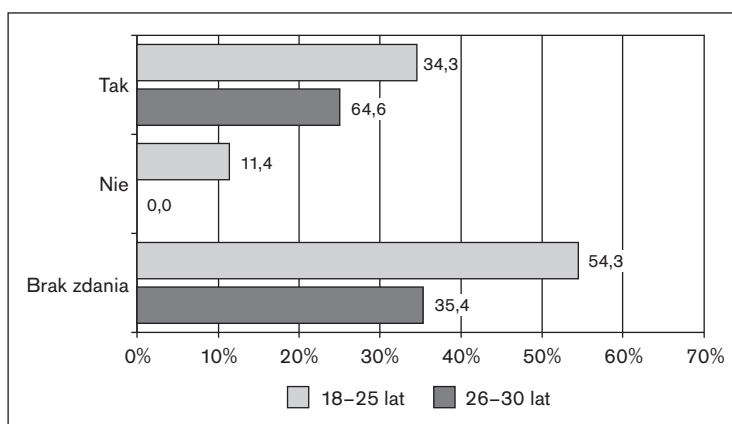
Gotowość do udzielenia zgody na pobranie narządów od zmarłego ze swojej najbliższej rodziny wyraziło 54,0% badanych, zaś brak gotowości stwierdzono wśród 4,0% osób. Pozostałych 42,0% respondentów nie było jednoznacznie ustosunkowanych do tej kwestii. Gotowość do udzielenia zgody na pobranie narządów od zmarłego ze swojej najbliższej rodziny częściej wyrażały osoby w wieku 26–30 lat (64,6%) aniżeli osoby w wieku 18–25 lat (34,3%). Różnica ta była istotna statystycznie ($p = 0,001$). Wyniki przedstawiono w tabeli 5 i na rycinie 5.

Tabela 5. Gotowość do udzielenia zgody na pobranie narządów od zmarłego ze swojej najbliższej rodziny a wiek

Gotowość do udzielenia zgody na pobranie narządów od zmarłego ze swojej najbliższej rodziny	18–25 lat		26–30 lat		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Tak	12	34,3%	42	64,6%	54	54,0%
Nie	4	11,4%	0	0,0%	4	4,0%
Brak zdania	19	54,3%	23	35,4%	42	42,0%
Razem	35	100,0%	65	100,0%	100	100,0%
Istotność (p)	$\chi^2 (2) = 13,23, p = 0,001$					

N – liczba obserwacji; % – procent; χ^2 – wynik testu chi-kwadrat Pearsona; p – wartość prawdopodobieństwa testowego

Źródło: opracowanie własne.



Rycina 5. Gotowość do udzielenia zgody na pobranie narządów od zmarłego ze swojej najbliższej rodziny a wiek

Źródło: opracowanie własne.

Gotowość do przyjęcia cudzego narządu, gdyby zaszła taka potrzeba, dla ratowania własnego zdrowia lub życia wyraziło 91,0% badanych, pozostałych 9,0% osób nie miało zdania w tej kwestii. Badani w większości nie zgadzali się z opinią, że tkanki i narządy można oddawać tylko po śmierci (87,0%). Więcej niż połowa (61%) badanych była zdecydowana, aby zostać dawcą tkanki lub narządu parzystego za życia, a 29,0% osób nie umiało jednoznacznie odpowiedzieć na to pytanie. Z pewnością gotowości takiej nie potwierdzało 10,0% osób.

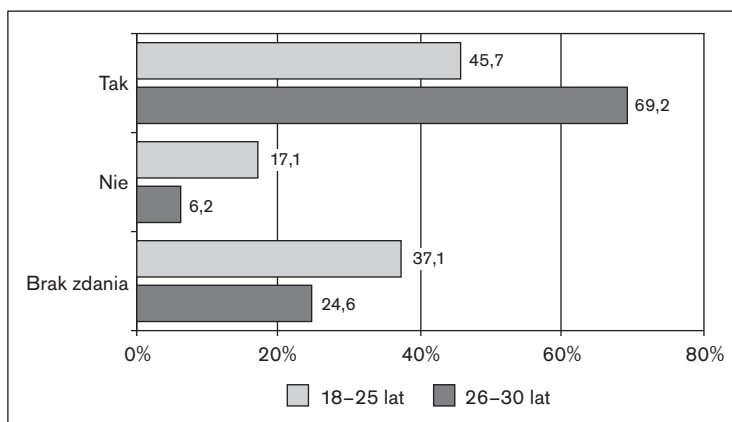
Gotowymi do bycia dawcami tkanki lub narządu parzystego za życia częściej byli badani w wieku 26–30 lat (69,2%) aniżeli osoby w wieku 18–25 lat (45,7%). Osoby te także rzadziej deklarowały brak takiej możliwości (6,2% wobec 17,1%). Różnice te były istotne statystycznie, gdy $p = 0,048$. Wyniki przedstawiono w tabeli 6 i na rycinie 6.

Tabela 6. Gotowość do bycia dawcą tkanki lub narządu parzystego za życia a wiek

Gotowość do bycia dawcą tkanki lub narządu parzystego za życia	18–25 lat		26–30 lat		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Tak	16	45,7%	45	69,2%	61	61,0%
Nie	6	17,1%	4	6,2%	10	10,0%
Brak zdania	13	37,1%	16	24,6%	29	29,0%
Razem	35	100,0%	65	100,0%	100	100,0%
Istotność (p)	$\chi^2 (2) = 6,04, p = 0,048$					

N – liczba obserwacji; % – procent; χ^2 – wynik testu chi-kwadrat Pearsona; p – wartość prawdopodobieństwa testowego

Źródło: opracowanie własne.



Rycina 6. Gotowość do bycia dawcą tkanki lub narządu parzystego za życia a wiek

Źródło: opracowanie własne.

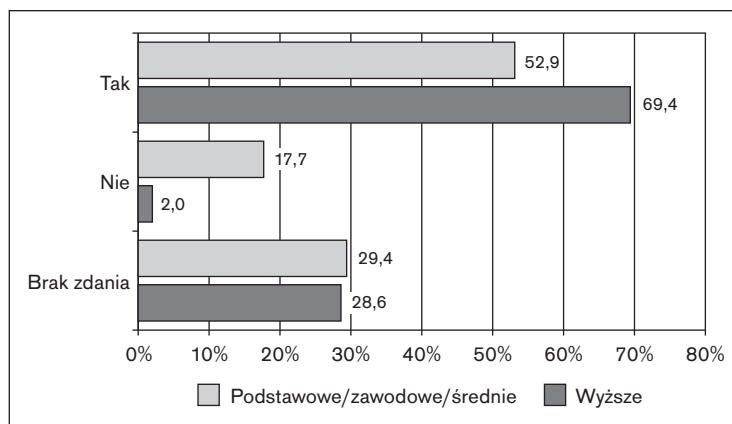
Gotowość do oddania tkanki lub narządu parzystego w ciągu życia częściej wyrażały osoby z wykształceniem wyższym (69,4%) niż osoby z wykształceniem średnim i niższym (52,9%). Osoby te również rzadziej się temu sprzeciwiały (2,0% badanych w stosunku do 17,7% respondentów). Różnice te były istotne statystycznie ($p = 0,027$). Wyniki zamieszczono w tabeli 7 i na rycinie 7.

Tabela 7. Gotowość do bycia dawcą tkanki lub narządu parzystego za życia a wykształcenie

Gotowość do bycia dawcą tkanki lub narządu parzystego za życia	Podstawowe/ zawodowe/średnie		Wyższe		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Tak	27	52,9%	34	69,4%	61	61,0%
Nie	9	17,7%	1	2,0%	10	10,0%
Brak zdania	15	29,4%	14	28,6%	29	29,0%
Razem	51	100,0%	49	100,0%	100	100,0%
Istotność (p)	$\chi^2 (2) = 7,20, p = 0,027$					

N – liczba obserwacji; % – procent; χ^2 – wynik testu chi-kwadrat Pearsona; p – wartość prawdopodobieństwa testowego

Źródło: opracowanie własne.



Rycina 7. Gotowość do bycia dawcą tkanki lub narządu parzystego za życia a wykształcenie

Źródło: opracowanie własne.

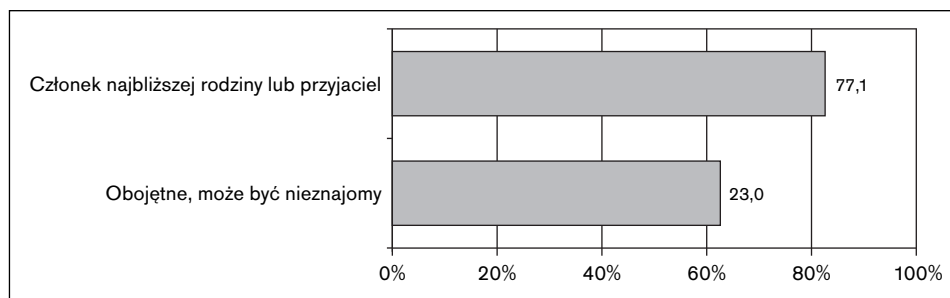
Respondenci deklarujący gotowość oddania tkanki lub narządu parzystego w ciągu życia jako potencjalnych biorców częściej wskazywali na członków najbliższej rodziny bądź przyjaciół (77,1%) niż na osoby nieznanome. Wyniki przedstawiono w tabeli 8 i na rycinie 8.

Tabela 8. Osoba, dla której badani byliby gotowi oddać tkankę lub narząd parzysty za życia

Osoba, dla której badani byliby gotowi oddać tkankę lub narząd parzysty za życia	N	%
Członek najbliższej rodziny lub przyjaciel	47	77,1%
Obojętne, może być nieznamy	14	23,0%
Razem	61	100,0%

N – liczba obserwacji; % – procent

Źródło: opracowanie własne.

**Rycina 8. Osoba, dla której badani byliby gotowi oddać tkankę lub narząd parzysty za życia**

Źródło: opracowanie własne.

■ Dyskusja

Z przeprowadzonych badań wynika, że wiedza respondentów na temat transplantacji w zdecydowanej większości była na dobrym poziomie (54% ankietowanych). Mniej osób (34%) określiło swoją wiedzę jako słabą, a 3% przyznało, iż nie ma żadnej wiedzy dotyczącej oddawania narządów do przeszczepu. Dodatkowo większość (57%) respondentów nie zgodziła się ze stwierdzeniem, jakoby wiedza społeczeństwa na temat transplantacji była zadowalająca. Dla porównania: tylko jedna osoba wyraziła opinię, że społeczeństwo jest bardzo dobrze poinformowane o przeszczepach.

Rezultaty badań zrealizowanych przez Ściśto i wsp., dotyczących postaw i wiedzy mieszkańców wsi i miast na temat transplantacji, wskazują, że wiedza respondentów w większości okazała się na poziomie dostatecznym. Mniej osób, bo 18% z miasta i 50% mieszkańców wsi zaprezentowało wiedzę w tej dziedzinie na dobrym poziomie. Tylko jedna osoba z miasta wykazała się wiedzą w stopniu bardzo dobrym [6]. Podobne wyniki osiągnęły Falkowska-Pijagin i Borkowska. Z ich analiz można wnioskować, że wiedza społeczeństwa na temat przeszczepów jest w dalszym ciągu niewystarczająca. Ponad połowa respondentów oceniła ją

jako dostateczną, a 13% jako wręcz niedostateczną. Co ciekawe, tylko 1% ankietowanych przyznał, że jego wiedza na temat transplantacji jest bardzo dobra [7].

Na podstawie badań własnych można stwierdzić, że źródłami wiedzy o dawstwie narządów są najczęściej: Internet (59%), lekcja edukacyjna w szkole lub na studiach (49%), telewizja (45%). Pokrywa się to z rezultatami badań Woderskiej nad postawami adolescentów na temat transplantacji. Wskazują one, że 56% respondentów informacje czerpie ze stron internetowych. Interesujący wydaje się fakt, że na drugim miejscu młodzi ludzie wymienili rodziców jako źródło informacji na temat przeszczepów, co jest bardzo pozytywne i świadczy o tym, iż osoby te poruszają tak ważny temat ze swoimi najbliższymi. Z kolei na pozyskanie wiedzy dotyczącej dawstwa organów od przedstawicieli służb medycznych, tj. pielęgniarek, lekarzy, ratowników medycznych czy koordynatorów ds. transplantacji, zdecydowało się 27% ankietowanych [8].

Badania własne wykazały również, że respondenci nie zetknęli się do tej pory z żadną kampanią promującą transplantację (59%). Być może wokół nich nie prowadzono akcji uświadamiających albo po prostu nie zwracali na nie uwagi, bo różnica między odsetkiem tych osób a odsetkiem osób, które spotkały się z takimi działaniami (41%), jest niewielka. Co więcej, aż 50% osób potrafiło wymienić działania, które ich zdaniem należy wykonać, aby zostać dawcą. Ankietowani wskazali, że konieczne jest wypełnienie oświadczenia wyrażającego zgodę na oddanie tkanek i narządów do przeszczepienia (33%) oraz posiadanie go przy sobie (22%).

Z dużą uwagą przeanalizowano odpowiedzi na pytania o moment zgonu postrzegany przez respondentów jako prawdziwy. Z biegiem lat zmieniały się poglądy i procedury orzekania zgonu, dlatego interesująca była weryfikacja, czy poziom wiedzy badanych jest aktualny. Okazało się, że 74% ankietowanych odpowiedziało, że śmierć człowieka następuje, gdy mózg człowieka przestaje działać, 26% badanych stwierdziło, iż osoba umiera w momencie zatrzymania krążenia, a tylko 5% ankietowanych przyznało, że nie ma na ten temat wiedzy.

Aby porównać te wyniki z badaniami innych osób, dokonano analizy badań CBOS na temat postaw wobec przeszczepiania narządów. Wynika z nich, że 49% ankietowanych zgadza się z opinią, że człowiek umiera wtedy, gdy jego mózg nieodwracalnie przestał działać, nawet w sytuacji, gdy nie została zatrzymana akcja serca. Odsetek osób, które nie zgadzają się z takim stwierdzeniem, jest zbliżony do wyników badań uzyskanych w innych państwach. Z kolei do czynników, które mają wpływ na akceptację kryterium śmierci mózgowej, zalicza się poziom wykształcenia, religijności i podeszły wiek [9].

Badania przeprowadzone przez Ścisło i wsp. wykazały, że 84% ankietowanych mieszkających w mieście i 86% pochodzących ze wsi potrafi wskazać prawidłową definicję śmierci mózgu. Błędnie odpowiedziało tylko 4% badanych z miasta oraz tyle samo ze wsi, uznając, że jest to chwilowe i odwracalne ustanie pracy tkanki mózgowej. Natomiast zaskakujące jest to, że aż 12% osób z miasta i 10% mieszkańców wsi nigdy nie spotkało się z pojęciem śmierci mózgowej [6].

Ważnym pytaniem było również to dotyczące popierania stosowania przeszczepiania narządów pobranych od zmarłych w celu ratowania czy przywracania zdrowia innym ludziom. W tej kwestii respondenci byli prawie jednomyślni, zaznaczając odpowiedź twierdzącą (96%). Tylko dwie osoby okazały się przeciwnie przeszczepom, a kolejne dwie przyznały, że nie mają zdania na ten temat. Co więcej, większość badanych (88%) uważała, że każdy z nas jeszcze za życia powinien podjąć decyzję, czy chce oddać swoje organy po śmierci w celu ich przeszczepienia. Jedynie 7% stwierdziło, że taka decyzja powinna należeć do rodziny. Zaskakujące jest to, że nikt nie przyznał, iż to lekarze powinni decydować o pobraniu narządów do przeszczepu. W świetle obowiązujących przepisów byłoby to w pełni uzasadnione.

Wyniki innych badań dowodzą, że aż 87% Polaków akceptuje przeszczepianie narządów w celu ratowania życia [9]. Z kolei badania zrealizowane wśród mieszkańców województwa podkarpackiego pokazują, że ok. 80% badanych zgadzało się na transplantację narządów, a nawet deklarowało oddanie własnych narządów za życia i po śmierci [10].

Badania własne dowiodły także, że jedynie 36% osób podjęło decyzję o udzieleniu zgody na pobranie narządów po śmierci. Więcej niż połowa (64%) respondentów jeszcze na to się nie zdecydowała. Żaden ankietowany nie wyraził sprzeciwu w tej kwestii. Wykazano dodatkowo, że osoby z wyższym wykształceniem częściej podejmowały pozytywną decyzję dotyczącą oddania do przeszczepu własnych narządów po śmierci. Być może wiąże się to z faktem, iż nie wszyscy badani spotkali się kiedykolwiek z oświadczeniem woli.

Z badań wynika, że 82% osób wie, na czym polega i z czym wiąże się podpisanie oświadczenia woli. Gotowość do jego podpisania zadeklarowało 66% z badanych, z czego 14% już to zrobiło. Zaskakuje, że aż co trzecia osoba nie zamierzała podpisać takiego oświadczenia. Ponadto ponad połowa respondentów nie posiadała wiedzy na temat tego, czy w ich najbliższej rodzinie ktokolwiek podpisał takie oświadczenie. Jedynie 20 osób odpowiedziało na to pytanie twierdząco.

Powyższe rezultaty porównano z wynikami badań Błądkowskiej i Witczaka. Okazało się, że 66% osób jest skłonnych wypełnić oświadczenie woli, w którym wyrażą zgodę na pobranie ich narządów po śmierci. Oświadczenia nie podpisałoby 25% badanych, zaś 8,9% już je wypełniło. W grupie kobiet 74% osób uważało, że są skłonne wypełnić oświadczenie woli, a nie podpisałoby go 18,2% kobiet, natomiast 7,8% już je wypełniło. W grupie mężczyzn 53,2% osób wyraziło zgodę na podpisanie oświadczenia. Nie podpisałoby go 36,2% mężczyzn, a 10,6% już to zrobiło [11].

Dosyć kontrowersyjne wydało się pytanie dotyczące tego, czy lekarze, mimo sprzeciwu rodziny, powinni pobierać narządy do przeszczepów. W świetle polskich przepisów każda osoba może być uznana za potencjalnego dawcę, jeśli za życia nie zgłosiła skutecznego sprzeciwu. W wypadku braku sprzeciwu lekarze nie muszą pytać rodziny zmarłego o zgodę na pobranie narządów. Prawie połowa ankietowanych (49%) przyznała, że taka praktyka nie powinna występować,

a 31% stwierdziło, iż nie ma wyrobionego zdania na ten temat. Inne badania pokazują, że wielu Polaków nie zna decyzji najbliższych dotyczących dawstwa narządów i mało kto wie, jak prawnie regulowane jest pobieranie narządów od zmarłych. Respondenci w większości opowiadają się za zasadą zgody wyrażonej, a nie za obowiązującą obecnie zasadą zgody domniemanej [12].

Osoby, które nie zgadzają się na transplantację, wyliczają wiele przyczyn swojej decyzji. Wyniki naszych badań wskazują, że do najczęstszych z nich należą względy emocjonalne, a przede wszystkim szok wywołany śmiercią bliskiej osoby (83%) oraz strach przed nieprawidłowym stwierdzeniem zgonu (64%). Nierzadko decydujące są względy religijne (34%) i obawa przed wykorzystaniem narządów do handlu (23%). Mimo takich obaw gotowość do udzielenia zgody na pobranie narządów od zmarłego ze swojej najbliższej rodziny wyraziło 54 respondentów, 42 nie miało zdania, a jedynie 4 osoby w obliczu takiej sytuacji nie zgodziłyby się na pobranie narządów od bliskich.

Z kolei wyniki badań CBOS pokazują, że w przypadku śmierci bliskiej osoby ponad cztery piąte (83%) ankietowanych nie sprzeciwiłoby się pobraniu narządów do przeszczepu, jeśli zmarły nie miał nic przeciwko temu. Odsetek deklarujących brak sprzeciwu jest znacznie mniejszy (60%), gdy opinia osoby zmarłej nie jest znana. Tylko 15% respondentów zezwoliłoby na pobranie narządów dla ratowania komuś życia mimo wyrażonego wcześniej sprzeciwu dawcy [9].

Jeśli chodzi o postawę respondentów wobec przeszczepu organów w razie śmierci ich bliskiej osoby oraz możliwości pobrania narządu do transplantacji, to większość respondentów (82% osób z miasta i 70% ze wsi) wyraziłaby zgodę, jeśli miałyby to uratować życie innemu człowiekowi. Z kolei 10% ankietowanych z miasta oraz 26% ze wsi wolałoby, żeby taką decyzję podjął za nich ktoś inny. Tylko 8% mieszkańców miasta i 4% wsi nie wyraziłoby na to zgody [6].

Badanych postawiono także w odwrotnej sytuacji, pytając ich o gotowość przyjęcia cudzego narządu, gdyby zaszła taka potrzeba, dla ratowania zdrowia/życia. Okazało się, że 91% z nich zgodziłoby się na przeszczep od innej osoby. Zdania w tej kwestii nie ma 9% respondentów, co wskazuje na to, że żaden z ankietowanych nie zaznaczył odpowiedzi przeczącej. Gotowość do bycia dawcą tkanki lub narządu parzystego za życia zadeklarowało 61 osób, a 10 osób przyznało, że nie wyraziłoby takiej zgody. Gotowymi do oddania tkanki bądź narządu parzystego za życia częściej byli badani w wieku 26–30 lat (69,2%) aniżeli badani w wieku 18–25 lat (45,7%). Co więcej, respondenci deklarujący gotowość do oddania tkanki czy narządu parzystego za życia jako potencjalnych biorców częściej wskazywali członków najbliższej rodziny lub przyjaciół (77,1%) niż osoby nieznajome (23,0%). Pokrywa się to z rezultatami innych badań. W badaniach CBOS 90% respondentów zgodziłoby się na przyjęcie narządu, aby ratować swoje życie [12]. Z analiz dokonanych przez Borkowską i Falkowską-Pijagin wynika, że 75% ankietowanych nie wyraziłoby sprzeciwu wobec pobrania narządu parzystego, ale tylko jeśli trafiłby on do bliskiej im osoby [7].

■ Wnioski

1. Wiedzę na temat dawstwa narządów do transplantacji młodzi ludzie czerpali przede wszystkim z Internetu (59%), podczas nauki w szkole, na uczelni (45%) bądź z telewizji (42%). Jedynie 21% ankietowanych wskazało prasę jako jedno ze źródeł o transplantacji.
2. Według przeprowadzonych badań 100% ankietowanych zgodziło się ze stwierdzeniem, że większa świadomość społeczna może wpłynąć na liczbę przeszczepów.
3. Znaczna część młodych ludzi nie miała problemów z wymienieniem czynników niezbędnych do stwierdzenia śmierci mózgu – 74% respondentów uważało, że śmierć człowieka następuje wtedy, gdy mózg przestaje pracować, a 26% badanych uznało, iż do śmierci dochodzi w momencie zatrzymania akcji serca.
4. Udowodniono, że przyzwolenie na transplantacje w społeczeństwie wzrasta. Aż 96% młodych ludzi popiera przeszczepianie narządów pobranych od osób zmarłych w celu ratowania lub przywracania zdrowia innym ludziom. Poza tym większość badanych (88%) uważała, że każdy samodzielnie jeszcze za życia powinien podjąć decyzję o oddaniu narządów po śmierci w celu ich przeszczepienia. Coraz powszechniejsze staje się również podpisywanie oświadczenia woli, czyli zgody na pobranie narządów po śmierci.
5. Jako najczęstsze przyczyny braku zgody na przeszczep respondenci wskazali względy emocjonalne, w tym szok wywołany śmiercią bliskiej osoby (83%), nieufność do lekarzy (64%), strach przed nieprawidłowym stwierdzeniem zgonu (64%). Na trzecim miejscu znalazły się przekonania religijne (34%). Ankietowani obawiają się również wykorzystania narządów do handlu (23%).
6. Respondenci posiadają informacje na temat tego, kto może zostać dawcą narządów. Większość (87%) zdaje sobie sprawę z tego, że tkanki i narządy można oddać nie tylko po śmierci.
7. Większa część młodych osób spotkała się z oświadczeniem woli (82%). Co więcej, gotowość do jego podpisania wyraziło łącznie 66% badanych, z czego 14% osób już to zrobiło. Niewielu (20%) ankietowanych zna w swoim najbliższym otoczeniu osoby, które podpisały oświadczenie woli i noszą go przy sobie.
8. Respondenci pozytywnie traktują biorców narządów. Uważają, że przeszczep jest formą ratowania życia ludzkiego (96%). Wynika to z rosnącej świadomości ludzi, że po śmierci jednego człowieka jego narządy mają szansę żyć w drugiej osobie.
9. Większość (87%) badanych zdaje sobie sprawę z tego, że transplantacja może być dokonana zarówno od osoby zmarłej, jak i żywej. Jedynie 7 osób wykazało brak wiedzy w tej dziedzinie.
10. Gotowość do oddania tkanki lub narządu parzystego w ciągu życia wyraziło 61% badanych, a kolejne 29% osób nie potrafiło jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie dotyczące tej kwestii. Takiej gotowości nie potwierdzało 10% osób. Respondenci deklarujący gotowość do oddania tkanki lub narządu parzystego

w ciągu swojego życia częściej wskazywali na członków najbliższej rodziny bądź przyjaciół (77%) jako potencjalnych biorców niż na osoby nieznanym (23%).

11. Średnio co trzeci badany (34%) poinformował własną rodzinę o swoim stanowisku w sprawie dawstwa narządów oraz podpisaniu oświadczenia woli. Takiej potrzeby nie miało 36% ankietowanych. Być może były to osoby, które nie rozmawiały na ten temat z bliskimi. Brak wiedzy zadeklarowało 30% badanych.

Bibliografia

1. Guzik-Makaruk E.M.: Transplantacja organów, tkanek i komórek w ujęciu prawnym i kryminologicznym. Studium porównawcze, Wydawnictwo Temida, Białystok 2008: 29.
2. Humańska M., Dudek K.M.: Analiza postaw młodzieży wobec transplantacji narządów, Pracownia Podstaw Umiejętności Klinicznych i Symulacji Medycznej, CM im. L. Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu, Toruń 2018: 4.
3. Roźniatowski T.: Mała encyklopedia medycyny, t. 2, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1991: 513.
4. Nogal H., Wiśniewska E., Antos E.: Zarys historyczny dynamiki rozwoju transplantologii klinicznej, Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu, 2016; 1(46): 113–118.
5. Paszkowska M.: Podstawy prawne przeszczepiania komórek, tkanek i narządów, Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, 2008; 6(1–2): 18–19.
6. Ścisło L., Partyka E., Walewska E., Puto G., Naszydłowska E., Kozieł D.: Postawy i wiedza mieszkańców wsi i miast na temat transplantacji narządów, Hygeia Public Health, 2013; 48(1): 40–45.
7. Borkowska B., Falkowska-Pijagin E.: Zagadnienie transplantologii w społecznej świadomości mieszkańców Ostrołęki, Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Agrobiznesu w Łomży, 2009; 40: 5.
8. Woderska N.: Wiedza i opinie młodzieży dotyczące dawstwa narządów do transplantacji. Aspekty edukacyjne, Publikacja współfinansowana z funduszy Kujawsko-Pomorskiego Stowarzyszenia na Rzecz Transplantacji, Poznań 2018: 23–31.
9. Centrum Badania Opinii Społecznej: Postawy wobec przeszczepiania narządów. Komunikat z badań, Warszawa 2007.
10. Biuletyn Informacyjny Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji „Poltransplant”, 2013; 1(21).
11. Bładkowska E., Witczak W.: Postawy mieszkańców woj. lubelskiego wobec transplantacji narządów, Aspekty Zdrowia i Choroby, 2017; 2(2): 15–24.
12. Centrum Badań Opinii Społecznej: Postawy wobec przeszczepiania narządów, Warszawa 2012.

10. Jakość życia osób z reumatoidalnym zapaleniem stawów

The quality of life of the individuals having the rheumatoid arthritis

Dariusz Tracz^{1, a}, Stanisława Piwko²

¹ Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu
Institute of Health Protection, The Bronislaw Markiewicz State Higher School of Technology and Economics in Jaroslaw

² Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyślu, Oddział Reumatologii
The Saint Padre Pio Provincial Hospital in Przemyśl, Department of Rheumatology

^a <https://orcid.org/0000-0002-0086-3119>

■ Abstrakt

Wstęp: Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) to przewlekła autoimmunologiczna choroba tkanki łącznej. Wpływ RZS na życie jednostki wynika z charakteru choroby – toczący się stan zapalny powoduje ból, stopniowo ogranicza ruchomość stawów, odbija się na wyglądzie fizycznym, nieleczone prowadzi do śmierci.

Cel pracy: Rozpoznanie, jak osoby z RZS oceniają jakość swojego życia.

Material i metody: Badaniem objęto 119 osób chorych na RZS, w tym 112 kobiet i 7 mężczyzn. Badania przeprowadzono online, metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankiety przy wykorzystaniu autorskiego kwestionariusza ankiety, kwestionariusza HAQ i skróconej wersji kwestionariusza oceniającego jakość życia: The World Health Organization Quality of Life – BREF (WHOQOL-BREF).

Wyniki i wnioski: Osoby z RZS negatywnie oceniają swój stan zdrowia oraz stopień sprawności w codziennym funkcjonowaniu. Najniżej wartościują sferę fizyczną jakości życia, a najlepiej wypowiadają się o sferze środowiskowej. Wraz z wiekiem ich osąd jakości życia się obniża. Kobiety są bardziej zadowolone z jakości swojego życia niż mężczyźni. Osoby leczone preparatami syntetycznymi lepiej oceniają jakość swojego życia niż osoby leczone preparatami biologicznymi.

Słowa kluczowe: reumatoidalne zapalenie stawów, RZS, jakość życia, dobrostan.

■ Abstract

Introduction: Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic autoimmune connective tissue disease. The impact of RA on an individual's life is due to the nature of the disease – ongoing inflammation causes pain, gradually reduces joint mobility, takes a toll on physical appearance, untreated leads to death.

The aim of the study: To identify how people with RA assess their quality of life.

Material and methods: The study included 119 RA patients, 112 women and 7 men. The study was conducted online, using a diagnostic survey, survey

technique with the use of the author's survey questionnaire, the HAQ questionnaire and an abbreviated version of The World Health Organization Quality of Life Assessment Questionnaire – BREF (WHOQOL-BREF).

Results and conclusions: People with RA negatively evaluate their health status and the degree of fitness in daily functioning. They value the physical sphere of quality of life the lowest, and speak the best about the environmental sphere. As they age, their judgment of quality of life declines. Women are more satisfied with their quality of life than men. Those treated with synthetics have a better assessment of their quality of life than those treated with biologics.

Keywords: rheumatoid arthritis, RA, the quality of life, well-being.

■ Wstęp

Choroba, a szczególnie choroba przewlekła, odbierana jest przez jednostkę jako naruszenie i zagrożenie fundamentalnej wartości – zdrowia. Zaburza poczucie bezpieczeństwa, wywołuje lęk i poczucie krzywdy, jest impulsem do refleksji nad sensem życia i nieuchronnością śmierci. To sytuacja silnie stresogenna, oddziałująca na całokształt życia chorego [1].

Indywidualna ocena ciężkości choroby i jej wpływu na życie wywołuje natężenie negatywnych emocji, sprzyja bierności, „ucieczce” w inwalidztwo i uzależnienie się od innych. Pragnienie powrotu do stylu życia sprzed choroby (przy jednoczesnej konieczności poddania się jej ograniczeniom) bywa z kolei źródłem frustracji [2], a także przyczyną negatywnej oceny tych aspektów życia, które w sposób obiektywny są niezależne od stanu zdrowia.

Jednym ze schorzeń przewlekłych jest reumatoidalne zapalenie stawów (RZS). Oddziaływanie tej dolegliwości na życie jednostki wynika z charakteru choroby – toczący się stan zapalny powoduje ból, stopniowo ogranicza ruchomość stawów, wpływa na wygląd fizyczny, obniża wydolność organizmu, a nieleczony prowadzi do śmierci.

Pomimo postępów medycyny i stosowania nowoczesnych, skuteczniejszych leków do tej pory nie udało się opracować schematu leczenia, który będzie prowadzić do całkowitego wyleczenia z RZS. Utrzymanie stanu remisji możliwe jest tylko dzięki systematycznemu zażywaniu leków. Zachorowanie jest więc źródłem cierpienia psychicznego i fizycznego, istotnie wpływającego na jakość życia osoby chorej.

■ Reumatoidalne zapalenie stawów – kwestie terminologiczne i pojęciowe

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS, w klasyfikacji ICD10: M05, M06) to przewlekła, autoimmunologiczna choroba tkanki łącznej, zaliczana do chorób reumatycznych [3]. Najczęściej stosowaną klasyfikacją chorób reumatycznych jest klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Reumatologicznego (American

Rheumatism Association – ARA) opracowana w 1983 roku. Obejmuje ponad 300 jednostek chorobowych [4].

W literaturze przedmiotu wyodrębnia się kilka postaci RZS.

- Ze względu na czas występowania:
 - bardzo wczesne – objawy trwają poniżej 6 miesięcy;
 - wczesne – czas występowania od 6 do 24 miesięcy;
 - późne – objawy utrzymują się powyżej 24 miesięcy.
- Ze względu na rodzaj występujących przeciwciał (RF, Anty-CCP, ACPA):
 - postać seropozytywna (RF i ACPA obecne);
 - postać seronegatywna (RF i ACPA nieobecne);
 - możliwe jest także występowanie tylko jednego typu przeciwciał (RF lub ACPA) [5].

Najczęstszymi chorobami reumatycznymi są:

- reumatoidalne zapalenie stawów;
- spondyloartropatie, szczególnie łuszczycowe zapalenie stawów;
- zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa;
- reaktywne zapalenie stawów;
- zapalenie stawów towarzyszące chorobom jelit [5].

Ich wspólną cechą jest występowanie procesu zapalnego w tkance łącznej naczyń krwionośnych, co powoduje powstanie zmian w tkankach i narządach. W przypadku RZS proces zapalny, umiejscowiony początkowo w błonie maziowej stawów, prowadzi do ich zniszczenia, zniekształcenia, upośledzenia ich czynności, co wpływa bezpośrednio na jakość życia osoby chorej. Jako choroba tkanki łącznej RZS może zająć wszystkie narządy i układy. Przybiera wówczas formę choroby układowej [7].

■ Jakość życia jako kategoria społeczna i medyczna

Na pojęcie jakości życia możemy spojrzeć w sposób wieloraki. Interdyscyplinarne postrzeganie tego terminu pozwala wprowadzić na szeroką perspektywę jego ujmowania, lecz decyduje i o tym, że jego definicje są niespójne i często rozbieżne. Sytuację taką celnie podsumował Woźniak, który zauważył, że definicje jakości życia mieszczą się w zakresie określanym z jednej strony przez wszystko, co wyznacza zdolność i możliwość prowadzenia „normalnego” życia, z drugiej zaś przez matematyczne wzory wyliczenia poziomu tej jakości [8].

Analizując pojęcie jakości życia w naukach społecznych, należy stwierdzić, że jest ono fenomenem dwuwymiarowym – zawiera w sobie zarówno wymiar obiektywny, jak i subiektywny. Wymiar obiektywny obejmuje: zdrowie, warunki życia, edukację, czas wolny, aktywność ekonomiczną, relacje społeczne, bezpieczeństwo fizyczne i ekonomiczne, jakość instytucji państwowych, środowisko naturalne. Wymiar subiektywny jakości życia dotyczy satysfakcji związanej z różnymi sferami życia i ich oceny.

Wydawać by się mogło, że sposób definiowania jakości życia w naukach medycznych będzie odnosić to pojęcie w bezpośredni sposób do zdrowia i choroby.

Jednak obiektywny stan zdrowia nie może być traktowany jako jedyny wyznacznik poczucia szczęścia i poziomu zaspokojenia potrzeb. Zdarza się, że osoby z niepełnosprawnością bądź chore mogą jakość swojego życia oceniać wyżej niż osoby, które nie mają zdrowotnych ograniczeń w funkcjonowaniu fizycznym albo społecznym [9]. Wynika to z faktu, że choroba lub niepełnosprawność mogą być traktowane zarówno jako strata czy krzywda, jak i wyzwanie [10]. Chory, który zmagają się z następstwami choroby i związanymi z nią ograniczeniami, wypracowuje mechanizmy obronne i strategie radzenia sobie z jej skutkami. Nie bez znaczenia pozostają tutaj wiek, płeć, status społeczny i ekonomiczny oraz kontekst kulturowy [11].

Istotnym elementem powiązania jakości życia ze zdrowiem jest postęp medycyny, który dzięki procedurom ratującym życie z jednej strony wydłuża życie ludzkie, lecz z drugiej – wydłużając, nie podnosi jego jakości [12].

Problemy ze stworzeniem uniwersalnej definicji jakości życia znalazły odzwierciedlenie w definicji zdrowia WHO, która odnosi ją nie tylko do braku choroby, ale także dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego [13]. Dlatego też w 1990 roku wprowadzono nowe pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia – HRQOL (Health-Related Quality of Life), którą scharakteryzowano jako

[...] funkcjonalny efekt fizycznej, psychicznej i społecznej odpowiedzi na chorobę i leczenie, odbierany subiektywnie przez pacjenta, oraz ocenę własnego położenia życiowego chorego dokonaną w okresie leczenia [12].

Inna definicja określa HRQOL jako „ocenę satysfakcji pacjenta z aktualnego poziomu funkcjonowania w porównaniu do takiego, jaki postrzega on jako możliwy lub idealny” [13].

Zainteresowanie medycyny tą problematyką wymusiło opracowanie metodologii badań i stworzenie narzędzi pozwalających na pomiar jakości życia. W licznych badaniach stosowane były różnicowane kryteria, np.:

- ocena ilości czasu spędzonego z powodu choroby w łóżku;
- poziom aktywności życia codziennego;
- ocena doświadczanego cierpienia;
- liczba lat przeżytych w zdrowiu [14].

Przełom w badaniach nad jakością życia pacjentów nastąpił w 1991 roku, kiedy WHO opracowała dwa uniwersalne narzędzia badawcze do oceny jakości życia. Były to WHOQOL-100 i jego skrócona wersja WHOQOL-BREF. Pierwszy z nich zawierał 100 pytań i obejmował sześć głównych dziedzin życia, tj.:

- domena fizyczna,
- domena psychologiczna,
- domena niezależności,
- domena społeczna,
- domena duchowa i przekonania religijne,
- globalna ocena stanu zdrowia i jakości życia [13].

Innymi skalami wykorzystywanymi do oceny jakości życia w naukach medycznych są m.in.:

- Profil funkcjonalny zdrowia i dobrego samopoczucia: Short-Form Health Survey (SF-36);
- Indeks Wydolności: The Karnofsky Performance Scale Index (KPS);
- Profil Zdrowia: Nottingham Health Profile (NHP);
- Kwestionariusz do pomiaru stopnia akceptacji choroby: Acceptance of Illness Scale (AIS) [13].

Badania nad jakością życia pacjentów mają istotne znaczenie dla ich leczenia. Subiektywna ocena jakości życia umożliwia bowiem właściwe planowanie opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, a także wybór optymalnej metody leczenia, która nie obniży jakości życia. Badania te pozwalają ponadto na monitorowanie jakości poszczególnych obszarów życia oraz, w razie potrzeby, na podjęcie działań interwencyjnych i pomocowych, co może okazać się kluczowe dla zdrowia [15].

■ Cel badań

Poznanie, jak osoby z RZS oceniają jakość swojego życia. Na potrzeby badań przyjęto, że ocena jakości życia będzie wypadkową ocen stanu zdrowia oraz sfery psychologicznej, socjalnej i środowiskowej.

■ Materiał i metody

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, zastosowaną techniką była ankieta, a narzędziem badawczym kwestionariusz ankiety. Wykorzystano ponadto standaryzowane kwestionariusze: kwestionariusz oceny zdrowia HAQ – Health Assessment Questionnaire (składa się z 20 pytań podzielonych na 8 sekcji, pozwala na ocenę upośledzenia czynnościowego i ogólny stan zdrowia pacjenta) oraz skrócona wersja kwestionariusza oceniającego jakość życia: WHOQOL-BREF – The World Health Organization Quality of Life – BREF (umożliwia sformułowanie oceny jakości życia jako wypadkowej ocen funkcjonowania fizycznego, psychicznego, społecznego i relacji w środowisku), a także autorski kwestionariusz ankiety zawierający 12 pytań odnoszących się do danych socjodemograficznych i informacji dotyczących przebiegu choroby u osób badanych.

Analizy zgromadzonych danych dokonano za pomocą arkusza kalkulacyjnego Excel i programu statystycznego PQStat. Do opisu rozkładu zmiennych posłużono się klasycznymi miarami zmienności (średnia arytmetyczna, odchylenie standardowe, mediana). W celu testowania założonych zależności wykorzystano testy: niezależności χ^2 , T studenta, a siłę zależności mierzono współczynnikiem kontyngencji C Pearsona.

Badania przeprowadzono online na grupie badawczej liczącej 119 respondentów w dniach od 1 do 31 grudnia 2020 roku. Taka organizacja wynikała z obostrzeń związanych z epidemią COVID-19, a także z konieczności zapewnienia bezpieczeństwa zarówno respondentom, jak i osobie realizującej badania.

Kwestionariusz ankiety umieszczono na jednym z portali społecznościowych w grupach poświęconych tematyce RZS. Warunkami uczestnictwa w badaniach były zdiagnozowanie u osoby RZS i dobrowolność.

■ Wyniki

W zakresie zmiennych dotyczących cech i struktury socjodemograficznej respondentów sytuacja badawcza przedstawia zróżnicowany obraz.

Badana grupa składała się ze 112 kobiet (94,12%) i 7 mężczyzn (5,88%). Struktura wiekowa prezentowała się następująco: od 20 do 29 lat miało 14 respondentów (11,76%), od 30 do 39 lat – 29 (16,81%), od 40 do 49 lat – 27 (22,69%), od 50 do 59 lat – 26 (21,85%), od 60 do 69 lat – 25 (21,01%), 70 lat i więcej – 7 osób (5,88%). Średnia wieku w badanej grupie wynosiła 47,5 roku. W poddanej badaniom grupie 88 osób (73,95%) było mieszkańcami miasta, a 31 (36,06%) zamieszkiwało obszary wiejskie.

Spośród respondentów 59 osób (49,58%) posiadało wykształcenie wyższe, 45 osób (37,82%) średnie, 13 osób (10,92%) zawodowe, a 2 osoby (1,68%) podstawowe. W badanej grupie 74 osoby (62,18%) pracowały lub prowadziły działalność gospodarczą, 8 osób (6,72%) miało status osoby bezrobotnej, 32 osoby (26,89%) pobierały rentę albo emeryturę, a 5 osób (4,20%) kontynuowało naukę na studiach wyższych. Niemal połowa respondentów (58 osób, 48,74%) wykonywała pracę umysłową – wyłącznie lub z jej przewagą, 30 osób (25,21%) po równo pracę umysłową i pracę fizyczną, a 26 osób (21,85%) pracę fizyczną – wyłącznie lub z jej przewagą. Do chwili badania nigdy nie pracowało 5 osób (4,2%).

Większość badanych (88 osób, 73,95%) była leczona preparatami syntetycznymi, 31 osób (26,05%) zakwalifikowano do leczenia biologicznego.

Wśród osób leczonych preparatami biologicznymi 10 (32,26%) zostało do niego zakwalifikowanych w ciągu ostatniego roku, 11 osób (35,48%): 1–2 lata temu, 3 osoby (9,68%): 3–4 lata temu, a 7 osób (22,58%): 5 lub więcej lat temu.

Na pytanie „Czy w Pani/Pana rodzinie u innych osób stwierdzono RZS?” 34 osoby (38,57%) odpowiedziały, że u innych członków ich rodzin zdiagnozowano RZS, natomiast w rodzinach 85 respondentów (71,43%) takich zachorowań nie stwierdzono.

Ankietowani, u których w rodzinach występował RZS, wskazali, że chorobę tę zdiagnozowano u babci lub jej rodzeństwa (18 osób, 52,94%), u matki bądź jej rodzeństwa (14 osób, 41,18%) oraz u sióstr badanych (2 osoby, 5,88%).

Odnosząc się do pytania „Ile lat temu stwierdzono u Pani/Pana RZS?”, 41 osób (34,45%) odpowiedziało, że RZS zdiagnozowano u nich do 5 lat wstecz, 39 osób (32,77%), że 6–10 lat temu, 14 osób (11,76%): 11–15 lat temu, 12 osób (10,08%): 16–20 lat temu, 9 osób (7,56%): 21–25 lat temu, a 4 osoby (3,36%) wskazały, iż było to ponad 25 lat temu.

Tabela 1 prezentuje odpowiedzi badanych na pytanie: „Jak bardzo jest Pani/Pan zadowolona/y z jakości swojego życia?”.

Tabela 1. Odpowiedzi badanych na pytanie: „Jak bardzo jest Pani/Pan zadowolona/y z jakości swojego życia?”.

Ocena przez respondentów jakości swojego życia	N	%
Jestem bardzo zadowolona/y	4	3,36
Jestem zadowolona/y	28	23,53
Jestem ani zadowolona/y, ani niezadowolona/y	67	56,30
Jestem niezadowolona/y	15	12,61
Jestem bardzo niezadowolona/y	5	4,20
Łącznie	119	100,00
wartość minimalna 1,00; wartość maksymalna 5,00; mediana M 3,00; średnia \bar{x} 3,09; odchylenie standardowe SD 0,81		

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

W badanej grupie 14 osób (11,76%) określiło swój stan zdrowia jako dobry, 61 osób (51,26%) – jako ani dobry, ani zły, 38 osób (31,93%) jako zły, a 6 osób (5,04%) jako bardzo zły. Żadna z badanych osób nie określiła swojego stanu zdrowia jako bardzo dobry.

Spośród respondentów zadowolone ze swojego zdrowia były 4 osoby (10,08%), ani zadowolonych, ani niezadowolonych – 35 osób (29,41%), niezadowolonych – 47 osób (39,5%), bardzo niezadowolonych – 25 osób (21,01%).

Ankietowanych poproszono o wskazanie, z jakimi odczuwanymi dolegliwościami mają problemy. Wszyscy (119 osób, 100%) stwierdzili, że w związku z zachorowaniem na RZS odczuwali ból stawów, a u 89 osób (74,79%) były to bóle nadgarstków/rąk. U 84 osób (70,59%) występował obrzęk rąk/nadgarstków, u 79 osób (66,39%) problem z zaciśnięciem dłoni w pięść. Aż 113 osób (94,96%) odczuwało poranną sztywność stawów, a u 110 (92,44%) sztywność ta utrzymywała się ponad godzinę. U 98 osób (82,35%) pojawiło się symetryczne zajęcie stawów, a u 70 osób (58,82%) – zmiany skórne (łuszczyca).

Domena somatyczna jakości życia osób z RZS

W odniesieniu do pytania o związek między odczuwanym bólem a ograniczeniami w aktywnym codziennym funkcjonowaniu 5 osób (4,1%) stwierdziło, że ból w żaden sposób nie ogranicza ich w robieniu tego, na co mają ochotę, 28 osób (23,53%) ogranicza w niewielkim stopniu, 39 osób (32,77%) podało, iż jest to średni wpływ, 24 osoby (20,17%) uważały, że ból fizyczny ograniczał ich w dużym stopniu, zaś u 29 respondentów (24,37%) związek ten występował, w ich przekonaniu, w bardzo dużym stopniu.

W badanej grupie 2 osoby (1,68%) uznały, że nie potrzebują wcale leczenia do codziennego funkcjonowania, 11 osób (9,24%), że potrzebują go w niewielkim stopniu, 13 osób (10,92%) – w średnim stopniu, 35 osób (29,41%) – w dużym stopniu, a 58 osób (48,74%) – w bardzo dużym stopniu.

Jak wynika z udzielonych odpowiedzi, wśród badanych zadowolonych, w tym bardzo zadowolonych ze swojej wydolności w życiu codziennym były odpowiednio po 2 osoby (po 1,68%), ani zadowolonych, ani niezadowolonych było 37 osób (31,09%), niezadowolonych – 59 osób (49,58%), bardzo niezadowolonych – 19 osób (15,97%).

Na pytanie „W jakim stopniu jest Pani/Pan zadowolona/y ze swojej zdolności (gotowości) do pracy?” respondenci odpowiedzieli, że 4 spośród nich (3,36%) jest pod tym względem bardzo zadowolonych, zwyczajnie zadowolonych jest 13 osób (10,92%), ani zadowolonych, ani niezadowolonych – 22 osoby (18,49%), niezadowolonych – 56 osób (47,06%), a bardzo niezadowolonych – 24 osoby (20,17%).

Domena psychologiczna jakości życia osób z RZS

Odnosząc się do pytania o stopień subiektywnego odczuwania radości w swoim życiu, 2 osoby (1,68%) wskazały na bardzo duży stopień odczuwania radości w życiu, 23 osoby (19,33%) na życiową radość w dużym stopniu, 60 osób (50,42%) – w stopniu średnim, 23 osoby (19,33%) odczuwają jedynie nieco radości, a 11 osób (9,42%) twierdziło, że w swoim życiu nie mają wcale poczucia radości.

Na pytanie o poczucie sensu życia 17 respondentów (14,29%) odpowiedziało, że w ich subiektywnej ocenie życie ma sens w bardzo dużym stopniu, po 34 osoby (po 28,57%) – w dużym oraz średnim stopniu, 21 osób (17,65%) ma poczucie sensu życia w niewielkim stopniu, a 13 osób (10,92%) oświadczyło, iż ich życie nie ma sensu.

Odnosnie do stopnia akceptacji swojego wyglądu fizycznego 20 osób (16,81%) przyznało, że w pełni go akceptuje, 24 osoby (20,17%) – że przeważnie go akceptuje, 27 osób (22,69%) – że akceptuje go średnio, 25 osób (21,01%) akceptuje swój wygląd w niewielkim stopniu, a 23 osoby (19,33%) nie akceptują go wcale.

Na wprost zadane pytanie, czy respondenci są z siebie zadowoleni, 12 osób (10,08%) odpowiedziało, że tak – są z siebie bardzo zadowoleni, 9 osób (7,56%) było po prostu zadowolonych, 49 osób (41,18%) było ani zadowolonych, ani niezadowolonych, 32 osoby (26,89%) były niezadowolone, a 17 osób (14,29%) bardzo niezadowolonych.

Ustosunkowując się do pytania o częstość odczuwania negatywnych uczuć, takich jak przygnębienie, rozpacz, lęk, depresja, 4 respondentów (3,36%) stwierdziło, że nigdy nie odczuwało tego typu negatywnych emocji, 32 osoby (26,89%) odczuwały je rzadko, 42 osoby (35,29%) – często, 27 osób (22,69%) – bardzo często, a 14 osób (11,76%) doświadcza takich uczuć permanentnie.

Domena socjalna jakości życia osób z RZS

Na pytanie o stopień zadowolenia ze swoich osobistych relacji z innymi ludźmi 33 osoby (27,73%) odpowiedziały, że są z takich relacji zadowolone, 39 osób (32,77%) było ani zadowolonych, ani niezadowolonych, 19 osób (15,97%) było niezadowolonych, a 11 osób (9,24%) bardzo niezadowolonych.

Odnosząc się do pytania o stopień zadowolenia ze swojego życia intymnego, 7 osób (5,88%) uznało, że są bardzo zadowolone ze swojego życia intymnego,

4 osoby (3,36%) są z niego zwyczajnie zadowolone, ambiwalentna postawa – ani zadowoleni, ani niezadowoleni, a także postawa – niezadowoleni występują odpowiednio u 29 osób (24,37%), natomiast 40 badanych (33,61%) okazało się bardzo niezadowolonymi w tym zakresie.

Ustosunkowując się do pytania „Czy jest Pani/Pan zadowolona/y z oparcia, wsparcia, jakie dostaje Pani/Pan od swoich przyjaciół?”, 17 osób (14,29%) określiło się jako bardzo zadowolone w tej mierze, 31 osób (26,05%) jest zadowolonych, 48 osób (40,34%) ani zadowolonych, ani niezadowolonych, 19 respondentów (15,97%) to osoby niezadowolone, a 4 spośród badanych (3,36%) to osoby bardzo niezadowolone.

Domena środowiskowa jakości życia osób z RZS

Odnosząc się do pytania o poczucie bezpieczeństwa w swoim życiu, 8 osób (6,72%) stwierdziło, że w bardzo dużym stopniu czuje się bezpiecznie w swoim codziennym życiu, 28 osób (23,53%) – w dużym stopniu, 50 osób (42,02%) – średnio, 24 osoby (20,17%) – trochę, a 9 osób (7,56%) wcale nie czuje się bezpiecznie.

Na pytanie „W jakim stopniu Pani/Pana otoczenie sprzyja zdrowiu?” 2 osoby (1,68%) odpowiedziały, że otoczenie w bardzo dużym stopniu sprzyja ich zdrowiu, 28 osób (23,53%) – w dużym stopniu, 60 osób (50,42%) – średnio, 22 osoby (18,49%) – w niewielkim stopniu, natomiast 7 badanych (5,88%) uznało, że ich otoczenie wcale nie sprzyja zdrowiu.

Wystarczająco dużo pieniędzy na swoje potrzeby ma 12 osób (10,08%), które oświadczyły, że dysponują takimi środkami finansowymi, aby zabezpieczyć swoje potrzeby w pełni, 25 osób (21,01%) określiło swoją sytuację pod tym względem jako generalnie zadowalającą, 42 osoby (35,29%) – w umiarkowanym zakresie, 29 osób (24,38%) – w niewielkim zakresie, zaś 11 osób (9,24%) wcale nie mogło – ich zdaniem – zaspokoić swoich potrzeb.

Niewielu respondentów (9 osób, 7,56%), którzy zostali zapytani o możliwości realizowania swoich zainteresowań, odpowiedziało, że mają pełną możliwość w tym obszarze, 21 osób (17,65%) posiadało taką możliwość w zadowalającym stopniu, 36 osób (30,25%) – w stopniu umiarkowanym, 39 (32,77%) – w stopniu dostatecznym, a 14 osób (11,76%) wskazało, że wcale nie ma możliwości realizowania swoich pasji.

Określając zadowolenie ze swoich warunków mieszkaniowych, 31 osób (26,05%) podkreśliło, że są bardzo zadowolone, 60 osób (50,42%) – że są po prostu zadowolone z sytuacji mieszkaniowej, 21 respondentów (17,65%) ma mieszane uczucia – są ani zadowoleni, ani niezadowoleni, 3 osoby (2,52%) były z nich niezadowolone, a 4 osoby (3,36%) bardzo niezadowolone.

Odnosząc się do pytania o stopień zadowolenia z placówek opieki zdrowotnej, 3 osoby (2,52%) wykazały bardzo duże zadowolenie w tym zakresie, 10 osób (8,4%) było z nich zwyczajnie zadowolonych, 36 osób (30,25%) ani zadowolonych, ani niezadowolonych, 41 osób (34,45%) było z nich niezadowolonych, a 29 osób (24,37%) bardzo niezadowolonych.

Tabela 2 zestawia uzyskaną w wyniku badań ogólną ocenę jakości życia respondentów.

Tabela 2. Ogólna ocena jakości życia osób z RZS

Ocena jakości życia	Zakres punktowy	N	%
Bardzo niska	1,00–1,80	4	3,36
Niska	1,81–2,60	27	22,69
Przeciętna	2,61–3,40	70	58,82
Wysoka	3,41–4,20	16	13,45
Bardzo wysoka	4,21–5,00	2	1,68
Średnia			2,83
Odchylenie standardowe			0,60

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Tabela 3 prezentuje subiektywną ocenę jakości życia badanych osób z uwzględnieniem zmiennej wieku.

Tabela 3. Ocena jakości życia badanych z uwzględnieniem wieku

Wiek	N	Ocena jakości życia bardzo niska	Ocena jakości życia niska	Ocena jakości życia przeciętna	Ocena jakości życia wysoka	Ocena jakości życia bardzo wysoka	Łącznie	Średnia	Odchylenie standardowe
	%								
20–29 lat	liczba	0	5	6	3	0	14	2,70	0,49
	procent	0,00	35,71	42,86	14,29	0,00	11,77		
30–39 lat	liczba	0	5	15	0	0	20	2,78	0,42
	procent	0,00	25,00	75,00	0,00	0,00	16,81		
40–49 lat	liczba	2	8	8	7	2	27	2,91	0,84
	procent	7,41%	29,63	29,63	25,93	7,41	22,69		
50–59 lat	liczba	2	2	20	2	0	26	2,80	0,53
	procent	7,69	7,69	76,92	7,69	0,00	21,85		
60–69 lat	liczba	0	6	14	5	0	25	2,86	0,63
	procent	0,00	24,00	56,00	20,00	0,00	21,01		
70 i więcej lat	liczba	0	0	7	0	0	7	2,85	0,26
	procent	0,00	0,00	100,00	0,00	0,00	5,88		
Łącznie		4	27	70	16	2	119	2,83	0,60
Współczynnik C Pearsona				Wartość 0,26	Test χ^2 36,23	df 117	p 0,01		

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

W badanej grupie najwyższą średnią ocenę jakości życia stwierdzono wśród osób w wieku od 40 do 49 lat (2,91, odchylenie standardowe 0,84), zaś najniższą

u osób w wieku od 20 do 29 lat (2,7, odchylenie standardowe 0,49). Test χ^2 potwierdził statystyczny związek pomiędzy wiekiem a średnią oceną jakości życia – z wiekiem ta ocena się obniża. Siła tego związku jest umiarkowana (współczynnik C Pearsona 0,26, poziom istotności 0,05).

Tabela 4 zestawia ocenę jakości życia badanych z uwzględnieniem płci.

Tabela 4. Ocena jakości życia badanych z uwzględnieniem płci

Płeć	N	Ocena jakości życia bardzo niska	Ocena jakości życia niska	Ocena jakości życia przeciętna	Ocena jakości życia wysoka	Ocena jakości życia bardzo wysoka	Łącznie	Średnia	Odchylenie standardowe
	%								
Kobiety	liczba	2	24	68	16	2	112	2,87	0,57
	procent	1,79	21,43	60,71	14,29	1,79	94,12		
Mężczyźni	liczba	2	3	2	0	0	7	2,17	0,76
	procent	28,57	42,86	28,57	0,00	0,00	5,88		
Łącznie		4	27	70	16	2	119	2,83	0,60
Test T studenta			Wartość 3,07136		Różnica średnich 0,70		df 117	p 0,01	

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Średnia ocena jakości życia u kobiet wyniosła 2,87, zaś u mężczyzn – 2,17. Test T studenta potwierdził istotną statystycznie różnicę średnich ocen jakości życia kobiet i mężczyzn.

Tabela 5 zestawia z kolei ocenę jakości życia badanych z uwzględnieniem rodzaju stosowanego leczenia.

Tabela 5. Ocena jakości życia badanych z uwzględnieniem rodzaju stosowanego leczenia

Leczenie biologiczne	N	Ocena jakości życia bardzo niska	Ocena jakości życia niska	Ocena jakości życia przeciętna	Ocena jakości życia wysoka	Ocena jakości życia bardzo wysoka	Łącznie	Średnia	Odchylenie standardowe
	%								
Tak	liczba	4	27	0	0	0	42	2,07	0,24
	procent	12,90	87,10	0,00	0,00	0,00	26,05		
Nie	liczba	0	0	70	16	2	88	3,09	0,44
	procent	0,00	0,00	79,55	18,18	2,27	73,95		
Łącznie		4	27	70	16	2	119	2,83	0,60
Test T studenta			Wartość 3,07136		Różnica średnich 1,02		df 117	p 0,01	

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Średnia ocena jakości życia u osób leczonych preparatami syntetycznymi wyniosła 3,09, zaś u osób leczonych preparatami biologicznymi – 2,07. Test T studenta potwierdził istotną statystycznie różnicę średnich ocen jakości życia w tych grupach.

■ Dyskusja

Badania wykazały, że nieco ponad połowa (51,26%) osób z RZS ocenia swój stan zdrowia jako przeciętny (ani dobry, ani zły), jako zły lub bardzo zły – 37,03%, a jako dobry – tylko 11,76%. Niemal połowa tych osób (47,06%) ma formalnie stwierdzoną niepełnosprawność. Porównując te wyniki z danymi zawartymi w raporcie Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny, można stwierdzić, że ocena stanu zdrowia osób z RZS jest zdecydowanie niższa niż ogółu Polaków: 72,1% dorosłych Polaków ocenia swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry [16], w grupie osób z RZS jest to 11,76%.

Można przypuszczać, że niższa ocena wynika z dolegliwości, które oddziałują na codzienne funkcjonowanie osób z RZS: wszyscy cierpią z powodu bólu stawów, u 70,59% występuje obrzęk rąk/nadgarstków, 66,39% ma problem z zaciśnięciem dłoni w pięść, niemal połowa (57,98%) ma w związku z chorobą problemy z poruszaniem się. Większość osób z RZS (87,39%) odczuwa przewlekłe zmęczenie. Dla porównania: wśród ogółu dorosłych Polaków takiego zmęczenia doświadcza 6,1% [17]. Gros osób z RZS (84,87%) przyznaje też, że problemy zdrowotne wpływają na ich aktywność życiową.

Analizując oceny jakości życia w poszczególnych sferach (domenach), można stwierdzić, że najwyższy wynik uzyskano w sferze (domenie) środowiskowej życia (średnia 3,11, odchylenie standardowe 1,14). Najwyżej oceniane było zadowolenie z warunków mieszkaniowych (średnia 3,92, odchylenie standardowe 0,92), zaś najniżej – zadowolenie z placówek opieki zdrowotnej (średnia 2,30, odchylenie standardowe 1,01). Sferą życia, która otrzymała najniższe oceny, była sfera (domena) fizyczna (średnia 2,31, odchylenie standardowe 1,02).

Niska ocena sfery fizycznej, która ściśle związana jest ze stanem zdrowia, obejmuje: ograniczenia w funkcjonowaniu połączone z odczuwaniem bólu, potrzebę leczenia, poziom energii życiowej, możliwość poruszania się, jakość snu, wydolność organizmu i zdolność do pracy. Może się wydawać, że na ocenę jakości życia w tej sferze najsilniejszy wpływ będą mieć ograniczenia związane z odczuwaniem bólu. Jednak średnia ocena niezależności od bólu w codziennym funkcjonowaniu wyniosła 2,73 przy odchyleniu standardowym 1,15. Ocena ta była wyższa od średniej ogólnej oceny tej domeny jakości życia.

Wpływ bólu na jakość życia jest przedmiotem wielu badań, przy czym wyniki te nie są jednoznaczne. Przykładem mogą być badania Zaniewskiej i wsp. nad jakością życia osób z zespołem bólowym dolnego odcinka kręgosłupa. Badania te wykazały, że po terapii, która zaowocowała zmniejszeniem dolegliwości bólowych, ocena jakości życia w poszczególnych domenach życia poprawiła się, jednak

zmiana ta była nieistotna statystycznie [18]. Brak statystycznego związku pomiędzy długotrwałym bólem a jakością życia udowodnili m.in. Repka i Wordliczek (badania przeprowadzone w Polsce) oraz Sato i wsp. (badania w Japonii). Badacze ci niezależnie od siebie dowiedli, że czynnikiem wpływającym istotnie na jakość życia nie jest odczuwanie bólu, ale stan emocjonalny, zwłaszcza poczucie bezpieczeństwa i poziom lęku (badania polskie, $p = 0,0282$) [19], a także poczucie wsparcia społecznego (badania japońskie, $p = 0,014$) [20].

Można więc przypuszczać, że na jakość życia osób z RZS ma przede wszystkim wpływ nieprzewidywalność i niepewność przebiegu choroby, a w mniejszym stopniu jej objawy. Jednak przypuszczenia te powinny być zweryfikowane w toku odrębnych badań.

Analiza zgromadzonych danych potwierdziła natomiast związek pomiędzy wiekiem, płcią i sposobem leczenia a jakością życia. Najwyższą średnią ocenę jakości życia stwierdzono wśród osób w wieku od 40 do 49 lat (średnia ocena 2,91, odchylenie standardowe 0,84), zaś najniższą u osób w wieku od 20 do 29 lat (średnia ocena 2,7, odchylenie standardowe 0,49). Z wiekiem ocena ta obniża się – test χ^2 potwierdził statystyczny związek pomiędzy tymi zmiennymi (siła związku umiarkowana, współczynnik C Pearsona 0,26, poziom istotności 0,05).

Wpływ wieku na subiektywną ocenę jakości życia był jednym z przedmiotów badań nad jakością życia w Polsce, przeprowadzonych w 2015 roku. Założono w nich, że podstawą wysokiej oceny jakości życia jest jednocześnie występowanie: ogólnego zadowolenia ze swojego życia, poczucia sensu życia i dobrego samopoczucia.

Równoczesne odczuwanie zadowolenia w tych trzech obszarach stwierdzono u 42,1% osób w wieku 25–34 lat, ale już w grupie osób w wieku 65–74 lat było to 27,1%, a w wieku 75 i więcej lat – 20,8% [21]. Można więc uznać, że obniżanie się wraz z wiekiem jakości życia nie jest zjawiskiem występującym tylko u osób chorych na RZS, ale powszechnym i dotyczy ogółu społeczeństwa.

Kolejnym statystycznym związkiem potwierdzonym w toku badań jest zależność pomiędzy jakością życia a sposobem stosowanego leczenia (lekami syntetycznymi lub biologicznymi). Wykazano, że ocena jakości życia osób leczonych lekami biologicznymi jest niższa niż osób leczonych lekami syntetycznymi.

Badania nad wpływem leków biologicznych na jakość życia osób z RZS prowadziły Baran i Jaworek. Wykazały one, że wdrożenie leczenia biologicznego, które u 76% chorych okazało się skuteczniejsze niż wcześniejsze metody leczenia, podniosło jakość ich życia [22].

W prezentowanych badaniach uzyskano inne wyniki – jakość życia osób leczonych lekami biologicznymi okazała się niższa niż osób leczonych lekami syntetycznymi. Należy więc przypuszczać, że zależność pomiędzy jakością życia a sposobem leczenia ma charakter pośredni. Wynika to ze sposobu kwalifikowania chorych z RZS do programu lekowego. Wybierane są do niego osoby, u których występują czynniki negatywne, m.in. umiarkowany lub wysoki poziom aktywności choroby i brak powodzenia w leczeniu lekami klasycznymi [23], co istotnie wpływa

na ocenę jakości życia tych osób. Nawet jeśli wdrożenie leczenia biologicznego przyniesie oczekiwany skutek, to jakość życia tych osób w dalszym ciągu jest niższa niż pozostałych chorych.

Badania wykazały również, że na ocenę wpływa płeć – kobiety lepiej niż mężczyźni oceniają jakość swojego życia (kobiety: średnia 2,87; odchylenie standardowe 0,57; mężczyźni – 2,17; odchylenie standardowe 0,76), jednak ze względu na nadreprezentatywność kobiet w badanej grupie nie można uznać tych wyników za miarodajne.

■ Wnioski

1. Osoby z RZS negatywnie oceniają swój stan zdrowia. Tylko 11,76% uważa, że ich stan zdrowia jest dobry; jako zły lub bardzo zły określa go 36,97%. Zadowolonych ze swojego stanu zdrowia jest 10,08% ankietowanych, zaś niezadowolonych lub bardzo niezadowolonych – 60,51%.
2. Osoby z RZS negatywnie oceniają swoją sprawność w wykonywaniu codziennych czynności. Większość z nich (84,87%) zauważa, że problemy ze stawami mają wpływ na ich aktywność życiową. Ponad połowa (66,39%) respondentów w godzinach porannych ma trudności z zaciśnięciem ręki w pięść, 57,98% ze względu na ból ma problem z chodzeniem, a 87,39% odczuwa przewlekłe zmęczenie.
3. Osoby z RZS najniżej oceniają sferę fizyczną jakości życia, zaś najlepiej – sferę środowiskową. Średnia ocena jakości życia osób z RZS wyniosła 2,83, przy czym domena fizyczna – 2,31, domena psychologiczna – 2,97, domena społeczna – 2,95, domena środowiskowa – 3,11.
4. Badania wykazały, że wraz z wiekiem osób z RZS ocena jakości życia obniża się (siła związku między zmiennymi umiarkowana, współczynnik C Pearsona 0,26, poziom istotności 0,05). Kobiety z RZS lepiej niż mężczyźni chorujący na tę jednostkę chorobową określają jakość życia. Osoby leczone preparatami syntetycznymi lepiej niż osoby leczone preparatami biologicznymi oceniają jakość swojego życia. Różnice pomiędzy średnimi ocen w tych grupach potwierdził test T studenta.

Bibliografia

1. Heszen-Niejodek J.: Teorie stresu psychologicznego i radzenia sobie. W: Strelau J. (red.): Psychologia, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000: 465–492.
2. Leder S.: Jakość życia a psychiatria konsultacyjna i psychoterapia. W: Meyza J. (red.): Jakość życia w chorobie nowotworowej, Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 1997: 210–224.
3. Smolen J.S., Aletaha D., McInnes I.B.: Rheumatoid arthritis, Lancet, 2016; 388(10055): 2023–2038. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)30173-8

4. Samborski W.: Podział chorób reumatycznych. W: Samborski W., Brzosko M. (red.): Reumatologia praktyczna, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2011: 9–12.
5. Pfeil A., Choroby stawów obwodowych. W: Pfeil A., Oelzner P., Böttcher J., Jung C., Wolf G. (red.): Reumatologia, Edra Urban & Partner, Wrocław 2019: 15–34.
6. Kwiatkowska B., Raciborski F., Maślińska M., Kłak A., Gryglewicz J., Samel-Kowalik P.: Wczesna diagnostyka chorób reumatycznych – ocena obecnej sytuacji i rekomendacje zmian, Instytut Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher, Warszawa 2014: 14–16.
7. Zimmermann-Górska I.: Podział chorób reumatycznych. W: Choroby reumatyczne, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1989: 57–59.
8. Woźniak Z.: Materialno-socjalne komponenty jakości życia mieszkańców Poznania. W: Cichocki R. (red.): Wskaźniki jakości życia mieszkańców Poznania, t. 1, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań 2005: 114.
9. Trzebiatowski J.: Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych, Hygeia Public Health, 2011; 46(1): 25–31.
10. Heszen I.: Koncepcje i pojęcie zdrowia w psychologii i naukach pokrewnych. W: Heszen I., Sęk H.: Psychologia zdrowia, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008: 46–60.
11. Szabat M.: Problematyka umierania i śmierci w świetle zasady autonomii. W: Harman J., Szabat M. (red.): Problematyka umierania i śmierci w perspektywie medycznokulturowej, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2016: 49–62.
12. Wnuk M., Marcinkowski J.: Jakość życia jako pojęcie pluralistyczne o charakterze interdyscyplinarnym, Problemy Higieny i Epidemiologii, 2012; 93(1): 21–26.
13. Cieślak A.: Jakość życia w naukach medycznych, Studia Medyczne, 2010, 19: 49–53.
14. Wiśniewska E., Zagroba M., Ostrowska B., Marcysiak M.: Jakość życia w zdrowiu i chorobie – charakterystyka pojęcia. W: Kowalewska B., Janowski B., Rolka H.J., Krajewska-Kułak E. (red.): Jakość życia w naukach medycznych i społecznych, t. 1, Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Białystok 2015: 43–52.
15. Trojanowska A.: Znaczenie badań nad jakością życia w medycynie, Zdrowie Publiczne, 2011; 121(1): 99–103.
16. Wojtyński B., Goryński P.: Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2020. <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/wydawnictwa> [dostęp: 22.02.2021].

17. Czapiński J., Panek T. (red.): *Diagnoza społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków*, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2015. http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2015.pdf [dostęp: 22.02.2021].
18. Zaniewska R., Okurowska-Zawada B., Kułak W., Domian K.: Analiza jakości życia pacjentów z zespołem bólowym dolnego odcinka kręgosłupa po zastosowaniu przezskórnej elektrycznej stymulacji nerwów – TENS, *Medycyna Pracy*, 2012; 63(3): 295–302.
19. Repka I., Wordliczek J.: Stan emocjonalny a jakość życia osób z przewlekłym bólem neuropatycznym, *Postępy Nauk Medycznych*, 2013, 10: 730–736.
20. Sato H., Araki S., Hashimoto A. i wsp.: Quality of life, subjective health status and health and life satisfaction in rheumatoid arthritis, *Japanese Journal of Public Health*, 1995 Sep; 42(9): 743–754.
21. *Jakość życia w Polsce w 2015 r. Wyniki badania spójności społecznej*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2017. https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5486/4/2/1/jakosc_zycia_w_polsce_w_2015_roku.pdf [dostęp: 23.02.2021].
22. Baran M., Jaworek J.: Wpływ leków biologicznych na jakość życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów – opinia pacjentów i pielęgniarek. https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/bitstream/handle/item/129020/baran_jaworek_wplyw_lekow_biologicznych_na_jakosc_zycia_2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y [dostęp: 25.02.2021].
23. Felis-Giemza A.: Przygotowanie pacjenta reumatologicznego do leczenia biologicznego – na co należy zwrócić uwagę, *Forum Reumatologiczne*, 2018; 4(1): 61–66.

11. Zdrowie psychiczne studentów w okresie pandemii koronawirusa SARS-CoV-2

The mental health of students during the SARS-CoV-2 coronavirus pandemic

Sebastian Skalski

Institut Humanistyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. Bronisława Markiewicza
w Jarosławiu
Institute of Humanities, The Bronislaw Markiewicz State Higher School of Technology and Economics
in Jarosław

<https://orcid.org/0000-0001-6682-2857>

■ Abstrakt

Wstęp: Wybuch pandemii COVID-19 przyczynił się do zmian społeczno-gospodarczych na całym świecie oraz negatywnie wpłynął na zdrowie psychiczne wielu ludzi.

Cel pracy: Celem badania było określenie najczęstszych problemów zdrowia psychicznego studentów podczas trzeciej fali pandemii w Polsce.

Materiał i metody: Ankieta skonstruowana na potrzeby badań zawierała część demograficzną oraz 10 pytań odnoszących się do objawów zaburzeń zdrowia psychicznego.

Wyniki: Wyniki badań wskazują, że ponad połowa studentów odczuwała przytłoczenie negatywnymi informacjami na temat rozprzestrzeniania się koronawirusa (55,8% osób) i coraz bardziej pesymistycznie patrzyła w przyszłość (55,3% ankietowanych). Kobiety częściej od mężczyzn uważały, że obecna sytuacja epidemiczna negatywnie wpływa na ich stan zdrowia psychicznego. Badane studentki doświadczały poczucia bezsilności, wyczerpania psychicznego oraz czuły się bardzo przygnębione. Stwierdzono, że osoby poszukujące informacji na temat pandemii, częściej od osób, które nie śledziły tego rodzaju doniesień w mediach, czuły się przytłoczone negatywnymi informacjami na temat rozprzestrzeniania się koronawirusa. Wykazano, że podczas trzeciej fali pandemii studenci częściej pesymistycznie patrzyli w przyszłość, w porównaniu do uczestników badanych w trakcie pierwszej fali COVID-19.

Wnioski: Uzyskane dane można wykorzystać w działaniach łagodzących negatywne skutki pandemii wśród studentów.

Słowa kluczowe: pandemia, COVID-19, stan zdrowia psychicznego, studenci, koronawirus SARS-CoV-2.

■ Abstract

Introduction: The outbreak of the COVID-19 pandemic contributed to socio-economic change around the world and negatively affected the mental health of many people.

The aim of the study: The aim of the study was to identify the most common students' mental health problems during the third wave of the pandemic in Poland.

Material and methods: The questionnaire comprised a demographic part and 10 questions relating to experienced mental health.

Results: Research results indicate that more than half of the students felt overwhelmed by negative information about the spread of the coronavirus (55.8% of participants) and were increasingly pessimistic (55.3% of respondents). Women more often than men believed that the current epidemic situation negatively affects their mental health. The surveyed students experienced a sense of powerlessness, mental exhaustion and felt very depressed. It found that people seeking information about the pandemic, more often than those who did not follow such news in the media, felt overwhelmed by negative information about the spread of the coronavirus. It was shown that during the third wave of the pandemic, students were more pessimistic about the future, compared to participants in the first wave of COVID-19.

Conclusions: The obtained data can be used in mitigating the negative effects of the pandemic among students.

Keywords: pandemic, COVID-19, mental health, students, SARS-CoV-2 coronavirus.

■ Wstęp

W marcu 2020 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ogłosiła pandemię z powodu dużej zachorowalności wywołanej koronawirusem SARS-CoV-2 [1]. Oprócz powszechnego zagrożenia dla życia i zdrowia pandemia przyczyniła się do istotnych zmian społeczno-gospodarczych. Sytuacja epidemiczna wpłynęła na funkcjonowanie milionów ludzi na całym świecie. Pojawiły się kolejne fale pandemii, spowodowane gwałtownie rosnącą liczbą osób zakażonych koronawirusem. Pierwsza fala zaczęła się wiosną 2020 roku, druga – jesienią, a trzecia miała miejsce wiosną 2021 roku. Na przełomie marca i kwietnia odnotowano wysoki wzrost zachorowań w Polsce. Dlatego od 20 marca do 9 kwietnia 2021 roku wprowadzono lockdown wraz z listą nowych obostrzeń, które zaczęły obowiązywać w całym kraju. Swoją działalność musiały zawiesić chociażby hotele, galerie handlowe – z wyjątkiem m.in.: sklepów spożywczych, aptek i drogerii, salonów prasowych, księgarni, sklepów zoologicznych i z artykułami budowlanymi, teatry, muzea, galerie sztuki, kina, baseny, kluby fitness i siłownie, a także obiekty sportowe. Ekspertki nie potrafili określić skali negatywnych skutków pandemii dla krajowej gospodarki. Pojawiły się sprzeczne doniesienia dotyczące długości trwania pandemii oraz jej konsekwencji dla przedsiębiorstw. Sektory uzależnione

od kontaktów społecznych, takie jak branża turystyczna, eventowa, restauracje czy transport, spowolniły swoją działalność.

Badania prowadzone zwłaszcza w okresie zamrożenia globalnej gospodarki potwierdzają negatywne następstwa pandemii COVID-19 dla zdrowia psychicznego ludzi na całym świecie [2, 3]. Niestabilna sytuacja osobista, zawodowa i ekonomiczna mogła spowodować u wielu osób frustrację i wyczerpanie emocjonalne. Przedłużający się dystres psychologiczny zwiększał ryzyko pojawiania się objawów lęku i depresji [4, 5, 6]. Zaburzenia psychiczne uaktywniły się u osób do tej pory zdrowych oraz nasiliły się u pacjentów leczonych psychiatrycznie [7]. Obawy dotyczące pandemii były jednymi z najczęstszych reakcji psychologicznych [8, 9].

Wzrost zakażeń koronawirusem SARS-CoV-2 wymusił zmiany w systemie szkolnictwa wyższego i nauki. Wprowadzono nauczanie zdalne lub hybrydowe. Dodatkowym utrudnieniem był nakaz zachowania dystansu społecznego i izolacji. Z powodu zamrożenia gospodarki niektórzy studenci uczący się w trybie niestacjonarnym utracili pracę, która była często jedynym źródłem ich utrzymania.

Badanie podłużne przeprowadzone na próbie 1927 studentów w Polsce wskazuje na zmianę postaw dotyczących koronawirusa oraz pogorszenie się kondycji psychicznej [10]. Po prawie trzech miesiącach od wprowadzenia izolacji społecznej respondenci rzadziej interesowali się problematyką pandemii, mieli mniejsze obawy przed koronawirusem, ponadto gorzej oceniali działania rządu w walce z pandemią. Wystąpił spadek zadowolenia z życia i wzrost objawów stresu. Badani doświadczali więcej negatywnych emocji. Odczuwali niepokój, smutek, wyczerpanie i samotność. Studenci aktywnie przeciwstawiali się psychologicznym następstwom przedłużającej się pandemii. Wykorzystywali różne sposoby radzenia sobie z silnymi emocjami. Najczęściej odwracali uwagę od natrętnych myśli oraz pocieszali się, że mogło być gorzej. Badani wykazywali objawy wypalenia zdalną edukacją, zmęczenie psychiczne, a także obniżenie sprawności działania. Studenci zauważali pogorszenie się relacji z rówieśnikami i wykładowcami. Motywacja do nauki uległa obniżeniu. Z większym trudem wykonywali różne zadania. Ponad jedna trzecia respondentów odnotowała też spadek kreatywności. Dla 50% badanych pokazywanie siebie i swojego otoczenia przez kamerę było stresujące.

Dystans społeczny i tęsknota za bezpośrednimi kontaktami z innymi ludźmi były głównymi problemami studentów [11]. Badani wskazywali, że nie znają swoich koleżanek i kolegów z grup zajęciowych oraz że trudno jest im pracować w zespołach. Narzekali, że nie znają swoich wykładowców i że nie mogą z nimi bezpośrednio porozmawiać. Kontakty przez aplikację MS Teams w pewnym stopniu rekompensowały te braki. Możliwość komunikowania się na czacie sprzyjała szybkiemu przesyłaniu wiadomości z jednej strony, lecz z drugiej strony wysyłanie przez studentów wiadomości o różnych porach dnia i nocy, także w czasie wolnym od pracy, mogło generować u nauczycieli zmęczenie. W wyniku tego zacierała się granica pomiędzy pracą a życiem prywatnym. Coraz częściej pojawiały się u studentów dolegliwości zdrowotne. Dotyczyły problemów z kręgosłupem, wzrokiem i nasilającymi się stanami depresyjnymi. Warto podkreślić, że duża grupa

badanych uważała, iż obecny tryb edukacji jest bardzo dobry, a nawet lepszy niż tradycyjny. Praca w trybie zdalnym pozwalała na lepszą organizację czasu, skuteczniejszą naukę i godzenie różnych obowiązków. Niektórym osobom chorym lub z niepełnosprawnościami łatwiej było uczestniczyć w zajęciach online.

Wyniki badań wskazują, że e-nauczanie może być dużym wyzwaniem dla studentów ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się i dla osób z różnorodnymi zaburzeniami funkcjonowania [12]. Osoby z dysleksją deklarowały wyższy poziom stresu związanego z obostrzeniami epidemicznymi. Częściej miały trudności w radzeniu sobie z nowymi technologiami wykorzystywanymi do nauki zdalnej.

Z badań ponad 400 studentów w USA [13] wynika, że osoby uczące się zdalnie są mniej zadowolone z zajęć online i odczuwają słabszą przynależność do studenckiej społeczności. Wśród respondentów odnotowano 23-procentowy spadek „poczucia zaangażowania w pracę na zajęciach” i 20-procentowy spadek w obszarze „pracy nad długoterminowymi projektami”. Studenci mieli trudności w nawiązywaniu kontaktów towarzyskich i budowaniu więzi międzyludzkich. Postulowali, aby uczelnie udostępniły studentom miejsca, w których będą mogli bezpiecznie się spotykać.

Pandemia zmieniła sposób wykonywania pracy wykładowców. Badania [11] wskazują, że po roku od wybuchu pandemii wielu nauczycieli akademickich traktowało aktualną sytuację jako tymczasową. Licząc na przywrócenie przedpandemicznego sposobu pracy, wstrzymywali się przed nabyciem nowego sprzętu komputerowego czy szybszego łącza internetowego. Wykładowcy, którzy zdecydowali się zakupić nowy komputer, zazwyczaj nie otrzymywali wsparcia finansowego ze strony uczelni. Zarówno studenci, jak i nauczyciele akademicy nie wykazywali chęci przyjazdu na uczelnię i korzystania z udostępnionego im sprzętu. Pozostanie w domu i wykonywanie pracy na odległość pozwalało im zaoszczędzić czas i uznawane było za główną zaletę edukacji zdalnej.

Celem badania było określenie stanu zdrowia psychicznego w populacji studentów w Polsce podczas trzeciej fali pandemii. W kraju wprowadzono wtedy kolejny lockdown i liczne obostrzenia. Fundamentalne dla podjętych tu badań jest założenie istnienia związku pomiędzy problemami dotyczącymi zdrowia psychicznego a następującymi zmiennymi: płcią, wykształceniem, stanem cywilnym, przebywaniem na kwarantannie/izolacji oraz śledzeniem doniesień na temat pandemii w mediach. Dodatkowo porównano stan zdrowia psychicznego studentów podczas pierwszej i trzeciej fali pandemii.

Dotychczasowe raporty z badań opisywały stan zdrowia psychicznego studentów we wcześniejszym okresie trwania COVID-19. Należy uwzględnić, że uzyskane wyniki mogą różnić się w zależności od rozwoju sytuacji epidemicznej, która nadal ma charakter niestabilny i istnieje ryzyko kolejnej fali pandemii. Warto także wziąć pod uwagę, że doświadczenia poszczególnych grup badanych związanych z COVID-19 mają charakter subiektywny i zmienny.

■ Metody

Badanie przeprowadzono dwuetapowo. Pierwsza edycja miała miejsce w trakcie pierwszej fali pandemii w Polsce, między 14 a 28 kwietnia 2020 roku, i objęła 201 studentów, natomiast drugą edycję zrealizowano podczas trzeciej fali, między 24 marca a 8 kwietnia 2021 roku, na próbie 197 osób. Obie edycje badania odbyły się w okresie największej zachorowalności na COVID-19. W obu etapach wzięło udział 7% tych samych respondentów.

W grupie badanych podczas pierwszej edycji było 160 kobiet (79,6%) i 41 mężczyzn (20,4%). W przedziale wiekowym od 18 do 30 lat było 176 osób (87,6%), a powyżej 30 lat – 25 (12,4%) osób. Wykształcenie co najwyżej średnie miało 155 respondentów (77,1%), a wyższe licencjackie – 46 (22,9%).

Wśród badanych podczas drugiej edycji były 132 kobiety (67%) i 65 mężczyzn (33%). W przedziale wiekowym od 18 do 30 lat było 181 osób (91,9%), a powyżej 30 lat – 16 osób (8,1%). Wykształcenie co najwyżej średnie miało 64,5% respondentów, natomiast wyższe licencjackie – 35,5%. W związkach małżeńskich/partnerskich było 46,7% badanych, stanu wolnego – 53,3% osób. Na kwarantannie przebywało 19,3% respondentów.

W związku z wprowadzonymi ograniczeniami w kontaktach społecznych uczestników rekrutowano za pomocą metody kuli śnieżnej (ang. *snowball sampling*). Badanie realizowano mailowo oraz za pośrednictwem mediów społecznościowych (Facebooka). Do wszystkich respondentów rozesłano instrukcję z linkiem do ankiety z prośbą o wysłanie zaproszenia do osób, które chciałyby wziąć udział w anonimowej ankiecie. Uczestnikom przekazano informacje o celach i procedurze badania.

Prezentowane wyniki stanowią część większego projektu badawczego. Ankiety wykorzystaną w badaniu skonstruowano w aplikacji Google Forms®. Zawierała część demograficzną oraz pytania dotyczące psychospołecznych skutków pandemii, w tym 10 odnoszących się do objawów zaburzeń zdrowia psychicznego. Zagadnienia związane z relacjami interpersonalnymi i opinią społeczną na temat koronawirusa będą analizowane w osobnym raporcie.

■ Rezultaty

Rozkład procentowy wyników

W celu określenia stanu zdrowia psychicznego studentów w czasie pandemii COVID-19 sprawdzono, jaki procent uczestników badania zgadzał się, nie zgadzał się lub udzielał odpowiedzi „trudno powiedzieć” na poszczególne pozycje ankiety. Z analizy danych przedstawionych w tabeli 1 wynika, że w związku z pandemią najczęściej badanych studentów odczuwało przytłoczenie negatywnymi informacjami na temat rozprzestrzeniania się koronawirusa (55,8%) oraz stwierdzało, iż coraz bardziej pesymistycznie patrzy w przyszłość (55,3%). Połowa badanych uważała, że obecna sytuacja epidemiczna negatywnie wpływa na ich stan zdrowia psychicznego (52,8%). Ponadto ankietowani doświadczyli wyczerpania psychicznego

wskutek przedłużającej się pandemii (50,8%) oraz poczucia bezsilności (48,2%). Najmniej studentów (12,2%) uznało, że ma problem z koncentracją na rzeczach innych niż pandemia.

Tabela 1. Stan zdrowia psychicznego przed COVID-19

Poszczególne pozycje ankiety	Tak	Trudno powiedzieć	Nie
	N (%)	N (%)	N (%)
Obecna sytuacja epidemiczna negatywnie wpływa na stan mojego zdrowia psychicznego.	104 (52,8)	33 (16,8)	60 (30,5)
Z powodu pandemii koronawirusa doświadczam poczucia bezsilności.	95 (48,2)	35 (17,8)	67 (34,0)
Doświadczam wyczerpania psychicznego w wyniku przedłużającej się pandemii.	100 (50,8)	39 (19,8)	58 (29,4)
Z powodu pandemii mam problem z zasypianiem.	28 (14,2)	15 (7,6)	154 (78,2)
Obecna sytuacja powoduje, że czuję się bardzo przygnębiona/y.	75 (38,1)	33 (16,8)	89 (45,2)
Z powodu obecnej sytuacji epidemicznej spożywam więcej alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych (np. papierosy, leki uspokajające i nasenne, dopalacze).	28 (14,2)	13 (6,6)	156 (79,2)
Mam problem z koncentracją na rzeczach innych niż pandemia.	24 (12,2)	23 (11,7)	150 (76,1)
Obecna sytuacja epidemiczna jest dla mnie bardzo stresująca.	80 (40,6)	40 (20,3)	77 (39,1)
Coraz bardziej pesymistycznie patrzę w przyszłość.	109 (55,3)	30 (15,2)	58 (29,4)
Czuję się przytłoczona/y negatywnymi informacjami na temat rozprzestrzeniania się koronawirusa (SARS-CoV-2).	110 (55,8)	28 (14,2)	59 (29,9)

N – liczba osób

Źródło: opracowanie własne.

Stan zdrowia psychicznego a badane zmienne

Do oceny związku stanu zdrowia psychicznego z poszczególnymi zmiennymi typu: płeć, wykształcenie, stan cywilny, przebywanie na kwarantannie/izolacji oraz śledzenie doniesień na temat pandemii w mediach, zastosowano test niezależności χ^2 . Dodatkowo wykorzystano test Dunna w celu sprawdzenia, które dokładnie grupy różnią się między sobą. Jeżeli liczebności dwóch analizowanych zmiennych oznaczone są różnymi literami (a i b), świadczy to o tym, że w przedstawionych w danym wierszu wartościach były istotne różnice.

Stwierdzono związek między stanem zdrowia psychicznego a płcią. Kobiety częściej od mężczyzn uważały, że obecna sytuacja epidemiczna negatywnie wpływa na ich stan zdrowia psychicznego [χ^2 (2, N = 197) = 16,30; $p = 0,000$]. Ponadto doświadczali poczucia bezsilności [χ^2 (2, N = 197) = 21,29; $p = 0,00$], wyczerpania psychicznego [χ^2 (2, N = 197) = 20,36; $p = 0,000$], czuły się bardzo

przygnębione [$\chi^2 (2, N = 197) = 14,98; p = 0,001$], spożywały więcej alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych [$\chi^2 (2, N = 197) = 14,31; p = 0,001$], a sytuacja epidemiczna była dla nich bardzo stresująca [$\chi^2 (2, N = 197) = 9,05; p = 0,011$]. Mężczyźni częściej od kobiet nie mieli problemu z koncentracją na rzeczach innych niż pandemia [$\chi^2 (2, N = 197) = 11,41; p = 0,003$], nie patrzyli pesymistycznie w przyszłość [$\chi^2 (2, N = 197) = 7,11; p = 0,029$] oraz nie czuli się tak przytłoczeni negatywnymi informacjami na temat rozprzestrzeniania się koronawirusa [$\chi^2 (2, N = 197) = 16,26; p = 0,000$].

Zauważono tylko jedną zależność stanu zdrowia psychicznego od poziomu wykształcenia badanych. Osoby z wykształceniem wyższym częściej niż badani z wykształceniem co najwyżej średnim twierdziły, że z powodu pandemii nie miały problemu z zasypianiem [$\chi^2 (2, N = 197) = 11,19; p = 0,004$] (zob. tabela 2).

Tabela 2. Stan zdrowia psychicznego związany z COVID-19 a płeć i wykształcenie

Pozycje ankiety		Płeć		p	Wykształcenie		p
		K	M		co najwyżej średnie	wyższe	
		N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
1	2	3	4	5	6	7	8
Obecna sytuacja epidemiczna negatywnie wpływa na stan mojego zdrowia psychicznego.	T	78 _a (59,1)	26 _b (40,0)	$\chi^2 = 16,30$ $p = 0,000$	70 _a (55,1)	34 _a (48,6)	$\chi^2 = 0,79$ $p = 0,675$
	?	26 _a (19,7)	7 _a (10,8)		20 _a (15,7)	13 _a (18,6)	
	N	28 _a (21,2)	32 _b (49,2)		37 _a (29,1)	23 _a (32,9)	
Z powodu pandemii koronawirusa doświadczam poczucia bezsilności.	T	78 _a (59,1)	17 _b (26,2)	$\chi^2 = 21,29$ $p = 0,000$	65 _a (51,2)	30 _a (42,9)	$\chi^2 = 2,66$ $p = 0,264$
	?	22 _a (16,7)	13 _a (20,0)		24 _a (18,9)	11 _a (15,7)	
	N	32 _a (24,2)	35 _b (53,8)		38 _a (29,9)	29 _a (41,4)	
Doświadczam wyczerpania psychicznego w wyniku przedłużającej się pandemii.	T	81 _a (61,4)	19 _b (29,2)	$\chi^2 = 20,36$ $p = 0,000$	66 _a (52,0)	34 _a (48,6)	$\chi^2 = 0,61$ $p = 0,735$
	?	24 _a (18,2)	15 _a (23,1)		26 _a (20,5)	13 _a (18,6)	
	N	27 _a (20,5)	31 _b (47,7)		35 _a (27,6)	23 _a (32,9)	
Z powodu pandemii mam problem z zasypianiem.	T	23 _a (17,4)	5 _a (7,7)	$\chi^2 = 5,17$ $p = 0,075$	24 _a (18,9)	4 _b (5,7)	$\chi^2 = 11,19$ $p = 0,004$
	?	12 _a (9,1)	3 _a (4,6)		13 _a (10,2)	2 _a (2,9)	
	N	97 _a (73,5)	57 _b (87,7)		90 _a (70,9)	64 _b (91,4)	

Tabela 2. Stan zdrowia psychicznego związany z COVID-19 a płeć... cd.

1	2	3	4	5	6	7	8
Obecna sytuacja powoduje, że czuję się bardzo przygnębiona/y.	T	60 _a (45,5)	15 _b (23,1)	$\chi^2 = 14,98$ $p = 0,001$	54 _a (42,5)	21 _a (30,0)	$\chi^2 = 3,01$ $p = 0,222$
	?	25 _a (18,9)	8 _a (12,3)		20 _a (15,7)	13 _a (18,6)	
	N	47 _a (35,6)	42 _b (64,6)		53 _a (41,7)	36 _a (51,4)	
Z powodu obecnej sytuacji epidemicznej spożywam więcej alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych.	T	23 _a (17,4)	5 _a (7,7)	$\chi^2 = 14,31$ $p = 0,001$	20 _a (15,7)	8 _a (11,4)	$\chi^2 = 5,86$ $p = 0,053$
	?	3 _a (2,3)	10 _b (15,4)		12 _a (9,4)	1 _b (1,4)	
	N	106 _a (80,3)	50 _a (76,9)		95 _a (74,8)	61 _b (87,1)	
Mam problem z koncentracją na rzeczach innych niż pandemia.	T	18 _a (13,6)	6 _a (9,2)	$\chi^2 = 11,41$ $p = 0,003$	20 _a (15,7)	4 _b (5,7)	$\chi^2 = 4,94$ $p = 0,085$
	?	22 _a (16,7)	1 _b (1,5)		16 _a (12,6)	7 _a (10,0)	
	N	92 _a (69,7)	58 _b (89,2)		91 _a (71,7)	59 _b (84,3)	
Obecna sytuacja epidemiczna jest dla mnie bardzo stresująca.	T	61 _a (46,2)	19 _b (29,2)	$\chi^2 = 9,05$ $p = 0,011$	57 _a (44,9)	23 _a (32,9)	$\chi^2 = 2,85$ $p = 0,241$
	?	29 _a (22,0)	11 _a (16,9)		23 _a (18,1)	17 _a (24,3)	
	N	42 _a (31,8)	35 _b (53,8)		47 _a (37,0)	30 _a (42,9)	
Coraz bardziej pesymistycznie patrzę w przyszłość.	T	78 _a (59,1)	31 _a (47,7)	$\chi^2 = 7,11$ $p = 0,029$	78 _a (61,4)	31 _b (44,3)	$\chi^2 = 5,73$ $p = 0,057$
	?	23 _a (17,4)	7 _a (10,8)		18 _a (14,2)	12 _a (17,1)	
	N	31 _a (23,5)	27 _b (41,5)		31 _a (24,4)	27 _b (38,6)	
Czuję się przytłoczona/y negatywnymi informacjami na temat rozprzestrzeniania się koronawirusa (SARS-CoV-2).	T	80 _a (60,6)	30 _a (46,2)	$\chi^2 = 16,26$ $p = 0,000$	72 _a (56,7)	38 _a (54,3)	$\chi^2 = 0,49$ $p = 0,781$
	?	24 _a (18,2)	4 _b (6,2)		19 _a (15,0)	9 _a (12,9)	
	N	28 _a (21,2)	31 _b (47,7)		36 _a (28,3)	23 _a (32,9)	

χ^2 – wartość testu niezależności Pearsona; p – poziom istotności statystycznej; a, b – test Dunna; N – liczba osób

Źródło: opracowanie własne.

Wykazano dwie zależności między stanem zdrowia psychicznego a śledzeniem doniesień o COVID-19 w mediach. Stwierdzono, że studenci poszukujący wiedzy o pandemii w mediach, częściej od studentów, którzy tego nie robili, czuli się przytłoczeni negatywnymi informacjami na temat rozprzestrzeniania się koronawirusa [$\chi^2(2, N = 197) = 9,88; p = 0,007$] oraz częściej deklarowali, że nie

spożywają większej ilości alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych [χ^2 (2, $N = 197$) = 16,91; $p = 0,000$] (zob. tabela 3).

Na kolejnym etapie analiz porównano stan zdrowia psychicznego studentów podczas pierwszej i trzeciej fali pandemii. Do tego celu wykorzystano test niezależności χ^2 . Stwierdzono istnienie różnic stanu zdrowia psychicznego na poszczególnych etapach badań.

Wykazano, że podczas trzeciej fali pandemii studenci częściej pesymistycznie patrzyli w przyszłość [χ^2 (2, $N = 197$) = 9,69; $p = 0,008$]. Ponadto w porównaniu do osób badanych w trakcie pierwszej fali COVID-19 wskazywali, że nie doświadczają wyczerpania psychicznego w wyniku przedłużającej się pandemii [χ^2 (2, $N = 197$) = 6,69; $p = 0,035$] oraz że nie spożywają większej ilości alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych [χ^2 (2, $N = 197$) = 6,05; $p = 0,048$] (zob. tabela 3).

Tabela 3. Zdrowie psychiczne a śledzenie doniesień o COVID-19 oraz porównanie stanu zdrowia psychicznego podczas pierwszej i trzeciej fali pandemii

Pozycje ankiety		Śledzenie doniesień o COVID-19		p	Zdrowie psychiczne podczas pierwszej i trzeciej fali pandemii		p
		Nie	Tak		I edycja	II edycja	
		N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
1	2	3	4	5	6	7	8
Obecna sytuacja epidemiczna negatywnie wpływa na stan mojego zdrowia psychicznego.	T	47 _a (50,5)	57 _a (54,8)	$\chi^2 = 0,69$ $p = 0,709$	85 _a (42,3)	104 _b (52,8)	$\chi^2 = 4,48$ $p = 0,106$
	?	15 _a (16,1)	18 _a (17,3)		39 _a (19,4)	33 _a (16,8)	
	N	31 _a (33,3)	29 _a (27,9)		77 _a (38,3)	60 _a (30,5)	
Z powodu pandemii koronawirusa doświadczam poczucia bezsilności.	T	41 _a (44,1)	54 _a (51,9)	$\chi^2 = 1,44$ $p = 0,486$	94 _a (46,8)	95 _a (48,2)	$\chi^2 = 1,04$ $p = 0,593$
	?	19 _a (20,4)	16 _a (15,4)		30 _a (14,9)	35 _a (17,8)	
	N	33 _a (35,5)	34 _a (32,7)		77 _a (38,3)	67 _a (34,0)	
Doświadczam wyczerpania psychicznego w wyniku przedłużającej się pandemii.	T	42 _a (45,2)	58 _a (55,8)	$\chi^2 = 2,59$ $p = 0,273$	86 _a (42,8)	100 _a (50,8)	$\chi^2 = 6,69$ $p = 0,035$
	?	22 _a (23,7)	17 _a (16,3)		31 _a (15,4)	39 _a (19,8)	
	N	29 _a (31,2)	29 _a (27,9)		84 _a (41,8)	58 _b (29,4)	

Tabela 3. Zdrowie psychiczne a śledzenie doniesień o COVID-19... cd.

1	2	3	4	5	6	7	8
Z powodu pandemii mam problem z zasypianiem.	T	12 _a (12,9)	16 _a (15,4)	$\chi^2 = 1,21$ $p = 0,546$	25 _a (12,4)	28 _a (14,2)	$\chi^2 = 0,45$ $p = 0,797$
	?	9 _a (9,7)	6 _a (5,8)		18 _a (9,0)	15 _a (7,6)	
	N	72 _a (77,4)	82 _a (78,8)		158 _a (78,6)	154 _a (78,2)	
Obecna sytuacja powoduje, że czuję się bardzo przygnębiona/y.	T	32 _a (34,4)	43 _a (41,3)	$\chi^2 = 3,04$ $p = 0,218$	78 _a (38,8)	75 _a (38,1)	$\chi^2 = 0,08$ $p = 0,959$
	?	13 _a (14,0)	20 _a (19,2)		35 _a (17,4)	33 _a (16,8)	
	N	48 _a (51,6)	41 _a (39,4)		88 _a (43,8)	89 _a (45,2)	
Z powodu obecnej sytuacji epidemicznej spożywam więcej alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych.	T	15 _a (16,1)	13 _a (12,5)	$\chi^2 = 6,91$ $p = 0,000$	20 _a (10,0)	28 _a (14,2)	$\chi^2 = 6,05$ $p = 0,048$
	?	13 _a (14,0)	0 (0,0)		5 _a (2,5)	13 _b (6,6)	
	N	65 _a (69,9)	91 _b (87,5)		176 _a (87,6)	156 _b (79,2)	
Mam problem z koncentracją na rzeczach innych niż pandemia.	T	9 _a (9,7)	15 _a (14,4)	$\chi^2 = 1,04$ $p = 0,595$	40 _a (19,9)	24 _b (12,2)	$\chi^2 = 4,40$ $p = 0,111$
	?	11 _a (11,8)	12 _a (11,5)		22 _a (10,9)	23 _a (11,7)	
	N	73 _a (78,5)	77 _a (74,0)		139 _a (69,2)	150 _a (76,1)	
Obecna sytuacja epidemiczna jest dla mnie bardzo stresująca.	T	37 _a (39,8)	43 _a (41,3)	$\chi^2 = 0,25$ $p = 0,883$	78 _a (38,8)	80 _a (40,6)	$\chi^2 = 0,95$ $p = 0,620$
	?	18 _a (19,4)	22 _a (21,2)		49 _a (24,4)	40 _a (20,3)	
	N	38 _a (40,9)	39 _a (37,5)		74 _a (36,8)	77 _a (39,1)	
Coraz bardziej pesymistycznie patrzę w przyszłość.	T	51 _a (54,8)	58 _a (55,8)	$\chi^2 = 0,04$ $p = 0,981$	80 _a (39,8)	109 _b (55,3)	$\chi^2 = 9,69$ $p = 0,008$
	?	14 _a (15,1)	16 _a (15,4)		39 _a (19,4)	30 _a (15,2)	
	N	28 _a (30,1)	30 _a (28,8)		82 _a (40,8)	58 _b (29,4)	
Czuję się przytłoczona/y negatywnymi informacjami na temat rozprzestrzeniania się koronawirusa (SARS-CoV-2).	T	41 _a (44,1)	69 _b (66,3)	$\chi^2 = 9,88$ $p = 0,007$	122 _a (60,7)	110 _a (55,8)	$\chi^2 = 3,05$ $p = 0,218$
	?	17 _a (18,3)	11 _a (10,6)		34 _a (16,9)	28 _a (14,2)	
	N	35 _a (37,6)	24 _b (23,1)		45 _a (22,4)	59 _a (29,9)	

χ^2 – wartość testu niezależności Pearsona; p – poziom istotności statystycznej; a, b – test Dunna; N – liczba osób

Źródło: opracowanie własne.

Test niezależności χ^2 nie wykazał związku pomiędzy obawami dotyczącymi COVID-19 a stanem cywilnym oraz pozostawianiem studentów na kwarantannie/izolacji.

■ Dyskusja

Celem badania była próba ustalenia najczęstszych problemów dotyczących stanu zdrowia psychicznego studentów podczas pandemii koronawirusa SARS-CoV-2 oraz zależności pomiędzy określonymi objawami zaburzeń a badanymi zmiennymi. Ponadto porównano stan zdrowia psychicznego studentów w trakcie pierwszej i trzeciej fali COVID-19.

Ogólny stan zdrowia psychicznego

Na podstawie analizy uzyskanych danych można wnioskować, że w związku z pandemią studenci najczęściej odczuwali przytłoczenie negatywnymi informacjami na temat rozprzestrzeniania się koronawirusa oraz coraz bardziej pesymistycznie patrzyli w przyszłość. Połowa badanych uważała, że obecna sytuacja epidemiczna negatywnie wpływa na ich stan zdrowia psychicznego. Doświadczali również objawów wyczerpania i bezsilności.

Powyzsza tendencja mogła wynikać z pojawienia się kolejnej, trzeciej fali zakażeń koronawirusem (SARS-CoV-2) oraz z coraz bardziej niestabilnej sytuacji gospodarczej w kraju i na świecie. Badania przeprowadzane w wielu krajach świata potwierdzają zwiększoną częstotliwość występowania zaburzeń psychicznych w okresie pandemii. Najczęściej były to zaburzenia lękowe i depresyjne [4, 5, 6, 14]. Ponadto uwidoczniły się problemy związane z bezsennością i doświadczaniem silnego stresu. U osób przebywających na kwarantannie częściej rozpoznawano zespół stresu pourazowego, lęki, zaburzenia adaptacyjne [15]. W tym kontekście należy zaznaczyć, że trwająca ponad rok pandemia SARS-CoV-2 była zjawiskiem nadal nieprzewidywalnym. Stałe ryzyko zakażenia, zmienne prognozy oraz sprzeczne komunikaty na temat pandemii w mediach mogły niekorzystnie odbić się na stanie zdrowia psychicznego. Zamrożenie gospodarki i zamknięcie zakładów pracy mogły nasilić poczucie braku wpływu na sytuację. Rozprzestrzenianie się koronawirusa powodowało utratę nadziei na jej szybkie ustabilizowanie się [16]. Dodatkowym niekorzystnym czynnikiem był ograniczony dostęp do świadczeń zdrowotnych. Mała efektywność leczenia osób chorujących na COVID-19 mogła zwiększyć poczucie bezsilności. Innym czynnikiem destabilizującym było wprowadzenie po raz kolejny społecznej izolacji, co wiązało się z ograniczeniem dotychczasowej aktywności życiowej. Przedłużająca się pandemia mogła spowodować przygnębienie, pesymizm, wyczerpanie emocjonalne. Pogorszenie się kondycji psychicznej studentów w Polsce potwierdzają badania [10]. Po prawie trzech miesiącach od wprowadzenia izolacji społecznej badani odczuwali niepokój, smutek, wyczerpanie i samotność.

Rezultaty wcześniejszych badań wskazują na grupy szczególnie narażone na psychologiczne skutki pandemii. Wyższy poziom bezsilności, silny lęk przed koronawirusem stwierdzono u osób z rozpoznaniem COVID-19 [17], natomiast znaczny wzrost wyczerpania emocjonalnego wykazano u osób pracujących [18]. Szczególnie narażone na wyczerpanie są pracujące kobiety, osoby młode oraz zatrudnione na niepełnym etacie.

Stan zdrowia psychicznego a płeć

Analiza wyników badań wykazała zależność pomiędzy stanem zdrowia psychicznego studentów a płcią. Kobiety częściej od mężczyzn uważały, że obecna sytuacja epidemiczna negatywnie wpływa na ich stan zdrowia psychicznego, doświadczały poczucia bezsilności, wyczerpania psychicznego i czuły się bardzo przygnębione. Ponadto częściej sięgały po alkohol lub inne substancje psychoaktywne, a sytuacja epidemiczna była dla nich bardzo stresująca. W porównaniu do kobiet mężczyźni częściej twierdzili, że nie patrzą pesymistycznie w przyszłość, nie czują się tak przytłoczeni negatywnymi informacjami na temat rozprzestrzeniania się koronawirusa oraz nie mają problemu z koncentracją na rzeczach innych niż pandemia.

Powyższe dane są zgodne z innymi wynikami badań empirycznych, które wskazują, że kobiety częściej doświadczały negatywnych, psychologicznych konsekwencji ryzyka zakażenia się koronawirusem (SARS-CoV-2). Przejawiały wyższy poziom zarówno stresu, lęku, jak i depresji [9]. Wykazywały też częściej od mężczyzn objawy zaburzeń adaptacyjnych [5, 6, 15]. Badania dowodzą, że podczas wybuchu pandemii kobiety nierzadko zgłaszały objawy stresu pourazowego [19], przeżywały na nowo sytuację urazową, doświadczały nadmiernego pobudzenia, negatywnych zmian poznawczych oraz zmian nastroju. Ponadto odczuwały wyższy poziom lęku przed COVID-19 [15, 19].

Zwiększone ryzyko pogorszenia stanu zdrowia psychicznego u kobiet w okresie pandemii może wynikać z pełnionych ról rodzinnych i zawodowych. Kobiety częściej ponoszą ciężar opieki nad dziećmi i zajmują się obowiązkami domowymi. Badania wskazują, że zamknięcie w początkowym okresie pandemii szkół i żłobków znacznie zwiększyło potrzebę sprawowania opieki nad dziećmi. Był to poważny problem zwłaszcza dla pracujących matek [20]. Ponadto kobiety ponosiły większe od mężczyzn ryzyko utraty pracy. Dotyczyło to przede wszystkim sektorów hotelarstwa i handlu detalicznego, w których zatrudnione są przeważnie kobiety.

Stan zdrowia psychicznego a wykształcenie

Analiza stanu zdrowia psychicznego studentów w odniesieniu do poziomu ich wykształcenia wykazała tylko jedną istotną zależność. Osoby z wykształceniem wyższym częściej niż badani z wykształceniem co najwyżej średnim stwierdziły, że nie miały problemu z zasypianiem z powodu pandemii. Uzyskane dane mogą sugerować, że pandemia nie wpłynęła znacząco na kondycję psychiczną w tej grupie respondentów.

Dotychczasowe badania nie określają jednoznacznie rodzaju związku pomiędzy wykształceniem a stanem zdrowia psychicznego. Według niektórych doniesień [21, 22] osoby z wyższym wykształceniem są bardziej narażone na dystres psychologiczny niż osoby z wykształceniem co najwyżej średnim. Inne wyniki badań [9, 23] wskazują na odwrotne powiązanie. Niższy poziom wykształcenia wiąże się z wyższą depresją i lękiem z powodu COVID-19.

Przeprowadzone w Polsce badania [24] dowodzą, że po roku od wybuchu pandemii u 26% badanych pojawiły się problemy ze snem (trudności z zasypianiem, przebudzanie się w trakcie snu) oraz poczucie ogólnego braku energii. Powyższą tendencję potwierdzają badania Instytutu LB Medical [25]. Okazało się, że 41% badanych cierpiało na bezsenność w związku z pandemią.

Stan zdrowia psychicznego a śledzenie informacji w mediach

Uzyskane wyniki badań wskazują na istnienie związku między niektórymi problemami stanu zdrowia psychicznego a szukaniem informacji na temat pandemii w mediach. Stwierdzono, że osoby poszukujące informacji o COVID-19 czuły się bardziej przytłoczone negatywnymi wiadomościami dotyczącymi rozprzestrzeniania się koronawirusa niż osoby, które nie śledziły tego rodzaju doniesień w mediach. Ponadto częściej zaprzeczały, że w obecnej sytuacji spożywały większą ilość alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych.

Wyniki dotychczasowych badań [14, 27, 28] potwierdzają, że nadmiar informacji negatywnie wpływa na stan zdrowia psychicznego, powodując wzrost poziomu lęku i objawów depresji. Ponadto określono krytyczny próg 2,5 godzinnej ekspozycji na media siedem razy dziennie, różnicujący łagodne i umiarkowane objawy lęku i depresji [26]. Stwierdzono też, że korzystanie z mediów społecznościowych wiąże się z większym napięciem psychicznym.

Od początku trwania pandemii można zauważyć dużą aktywność mediów. Większość informacji na temat aktualnej sytuacji epidemicznej podawano w telewizyjnych programach informacyjnych, radiowych, w prasie oraz w mediach społecznościowych. Przedstawiano statystyki potwierdzonych zakażeń i szybko wzrastające liczby osób zmarłych. Dyskutowano nad przyczynami pandemii, środkami chroniącymi przed zakażeniem, a także nad scenariuszami rozwoju sytuacji. Nadmiar negatywnych informacji o rozprzestrzenianiu się koronawirusa mógł z upływem czasu powodować u wielu osób poczucie przytłoczenia, bez tendencji do częstszego sięgania po substancje psychoaktywne.

Stan zdrowia psychicznego podczas pierwszej i trzeciej fali pandemii

Na kolejnym etapie analiz dokonano porównania stanu zdrowia psychicznego studentów podczas pierwszej i trzeciej fali pandemii. Wykazano, że po roku od rozpoczęcia pandemii studenci częściej pesymistycznie patrzyli w przyszłość. Przedstawiona tendencja mogła wynikać z utrzymującej się niestabilnej sytuacji epidemicznej oraz gospodarczej w kraju i na świecie. Trudno było przewidzieć dalszy przebieg pandemii. Brakowało rzetelnych źródeł informacji o tym, jak długo

utrzyma się zagrożenie koronawirusem i jakie będą skutki społeczno-gospodarcze wprowadzonego po raz kolejny lockdownu. Pandemia stanowiła zagrożenie dla zdrowia fizycznego i psychicznego całego społeczeństwa. Przyczyniła się do zmian w codziennych nawykach, sposobie wykonywania pracy oraz w systemie edukacji. Pojawiająca się w mediach dezinformacja na temat COVID-19, obawa przed zakażeniem, trudności w określeniu konsekwencji zachorowania mogły przyczynić się do nasilenia pesymizmu. Potwierdzają to badania zdrowia psychicznego, przeprowadzone w Polsce po roku od wybuchu pandemii [24]. Wskazały na skłonność Polaków do: zamartwiania się, nieustającego poczucia z troskania, doświadczania przytłoczenia negatywnymi myślami, bezsilności, przygnębienia.

Na podstawie uzyskanych danych można wnioskować, iż po roku od rozpoczęcia pandemii studenci częściej zaprzeczali, że doświadczają wyczerpania psychicznego oraz że sięgają po alkohol lub inne substancje psychoaktywne. Najprawdopodobniej wynika to z wykorzystywania podobnych mechanizmów radzenia sobie z dystresem psychologicznym w grupie osób badanych podczas pierwszej i trzeciej fali COVID-19. Inne badania przeprowadzone w trakcie pierwszej i drugiej fali pandemii w Polsce wskazały na odmienną tendencję [29]. Wśród respondentów zauważono wyraźne nasilenie się zarówno objawów depresji, jak i lęku uogólnionego. Badani doświadczali niepokoju i niepewności związanych z rozprzestrzenianiem się pandemii. Ponadto rezultaty badań zrealizowanych w innych krajach [30] wskazują na związek stanu zdrowia psychicznego w okresie pandemii z częstotliwością sięgania po substancje psychoaktywne. Nasilenie objawów depresji, lęku i dystresu wiązało się z większą skłonnością do palenia papierosów i spożywania alkoholu. Powyższej tendencji nie stwierdzono w prezentowanych badaniach. Może to mieć związek z tym, że nastawienie studentów do sytuacji problemowej, czyli pandemii, było bardziej zadaniowe niż wśród ogółu społeczeństwa. Gdy podjęli się trudu kształcenia, mogli być bardziej zdeterminowani w dążeniu do wyznaczonych celów. Dlatego unikali używek i efektywniej radzili sobie z przeciwnościami.

Ograniczenia i implikacje

Przedstawione badanie ma pewne ograniczenia. Przeprowadzono je na niezbyt licznej grupie badanych. Ponadto ze względu na sytuację epidemiczną studentów dobierano, wykorzystując metodę kuli śnieżnej, za pośrednictwem Internetu i mediów społecznościowych. Należy zaznaczyć, że tego rodzaju badanie nie obejmuje całej populacji. Niektóre osoby nie mają założonych kont umożliwiających korzystanie z mediów społecznościowych. Wszystkie te czynniki ograniczają możliwość uogólnienia wyników na całą populację. W kolejnym badaniu dobrze byłoby zwiększyć liczebność i reprezentatywność próby.

■ Podsumowanie

Zebrany w toku badań materiał i dokonane analizy pozwoliły na określenie najczęstszych problemów dotyczących zdrowia psychicznego wśród studentów podczas pandemii COVID-19. Rezultaty badania wskazują, że długotrwała pandemia może mieć negatywny wpływ na wiele sfer ludzkiego życia, w tym na stan zdrowia psychicznego.

Ze względu na dynamiczny i nieprzewidywalny rozwój sytuacji epidemicznej niezbędne jest przeprowadzenie kolejnych badań. Uzyskane dane umożliwią poznanie psychospołecznych skutków COVID-19. Informacje dotyczące stanu zdrowia psychicznego osób studiujących są potrzebne do przygotowania odpowiednich programów edukacyjnych i profilaktycznych [31]. W sytuacji pojawienia się zaburzeń emocjonalnych lub problemów adaptacyjnych ułatwią podjęcie działań wspierających, dostosowanych do indywidualnych potrzeb, łagodzących negatywne skutki pandemii. Udzielana pomoc powinna skupiać się na profilaktyce zdrowia psychicznego, a także minimalizowaniu doświadczanego dystresu psychologicznego oraz objawów lęku i depresji. Istotne znaczenie ma promowanie zachowań prozdrowotnych, pozwalających na adaptację do zmian powodowanych przez pandemię. Potrzebne jest edukowanie w zakresie efektywnego radzenia sobie ze stresem oraz zachęcanie do aktywności fizycznej. Dodatkowo w przypadku wystąpienia długotrwałych objawów zaburzeń zdrowia psychicznego należy namawiać do korzystania z profesjonalnego wsparcia psychologicznego i psychiatrycznego.

Bibliografia

1. Ghebreyesus T.D.: WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 11 March 2020, WHO, 2020. <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020> [dostęp: 12.08.2021].
2. Xiang Y.T., Yang Y., Li W. i wsp.: Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed, *Lancet Psychiatry*, 2020; 7(3): 228–229. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30046-8
3. Bao Y., Sun Y., Meng S., Shi J., Lu L.: 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society, *Lancet*, 2020; 395(10224): e37–e38. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30309-3
4. Lee S., Jobe M., Mathis A.A.: Mental health characteristics associated with dysfunctional coronavirus anxiety, *Psychological Medicine*, 2021; 51(8): 1403–1404. DOI: 10.1017/S003329172000121X
5. Solomou I., Constantinidou F.: Prevalence and predictors of anxiety and depression symptoms during the COVID-19 pandemic and compliance with precautionary measures: age and sex matter, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020; 17(14): 1–19. DOI: 10.3390/ijerph17144924

6. Petzold M.B., Bendau A., Plag J. i wsp.: Risk, resilience, psychological distress, and anxiety at the beginning of the COVID-19 pandemic in Germany, *Brain and Behavior*, 2020; 10(9): e01745. DOI: 10.1002/brb3.1745
7. Asmundson J., Paluszek M., Landry C., Rachor G., McKay D., Taylor S.: Do pre-existing anxiety-related and mood disorders differentially impact COVID-19 stress responses and coping? *Journal of Anxiety Disorders*, 2020; 74: 102–271. DOI: 10.1016/j.janxdis.2020.102271
8. Angus Reid Institute: Half of Canadians taking extra precautions as coronavirus continues to spread around the globe, 2020. http://angusreid.org/wp-content/uploads/2020/02/2020.02.04_Coronavirus.pdf [dostęp: 12.08.2021].
9. Wang C., Pan R., Wan X., Tan Y., Xu L., Ho C.S.: Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the 348 general population in China, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020; 17(5): 17–29. DOI: 10.3390/ijerph17051729
10. Długosz P.: Neurotyczne pokolenie koronawirusa? Raport z II fali badań krakowskich studentów, 2021. <https://ifis.up.krakow.pl/wp-content/uploads/sites/9/2020/A06/Raport-z-II-fali-bada%C5%84-student%C3%B3w-UP-.pdf> [dostęp: 13.08.2021].
11. Romaniuk M., Łukasiewicz-Wieleba J.: Raport z badań. Zdalna edukacja kryzysowa w APS w okresie pandemii COVID-19, 2021. <http://www.aps.edu.pl/media/2392732/raport-z-badania-zdalna-edukacja-kryzysowa-w-aps-w-okresie-pandemii-covid-19.pdf> [dostęp: 10.07.2021].
12. Zawadka J., Plewko J., Nowakowska I., Kochańska M., Mięgisz A., Haman E.: Raport z badania „Problemy studentów Uniwersytetu Warszawskiego ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się podczas nauczania zdalnego związanego z epidemią COVID-19”, 2020. <https://bon.uw.edu.pl/raport-problemow-studentow-uw-nauka-zdalna-covid-19/> [dostęp: 2.07.2021].
13. WeWork: Wpływ pandemii COVID-19 na doświadczenia studentów, 2021. https://res.cloudinary.com/wework/image/upload/v1612299308/We-Work_EducationSurveyReport.pdf [dostęp: 10.07.2021].
14. Sandín B., Valiente R.M., García-Escalera J., Campagne D.M., Chorot P.: Psychological impact of the COVID-19 pandemic: negative and positive effects in Spanish people during the mandatory national quarantine, *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2020; 25(1): 1–22. DOI: 10.5944/RPPC.27569
15. Rossi R., Socci V., Talevi D. i wsp.: COVID-19 pandemic and lockdown measures impact on mental health among the general population in Italy, *Frontiers in Psychiatry*, 2020; 11: 790. DOI: 10.1101/2020.04.09.2005780

16. Hacimusalar Y., Kahveb A., Yasarc A., Aydind M.: Anxiety and hopelessness levels in COVID-19 pandemic: a comparative study of healthcare professionals and other community sample in Turkey, *Journal of Psychiatric Research*, 2020; 129: 181–188. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2020.07.024
17. Lee S.A.: Coronavirus Anxiety Scale: a brief mental health screener for COVID-19 related anxiety, *Death Studies*, 2020; 44(7): 393–401. DOI: 10.1080/07481187.2020.1748481
18. Hwang H., Hur W.M., Shin Y.: Emotional exhaustion among the South Korean workforce before and after COVID-19, *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 2020; 94(2): 371–381. DOI: 10.1111/papt.12309
19. Liu C.H., Zhang E., Wong G.T.F., Hyun S., Hahm H.C.: Factors associated with depression, anxiety, and PTSD symptomatology during the COVID-19 pandemic: clinical implications for U.S. young adult mental health, *Psychiatry Research*, 2020; 290: 113172. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113172
20. Alon T.M., Doepke M., Olmstead-Rumsey J., Tertilt M.: The impact of COVID-19 on gender equality, *National Bureau of Economic Research*, 2020. DOI: 10.3386/w26947
21. CBOS: Życie codzienne w czasach zarazy. Komunikat z badań, 2020. https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K_060_20.PDF [dostęp: 13.08.2021].
22. Qiu J., Shen B., Zhao M. i wsp.: A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations, *General Psychiatry*, 2020; 33(2): 100213. DOI: 10.1136/gpsych-2020-100213
23. Paulino M., Dumas-Diniz R., Brissos S. i wsp.: COVID-19 in Portugal: exploring the immediate psychological impact on the general population, *Psychology, Health and Medicine*, 2020; 26(1): 44–55. DOI: 10.1080/13548506.2020.1808236
24. SW Research: Badanie zdrowia psychicznego Polaków po roku pandemii COVID-19, 2021. <https://swresearch.pl/raporty/badanie-zdrowia-psychicznego-polakow-po-roku-pandemii-covid-19-kukanow-nawrocka-sw-research> [dostęp: 10.02.2022].
25. Instytut LB Medical: Nastroje Polaków, uczucia i spojrzenie na przyszłość – zmiany, które spowodował COVID-19, 2021. <https://naszawtynglowa.pl/jak-zmienila-nas-pandemia/> [dostęp: 18.02.2022].
26. Bendau A., Petzold M.B., Pyrkosch L. i wsp.: Associations between COVID-19 related media consumption and symptoms of anxiety, depression and COVID-19 related fear in the general population in Germany, *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 2020; 271(2): 283–291. DOI: 10.1007/s00406-020-01171-6

27. Gao J., Zheng P., Jia Y. i wsp.: Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak, *PLoS ONE*, 2020; 15(4): e0231924. DOI: 10.1371/journal.pone.0231924
28. Trnka R., Lorencova R.: Fear, anger, and media-induced trauma during the outbreak of COVID-19 in the Czech Republic, *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 2020; 12(5): 546–549. DOI: 10.1037/tra0000675
29. Gambin M., Sękowski M., Woźniak-Prus M. i wsp.: Objawy depresji i lęku wśród Polaków w trakcie epidemii COVID-19. Raport z badań podłużnych, Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, 2021. http://psych.uw.edu.pl/wp-content/uploads/sites/98/2021/01/Raport_objawy_depresji_leku_IV_fale.pdf [dostęp: 10.02.2022].
30. Stanton R., To Q.G., Khalesi S. i wsp.: Depression, anxiety and stress during COVID-19: associations with changes in physical activity, sleep, tobacco and alcohol use in Australian adults, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020; 17(11): 1–13. DOI: 10.3390/ijerph17114065
31. Pakpour A.H., Griffiths M.D.: The fear of COVID-19 and its role in preventive behaviors, *Journal of Concurrent Disorders*, 2020; 2(1), 58–63. <https://concurrentdisorders.ca/2020/04/03/the-fear-of-covid-19-and-its-role-in-preventive-behaviors/> [dostęp: 13.08.2021].

12. Działania samoopiekuńcze pacjentów z POChP podczas pobytu w szpitalu

The defining of the self-care actions taken by patients with COPD at hospital

Małgorzata Kochman^{1, a}, Anna Dyrkacz^{2, b}

¹ Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu
Institute of Health Protection, The Bronislaw Markiewicz State Higher School of Technology and Economics in Jaroslaw

² Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 1 im. Fryderyka Szopena w Rzeszowie
University Clinical Hospital No. 1 of Fryderyk Chopin in Rzeszów

^a <https://orcid.org/0000-0003-4474-7627>

^b <https://orcid.org/0000-0003-2106-839X>

■ Abstrakt

Wstęp: Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) jest jednostką chorobową, charakteryzującą się nieodwracalnym, postępującym zwężeniem oskrzeli, wywołanym głównie przez palenie papierosów. Należy ona do najczęściej występujących przewlekłych chorób układu oddechowego. Klasycznymi objawami schorzenia są przewlekły, poranny kaszel i duszność wysiłkowa. Duszność występująca już w zaawansowanym stadium choroby zmusza chorego do poszukiwania fachowej pomocy. Profesjonaliści mają bardzo ważny udział w opiece nad chorym na ciężkie choroby układu oddechowego.

Cel pracy: Celem pracy jest ustalenie zakresu działań samoopiekuńczych podejmowanych przez pacjentów z POChP w szpitalu.

Materiał i metoda: Badania przeprowadzono w 2018 roku w jednym ze szpitali w województwie podkarpackim. Miały one charakter dobrowolny i wzięło w nich udział 110 pacjentów z POChP. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Za narzędzie posłużył samodzielnie opracowany, niestandardyzowany kwestionariusz ankiety. Przy jego tworzeniu wykorzystano dotychczasowy stan wiedzy oraz własne, wieloletnie doświadczenia z pracy z tą kategorią chorych.

Wyniki: Stwierdzono, że osoby korzystające ze wskazówek dotyczących życia z chorobą, udzielanych im przez lekarza oraz pielęgniarkę, miały istotnie lepszy poziom samoopieki (72,64 pkt) niż chorzy, którzy czerpali informacje na ten temat z „innych źródeł” (66,93 pkt). Różnica ta była istotna statystycznie ($p = 0,02$).

Wnioski:

1. Własna prozdrowotna aktywność pacjentów z POChP ma duży wpływ na podejmowane przez nich działania samoopiekuńcze.
2. W badanej grupie chorych zmienne demograficzne nie rzutują znacząco na prozdrowotne zachowania pacjentów z POChP.

3. Opieka profesjonalistów (lekarzy, pielęgniarek) ma istotny wpływ na poziom samoopieki chorych z POChP.

Słowa kluczowe: POChP, samoopieka, zdrowie.

■ Abstract

Introduction: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is syndrome characterized by progressive irreversible airflow limitation caused mainly by tobacco smoking. Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is one of most common disease of the respiratory system. Classical symptoms of COPD are chronic morning cough and exertion breathlessness.

What makes a patient look for professional medical help is exertional dyspnea which occurs in the advanced stage of the disease. Professionals have a very important role in the care of patients with severe respiratory diseases.

The aim of the study is defining the scope of the self-care actions taken by patients with COPD at hospital.

Material and methods: The studies were carried out in 2018 in one of the hospitals in Podkarpacie province. They were voluntary and 110 patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease participated in them. Diagnostic survey was used in the form of unstandardized questionnaire of my own authorship. In the process of preparing the questionnaire my previous knowledge as well as my experience of having worked for many years with this category of patients have been used.

Results: It has been stated that the patients who used information about how to live with the disease received from their doctors or nurses had indeed higher level of the self-care (72,64 p.) in comparison to those who got the information on this subject from other sources (66,93 p.). This difference was statistically significant ($p = 0,02$).

Conclusions:

1. Activity of the Chronic Obstructive Pulmonary Disease patients directed to their health is influenced strongly on their self-care activities.
2. In the studied group of patients, demographic variables do not significantly affect health-related behaviors of patients with COPD.
3. The care of professionals (doctors, nurses) has a significant impact on the level of self-care of patients with COPD.

Keywords: COPD, self-care, health.

■ Wstęp

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) jest nieuleczalną chorobą układu oddechowego. Bywa określana także jako przewlekły bronchit lub rozedma. Powoduje ona zwężenie oskrzeli, a w konsekwencji trudności w cyrkulacji powietrza

i zaburzenia w oddychaniu. Choroba ma charakter progresywny, a zmiany w płucach, które wywołuje, są tylko po części odwracalne. Palenie tytoniu należy do głównych przyczyn tego schorzenia. Może ono dotknąć zarówno wieloletnich czynnych, jak i biernych palaczy. Według Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO) przewlekła obturacyjna choroba płuc zajmuje obecnie czwarte miejsce na liście najbardziej zabójczych schorzeń.

■ Przewlekła obturacyjna choroba płuc

Przewlekła obturacyjna choroba płuc POChP jest jednostką przewlekłą i wiąże się z dużą umieralnością [2]. W Polsce liczbę chorych na POChP szacuje się na 2 mln osób, co stanowi ponad 5% społeczeństwa. Prace badawcze wskazały, że co dziesiąty obywatel Polski, który przekroczył 30. rok życia, ma symptomy POChP, a 3,6% leczonych szpitalnie każdego roku pacjentów to chorzy na tę jednostkę. Choroba przyczynia się do częstej absencji w pracy, ma wpływ na przyznanie renty inwalidzkiej i powoduje zbyt wczesną śmierć mnóstwa Polaków. Ocenia się, że w Polsce na POChP umiera co roku ok. 15 tys. osób [1]. „Zalecenia Rozpoznawania i Leczenia POChP” mają na celu poprawę profilaktyki i leczenia, wczesną diagnozę oraz zwrócenie uwagi środowisk decyzyjnych i opiniotwórczych na problemy występujące przy tym schorzeniu [1].

Światowa Inicjatywa Zwalczania Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease – GOLD) wskazała na konieczność zwiększenia świadomości wśród społeczeństwa na temat POChP oraz minimalizację chorobowości i umieralności poprzez rozpoznawanie, leczenie i prewencję. Zamierzenia Światowej Inicjatywy Zwalczania Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc są realizowane m.in. dzięki działalności zawodowej pielęgniarki, która towarzyszy człowiekowi – podmiotowi opieki w kształtowaniu jego umiejętności samoopiekuńczych w zdrowiu i w czasie choroby, pomaga w pielęgowaniu [3]. Wprowadzenie do pielęgniarstwa przez Dorotheę Orem pojęcia „samoopieka” wynikało z poszukiwań odpowiedzi na nurtujące pytanie o czynnik sprawczy działania nie tylko samego chorego, lecz także osób mu pomagających, w tym personelu pielęgniarskiego [4]. Według Orem to właśnie zakres samoopieki pacjenta jest kryterium różnicującym zakres udzielania pomocy przez pielęgniarkę, zaś rola pielęgniarki polega na pomaganiu w pielęgowaniu ludziom, którzy realizują własne potrzeby samoopiekuńcze [5].

Przewlekła obturacyjna choroba płuc to jednostka chorobowa, której można skutecznie zapobiegać oraz którą można leczyć. Pojawiają się w niej wprawdzie obciążające zmiany nieobejmujące płuc, mogące zadecydować o ciężkości przebiegu choroby, lecz dotyczą one niecałkowicie odwracalnego upośledzenia przepływu powietrza przez drogi oddechowe. Niedomoga ta jest z reguły postępująca i wiąże się z wadliwą odpowiedzią zapalną płuc na toksyczne pyły czy gazy. Zagadnienie na ogół odnosi się do dwóch jednostek chorobowych: przewlekłego zapalenia oskrzeli i rozedmy płuc. Do czynników ryzyka zalicza się czynniki środowiskowe i osobnicze, a schorzenie rozwija się wskutek ich interakcji. Do czynników

środowiskowych należą: palenie tytoniu oraz zanieczyszczenie powietrza atmosferycznego i wewnątrz pomieszczeń. Dodatkowo na wystąpienie POChP narażeni są pracownicy niektórych branż zawodowych: górnictwa, hutnictwa, transportu, przemysłu drzewnego, papierniczego, włókienniczego, cementowni i przetwórstwa zboża. Do choroby przyczynia się także niski status socjoekonomiczny. Wśród substancji szkodliwych wymienia się pyły (organiczne, nieorganiczne), chemikalia, spaliny i opary.

Do głównego objawu POChP należy przewlekły kaszel z odkrztuszaniem plwociny. Kaszel występuje przeważnie w godzinach rannych, a plwocina ma charakter śluzowy, czasami ropny. Jej ilość wzrasta wraz z zaostrzeniem choroby, której czasem towarzyszy krwioplucie. Objawy duszności nasilają się w czasie wysiłku, infekcji układu oddechowego, zaostrzenia choroby. Pogarsza to jakość życia, prowadzi do niepełnosprawności i inwalidztwa, lęku. Ponadto pacjenci zgłaszają w wywiadzie: świszczący oddech, częste infekcje oskrzeli, utratę masy ciała, ogólne osłabienie organizmu, małą tolerancję wysiłku, bóle w klatce piersiowej, symptomy osteoporozy, obrzęki podudzi, zaburzenia snu, obniżenie nastroju, depresję. Wszystkie te objawy są związane z ciężkim i bardzo ciężkim stadium zaawansowania choroby i prowadzą do izolacji społecznej [6].

■ Problemy pacjentów z chorobami układu oddechowego

W początkowej fazie choroby dokuczliwym problemem dla pacjentów jest suchy, męczący, przechodzący w wilgotny kaszel. Chorzy często mają trudności z odkrztuszaniem gęstej wydzieliny, co utrudnia oddychanie, upośledza kondycję fizyczną. Pacjenci zgłaszają duszność, która może przybrać formę przewlekłą lub napadową. Kacheksja w przebiegu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc dotyczy 10–15% pacjentów z łagodną lub umiarkowaną postacią choroby i 50% pacjentów będących w zaawansowanym stadium choroby [7]. Kacheksja w POChP stwierdzana jest u ok. 20% całej populacji chorych. Jej częstość zwiększa się ze stopniem zaawansowania choroby. Nierzadko dotyczy pacjentów z przewagą typu rozedmowego.

Kacheksja niekorzystnie wpływa na jakość życia oraz rokowanie pacjentów z POChP. Stanowi niezależny czynnik ryzyka wystąpienia zgonów z przyczyn oddechowych. Podejmowane próby monoterapii żywieniowej czy farmakologicznej nie przynoszą efektów w leczeniu kacheksji. Wydaje się, że znaczenie mogą mieć leczenie skojarzone: żywieniowe, farmakologiczne, i rehabilitacja, co wymaga potwierdzenia w badaniach na większych grupach chorych [8].

Reasumując, należy podkreślić, że zaburzenia stanu odżywienia w POChP prowadzą do negatywnych następstw klinicznych. Redukcja beztłuszczowej masy ciała przyczynia się do pogorszenia fizjologii oddychania. U chorych z niską masą ciała zmniejsza się pojemność dyfuzyjna płuc, nasila zjawisko „pułapki powietrznej”, co konsekwentnie zwiększa duszność. Zmniejszona pod wpływem choroby masa mięśni oddechowych, w tym przepony, skutkuje redukcją ich siły i czasu skurczu, a co za tym idzie – spadkiem efektywności. Analogicznie mięśnie szkieletowe

dotyka ten sam problem. Stopniowo zanika masa mięśniowa, w szczególności kończyn, co przekłada się na redukcję wydolności wysiłkowej. Dodatkowo stan chorych pogarszają dolegliwości bólowe w klatce piersiowej i towarzysząca w czasie zaostrzenia choroby gorączka. Pacjenci stają się osłabieni, wychudzeni i coraz bardziej uzależnieni od pomocy osób trzecich.

Chorym towarzyszy obniżenie nastroju i utrata chęci do walki z chorobą. Zmiany nastroju wymagają zdecydowanej terapii farmakologicznej i psychoterapii. Warto zwrócić się do odpowiednich specjalistów, ponieważ depresję trzeba leczyć. Wskazana jest nauka technik relaksacyjnych, gdyż nieleczona depresja bardzo niekorzystnie wpływa na jakość życia. Poza leczeniem farmakologicznym nieodzowną rolę odgrywa rodzina czy przyjaciele. Ofiarowują oni choremu wsparcie w każdej postaci. Ponadto należy proponować pacjentowi zajęcia dostosowane do wydolności fizycznej, co zmniejszy jego poczucie alienacji, poprawi samopoczucie oraz zmobilizuje do walki z chorobą. Wszystkie te objawy, których nasilenie przypada na porę nocną, wpływają równocześnie na jakość snu. Czas odpoczynku skraca się. Chory często się wybudza, a w rezultacie jest zmęczony, senny i ospały w ciągu dnia. Niska jakość snu upośledza funkcje poznawcze oraz wydolność w pracy. W miarę rozwoju choroby dochodzi do hipoksemii i hiperkapnii.

W schyłkowym okresie choroby podstawowe czynności życiowe typu toaleta czy ubieranie się potrzebują pokaźnego nakładu wysiłku chorego. Powinno się pamiętać o zwiększonym przepływie tlenu na czas ich wykonywania w trakcie opieki nad chorym. U wielu obłożnie chorych w godzinach porannych poważnie nasila się duszność. W związku z tym toaletę poranną należy wykonać około jedną–dwie godziny po przyjęciu rannych leków i ustąpieniu objawów porannych. Pomimo zaawansowania choroby trzeba stale mobilizować chorego do ćwiczeń fizycznych podnoszących i utrzymujących jego sprawność. We wszystkich okresach choroby wskazane są ćwiczenia fizyczne, trening wytrzymałościowy i siłowy oraz ćwiczenia oddechowe. Wszelkie ćwiczenia usprawniające należy wykonywać pod tlenem i zwiększać przepływ tlenu o 1 l/min w stosunku do przepływów zalecanych w spoczynku. Cierpiący w bardziej zaawansowanym stadium choroby, czyli z niewydolnością oddechową nawet w wyrównanym okresie i stanie choroby i przy optymalnej terapii farmakologicznej, są skazani na domową tlenoterapię. Zadawalające rezultaty pojawiają się, jeżeli chory korzysta z tlenu co najmniej 15 h/dobę i obowiązkowo w godzinach nocnych. Rola opiekuna, personelu polega na zachęcaniu pacjenta do stosowania tlenu. Ważne jest też wykonanie szczepień ochronnych oraz w każdym stadium schorzenia dbanie o zaszczepienie chorych z POChP przeciwko grypie i pneumokokom [9]. Istnieje ponadto ryzyko wystąpienia różnych chorób współtowarzyszących, np. OBS (obturacyjny bezdech senny) [10].

■ Cel badań

Celem badań było uzyskanie odpowiedzi na pytanie: „Co wpływa na działania samoopiekuńcze pacjentów z POChP podczas pobytu w szpitalu?”

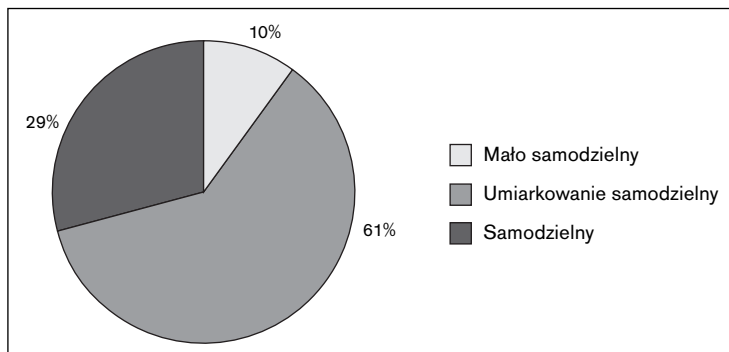
■ Materiał i metody

Miejscem, w którym zrealizowano badania, był akredytowany szpital specjalistyczny w Rzeszowie. Badania miały charakter anonimowy, a osoba je przeprowadzająca nie pracowała bezpośrednio z respondentami; stąd nie było żadnej zależności i wpływu na uzyskane odpowiedzi. Badania przebiegały w sposób zgodny z założeniami. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzalnych przedstawiono za pomocą wartości średniej i odchylenia standardowego, mediany, a dla niemierzalnych za pomocą licznosci i odsetka. Dla cech mierzalnych normalność rozkładu analizowanych parametrów oceniano z wykorzystaniem testu Shapiro-Wilka. Do porównania dwóch grup niezależnych zastosowano test U Manna-Whitneya. Dla niepowiązanych cech jakościowych do wykrycia istnienia zależności między badanymi cechami użyto testu niezależności χ^2 . Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$, wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności. Bazę danych i badania statystyczne utworzono za pomocą oprogramowania komputerowego STATISTICA 8.0 (StatSoft, Polska). Badaniami objęto grupę 110 chorych z POChP. Wybór pacjentów odbył się na podstawie przyjętych wcześniej kryteriów. W ujęciu statystycznym 76,36% badanych to mężczyźni, a 23,64% to kobiety. Średnia wieku w badanej grupie wyniosła $57,98 \pm 10,27$ lat (zakres od 41–87). Większość, bo 81,82% ankietowanych stanowiły mężatki i żonaci, zaś 18,18% – osoby stanu wolnego. Pod względem miejsca zamieszkania najliczniejszą grupą byli mieszkańcy wsi (56,36%). Wśród ankietowanych 36,36% to chorzy z wykształceniem podstawowym, 20,91% – z wykształceniem zawodowym, 31,82% – ze średnim i tylko 10,91% – z wyższym. Zdecydowana większość badanych (64,55%) była bierna zawodowo, a 35,55% ankietowanych pracowało. Respondenci chorowali na schorzenia układu oddechowego średnio $5,31 \pm 5,42$ lat. Wśród badanych do roku chorowało 28,18% osób, od 2 do 5 lat – 37,27%, a powyżej 5 lat – 34,55%. W trakcie badań ankietowani przebywali w szpitalu średnio $12,26 \pm 5,75$ dni.

■ Wyniki

Ocena samodzielności wykonywania codziennych czynności podczas pobytu w szpitalu

Z badań wynika, że w większości chorzy byli umiarkowanie samodzielni (61%), natomiast 10% stanowiły osoby mało samodzielne, a 29% – osoby całkowicie samodzielne (rycina 1).



Rycina 1. Odsetek ankietowanych z uwzględnieniem poziomu samodzielności podczas pobytu w szpitalu

Źródło: badania własne.

Poziom samodzielności w samoopiece podczas pobytu w szpitalu z uwzględnieniem czynników demograficznych

Na podstawie dokonanej analizy statystycznej stwierdzono, że poziom samodzielności w samoopiece wśród kobiet (75,25 pkt) był w porównaniu do mężczyzn (70,27 pkt) istotnie statystycznie wyższy ($p = 0,02$). Dane przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Źródła informacji na temat tego, jak żyć z chorobą, a poziom samoopieki

Źródła informacji na temat tego, jak żyć z chorobą	Średnia	σ
Lekarz, pielęgniarka	72,64	9,76
Inne źródła	66,93	6,50
Analiza statystyczna: $Z = -2,40$; $p = 0,02^*$		

Źródło: badania własne.

Dla potrzeb badań ankietowanych podzielono na trzy grupy wiekowe: I – do 50 lat, II – do 50–60 lat, III – powyżej 60 lat. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w poziomie samoopieki pomiędzy grupami wiekowymi ($p = 0,83$). Ustalono jednak, że poziom samoopieki wzrastał wraz z wiekiem. Średni poziom samoopieki w grupie do 50 lat wyniósł 70,42 pkt, zaś w grupie powyżej 60 lat – 71,95 pkt. Przeprowadzona analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic w poziomie samoopieki pomiędzy osobami pozostającymi w związku małżeńskim a osobami stanu wolnego ($p = 0,83$). Jednak nieco wyższy poziom samoopieki odnotowano w grupie osób wolnych. Z badań wynika, że osoby z wykształceniem średnim (73,32 pkt) uzyskały wyższy poziom samodzielności w samoopiece niż osoby z wykształceniem podstawowym (71,55 pkt) i zawodowym (70,41 pkt). Najniższy poziom stwierdzono w grupie chorych z wykształceniem wyższym (69,25 pkt).

Różnice te nie były jednak istotne statystycznie ($p = 0,76$). Dowiedziono, że osoby, które otrzymywały pomoc od jednej lub dwóch osób, miały wyższy poziom samoopieki niż chorzy otrzymujący pomoc od trzech i większej liczby osób. Różnice nie były istotne statystycznie ($p = 0,24$).

Poziom samodzielności w samoopiece podczas pobytu w szpitalu z uwzględnieniem czynników medycznych

Biorąc pod uwagę liczbę pobytów w szpitalu, zauważono, że największą samodzielnością w działaniach samoopiekuńczych dotyczących czynności dnia codziennego wykazały się osoby, które przebywały w szpitalu więcej niż pięć razy (72,01 pkt) w porównaniu do osób, dla których był to pobyt pierwszy (71,70 pkt) oraz do osób hospitalizowanych drugi i kolejny raz (70,70 pkt). Różnica ta nie była jednak istotna statystycznie ($p = 0,87$). Dane zaprezentowano w tabeli 2.

Tabela 2. Samoopieka w czynnościach dnia codziennego a czas trwania choroby

Czas trwania choroby	Średnia	σ
Do roku	71,10	9,80
2–5 lat	71,31	9,30
Powyżej 5 lat	71,87	9,54
Analiza statystyczna: $H = 0,27$; $p = 0,87$		

Źródło: badania własne.

Stwierdzono istotny związek pomiędzy stopniem radzenia sobie z działaniami dotyczącymi bezpośrednio zdrowia a czasem trwania choroby ($p = 0,003$). Analiza statystyczna nie wykazała istotnego związku pomiędzy stopniem radzenia sobie z działaniami dotyczącymi bezpośrednio zdrowia a liczbą pobytów w szpitalu ($p = 0,99$). Dane przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Stopień radzenia sobie z działaniami bezpośrednio związanymi ze zdrowiem z uwzględnieniem czasu trwania choroby i liczby pobytów w szpitalu

Czynniki medyczne	Nie radzę sobie	Średnio	Bardzo dobrze	Razem	Analiza statystyczna
	N %	N %	N %	N %	
Czas trwania choroby					
Do roku	13	5	13	31	$\chi^2 = 18,85$ $p = 0,003$
	41,94	16,13	41,94	100,00	

2–5 lat	6	11	24	41	$\chi^2 = 0,24$ $p = 0,99$	
	14,63	26,83	58,54	100,00		
Powyżej 5 lat	2	12	24	38		
	5,26	31,58	63,16	100,00		
Razem	21	28	61	110		
	19,09	25,45	55,45	100,00		
Liczba pobyków w szpitalu						
Jeden	4	5	12	21		$\chi^2 = 0,24$ $p = 0,99$
	19,05	23,81	57,14%	100,00		
2–5	11	15	34	60		
	18,33	25,00	56,67	100,00		
Powyżej 5	6	8	15	29		
	20,69	27,59	51,72	100,00		
Razem	21	28	61	110		
	19,09	25,45	55,45	100,00		

Źródło: badania własne.

Z czynnościami samoopiekuńczymi nie radziło sobie 41,94% osób chorujących rok lub krócej, natomiast taki sam odsetek ankietowanych w tej grupie radził sobie bardzo dobrze, a 16,13% badanych radziło sobie średnio. Respondenci, którzy chorowali od 2 do 5 lat, radzili sobie bardzo dobrze (58,54%), lecz 14,63% chorujących nie radziło sobie. Większość (63,16%) chorujących ponad 5 lat ankietowanych radziła sobie bardzo dobrze, tylko 5,26% nie radziło sobie z czynnościami samoopiekuńczymi. Nie stwierdzono również istotnych różnic ($p = 0,88$) w poziomie samoopieki pomiędzy osobami, które rzuciły palenie dzięki własnej silnej woli (71,38 pkt), a tymi, które zrezygnowały z palenia z innych powodów (71,50 pkt). Odnotowano, że osoby, które korzystały z informacji od lekarza lub pielęgniarki na temat życia z chorobą, miały istotnie lepszy poziom samoopieki (72,64 pkt) w porównaniu do chorych, którzy czerpali informacje z innych źródeł (66,93 pkt). Różnica ta była istotna statystycznie ($p = 0,02$).

■ Dyskusja

Na podstawie badań można wnioskować, że podczas pobytu w szpitalu przeważająca część respondentów radzi sobie z działaniami związanymi ze zdrowiem: umiarkowanie samodzielni stanowili 60,91%, 29,09% to osoby całkowicie samodzielne, a tylko 10% stanowiły osoby mało samodzielne. W wyniku dokonanej analizy statystycznej stwierdzono istotny związek pomiędzy stopniem radzenia sobie z działaniami dotyczącymi bezpośrednio zdrowia a czasem trwania choroby ($p = 0,003$). Analiza statystyczna nie dowiodła istotnego związku pomiędzy stopniem radzenia sobie z działaniami odnoszącymi się bezpośrednio do zdrowia (dotyczy konkretnych problemów zdrowotnych) a płcią ($p = 0,76$), wiekiem ($p = 0,74$), stanem cywilnym ($p = 0,82$), poziomem wykształcenia ($p = 0,89$) oraz liczbą osób wspierających

($p = 0,82$). W badanej grupie chorych zmienne demograficzne nie wywierają więc istotnego wpływu na związane bezpośrednio ze zdrowiem zachowania pacjentów z POChP. Analiza statystyczna nie wykazała także znaczącego związku pomiędzy stopniem radzenia sobie z działaniami dotyczącymi bezpośrednio zdrowia a wybranymi czynnikami medycznymi: liczbą pobytów w szpitalu ($p = 0,99$), sposobami pokonywania nałogu palenia ($p = 0,19$) oraz źródłem informacji na temat choroby ($p = 0,87$). Stwierdzono natomiast, że osoby, które korzystały z informacji udzielanych przez lekarza lub pielęgniarkę o radzeniu sobie z konkretnymi problemami zdrowotnymi, miały istotnie lepszy poziom samoopieki (72,64 pkt) w porównaniu do chorych, którzy czerpali informacje z innych źródeł (66,93 pkt); różnica ta była istotna statystycznie ($p = 0,02$). Podobnie w pracy Koguta i wsp. podkreślono szeroki udział fachowego personelu medycznego w uzyskiwaniu poprawy leczenia, a tym samym lepszej jakości życia. Dla większości (66%) ankietowanych to lekarz był najbardziej rzetelnym źródłem informacji, rzadziej (24%) wskazywali na pielęgniarkę oraz rodzinę i znajomych (10%) [11]. Kochman i Lizak zwracają uwagę na konkretne działania podejmowane podczas hospitalizacji, dotyczące sytuacji związanych z zaostrzeniem choroby, dawkowaniem leków, a także łagodzeniem nieprzyjemnych dolegliwości poprzez usprawnianie organizmu, w tym stosowanie rehabilitacji oddechowej [12]. Zależność pomiędzy stopniem radzenia sobie z działaniami dotyczącymi bezpośrednio zdrowia a czasem trwania choroby ($p = 0,003$) wskazuje na istotny wpływ wykwalifikowanego, kompetentnego personelu medycznego na działania samoopiekuńcze chorych z POChP, na ich umiejętność życia z chorobą, czyli jakość życia, która ściśle łączy się z czasem jej trwania. Uzyskane wyniki znalazły potwierdzenie w badaniach Kupcewicz i Abramowicz. Badaczki stwierdziły, że istnieje pozytywna zależność pomiędzy poziomem satysfakcji z życia, rozumianym jako jakość życia, a czasem trwania choroby [13].

■ Wnioski

W nawiązaniu do pytania „Co wpływa na działania samoopiekuńcze pacjentów z POChP podczas pobytu w szpitalu?” poddano weryfikacji i analizie zgromadzone dane, na podstawie których wyciągnięto następujące wnioski:

1. Przeważająca część respondentów radzi sobie z działaniami związanymi ze zdrowiem, co oznacza, że to własna prozdrowotna aktywność pacjentów z POChP wywiera istotny wpływ na podejmowane przez nich działania samoopiekuńcze.
2. W badanej grupie chorych zmienne demograficzne nie rzutują znacząco na zachowania pacjentów z POChP związane bezpośrednio ze zdrowiem.
3. Opieka profesjonalistów (lekarzy, pielęgniarek) ma istotny wpływ na poziom samoopieki chorych z POChP.

Bibliografia

1. Kuna P., Pierzchała W., Jankowski M. (red.): Astma i POChP w pytaniach i odpowiedziach, Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2008: 89–91.
2. Paprocka-Borowicz M., Demczyszak I., Kuciel-Lewandowska J.: Fizjoterapia w chorobach układu oddechowego, Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2009: 55.
3. Górajek-Jóźwik J.: Pielęgniarstwo. W: Ciechaniewicz W. (red.): Pielęgniarstwo. Ćwiczenia, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001: 46.
4. Płaszewska-Żywko L.: Wybrane teorie pielęgniarstwa. W: Zahradniczek K. (red.): Pielęgniarstwo, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004: 134.
5. Szewczyk M.T., Cierzniańska K., Ślusarz R., Cwajda J., Stodolska A.: Modele opieki pielęgniarskiej, Przewodnik Lekarza, 2005; 2(74): 84–85.
6. Batura-Gabryel H.: Przewlekła obturacyjna choroba płuc. Podstawy diagnostyki i terapii, Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2007: 9–13.
7. Strugała M., Talarska D. (red.): Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013: 264.
8. Kuźniar-Kamińska B., Batura-Gabryel H., Brajer B., Kamiński J.: Analiza zaburzeń stanu odżywienia u pacjenta z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, Pneumonologia i Alergologia Polska, 2008; 76: 327–333.
9. Witkiewicz I.: Jak się opiekować chorym na POChP? <https://www.mp.pl/pacjent/pochp/lista/70485,jak-sie-opiekowac-chorym-na-pochp> [dostęp: 11.06.2012].
10. Zieliński J., Pływaczewski R., Bednarek M.: Zaburzenia oddychania w czasie snu, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006: 206.
11. Kogut P., Pasek M., Drożdż I.: Jakość życia pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. Badania wstępne, Pielęgniarstwo XXI Wieku, 2005; 3(12): 163–168, 167.
12. Kochman M., Lizak D.: Udział profesjonalistów i nieprofesjonalistów w działaniach samoopiekuńczych związanych bezpośrednio ze zdrowiem pacjentów z POChP. W: Żarow R. (red.): Człowiek w zdrowiu i chorobie: promocja zdrowia, leczenie i rehabilitacja, Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej, Tarnów 2014: 419–429.
13. Kupcewicz E., Abramowicz A.: Wpływ wybranych czynników socjodemograficznych na stopień akceptacji choroby i poziom satysfakcji z życia u pacjentów leczonych z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, Hygeia Public Health, 2015; 50(1): 142–148, 146.

13. Pielęgniarstwo jako zawód zaufania publicznego w opinii pacjentów

Nursing as a profession of public trust

Katarzyna Niziołek^{1, a}, Iwona Dudzik^{2, b}, Alicja Kłos^{3, c}, Irena Brukwicka^{3, d}

¹ Absolwentka Collegium Masoviense – Wyższej Szkoły Nauk o Zdrowiu w Żyrardowie
Graduate of Collegium Masoviense – College of Health Sciences in Żyrardów

² Instytut Humanistyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna
im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu
Institute of Humanities, The Bronisław Markiewicz State Higher School of Technology and Economics
in Jarosław

³ Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna
im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu
Institute of Health Protection, The Bronisław Markiewicz State Higher School of Technology and Economics
in Jarosław

^a <https://orcid.org/0009-0000-5534-7616>

^b <https://orcid.org/0000-0001-6434-9699>

^c <https://orcid.org/0000-0002-8180-4224>

^d <https://orcid.org/0000-0002-2213-702x>

■ Abstrakt

Wstęp: Pielęgniarstwo jako zawód zaufania publicznego poddawany jest nieustannej ocenie społeczeństwa. Poziom świadczonych usług, a także rezultaty działań pielęgniarskiej pracy wywierają wpływ na tworzenie się wizerunku całej grupy zawodowej. Zawód ten jest specjalnością o szczególnym charakterze oraz misją związaną z opieką nad pacjentem. Wymaga od pielęgniarki oddania, wytrwałości, umiejętności teoretycznych i praktycznych. Pielęgniarstwo jest częścią systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

Cel badań: Przedstawienie opinii pacjentów hospitalizowanych w Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie na temat pielęgniarstwa jako zawodu zaufania publicznego z uwzględnieniem oceny pielęgniarek/pielęgniarzy.

Materiał i metody: Badaniem objęto 120 osób (68 kobiet i 52 mężczyzn). Przeprowadzono je w okresie od listopada 2020 roku do stycznia 2021 roku. Do badań wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety, składający się z metryczki oraz 35 pytań. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej. Grupą ankietowanych byli pacjenci Klinicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie – Podkarpackiego Centrum Onkologii.

Wyniki i wnioski: Pacjenci z zawodami zaufania publicznego kojarzyli najczęściej (89,2%) zawód pielęgniarki i położnej. Ponad połowa (65,8%) badanych wiedziała, iż pielęgniarstwo jest zawodem zaufania publicznego. Większość ankietowanych (80,0%) uważała, że pielęgniarstwu słusznie przyznano status zawodu zaufania publicznego. Głównym czynnikiem, który zdaniem respondentów uzasadniał przynależność polskich pielęgniarek/pielęgniarzy do grupy zawodów

zaufania publicznego, była bezpośrednia służba ludziom – wskazało na nią 80,0% ankietowanych. Elementami wyróżniającymi zawód zaufania publicznego były w opinii badanych wysoka jakość świadczonych usług oraz nienaganna postawa moralna i etyczna pracownika. Według 82,5% osób zawód pielęgniarki/pielęgniara jest związany z niesieniem pomocy innym ludziom. Wśród postaw pielęgniarki budzących u pacjentów zaufanie wymieniano najczęściej szacunek dla pacjenta (59,2%) i życzliwość (57,5%). Pozytywne relacje pielęgniarka – pacjent można, w opinii badanych, osiągnąć dzięki uśmiechowi i miłemu podejściu (66,7%), a także cierpliwości (50,8%). Cechami osobowości preferowanymi przez pacjentów u pielęgniarki były najczęściej: zaangażowanie w swoją pracę (77,5%), życzliwość (65,0%) i profesjonalizm (60,0%).

Słowa kluczowe: pielęgniarstwo, zaufanie publiczne, zawód.

■ Abstract

Introduction: Nursing, as a profession of public trust, is constantly evaluated by society. The level of services provided as well as the results of nursing work have an impact on the formation of a social assessment of the entire professional group. This profession is a specialty and mission related to patient care. Characterized by dedication, persistence, requiring theoretical and practical skills related to the profession from a nurse. Currently, it forms a coherent part of the health care system in Poland.

The aim of the study: Presentation of the opinions of patients hospitalized at Provincial Clinical Hospital in Rzeszów on nursing as a profession of public trust, based on their assessment by nurses.

Material and methods: The study included 120 people (68 women and 52 men). The research was conducted in the period from November 2020 to January 2021. An original questionnaire was used for the study, consisting of a record and 35 questions. The obtained results were analyzed statistically. The group of respondents were patients of the Provincial Clinical Hospital in Rzeszów – Podkarpackie Cancer Center.

Results and conclusions: According to the conducted research, 89.2% of the patients most often associated the professions of public trust with the professions of a nurse and a midwife. More than half of the surveyed patients knew that nursing is a profession of public trust – 65.8%. According to the majority of the surveyed patients, 80.0% were rightly granted the status of a profession of public trust. The main factor which, according to the surveyed patients, justified the belonging of Polish nurses to the group of professions of public trust was direct service to people, indicated by 80.0% of the respondents. The features that should be associated with the profession of public trust are the high quality of the services provided and the impeccable moral and ethical attitude. According to 82.5% of respondents, the profession of a nurse is related to providing help to other people. Among the attitudes of nurses that inspire confidence in patients, the most frequently indicated were the estimate of 59.2% and the friendliness

of 57.5%. Positive relationships between the nurse and the patient, in the opinion of the respondents, can be achieved thanks to a smile and pleasant approach 66.7%, as well as patience 50.8%. The personality traits preferred by patients in nurses were most often commitment to their work 77.5%, kindness 65.0% and professionalism 60.0%.

Keywords: nursing, public trust, profession.

■ Wstęp

Dbanie, opiekowanie się, wspieranie innych to jedne z najstarszych umiejętności człowieka. Florence Nightingale, pionierka nowoczesnego pielęgniarstwa, nadała początek wielkim zmianom, twierdząc, że pielęgniarstwo jest zawodem [1]. W związku z dwusetną rocznicą urodzin twórczyni nowoczesnego pielęgniarstwa Międzynarodowa Rada Pielęgniarek ogłosiła rok 2020 Międzynarodowym Rokiem Pielęgniarek i Położnych [2]. Zawód został zdefiniowany jako zespół czynności społecznie użytecznych, wyodrębnionych na skutek społecznego podziału pracy, wymagających od pracownika odpowiedniej wiedzy i umiejętności, powtarzanych systematycznie i będących źródłem utrzymania dla pracownika i jego rodziny [3].

Pielęgniarstwo jako zawód zaufania publicznego, który ze względu na specyfikę pracy wymaga ścisłego obcowania z drugim człowiekiem, poddawany jest nieustannej ocenie przez społeczeństwo [4]. Poziom świadczonych usług i rezultaty działań pielęgniarskiej pracy wywierają wpływ na tworzenie się oceny społecznej całej grupy zawodowej. W kontekście podejmowania decyzji związanych z wyborem kierunku kształcenia, a także braków w zespołach pielęgniarskich, istotne jest podejście młodych ludzi do zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza. Decyzja o wyborze kierunku kształcenia oraz przyszłego zawodu jest bardzo istotna dla młodych ludzi, gdyż w sposób bezpośredni będzie wpływać na ich przyszłość. Wybór zawodu powinien być świadomy, uwzględniający zdolności, predyspozycje osobnicze oraz zainteresowania danego kandydata [5]. Młody człowiek powinien podjąć indywidualną decyzję, niemającą związku z wpływem osób pośrednich [6].

Kształcenie w zawodzie pielęgniarki i położnej prowadzone jest w systemie szkolnictwa wyższego, stosownie do przepisów Ustawy z dnia 27 lipca 2005 roku Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz.U. z 2012 roku, poz. 572 z późn. zm.) [7] i Ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2014 roku, poz. 1435 ze zm.). Kandydat może podjąć studia na uczelni publicznej albo niepublicznej i realizować je na poziomie studiów pierwszego stopnia, zakończonych uzyskaniem tytułu licencjata pielęgniarstwa lub/i położnictwa oraz studiów drugiego stopnia, sfinalizowanych uzyskaniem tytułu magistra pielęgniarstwa lub położnictwa. Reasumując, pielęgniarka/położna to osoba posiadająca wymagane kwalifikacje potwierdzone dyplomem ukończenia studiów pierwszego lub/i drugiego stopnia, a także prawo do wykonywania zawodu [8].

Zawód pielęgniarki i położnej jest samodzielnym, regulowanym zawodem medycznym. Wymaga ciągłego, ustawicznego doskonalenia [9]. Bazuje na spełnianiu ról zawodowych, określonych funkcjami zawodowymi, które są wynikiem misji

i celów profesji. Pielęgniarka rozpoznaje warunki, potrzeby zdrowotne pacjenta i problemy pielęgnacyjne, planuje i sprawuje opiekę nad człowiekiem zdrowym, chorym i jego rodziną, a ponadto samodzielnie udziela w danym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz podejmuje medyczne czynności ratunkowe [10].

Obecnie rezultaty prac badawczych pozwalają pielęgniarce na realizację świadczeń zawodowych opartych na wiedzy i doświadczeniu, dając możliwość zastosowania najnowszych rozwiązań nauk o zdrowiu. Wiedza i doświadczenie procentują właściwymi, skutecznymi i w najwyższym stopniu pozytywnymi dla pacjenta działaniami. Pozwalają również wyeliminować bądź ograniczyć rozwiązania niewłaściwe, a dzięki temu polepsza się jakość opieki pielęgniarskiej [11]. Istotne jest, czy pacjent z otrzymanej opieki będzie zadowolony, czy jego oczekiwania będą spełnione. Wszystko to wpływa na relacje z personelem medycznym, wzbudza zaufanie lub prowadzi do nieufności [12]. Prawidłowy wizerunek zawodu buduje jego prestiż i pozycję wśród różnych zawodów w hierarchii społecznej [13]. W Polsce badania przeprowadzone przez Centrum Badań Opinii Społecznej (CBOS) w 2019 roku wykazały, że aż 89% osób biorących w nich udział uznało zawód pielęgniarki za najbardziej prestiżowy. Pielęgniarka ustępuje jedynie strażakowi, którego wytypowało 94% ankietowanych. Oba te zawody cieszą się wysokim uznaniem wśród respondentów [14]. Działania przedstawicieli zawodów zaufania publicznego wiążą się z ochroną życia, zdrowia, wolności i godności ludzkiej, dlatego ich znaczenie dla społeczeństwa jest szczególne [15]. Przynależność pielęgniarstwa do tej grupy świadczy o profesjonalizmie, wskazuje na wysoką jakość usług, bezpośrednią służbę ludziom i działalność w interesie społecznym.

Zawód pielęgniarki skupia się przede wszystkim na niesieniu pomocy innym oraz poświęceniu dla drugiej osoby. Dla człowieka najważniejsze są zdrowie i życie, a profesja pielęgniarki jest związana z ochroną tych wartości. To pielęgniarki nadają kształt jego specyfice, wysokiej społecznej użyteczności i prestiżowi społecznemu [2].

■ Cel badań

Głównymi celami badań były: ocena wiedzy społeczeństwa na temat pielęgniarstwa oraz wyodrębnienie czynników wpływających na pozytywny wizerunek zawodu i miano zaufania społecznego. Narzędzie badawcze stanowiła anonimowa ankieta przeprowadzona wśród pacjentów.

■ Metody badawcze, techniki, narzędzia badawcze

Badania zrealizowano metodą sondażu diagnostycznego, techniką było badanie ankietowe. Jako narzędzie badawcze posłużył kwestionariusz ankiety, wykorzystany po wcześniejszym uzyskaniu zgody dyrekcji placówki. W analizie statystycznej posłużono się testami nieparametrycznymi, testem niezależności χ^2 , testem Manna-Whitneya oraz testem Kruskala-Wallis. Dodatkowo zastosowano test

zgodności χ^2 . Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Obliczeń dokonano za pomocą pakietu statystycznego SPSS 20.

■ Charakterystyka badanej grupy

Badania zrealizowano w Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie (Podkarpackim Centrum Onkologii) w okresie od listopada 2020 roku do stycznia 2021 roku. Uczestnictwo w badaniach miało charakter anonimowy i dobrowolny. Udział w nich wzięło 120 dorosłych pacjentów, z czego 68 badanych (56,7%) stanowiły kobiety, a 52 respondentów (43,3%) mężczyźni. Najlichnieszszą grupą badanych były osoby po 60. roku życia (54 osoby, tj. 45,0%), od 51 do 60 lat miało 32 ankietowanych (26,7%). Pozostali pacjenci to osoby do 50. roku życia ($N = 34$, tj. 28,3%). Mieszkańcami wsi było 50,8% pacjentów ($N = 61$). W mieście mieszkało 49,2% badanych ($N = 59$). W badanej grupie przeważały osoby z wykształceniem średnim ($N = 53$, tj. 44,2%). Wykształcenie zasadnicze posiadało 30,0% ankietowanych ($N = 36$), a wykształcenie wyższe 21,7% osób ($N = 26$). Tylko 4,2% pacjentów ($N = 5$) legitymowało się jedynie wykształceniem podstawowym.

■ Wyniki

Z zawodami zaufania publicznego pacjenci kojarzyli najczęściej zawód pielęgniarki i położnej („zdecydowanie tak” odpowiedziało 89,2% osób) oraz zawód lekarza („zdecydowanie tak” wskazało 80,0% ankietowanych). Na trzecim miejscu znalazł się zawód strażaka („zdecydowanie tak” zaznaczyło 63,3% badanych), a na czwartym zawód policjanta (opcję „zdecydowanie tak” wybrało 49,2% respondentów). Inne zawody były w mniejszym stopniu postrzegane jako zawód zaufania publicznego. W najmniejszym stopniu badani uważali za zawód zaufania publicznego profesję urzędnika i polityka. Wyniki przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Zawody kojarzone z zawodami zaufania publicznego (skala 1–5 pkt, gdzie 1 – zdecydowanie tak, 5 – zdecydowanie nie)

	Zdecydowanie tak		Raczej tak		Nie mam zdania		Raczej nie		Zdecydowanie nie		Średnia	SD
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Policjanci	59	49,2	30	25,0	20	16,7	5	4,2	6	5,0	1,91	1,13
Sędziowie	39	32,5	26	21,7	41	34,2	6	5,0	8	6,7	2,32	1,17
Lekarze	96	80,0	19	15,8	4	3,3	1	,8	0	0,0	1,25	0,55
Pielęgniarki i położne	107	89,2	10	8,3	3	2,5	0	0,0	0	0,0	1,13	0,41
Nauczyciele	34	28,3	39	32,5	41	34,2	5	4,2	1	0,8	2,17	0,92
Prawnicy	29	24,2	34	28,3	45	37,5	6	5,0	6	5,0	2,38	1,06
Politycy	12	10,0	19	15,8	46	38,3	18	15,0	25	20,8	3,21	1,23
Adwokaci	27	22,5	33	27,5	42	35,0	15	12,5	3	2,5	2,45	1,05

Tabela 1. Zawody kojarzone z zawodami zaufania publicznego... cd.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Strażacy	76	63,3	20	16,7	23	19,2	1	,8	0	0,0	1,58	0,83
Diagności laboratoryjni	46	38,3	33	27,5	39	32,5	2	1,7	0	0,0	1,98	0,88
Aptekarze/farmaceuci	44	36,7	45	37,5	29	24,2	2	1,7	0	0,0	1,91	0,82
Psychologowie	47	39,2	32	26,7	39	32,5	2	1,7	0	0,0	1,97	0,89
Lekarze weterynarii	36	30,0	38	31,7	42	35,0	4	3,3	0	0,0	2,12	0,88
Żołnierze	55	45,8	24	20,0	36	30,0	3	2,5	2	1,7	1,94	1,01
Prezydent	45	37,5	14	11,7	46	38,3	7	5,8	8	6,7	2,33	1,22
Profesorowie uniwersytetu	27	22,5	35	29,2	52	43,3	5	4,2	1	0,8	2,32	0,90
Księża	23	19,2	30	25,0	44	36,7	15	12,5	8	6,7	2,63	1,13
Architekci	10	8,3	37	30,8	59	49,2	9	7,5	5	4,2	2,68	0,89
Dziennikarze	14	11,7	32	26,7	56	46,7	15	12,5	3	2,5	2,68	0,93
Notariusze	16	13,3	49	40,8	45	37,5	8	6,7	2	1,7	2,43	0,87
Radcy prawni	23	19,2	43	35,8	45	37,5	8	6,7	1	,8	2,34	0,89
Urzednicy	10	8,3	33	27,5	51	42,5	21	17,5	5	4,2	2,82	0,96

Źródło: opracowanie własne.

Cechami, które w opinii badanych powinny wyróżniać osoby pracujące w zawodach zaufania publicznego, były najczęściej wysoka jakość świadczonych usług (1,35 pkt) oraz nienaganna postawa moralna i etyczna (1,36 pkt). Nieco mniejszą rolę przypisano kierowaniu się kodeksem etyki zawodowej (1,43 pkt), posiadaniu wysokich kwalifikacji zawodowych (1,43 pkt) czy przestrzeganiu tajemnicy zawodowej (1,47 pkt). Najmniejszą wagę dla pacjentów miało kryterium znaczenia dla społeczeństwa zawodu zaufania publicznego (1,67 pkt). Wyniki zostały przedstawione w tabeli 2.

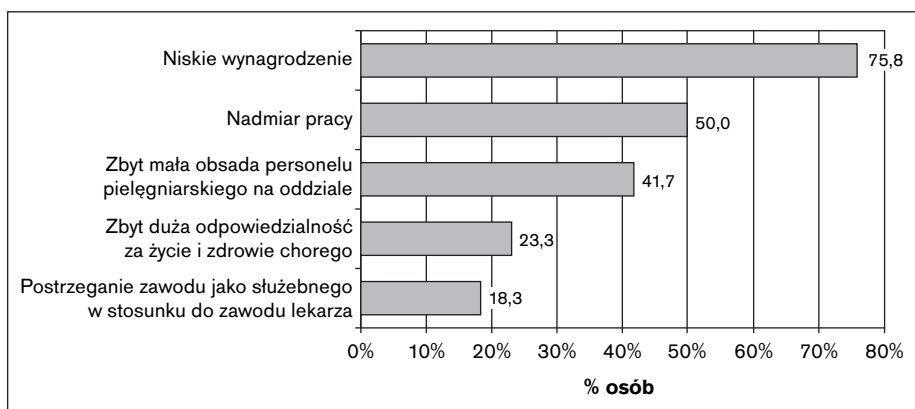
Tabela 2. Cechy, które powinny wyróżniać osoby pracujące w zawodach zaufania publicznego (skala 1 – 5 pkt, gdzie 1 – zdecydowanie tak, 5– zdecydowanie nie)

	Zdecydowanie tak		Raczej tak		Nie mam zdania		Raczej nie		Zdecydowanie nie		Średnia	SD
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Nienaganna postawa moralna i etyczna	91	75,8	15	12,5	14	11,7	0	0,0	0	0,0	1,36	0,68
Przestrzeganie kodeksu etyki zawodowej	86	71,7	17	14,2	17	14,2	0	0,0	0	0,0	1,43	0,73
Przestrzeganie tajemnicy zawodowej	83	69,2	18	15,0	19	15,8	0	0,0	0	0,0	1,47	0,76

Ważne znaczenie dla społeczeństwa	64	53,3	33	27,5	22	18,3	1	,8	0	0,0	1,67	0,80
Posiadanie wysokich kwalifikacji zawodowych	84	70,0	21	17,5	14	11,7	1	,8	0	0,0	1,43	0,73
Wysoka jakość świadczonych usług medycznych	91	75,8	17	14,2	11	9,2	1	,8	0	0,0	1,35	0,68

Źródło: opracowanie własne.

Głównym czynnikiem zniechęcającym do podjęcia zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza w Polsce było niskie wynagrodzenie, na które wskazało 75,8% badanych ($N = 91$). Połowa osób ($N = 60$, tj. 50,0%) uznała, że nadmiar obowiązków zniechęca potencjalnych kandydatów do podjęcia pracy w tym zawodzie. W opinii 41,7% ankietowanych ($N = 28$) niepodejmowanie studiów na kierunku pielęgniarstwo jest związane ze zbyt małą obsadą personelu pielęgniarzkiego na oddziale. W mniejszym stopniu pacjenci twierdzili, że w Polsce zainteresowanie tym zawodem jest niskie z powodu zbyt dużej odpowiedzialności za życie i zdrowie chorego ($N = 28$, tj. 23,3%) bądź postrzegania zawodu jako służebnego w stosunku do zawodu lekarza ($N = 22$, tj. 18,3%). Ilustracją wyników jest rycina 1.

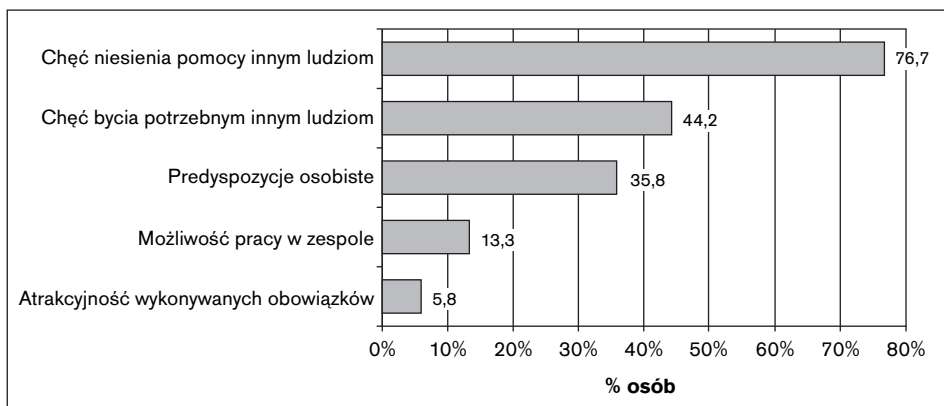


Rycina 1. Czynniki zniechęcające do podjęcia zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza w Polsce

Źródło: opracowanie własne.

Chęć niesienia pomocy innym ludziom była najczęściej wskazywana przez pacjentów jako argument, który biorą pod uwagę osoby wybierające zawód pielęgniarki/pielęgniarsza ($N = 92$, tj. 76,7%). Mniej niż połowa osób sądziła, że dla podjęcia tego zawodu istotne są: chęć bycia potrzebnym innym ludziom ($N = 53$, tj. 44,2%) bądź predyspozycje osobiste ($N = 43$, tj. 35,8%). Nieliczni pacjenci

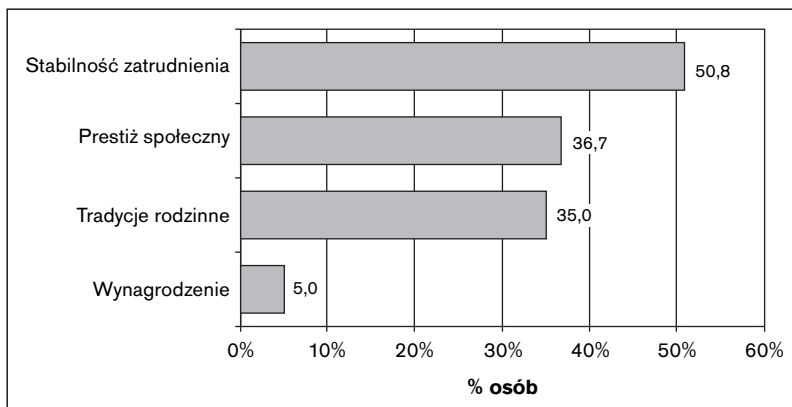
zaznaczyli takie argumenty jak możliwość podjęcia pracy w zespole ($N = 16$, tj. 13,3%) czy atrakcyjność wykonywanych obowiązków ($N = 7$, tj. 5,8%). Wyniki przedstawiono na rycinie 2.



Rycina 2. Czynniki, którymi kieruje się osoba wybierająca zawód pielęgniarki/pielęgniara

Źródło: opracowanie własne.

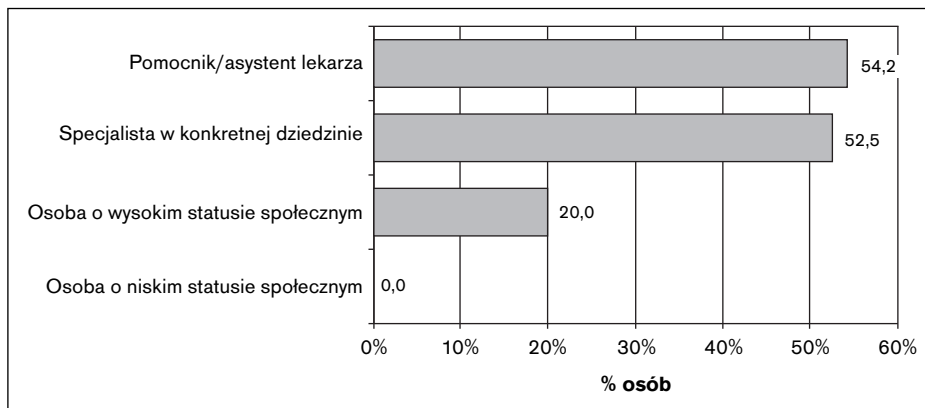
Wśród czynników zachęcających do podjęcia nauki w zawodzie pielęgniarki/pielęgniara pacjenci wskazywali najczęściej stabilność zatrudnienia ($N = 61$, tj. 50,8%), rzadziej prestiż społeczny ($N = 44$, tj. 36,7%) lub tradycje rodzinne ($N = 42$, tj. 35,0%), a w niewielkim stopniu wynagrodzenie ($N = 6$, tj. 5,0%). Wyniki obrazuje rycina 3.



Rycina 3. Czynniki zachęcające do podjęcia nauki w zawodzie pielęgniarki/pielęgniara

Źródło: opracowanie własne.

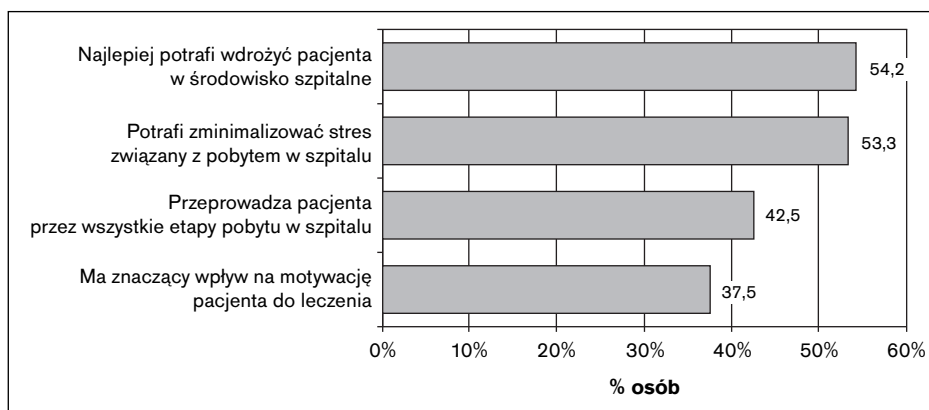
Pielęgniarkę/pielęgniarsza pacjenci określali przede wszystkim jako pomocnika/asystenta lekarza ($N = 65$, tj. 54,2%) lub specjalistę w konkretnej dziedzinie ($N = 63$, tj. 52,5%). Co piąty ankietowany ($N = 24$, tj. 25,0%) uznał, że pielęgniarka/pielęgniarsz to osoba o wysokim statusie społecznym (rycina 4).



Rycina 4. Charakterystyczne określenie zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza

Źródło: opracowanie własne.

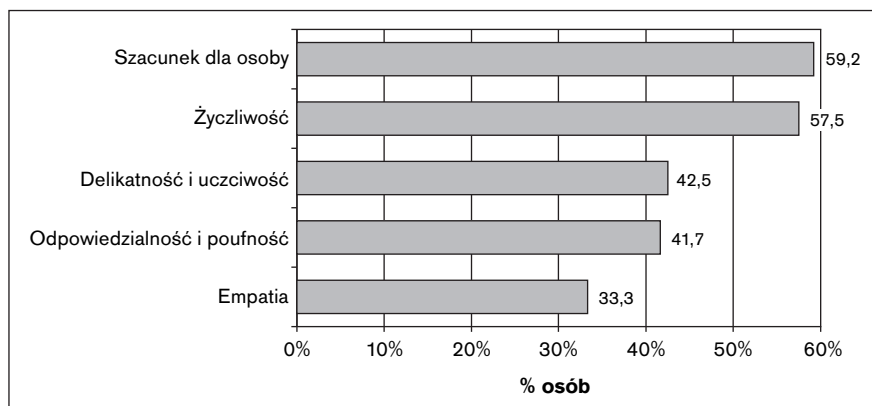
Na tle kadry medycznej respondenci postrzegali pielęgniarkę/pielęgniarsza jako osobę najlepiej potrafiącą wdrożyć pacjenta w środowisko szpitalne ($N = 65$, tj. 54,3%), jak również umiejącą zminimalizować stres związany z pobytem w szpitalu ($N = 64$, tj. 53,3%). W mniejszym zakresie pielęgniarka/pielęgniarsz byli postrzegani przez ankietowanych jako osoby przeprowadzające pacjenta przez wszystkie etapy pobytu w szpitalu ($N = 51$, tj. 42,5%) bądź mające znaczący wpływ na motywację pacjenta do leczenia ($N = 45$, tj. 37,5%). Wyniki przedstawiono na rycinie 5.



Rycina 5. Postrzeganie pielęgniarki/pielęgniarsza na tle obsady medycznej

Źródło: opracowanie własne.

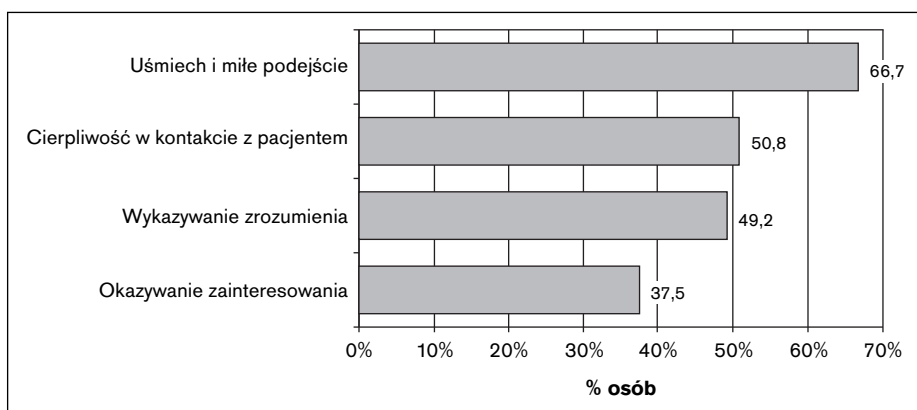
Postawami pielęgniarskimi wzbudzającymi w pacjentach zaufanie były najczęściej szacunek dla osoby ($N = 71$, tj. 59,2%) oraz życzliwość ($N = 69$, tj. 57,5%). Mniejsze znaczenie badani przypisali takim postawom jak: delikatność i uczciwość ($N = 51$, tj. 42,5%), odpowiedzialność i poufność ($N = 50$, tj. 41,7%) czy empatia ($N = 40$, tj. 33,3%). Ilustracją wyników jest rycina 6.



Rycina 6. Postawy pielęgniarskie wzbudzające zaufanie

Źródło: opracowanie własne.

Do pozytywnych relacji pielęgniarka – pacjent, w opinii badanych, przyczyniają się uśmiech i miłe podejście ($N = 80$, tj. 66,7%). Dla 50,8% badanych ($N = 61$) istotne znaczenie miała cierpliwość w kontakcie z pacjentem, a dla niemal połowy osób – wyrażanie zrozumienia ($N = 59$, tj. 49,2%). Niższą wartość dla badanych miało okazywanie zainteresowania w kontaktach pielęgniarka – pacjent ($N = 45$, tj. 37,5%). Wyniki przedstawia rycina 7.



Rycina 7. Zachowania wpływające na pozytywne relacje pielęgniarka – pacjent

Źródło: opracowanie własne.

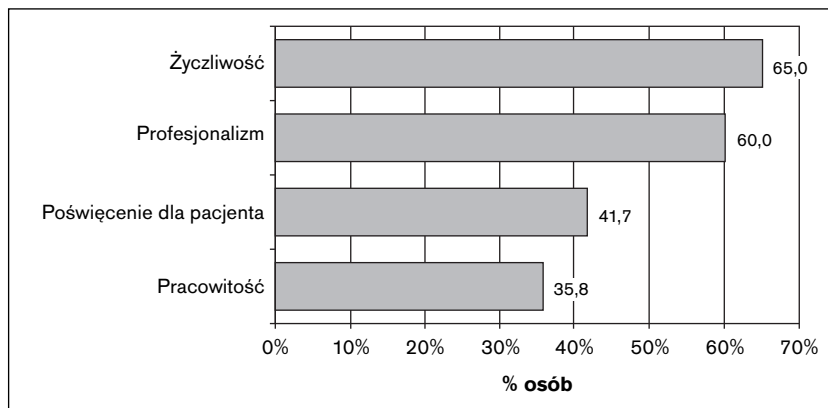
Dla większości pacjentów dobra i wzorowa pielęgniarka to osoba charakteryzująca się poczuciem odpowiedzialności (1,22 pkt) oraz posiadająca wiedzę teoretyczną i praktyczną (1,35 pkt). Mniejsze znaczenie badani przypisali takim cechom jak: inteligencja (1,60 pkt), komunikatywność (1,69 pkt), zaradność (1,70 pkt), zręczność manualna (1,72 pkt), otwartość (1,73 pkt) czy zdecydowanie w podejmowaniu decyzji (1,76 pkt). Wzorowa i dobra pielęgniarka kojarzyła się pacjentom w najmniejszym stopniu z decyzyjnością (1,98 pkt) i asertywnością (2,01 pkt). Wyniki zamieszczono w tabeli 3.

Tabela 3. Cechy charakteryzujące wzorową pielęgniarkę (skala 1–5 pkt, gdzie 1 – zdecydowanie tak, 5 – zdecydowanie nie)

	Zdecydowanie tak		Raczej tak		Nie mam zdania		Raczej nie		Zdecydowanie nie		Średnia	SD
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Poczucie odpowiedzialności	103	85,8	8	6,7	9	7,5	0	0,0	0	0,0	1,22	0,57
Komunikatywność	66	55,0	25	20,8	29	24,2	0	0,0	0	0,0	1,69	0,84
Wiedza teoretyczna i praktyczna	96	80,0	6	5,0	18	15,0	0	0,0	0	0,0	1,35	0,73
Otwartość	61	50,8	30	25,0	29	24,2	0	0,0	0	0,0	1,73	0,83
Decyzyjność	45	37,5	34	28,3	40	33,3	1	,8	0	0,0	1,98	0,86
Zaradność	64	53,3	28	23,3	28	23,3	0	0,0	0	0,0	1,70	0,83
Zdecydowanie w podejmowaniu decyzji	60	50,0	29	24,2	31	25,8	0	0,0	0	0,0	1,76	0,84
Zręczność manualna	67	55,8	20	16,7	33	27,5	0	0,0	0	0,0	1,72	0,87
Asertywność	45	37,5	31	25,8	42	35,0	2	1,7	0	0,0	2,01	0,89
Inteligencja	71	59,2	26	21,7	23	19,2	0	0,0	0	0,0	1,60	0,79

Źródło: opracowanie własne.

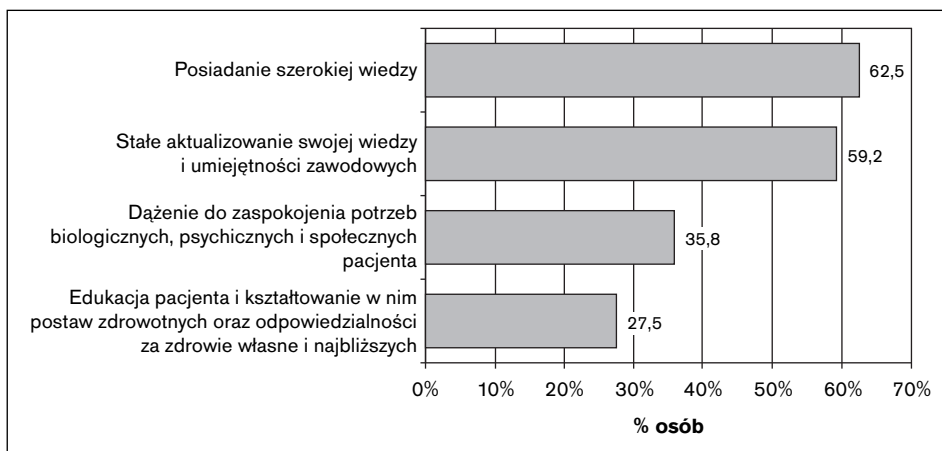
Zdaniem badanych pacjentów pielęgniarka powinna być osobą życzliwą ($N = 78$, tj. 65,0%) i profesjonalną ($N = 72$, tj. 60,0%). W opinii 41,7% ankietowanych ($N = 50$) musi być gotowa do poświęceń dla pacjenta, a zdaniem 35,8% osób ($N = 43$) powinna być pracowita. Wyniki obrazuje rycina 8.



Rycina 8. Cechy, którymi powinna charakteryzować się pielęgniarka

Źródło: opracowanie własne.

Zdaniem większości ankietowanych zawodowy profesjonalizm zobowiązywał pielęgniarki do posiadania szerokiej wiedzy ($N = 75$, tj. 62,5%) oraz stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych ($N = 71$, tj. 59,2%). W mniejszym zakresie badani uważali, że profesjonalizm pielęgniarski powinien cechować się dążeniem do zaspokajania potrzeb biologicznych, psychicznych i społecznych pacjenta ($N = 43$, tj. 35,8%) lub edukacją pacjenta i kształtowaniem w nim postaw zdrowotnych oraz odpowiedzialności za zdrowie własne i najbliższych ($N = 33$, tj. 27,5%). Ilustracją wyników jest rycina 9.



Rycina 9. Elementy, do których zobowiązuje pielęgniarki zawodowy profesjonalizm

Źródło: opracowanie własne.

W rankingu zawodów zaufania publicznego pielęgniarstwo znalazło się na pierwszej pozycji (1,13 pkt) przed lekarzami (1,25 pkt) i strażakami (1,58 pkt). Wskazywanie przez pacjentów zawodu pielęgniarki i położnej w rankingu zawodów zaufania publicznego nie było istotnie związane z czynnikami socjodemograficznymi, w tym: płcią ($p = 0,1253$), wiekiem ($p = 0,9493$), miejscem zamieszkania ($p = 0,7516$) czy wykształceniem ($p = 0,1942$). Wyniki zamieszczono w tabeli 4.

Tabela 4. Ranga zawodu pielęgniarki i położnej w rankingu zawodów zaufania publicznego (skala 1–5 pkt, gdzie wyższym wynikiem odpowiada niższa ranga) a płeć, wiek, miejsce zamieszkania i wykształcenie pacjentów

		Pielęgniarki i położne					<i>p</i>
		Średnia	<i>SD</i>	<i>Me</i>	Min.	Maks.	
Płeć	kobieta	1,18	0,46	1	1	3	0,1253
	mężczyzna	1,08	0,33	1	1	3	
Wiek	do 60 lat	1,14	0,43	1	1	3	0,9493
	powyżej 60 lat	1,13	0,39	1	1	3	
Miejsce zamieszkania	wieś	1,13	0,43	1	1	3	0,7516
	miasto	1,14	0,39	1	1	3	
Wykształcenie	podstawowe/zasadnicze	1,07	0,35	1	1	3	0,1942
	średnie	1,13	0,39	1	1	3	
	wyższe	1,23	0,51	1	1	3	

Źródło: opracowanie własne.

Wykazano, że wysoki lub bardzo wysoki poziom wiedzy na temat funkcjonowania pielęgniarstwa w Polsce prezentowało 39,2% pacjentów. Grupa 60,8% badanych to osoby dysponujące co najwyżej średnią znajomością tego zagadnienia. Różnice między liczebnością obu grup były istotne statystycznie ($\chi^2 = 5,633$; $df = 1$; $p = 0,0176$), co wskazuje na to, że mniej niż połowa pacjentów posiadała zadowalającą wiedzę o funkcjonowaniu pielęgniarstwa w Polsce. Wiedza na temat funkcjonowania pielęgniarstwa polskiego nie zależała istotnie od płci badanych pacjentów ($p = 0,5376$). Wyniki ilustruje tabela 5.

Tabela 5. Ocena poziomu wiedzy na temat funkcjonowania polskiego pielęgniarstwa a płeć

			Płeć		Ogółem
			kobieta	mężczyzna	
Ocena poziomu wiedzy na temat funkcjonowania polskiego pielęgniarstwa	co najwyżej średni	N	43	30	73
		%	63,2	57,7	60,8
	co najmniej wysoki	N	25	22	47
		%	36,8	42,3	39,2
Ogółem		N	68	52	120
		%	100,0	100,0	100,0
$\chi^2 = 0,380; p = 0,5376$					

Źródło: opracowanie własne.

Co najmniej wysoki poziom wiedzy o funkcjonowaniu polskiego pielęgniarstwa posiadali nieco częściej pacjenci powyżej 60. roku życia (44,4%; $p = 0,2840$). Wyniki zamieszczono w tabeli 6.

Tabela 6. Ocena poziomu wiedzy na temat funkcjonowania polskiego pielęgniarstwa a wiek

			Wiek		Ogółem
			do 60 lat	powyżej 60 lat	
Ocena poziomu wiedzy na temat funkcjonowania polskiego pielęgniarstwa	co najwyżej średni	N	43	30	73
		%	65,2	55,6	60,8
	co najmniej wysoki	N	23	24	47
		%	34,8	44,4	39,2
Ogółem		N	66	54	120
		%	100,0	100,0	100,0
$\chi^2 = 1,148; p = 0,2840$					

Źródło: opracowanie własne.

Dla większości pacjentów pielęgniarzka zdecydowanie pełniła istotną rolę w informowaniu i wspieraniu pacjenta (69,2%), udzielaniu wyczerpujących informacji związanych z pielęgniarstwem (60,8%), jak również tworzeniu poczucia bezpieczeństwa (81,7%). Wraz z zwiększaniem się poziomu wykształcenia pacjentów wzrastała nieznacznie ($p = 0,1774$) ocena pielęgniarzki kwestii udzielania informacji i wspierania pacjenta. Wyniki ilustruje tabela 7.

Tabela 7. Ocena uzyskania od pielęgniarki informacji i poczucia bezpieczeństwa (skala 1–5 pkt, gdzie wyższym wynikiem odpowiada niższa ocena) a wykształcenie

Wykształcenie		Opinia o uzyskaniu wyczerpujących informacji związanych z pielęgniarstwem od zespołu pielęgniarskiego	Dostrzeganie istotnej roli pielęgniarki w informowaniu i wspieraniu pacjenta	Odczuwanie bezpieczeństwa dzięki obecności pielęgniarki
Podstawowe/zasadnicze	Średnia	1,54	1,46	1,20
	SD	0,74	0,60	0,46
Średnie	Średnia	1,47	1,30	1,17
	SD	0,75	0,54	0,38
Wyższe	Średnia	1,50	1,23	1,23
	SD	0,65	0,43	0,43
Ogółem	Średnia	1,50	1,34	1,19
	SD	0,72	0,54	0,42
<i>p</i>		0,8212	0,1774	0,7949

Źródło: opracowanie własne.

Wśród postaw pielęgniarki budzących u pacjentów zaufanie wskazywano najczęściej szacunek dla osoby (59,2%) oraz życzliwość (57,5%). Pozytywne relacje pielęgniarka – pacjent, w opinii badanych, można osiągnąć dzięki uśmiechowi i miłemu podejściu (66,7%), a także cierpliwości w kontakcie z pacjentem (50,8%). Cechami osobowości preferowanymi u pielęgniarki przez ankietowanych były najczęściej: zaangażowanie w swoją pracę (77,5%), życzliwość (65,0%) i profesjonalizm (60,0%). Wykazano, że kobiety częściej od mężczyzn (42,6% vs. 21,2%) uważały, że zaufanie do pielęgniarki wzbudza jej empatia ($p = 0,0133$). Wyniki przedstawia tabela 8.

Tabela 8. Cechy pielęgniarki wzbudzające zaufanie i budujące pozytywną relację z pacjentem a płeć

		Płeć				<i>p</i>
		kobieta		mężczyzna		
		<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	
1	2	3	4	5	6	7
Szacunek dla osoby	nie	26	38,2	23	44,2	$\chi^2 = 0,438; p = 0,5079$
	tak	42	61,8	29	55,8	
Odpowiedzialność i poufność	nie	38	55,9	32	61,5	$\chi^2 = 0,388; p = 0,5334$
	tak	30	44,1	20	38,5	
Życzliwość	nie	29	42,6	22	42,3	$\chi^2 = 0,001; p = 0,9703$
	tak	39	57,4	30	57,7	

Tabela 8. Cechy pielęgniarki wzbudzające zaufanie... cd.

1	2	3	4	5	6	7
Empatia	nie	39	57,4	41	78,8	$\chi^2 = 6,126; p = 0,0133$
	tak	29	42,6	11	21,2	
Delikatność i uczciwość	nie	39	57,4	30	57,7	$\chi^2 = 0,001; p = 0,9703$
	tak	29	42,6	22	42,3	
Okazywanie zainteresowania	nie	39	57,4	36	69,2	$\chi^2 = 1,774; p = 0,1829$
	tak	29	42,6	16	30,8	
Wykazywanie zrozumienia	nie	33	48,5	28	53,8	$\chi^2 = 0,333; p = 0,5637$
	tak	35	51,5	24	46,2	
Uśmiech i miłe podejście	nie	21	30,9	19	36,5	$\chi^2 = 0,424; p = 0,5148$
	tak	47	69,1	33	63,5	
Cierpliwość w kontakcie z pacjentem	nie	38	55,9	21	40,4	$\chi^2 = 2,832; p = 0,0924$
	tak	30	44,1	31	59,6	

Źródło: opracowanie własne.

Cierpliwość w kontakcie z pacjentem, jako cechę budującą pozytywne relacje pielęgniarka – pacjent, wskazały częściej osoby powyżej 60. roku życia (63,0%) niż badani do 60 lat (40,9%). Różnice były istotne statystycznie ($p = 0,0162$). Wyniki ilustruje tabela 9.

Tabela 9. Cechy pielęgniarki wzbudzające zaufanie i budujące pozytywną relację z pacjentem a wiek

		Wiek				p
		do 60 lat		powyżej 60 lat		
		N	%	N	%	
Szacunek dla osoby	nie	23	34,8	26	48,1	$\chi^2 = 2,174; p = 0,1403$
	tak	43	65,2	28	51,9	
Odpowiedzialność i poufność	nie	39	59,1	31	57,4	$\chi^2 = 0,035; p = 0,8524$
	tak	27	40,9	23	42,6	
Życzliwość	nie	29	43,9	22	40,7	$\chi^2 = 0,124; p = 0,7244$
	tak	37	56,1	32	59,3	
Empatia	nie	42	63,6	38	70,4	$\chi^2 = 0,606; p = 0,4363$
	tak	24	36,4	16	29,6	
Delikatność i uczciwość	nie	40	60,6	29	53,7	$\chi^2 = 0,579; p = 0,4467$
	tak	26	39,4	25	46,3	
Okazywanie zainteresowania	nie	38	57,6	37	68,5	$\chi^2 = 1,517; p = 0,2180$
	tak	28	42,4	17	31,5	
Wykazywanie zrozumienia	nie	34	51,5	27	50,0	$\chi^2 = 0,027; p = 0,8688$
	tak	32	48,5	27	50,0	

Uśmiech i miłe podejście	nie	19	28,8	21	38,9	$\chi^2 = 1,364; p = 0,2429$
	tak	47	71,2	33	61,1	
Cierpliwość w kontakcie z pacjentem	nie	39	59,1	20	37,0	$\chi^2 = 5,780; p = 0,0162$
	tak	27	40,9	34	63,0	

Źródło: opracowanie własne.

Osoby z wykształceniem wyższym częściej od pozostałych pacjentów uważały, że zaufanie do pielęgniarki wzbudza jej odpowiedzialność i poufność (69,2%; $p = 0,0051$) oraz empatia (50,0%; $p = 0,0136$), a do budowania pozytywnych relacji z pacjentami przyczyniają się uśmiech i miłe podejście (84,6%; $p = 0,0313$). Wyniki prezentuje tabela 10.

Tabela 10. Cechy pielęgniarki wzbudzające zaufanie i budujące pozytywną relację z pacjentem a wykształcenie

		Wykształcenie						p
		podstawowe/ zasadnicze		średnie		wyższe		
		N	%	N	%	N	%	
Szacunek dla osoby	nie	17	41,5	22	41,5	10	38,5	$\chi^2 = 0,077;$ $p = 0,9621$
	tak	24	58,5	31	58,5	16	61,5	
Odpowiedzialność i poufność	nie	28	68,3	34	64,2	8	30,8	$\chi^2 = 10,539;$ $p = 0,0051$
	tak	13	31,7	19	35,8	18	69,2	
Życzliwość	nie	19	46,3	22	41,5	10	38,5	$\chi^2 = 0,442;$ $p = 0,8016$
	tak	22	53,7	31	58,5	16	61,5	
Empatia	nie	34	82,9	33	62,3	13	50,0	$\chi^2 = 8,590;$ $p = 0,0136$
	tak	7	17,1	20	37,7	13	50,0	
Delikatność i uczciwość	nie	29	70,7	27	50,9	13	50,0	$\chi^2 = 4,468;$ $p = 0,1071$
	tak	12	29,3	26	49,1	13	50,0	
Okazywanie zainteresowania	nie	29	70,7	32	60,4	14	53,8	$\chi^2 = 2,118;$ $p = 0,3468$
	tak	12	29,3	21	39,6	12	46,2	
Wykazywanie zrozumienia	nie	25	61,0	26	49,1	10	38,5	$\chi^2 = 3,347;$ $p = 0,1876$
	tak	16	39,0	27	50,9	16	61,5	
Uśmiech i miłe podejście	nie	19	46,3	17	32,1	4	15,4	$\chi^2 = 6,929;$ $p = 0,0313$
	tak	22	53,7	36	67,9	22	84,6	
Cierpliwość w kontakcie z pacjentem	nie	20	48,8	27	50,9	12	46,2	$\chi^2 = 0,164;$ $p = 0,9214$
	tak	21	51,2	26	49,1	14	53,8	

Źródło: opracowanie własne.

Wykazano, że pacjenci, którzy bardzo wysoko ocenili jakość i fachowość pracy polskich pielęgniarek, sytuowali zawód pielęgniarki i położnej wyżej w rankingu zawodów zaufania publicznego (1,09 pkt) niż osoby średnio/przeciętnie oceniające jakość i fachowość pracy polskiego personelu pielęgniarskiego

(1,25 pkt). Wskazane różnice nieznacznie przekraczały próg istotności statystycznej ($p = 0,1596$). Wyniki przedstawia tabela 11.

Tabela 11. Ranga zawodu pielęgniarki i położnej w rankingu zawodów zaufania publicznego (skala 1–5 pkt, gdzie wyższym wynikiem odpowiada niższa ranga) a ocena jakości i fachowości pracy polskich pielęgniarek

Pielęgniarki i położne						
Ocena jakości i fachowości pracy polskich pielęgniarek	Średnia	SD	Me	Min.	Maks.	N
Średnio i przeciętnie/trudno powiedzieć	1,25	0,45	1,00	1	2	16
Raczej wysoko	1,14	0,45	1,00	1	3	50
Bardzo wysoko	1,09	0,35	1,00	1	3	54
Ogółem	1,13	0,41	1,00	1	3	120
p	0,1596					

Źródło: opracowanie własne.

■ Dyskusja

Spółeczeństwo jest odbiorcą usług pielęgniarskich, a pielęgniarstwo jest zawodem zaufania publicznego. Ta społecznie potrzebna profesja podlega nieustannej ocenie i stale rosnącym, nowym oczekiwaniom. Z jednej strony od pielęgniarek i pielęgniarzy wymagane jest oddanie i poświęcenie, z drugiej strony wykonywanie zawodu musi być poparte wiedzą, umiejętnościami, doświadczeniem. Pielęgniarstwo można zaliczyć do grupy zawodów wysoko kwalifikowanych [16]. Pielęgniarstwo stanowi integralne ogniwo systemu ochrony zdrowia w Polsce. Szczególnie w ostatnich latach umocniła się pozycja zawodowa personelu pielęgniarskiego oraz powiększył się zakres autonomii tej profesji. W wyniku toczących się przemian rozszerzyły się uprawnienia pielęgniarek związane ze sprawowaniem opieki nad pacjentami. Zawód ten postrzegany jest również jako misja. Uważa się, że do tego, aby w sposób należyty pełnić rolę zawodową i budować prawidłowe relacje z pacjentami, niezbędne są takie cechy osobowości jak: empatia, życzliwość, chęć niesienia pomocy innym itp. [17]

Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że znaczna grupa ankietowanych uznała pielęgniarstwo za zawód zaufania publicznego. Stwierdziło tak aż 89,2% badanych. W rankingu zawodów zaufania publicznego pielęgniarstwo znalazło się na pierwszej pozycji (1,13 pkt) przed lekarzami (1,25 pkt) czy strażakami (1,58 pkt). Wskazywanie przez pacjentów miejsca zawodu pielęgniarki i położnej w rankingu zawodów zaufania publicznego nie było istotnie związane z czynnikami socjodemograficznymi, w tym: płcią ($p = 0,1253$), wiekiem ($p = 0,9493$), miejscem zamieszkania ($p = 0,7516$) lub wykształceniem ($p = 0,1942$). W badaniach przeprowadzonych przez Stachoń i Rybkę odpowiedzi, że raczej ufa pielęgniarkom, udzieliło 51,4% mężczyzn i 48,6% kobiet. Wśród respondentów, którzy deklarowali swoje pełne zaufanie do pielęgniarek, znalazło się 43,5% kobiet i 56,5% mężczyzn.

Podobnie jak w badaniach własnych nie wykazano korelacji pomiędzy czynnikami socjodemograficznymi a opinią ankietowanych na temat stopnia zaufania społecznego [18]. W badaniach CBOS z 2004 roku 88% respondentów uznało pielęgniarstwo za zawód zaufania publicznego. Ponadto badania CBOS wykazują tendencje wzrostowe dla zaufania, którym społeczeństwo darzy pielęgniarki. Cieszą także wyniki opublikowane przez Instytut Badania Opinii Publicznej Gallup w Stanach Zjednoczonych, gdzie w rankingach od roku 1999 (z wyjątkiem 2002 roku) zwyciężają pielęgniarki. Mimo że nie jest to profesja uznawana za atrakcyjną, cieszy się ogromnym zaufaniem wśród Amerykanów [29]. W badaniach Włodarczyk i Tobolskiej 75% ankietowanych potwierdziło szacunek, którym darzą pielęgniarki [13]. Dane procentowe z badania przeprowadzonego przez Skorupską i Machowicz dowodzą, że zawód pielęgniarki został obdarzony największym stopniem zaufania społecznego (7,4 pkt). Nieco słabszy wynik uzyskali lekarze (7,1 pkt) [20]. Zupełnie odmienne wyniki przedstawione zostały w 2009 roku w „Wall Street Journal”, gdzie na 200 zawodów profesja pielęgniarki uplasowała się dopiero na 184. miejscu. Pielęgniarstwo nie zyskało miana prestiżowego zawodu w tym badaniu sondażowym [21].

Reprezentanci zawodów zaliczanych do tych o wysokim stopniu zaufania społecznego powinni prezentować odpowiedni wizerunek i postawy. Wymagane jest przestrzeganie norm etycznych i moralnych. Składowe wizerunku to także cechy charakteru, wygląd, zachowania oraz relacje interpersonalne [22]. W pielęgnowaniu pacjentów niezmiernie istotne jest przekazywanie im wiadomości na wszystkich etapach choroby, a także prowadzenie działań edukacyjnych i wspierających. Na podstawie badań można wnioskować, że dla większości (69,2%) osób pielęgniarka pełniła istotną rolę w informowaniu i wspieraniu pacjenta, według 60,8% respondentów to właśnie pielęgniarka udziela informacji związanych z pielęgniarstwem. Niemala grupa badanych (81,7%) uznała, iż pielęgniarki zapewniają poczucie bezpieczeństwa. Stwierdzono, że mężczyźni nieznacznie bardziej niż kobiety (1,13 pkt vs. 1,24 pkt) odczuwali bezpieczeństwo dzięki obecności pielęgniarki ($p = 0,1073$). Wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia pacjentów rosta minimalnie ($p = 0,1774$) ocena pielęgniarki o znaczenia udzielania informacji i wspierania pacjenta.

Pielęgniarkę jako osobę udzielającą informacji i edukującą chorych wskazało 97% kobiet i 90% mężczyzn biorących udział w badaniu przeprowadzonym przez Siwek i Nowak-Starz. Według badanych pielęgniarki zajmują się edukacją, promocją zdrowia oraz rozpoznawaniem problemów pielęgnacyjnych (odpowiedziało tak 93% osób) [23]. W badaniach Zdziebło i wsp. respondenci mieli ocenić jakość działań edukacyjnych podjętych przez pielęgniarki. Zdecydowana większość (93,3%) oceniła je pozytywnie. Istniała również umiarkowana korelacja między oceną opieki pielęgniarek a poziomem wykształcenia badanych. Uznano istotną statystycznie zależność na poziomie 0,001, co znajduje odzwierciedlenie w badaniach [24]. Otrzymane wyniki nieco różniły się od tych, które uzyskały w badaniach Mroczek i wsp. Pacjenci najchętniej podejmowali rozmowy o swoich problemach z lekarzami, zaledwie 38% badanych wskazało na pielęgniarkę jako osobę poświęcającą

najwięcej czasu chorym. Według 70% badanych pielęgniarki okazują życzliwość pacjentom; większość (60%) przyznała też, że pielęgniarki udzielają fachowej pomocy i odpowiedzi na pytania odnoszące się do procesu terapeutycznego [25]. Wyniki badań Glińskiej i wsp. nie są optymistyczne, ponieważ zaledwie 20% badanych uważało, że może liczyć na wsparcie pielęgniarki. Połowa ankietowanych potwierdza fakt prowadzenia działań edukacyjnych przez pielęgniarki, jednakże 31% osób uznało te działania za niejasne i fragmentaryczne [26].

Znaczący wpływ na wizerunek pielęgniarki/pielęgniarsza oraz wzbudzanie zaufania u pacjentów mają cechy osobowości i prezentowane postawy. Badani najczęściej wskazywali szacunek dla osoby (59,2%) i życzliwość (57,5%). W ich opinii pozytywne relacje pielęgniarka – pacjent można osiągnąć dzięki uśmiechowi i miłemu podejściu (66,7%), jak również cierpliwości w kontakcie z pacjentem (50,8%). Cechami osobowości preferowanymi u pielęgniarki przez pacjentów były najczęściej: zaangażowanie w swoją pracę (77,5%), życzliwość (65,0%) i profesjonalizm (60,0%). W badaniu przeprowadzonym przez Kęcką i wsp. stwierdzono, że 52% badanych postrzega pielęgniarkę jako osobę zdecydowaną, oddaną i uśmiechniętą, 47,3% respondentów doceniło wśród tej grupy zawodowej takie cechy jak: profesjonalizm, cierpliwość i zaangażowanie [27]. Niektórzy respondenci (25,7%) z badań Moczydłowskiej i wsp. stwierdzili, że atmosfera panująca na oddziałach jest zależna od pielęgniarek. Za najbardziej pożądane cechy uznano: budzenie zaufania (77,7%), opiekuńczość (59,5%) i cierpliwość (37%) [28]. Na podstawie badań Niedźwieckiej i wsp. wykazano, że niezależnie od wykształcenia pacjenci podobnie oceniali wiedzę i umiejętności personelu pielęgniarskiego [29]. Odmienny wynik uzyskano w badaniu własnym, gdzie pacjenci z wykształceniem wyższym częściej od pozostałych osób preferowali u pielęgniarek/pielęgniarszy: postawę moralną (53,8%; $p = 0,0497$), wysoki poziom empatii (61,5%; $p = 0,0009$), posiadanie kompleksowej, na bieżąco uzupełnianej, wiedzy medycznej (73,1%; $p = 0,0037$), okazywanie życzliwości (84,6%; $p = 0,0198$) oraz profesjonalizmu (88,5%; $p = 0,0013$).

Kuriata i wsp. w swoim badaniu stwierdzili, że aby dobrze wykonywać zadania zawodowe, należy posiadać nie tylko szeroką wiedzę i umiejętności, ale również należytą postawę, odpowiednie predyspozycje oraz system wartości [30]. Pielęgniarki/pielęgniarsze są najliczniejszą grupą zawodową w ochronie zdrowia [31], dlatego niezmiernie istotne jest, aby były dobrze odbierane przez społeczeństwo. Jakość pracy pielęgniarek w pewnym stopniu przekłada się na opinię o całym systemie ochrony zdrowia [32]. W codziennej pracy pielęgniarki powinny pamiętać o tym, że zaufanie jest honorem, ale muszą liczyć się też z tym, iż jego utrata może stać się problemem dla całej grupy zawodowej [33], ponieważ o wiele łatwiej jest dbać o dobry wizerunek niż zdobywać go na nowo. Pielęgniarki powinny więc dokładać wszelkich starań, by godnie pełnić swoją rolę [34].

Uzyskanie przez pielęgniarstwo miana zawodu zaufania społecznego niesie za sobą nie tylko prestiż, lecz także zobowiązania. Z badań własnych i innych autorów wynika, że na zdobycie zaufania społecznego wpływa wiele czynników. Pielęgniarki

i pielęgniarze są zobligowani do stałego podnoszenia poziomu swojej wiedzy, umiejętności, kompetencji, dbania o prawidłowy wizerunek oraz zachowania zasad etycznego postępowania. Zgłębianie podjętej w niniejszym artykule tematyki jest niezwykle istotne, gdyż jej poznanie odgrywa ważną rolę w budowaniu zaufania w relacji pielęgniarka/pielęgniarski – pacjent, zwiększaniu prestiżu zawodowego, zachęceniu młodzieży do podejmowania kształcenia w tym kierunku, co pozwoli poprawić złą sytuację pielęgniarek na rynku pracy w Polsce.

■ Wnioski:

1. Pielęgniarstwo zajmuje bardzo wysoką pozycję wśród zawodów zaufania publicznego.
2. Wiedza pacjentów na temat funkcjonowania pielęgniarstwa w Polsce jest na średnim poziomie.
3. Pielęgniarki odgrywają dużą rolę w informowaniu pacjentów o stanie zdrowia, prowadzeniu działań edukacyjnych oraz wspierających. Zapewniają swoim podopiecznym poczucie bezpieczeństwa, tworzą z nimi relacje partnerskie.
4. Postawa i cechy osobowości prezentowane przez pielęgniarki wpływają na ich wizerunek oraz budowanie z pacjentami opartych na zaufaniu relacji.
5. Jakość usług świadczonych przez pielęgniarki oddziałuje na poczucie bezpieczeństwa chorych i ich zadowolenie ze świadczonej opieki, przez co wyżej sytuują się w rankingu zawodów zaufania publicznego.

Bibliografia

1. Przybyła K., Cieżniewska A.: International Classification for Nursing Practice as a challenge for nurses work, *Acta Scholae Superioris Medicinae Legnicensis*, 2018; 1(20): 9.
2. Lewko J., Łukaszuk C.R., Krajewska-Kułak E. (red.): Pielęgniarstwo wczoraj i dziś. Rok 2020 rokiem pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Wydział Nauk o Zdrowiu, Białystok 2020: 80–82, 112.
3. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 kwietnia 2010 roku w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz jej stosowania (Dz.U. Nr 82, poz. 537).
4. Olejniczak M., Kobza J., Woźniak J.: Wybrane aspekty organizacyjno-prawne pielęgniarki i położnej w Polsce oraz bieżąca sytuacja kadrowa na tle krajów Unii Europejskiej, *Zdrowie Publiczne*, 2009: 307–311.
5. Czerniak J., Cieśla D.: Ścieżki rozwoju zawodowego, *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 2009; 3: 10–11.
6. Żychowska R.: Wizerunek polskiej pielęgniarki i położnej w mediach publicznych i prywatnych oraz w prasie zawodowej. W: Rogala-Pawelczyk G., Kubajka-Piotrowska J. (red.): Wizerunek pielęgniarki i położnej na tle nowych wyzwań w pielęgniarstwie polskim i europejskim – konferencja międzynarodowa, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2009: 37–47.

7. Ustawa z dnia 27 lipca 2005 roku. Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz.U. z 2012 r., poz. 572 z późn. zm.).
8. Paszkowska M.: Prawo dla pielęgniarek, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2017: 77–81.
9. Zdanowska J., Sielska J., Głowacka M.: Założenia ustawowe a oczekiwania pielęgniarek dotyczące ułatwień podczas podnoszenia kwalifikacji zawodowych, *Pielęgniarstwo Polskie*, 2016; 2(60): 144–147.
10. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2014 r., poz. 1435 ze zm.).
11. Tkaczuk K., Dobosz M., Gaworska-Krzemińska A.: Rzeczywistość samodzielności zawodowej pielęgniarek, *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 2012; 13(11): 139–148.
12. Rabiasz R., Makowicz D., Makowicz N.: Oczekiwania pacjentów wobec postaw personelu pielęgniarskiego podczas przebiegu hospitalizacji na oddziałach szpitalnych, *Pielęgniarstwo XXI Wieku*, 2018; 3(64): 42. DOI: 10.2478/pielxxiw-2018-0027
13. Włodarczyk D., Tobolska B.: Wizerunek zawodu pielęgniarki z perspektywy lekarzy, pacjentów i pielęgniarek, *Medycyna Pracy*, 2011; 62(3): 269–279.
14. Omyła-Rudzka M. (oprac.): Które zawody uważamy? W: Komunikat z badań CBOS, 2019; 157: 26.
15. Skowroński A.: W interesie obywateli i publicznym, *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 2009; 1–2, 6–7.
16. Konstańczak S.: Praca jako powołanie człowieka. Pielęgniarka. Konflikty moralne w pracy zawodowej pielęgniarki. W: Konstańczak S. (red.): *Etyka pielęgniarska*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2010: 38–54.
17. Bartnik A., Szelaż E., Kopański Z. i wsp.: Pielęgniarstwo: zawód czy misja? *Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue*, 2012; 2: 4–8.
18. Stachoń K., Rybka M.: Pielęgniarstwo jako zawód zaufania publicznego w opinii pacjentów, *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*, 2016, 4(1): 27–28, 30. DOI: 10.21784/lwP.2016.021
19. Kojder E., Zarzycka D.: Wizerunek zawodu pielęgniarki i jego determinanty, *Pielęgniarstwo XXI Wieku*, 2014; 2(47): 49.
20. Skorupska A., Machowicz A.: Wybrane aspekty postaw pracowników ochrony zdrowia wobec pielęgniarek, *Problemy Pielęgniarstwa*, 2010; 18(1): 56–57.
21. Kołodziej A.: Czynniki określające status społeczny pielęgniarek, *Hygeia Public Health*, 2014, 49(1): 69–74.
22. Elmore J.G., Ganschow P.S., Geller B.M.: Communication between patients and providers and informed decision making, *Journal of National Cancer Institute. Monographs*, 2010; 41: 204–209. DOI: 10.1093/jncimonographs/lgq038

23. Siwek M., Nowak-Starz G.: Współczesny wizerunek pielęgniarstwa w opinii społeczeństwa. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2017; 3(65): 491. DOI: 10.20883/pielpol.2017.66
24. Zdziebło K., Stępień R., Skrzypek J.: Jakość świadczeń pielęgniarских w ocenie pacjentów opieki długoterminowej, *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej*, 2016; 1(2): 18–19.
25. Mroczek B., Parakiewicz A., Grochans E. i wsp.: Wizerunek społeczny zawodu pielęgniarki. *Family Medicine & Primary Care Review*, 2012; 14(1): 44–46.
26. Glińska J., Bednarska A., Brosowska B., Lewandowska M.: Analiza poziomu jakości opieki pielęgniarской w opinii pielęgniarek i pacjentów, *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 2012; 6(4): 151–160.
27. Kęcka K., Jasińska M., Brzeźniak H., Żużak-Bączkowska K., Brodowski J., Karakiewicz B.: Tożsamość zawodowa pielęgniarek i położnych, *Family Medicine & Primary Care Review*, 2011; 13(4): 719–723.
28. Moczydłowska A., Krajewska-Kułak E., Kózka M., Bielski K., Kulesza-Bronczyk B., Kalandyk H.: Oczekiwania chorych wobec personelu pielęgniarского, *Problemy Pielęgniarstwa*, 2014; 22(4): 466, 468–469.
29. Niedźwiecka A., Nowicki M., Tkaczyk M.: Oczekiwania chorego dializowanego wobec zespołu pielęgniarского w stacji dializ, *Polski Merkuriusz Lekarski*, 2009; 26: 311–314.
30. Kuriata E., Felińczak A., Grzebieluch J., Szachniewicz M.: Specyfika pracy pielęgniarской w szpitalu – warunki pracy i aktualne wyzwania. Część I, *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2011; 1(2): 163–167.
31. Kunecka D.: Jak cię widzą, tak cię piszą, *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 2011; 9: 4–5.
32. Pierzak M.: Pielęgniarstwo jako zawód uprawiany w przyszłości – opinia młodzieży klas maturalnych, *Journal of Education, Health and Sport*, 2017; 7(7): 126–127. DOI: 10.5281/zenodo.824373
33. Rogala-Pawelczyk G.: Elementy podstaw prawnych wykonywania zawodu pielęgniarki. W: Abramczyk A., Ciechaniewicz W., Cisek M., Ślusarczyk B., Zarzycka D., Zahradniczek K. (red.): *Podstawy pielęgniarstwa*, Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2011: 119–134.
34. Wańkiewicz A., Golubka P., Dłuski D. i wsp.: The professional image of a nurse as seen by parents of children hospitalized in the oncology department, *Polish Journal of Public Health*, 2015; 125(4): 205–210.

14. Zaburzenia odżywiania u współczesnych nastolatków

Eating disorders in modern adolescents

Kinga Przybyszewska^{1, a}, Agnieszka Kubisz²

¹ Akademia Nauk Stosowanych w Koninie
University of Applied Sciences in Konin

² Absolwentka Collegium Masoviense – Wyższej Szkoły Nauk o Zdrowiu w Żyrardowie
Graduate of Collegium Masoviense – College of Health Sciences in Żyrardów

^a <https://orcid.org/0000-0002-7460-1699>

■ Abstrakt

Wstęp: W obecnych czasach zaburzenia odżywiania są problemem społecznym. W związku z modą promującą szczupłą sylwetkę coraz więcej osób, w tym nastolatków, stosuje diety odchudzające w celu redukcji masy ciała. Nadmierna kontrola wagi i zwracanie uwagi na własną sylwetkę nierzadko prowadzą do zaburzeń odżywiania. Najczęstszymi są: anoreksja, bulimia i ortoreksja.

Cel badań: Ocena zaburzeń odżywiania w grupie nastolatków.

Materiał i metody: W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego oraz technikę ankiety. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety. Ankietę przeprowadzono anonimowo za pośrednictwem Internetu. Kwestionariusz składał się z 30 pytań, zarówno otwartych, jak i zamkniętych. Badaniem objęto 105 nastolatków.

Wyniki: Prawidłową masę ciała miało 75,2% badanych. Ponad połowa (59%) z nich wiedziała, że należy spożywać od pięciu do sześciu posiłków w ciągu dnia, lecz tylko 21,9% osób jadło regularnie. Większość (78,1%) ankietowanych podjadała owoce oraz słodycze (62,9%). Dietę odchudzającą stosowało 5,7% nastolatków. Aż 85,7% respondentów uważało, że zaburzenia odżywiania częściej występują u dziewczyn.

Wnioski: Mężczyźni częściej niż kobiety twierdzili, że ważą za mało, zaś kobiety sądziły, że ważą za dużo. Wiek młodzieży nie wpływał istotnie na występowanie nadwagi czy otyłości. Nieco częściej z powodu nadwagi i otyłości cierpieli 13-latkowie. Ocena wagi ciała częściowo wpływała na znajomość przez nastolatków składników odżywczych. Osoby z prawidłową masą ciała spożywały posiłki regularnie i częściej sięgały po owoce. Respondenci, którzy twierdzili, że zbyt dużo ważą, częściej stosowali dietę odchudzającą. Wiedzę w zakresie prawidłowego odżywiania posiadało 38,1% nastolatków oraz 44,1% osób w wieku od 16–17 lat. Ankietowani mający BMI w normie również wykazali się zadowalającym poziomem wiedzy o zaburzeniach odżywiania. Edukacja na temat zaburzeń odżywiania w szkołach jest niewystarczająca.

Słowa kluczowe: zaburzenia odżywiania, edukacja, nastolatki.

■ Abstract

Introduction: Eating disorders are nowadays a social problem. Due to the fashion promoting a slim figure, more and more people, including teenagers, use slimming diets to reduce body weight. Often, excessive weight control and paying attention to your own figure lead to eating disorders. The most common are: anorexia, bulimia and orthorexia.

The aim of the study: The aim of the study is to assess eating disorders in a group of adolescents.

Material and methods: The study used the diagnostic survey method and the survey technique. The research tool was the original questionnaire. The survey was conducted anonymously via the Internet. The questionnaire consists of 30 questions, both open and closed. 105 teenagers were examined.

Results: 75.2% of the respondents had a normal body weight. 59% knew to eat 5–6 meals a day. 21.9% of people have always eaten their meals regularly. 78.1% ate fruit and sweets (62.9%). 5.7% of adolescents followed a slimming diet, and 85.7% believed that girls were more likely to experience eating disorders.

Conclusions: Men more often than women said that they weigh too little, while women said that they weigh too much. The age of adolescents did not significantly affect the incidence of overweight or obesity. 13-year-olds were slightly more often overweight and obese. Body weight self-esteem partially influenced teenagers' knowledge of nutrients. People with a healthy body weight consumed meals regularly. People with normal body weight used the fruit more often. People who say they weigh too much are more likely to be on a weight loss diet. 38.1% of teenagers and 44.1% of people aged 16–17 had a satisfactory level of knowledge. People with normal BMI also demonstrated a satisfactory level of knowledge in the field of eating disorders. Education about eating disorders in schools is insufficient.

Keywords: eating disorders, education, teens.

■ Wstęp

Zdrowe odżywianie, bez względu na wiek czy płeć, odgrywa bardzo ważną rolę. Dostarczenie organizmowi niezbędnych składników odżywczych warunkuje prawidłowy rozwój i zapobiega wielu chorobom. Jednak z powodu panującej obecnie mody na szczupłą sylwetkę coraz częściej – zwłaszcza w grupie nastolatków – obserwuje się problem zaburzeń odżywiania, związany z dążeniem do ideału piękna przedstawianego w mass mediach. U młodzieży, zwłaszcza u dziewcząt redukujących ilość spożytego pokarmu bądź stosujących diety odchudzające pojawiają się zaburzenia odżywiania, które, z pozoru niegroźne, mogą być przyczyną wielu powikłań. Nadmierne zwracanie uwagi na skład produktów spożywczych, codzienna kontrola masy ciała, unikanie spożywania pokarmów w większym gronie czy też przejadanie się prowadzą do zaburzeń, do których zalicza się zwykle anoreksję, bulimię czy ortoreksję [1]. Najczęstszymi przyczynami dążenia do posiadania szczupłej sylwetki są: zaburzenia w postrzeganiu własnego wizerunku, presja otoczenia, marzenia o atrakcyjnym wyglądzie, chęć bycia idealnym. Zaburzenia

odżywiania nierzadko mają podłoże psychiczne, a nieleczone i zbyt późno zdiagnozowane mogą prowadzić do śmierci [1].

■ Zaburzenia odżywiania

Zaburzenia odżywiania obejmują grupę chorób dosyć trudnych w leczeniu, które charakteryzują się niepoprawnymi zachowaniami związanymi z odżywianiem i prowadzą do zaburzeń masy ciała. Wywołują one poważne skutki zarówno dla zdrowia psychicznego, jak i fizycznego [2]. Wyróżnia się zaburzenia odżywiania specyficzne, takie jak: *anorexia nervosa* (jadłowstręt psychiczny), *bulimia nervosa* (żarłoczność psychiczna), oraz niespecyficzne zaburzenia przyjmowania posiłków, które są istotne klinicznie, ale nie spełniają kryteriów diagnostycznych bulimii i anoreksji. Do tych ostatnich zalicza się zespół kompulsywnego jedzenia (ang. *binge eating*) [3]. Występują również tzw. zaburzenia jedzenia oraz karmienia z okresu dzieciństwa, jak *pica* (spaczone łaknienie) czy zespół ruminacji (spaczone przeżuwanie), a ponadto zachowania jedzeniowe nieuwzględnione w klasyfikacji DSM-IV. Do mniej znanych należą:

- jedzenie pod wpływem stresu (*emotiogenic eating behavior* – EEB);
- syndrom jedzenia nocnego (*night eating syndrom* – NES);
- zaburzenia odżywiania związane ze snem (*sleep-related eating disorder* – SRED);
- przywiązywanie zbyt dużej wagi do zdrowego odżywiania się (*orthorexia nervosa* – ON);
- zaburzenia percepcji obrazu ciała (*bigorexia nervosa*);
- ustne wydalanie (*oral expulsion syndrome*);
- wilczy apetyt na słodycze (*carbohydrate craving*);
- anarchia jedzeniowa, inaczej nazywana chaosem jedzeniowym [4].

Objawy zaburzeń odżywiania

Anorexia nervosa (inaczej jadłowstręt psychiczny) to jedno z tzw. specyficznych zaburzeń łaknienia. Mimo bardzo niskiej masy ciała chorzy mają silne poczucie, że są zbyt otyli i boją się przytyć, co wzmacnia objawy choroby. Takie osoby dążą za wszelką cenę do tego, by schudnąć, mają zaburzony obraz własnego ciała, co powoduje, że przyjmują niewielkie ilości pokarmu lub stosują głodówki. Wartość masy ciała znacząco wpływa na ich samoocenę. Chorzy nie są świadomi konsekwencji utrzymującej się zbyt niskiej wagi. Zwiększają aktywność fizyczną, stosują środki przeczyszczające bądź moczopędne, prowokują wymioty, aby nie doszło do przybrania na wadze. Charakterystyczne są u nich takie przyzwyczajenia jak: krojenie jedzenia na niewielkie kawałki, chowanie resztek w zakamarkach, liczenie spożytych kęsów pokarmu, jedzenie w samotności, zakładanie luźnych, ukrywających szczupłość ubrań. Często występują u nich bóle żołądka, wymioty, zaburzenia ruchów perystaltycznych jelit i związane z tym zaparcia. Anorektyków cechują: sumienność, pedantyzm, pracowitość. Chorzy planują szczegółowo każdy dzień [5, 6].

Bulimia (inaczej żarłoczność psychiczna) oznacza dosłownie „byczy głód”. Osoby chore odczuwają niepoohamowaną, nawracającą potrzebę zjedania dużej ilości pokarmu, tracą kontrolę nad swoim zachowaniem i są głodni, nawet jeśli dopiero skończyli jeść. Po napadzie obżarstwa mają poczucie winy, rozmyślają nad swoim wyglądem, wagą. Aby stracić kalorie przyjęte z pożywieniem prowokują wymioty, zażywają leki moczopędne lub przeczyszczające, zwiększają aktywność fizyczną oraz stosują głodówki. U chorych na bulimię często występuje huśtawka nastroju. Takie osoby są niespokojne, rozdrażnione, przygnębione, dręczy je poczucie winy. Bulimicy bardzo boją się przybrania na wadze, mają zaburzony obraz swojego ciała podobnie jak anorektycy – nie dostrzegają faktu, że są zbyt szczupli. Wymioty przynoszą im ulgę, oczyszczenie. Kumulacja złych emocji powoduje, że zaczynają izolować się od innych, nie chcą spożywać posiłków wspólnie [7, 8].

Binge eating (gwałtowne objadanie się) należy do grupy niespecyficznych zaburzeń odżywiania. Polega na niekontrolowanym spożywaniu nadmiernych ilości jedzenia. W tym czasie osoba chora zjada spore ilości pokarmu, dopóki nie poczuje, że jej żołądek jest aż przepełniony. Objada się ona w samotności i w szybkim tempie, także gdy nie odczuwa głodu. Po napadzie choroby odczuwa dyskomfort, obrzydzenie w stosunku do siebie, ma poczucie winy. Gdy jest w towarzystwie, zjada małe porcje jedzenia. W przeciwieństwie do bulimików osoby dotknięte tym schorzeniem nie wywołują wymiotów po epizodzie objadania. Zwykle są otyłe lub mają nadwagę, choć zdarzają się przypadki, u których waga mieści się w normie. Spożywanie żywności jest dla nich sposobem na zredukowanie napięcia, stresu, dostarcza przyjemności. Chętnie sięgają po produkty zawierające sporo cukrów prostych i tłuszczu. Większość ich czasu pochlania objadanie się oraz myślenie o jedzeniu [9].

Pica (inaczej łaknienie spaczone) to zaburzenie polegające na zjadaniu rzeczy niejadalnych i czerpaniu z tego faktu przyjemności. Zalicza się je do schorzeń behawioralno-chemicznych. Chorzy odczuwają silne pragnienie spożycia np. gliny, drewna, farby, papieru czy waty. Objawy choroby występują zwykle u osób z upośledzeniem umysłowym albo zaburzeniami rozwoju [10].

Rumination, czyli inaczej zespół przeżuwania lub ruminacji, polega na tym, że pacjent ponownie przeżuwa bądź wypluwa treść pokarmową ostatecznie spożytego posiłku, która cofa się z żołądka do jego jamy ustnej. Zaburzenie występuje bez prowokacji wymiotów, nie ma związku z problemami żołądkowo-jelitowymi i trwa nawet od jednej do około dwóch godzin.

Z kolei zespół jedzenia nocnego (inaczej żarłoczność nocna) objawia się bezsennością i nadmiernym poczuciem głodu w godzinach nocnych. W związku z tym osoby chore pochlaniają nocami posiłki dostarczające im całodziennego zapotrzebowania energetycznego, ale kolejnego dnia przeważnie nie pamiętają, że to robiły. Nie mają kontroli nad tym, ile jedzą. Potrzeba przyjęcia pokarmu jest na tyle silna, że nie są w stanie zasnąć, dopóki nie odczują wystarczającej sytości. Najczęściej to zaburzenie pojawia się u osób, które zaprzestały palenia tytoniu, zażywania leków z grupy silnych opiatów, picia alkoholu, bądź u przewlekłe zestresowanych. Wśród

problemów osób dotkniętych tym schorzeniem są: otyłość/nadwaga, zwiększone poczucie winy, narastające zaburzenia lękowe i depresyjne, brak umiejętności kontrolowania swoich czynów [11].

Przyczyny zaburzeń odżywiania

Wiele czynników warunkuje wystąpienie zaburzeń odżywiania. Aby odnaleźć właściwą przyczynę omawianych chorób, należy zwrócić uwagę na to, jakie doświadczenia życiowe posiada dana osoba i jakie ma cechy osobowości. Warto też uwzględnić sytuację rodzinną czy szkolną oraz aspekty kulturowe i społeczne. Wśród czynników ryzyka wystąpienia zaburzeń łaknienia wyróżnia się trzy grupy:

- czynniki rodzinne: trudne relacje/problemy w rodzinie;
- czynniki kulturowe: moda na bycie fit – kult szczupłego i umięśnionego ciała promowany w mediach społecznościowych, będący wyznacznikiem atrakcyjności, pożądanego wyglądu;
- czynniki indywidualne: otyłość, choroba somatyczna, dążenie do perfekcji, zaburzone postrzeganie samego siebie.

■ Cel badań

Ocena występowania zaburzeń odżywiania u współczesnych nastolatków, a także wybranych zachowań żywieniowych.

■ Materiał i metody

Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, narzędziem był kwestionariusz ankiety. Ogółem przebadano 105 respondentów w wieku od 15–17 lat.

■ Wyniki

Okazało się, że zaburzenia odżywiania częściej dotyczą płci męskiej. Występowanie nadwagi/otyłości dotyczyło 28,6% mężczyzn i 22,2% kobiet. Różnice nie były istotne statystycznie ($p = 0,4603$). Wyniki przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Występowanie nadwagi/otyłości a płeć

		Płeć		Ogółem	
		kobieta	mężczyzna		
Występowanie nadwagi/ otyłości (według OLAF)	norma	N	49	30	79
		%	77,8	71,4	75,2
	nadwaga/otyłość	N	14	12	26
		%	22,2	28,6	24,8
Ogółem		N	63	42	105
		%	100,0	100,0	100,0

$\chi^2 = 0,545; p = 0,4603$

Źródło: opracowanie własne.

Zauważono, że mężczyźni częściej od kobiet twierdzili, iż ważą za mało (23,8% vs. 1,6%). Kobiety natomiast częściej od mężczyzn uważały, że ważą zbyt dużo (34,9% vs. 16,7%). Wskazane różnice były istotne statystycznie ($p = 0,0018$). Wyniki ilustruje tabela 2.

Tabela 2. Ocena wagi ciała a płeć

			Płeć		Ogółem
			Kobieta	Mężczyzna	
Samooceena wagi ciała	Uważam, że jest prawidłowa	N	36	22	58
		%	57,1	52,4	55,2
	Myślę, że ważę za mało	N	1	10	11
		%	1,6	23,8	10,5
	Myślę, że ważę zbyt dużo	N	22	7	29
		%	34,9	16,7	27,6
	Nie potrafię określić	N	4	3	7
		%	6,3	7,1	6,7
Ogółem	N	63	42	105	
	%	100,0	100,0	100,0	
$\chi^2 = 15,046; p = 0,0018$					

Źródło: opracowanie własne.

Wystąpienie zaburzeń odżywiania częściowo zależy od płci. Wprawdzie osoby w określonym przedziale wiekowym ważą tyle samo, lecz ich płeć wpływa na postrzeganie własnej masy ciała. Wykazano, że zawsze regularnie posiłki spożywali częściej badani (34,5%), którzy stwierdzili, iż posiadają prawidłową wagę ciała. Czasami regularnie posiłki zjadały głównie osoby uznające swoją wagę za prawidłową (58,6%) lub uważające, że ważą zbyt dużo (55,2%). Wśród nastolatków, którzy nie jedli posiłków regularnie, przeważały osoby postrzegające siebie jako ważące zbyt dużo (41,5%) albo niepotrafiące ocenić własnej wagi ciała (71,4%). Wskazane różnice były istotne statystycznie ($p < 0,0001$). Wyniki zamieszczono w tabeli 3.

Tabela 3. Spożywanie posiłków regularnie, o stałych porach, a ocena wagi ciała

			Ocena wagi ciała				Ogółem
			Uważam, że jest prawidłowa	Myślę, że ważę za mało	Myślę, że ważę zbyt dużo	Nie potrafię określić	
Spożywanie posiłków regularnie, o stałych porach	Zawsze jem regularnie	N	20	2	1	0	23
		%	34,5	18,2	3,4	0,0	21,9
	Czasami	N	34	5	16	2	57
		%	58,6	45,5	55,2	28,6	54,3

	Zdecydowanie nie	N	4	4	12	5	25
		%	6,9	36,4	41,4	71,4	23,8
Ogółem		N	58	11	29	7	105
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
$\chi^2 = 29,64; p < 0,0001$							

Źródło: opracowanie własne.

Wykazano, że po owoce w ramach przekąsek sięgały nierzadko osoby uznające swoją wagę ciała za prawidłową (89,7%) lub zbyt małą (81,8%). Również warzywa stanowiły częściej przekąskę dla młodzieży określającej swoją wagę jako prawidłową (34,5%) bądź zbyt małą (92,3%). Stwierdzono również, że jogurty/serki były częściej przekąskami dla uczniów oceniających swoją wagę ciała jako prawidłową (60,3%). Dane przedstawia tabela 4.

Tabela 4. Produkty spożywane przez badanych między posiłkami (w ramach przekąski) a ocena wagi ciała

		Ocena wagi ciała								p
		Uważam, że jest prawidłowa		Myślę, że ważę za mało		Myślę, że ważę zbyt dużo		Nie potrafię określić		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Owoce	nie	6	10,3	2	18,2	10	34,5	5	71,4	$\chi^2 = 17,338;$ $p = 0,0006$
	tak	52	89,7	9	81,8	19	65,5	2	28,6	
Warzywa	nie	38	65,5	8	72,7	28	96,6	6	85,7	$\chi^2 = 10,693;$ $p = 0,0135$
	tak	20	34,5	3	27,3	1	3,4	1	14,3	
Słodycze	nie	26	44,8	2	18,2	9	31,0	2	28,6	$\chi^2 = 3,845;$ $p = 0,2787$
	tak	32	55,2	9	81,8	20	69,0	5	71,4	
Chipsy/ paluszki	nie	38	65,5	5	45,5	18	62,1	5	71,4	$\chi^2 = 1,831;$ $p = 0,6083$
	tak	20	34,5	6	54,5	11	37,9	2	28,6	
Jogurty/ serki	nie	23	39,7	8	72,7	14	48,3	7	100,0	$\chi^2 = 11,782;$ $p = 0,0082$
	tak	35	60,3	3	27,3	15	51,7	0	0,0	

Źródło: opracowanie własne.

Problemy w domu rodzinnym, jako przyczynę zaburzeń odżywiania, wskazały częściej od pozostałych (85,7%) osoby, które nie umiały ocenić własnej wagi ciała. Nie stwierdzono innych znaczących różnic między oceną wagi ciała a czynnikami mogącymi mieć wpływ na wystąpienie zaburzeń odżywiania. Wyniki ilustruje tabela 5.

Tabela 5. Czynniki mogące mieć wpływ na wystąpienie zaburzeń odżywienia a ocena wagi ciała

		Ocena wagi ciała								p
		Uważam, że jest prawidłowa		Myślę, że ważę za mało		Myślę, że ważę zbyt dużo		Nie potrafię określić		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Nadwrażliwość na krytykę ze strony innych osób, brak akceptacji w grupie rówieśniczej	nie	12	20,7	2	18,2	7	24,1	1	14,3	$\chi^2 = 0,419$; $p = 0,9363$
	tak	46	79,3	9	81,8	22	75,9	6	85,7	
Wysoki poziom stresu/brak umiejętności radzenia sobie ze stresem	nie	22	37,9	4	36,4	6	20,7	1	14,3	$\chi^2 = 3,769$; $p = 0,2876$
	tak	36	62,1	7	63,6	23	79,3	6	85,7	
Zaburzenia emocjonalne	nie	33	56,9	5	45,5	13	44,8	2	28,6	$\chi^2 = 2,781$; $p = 0,4266$
	tak	25	43,1	6	54,5	16	55,2	5	71,4	
Brak samoakceptacji, niskie poczucie własnej wartości	nie	18	31,0	2	18,2	10	34,5	3	42,9	$\chi^2 = 1,450$; $p = 0,6939$
	tak	40	69,0	9	81,8	19	65,5	4	57,1	
Presja otoczenia, moda na bycie fit	nie	18	31,0	5	45,5	10	34,5	3	42,9	$\chi^2 = 1,110$; $p = 0,7747$
	tak	40	69,0	6	54,5	19	65,5	4	57,1	
Chęć zwrócenia na siebie uwagi	nie	37	63,8	8	72,7	20	69,0	2	28,6	$\chi^2 = 4,477$; $p = 0,2144$
	tak	21	36,2	3	27,3	9	31,0	5	71,4	
Czynniki genetyczne	nie	41	70,7	6	54,5	20	69,0	2	28,6	$\chi^2 = 5,669$; $p = 0,1289$
	tak	17	29,3	5	45,5	9	31,0	5	71,4	
Problemy w domu rodzinnym	nie	29	50,0	9	81,8	15	51,7	1	14,3	$\chi^2 = 7,981$; $p = 0,0464$
	tak	29	50,0	2	18,2	14	48,3	6	85,7	

Źródło: opracowanie własne.

■ Dyskusja

Zdrowe odżywianie jest niezmiernie ważnym czynnikiem warunkującym prawidłowy rozwój i funkcjonowanie organizmu w każdej grupie wiekowej. Problematyka zaburzeń odżywiania stała się obecnie problemem społecznym. W mass mediach kreowanie szczupłego wizerunku oraz stałe przedstawianie osoby szczupłej jako bardzo szczęśliwej przyczynia się do występowania coraz częściej (zwłaszcza w grupie nastolatków) zaburzeń odżywiania. Dążenie do perfekcji za pomocą redukcji posiłków lub też stosowania diet, zwłaszcza przez osoby rozwijające się, może mieć negatywne konsekwencje. W badanej grupie nastolatków na podstawie wskaźnika BMI i siatek centylowych wykazano, że u 72,5% respondentów masa ciała była w normie, zaś u 24,8% stwierdzono nadwagę. Na swoją wagę ciała zdecydowanie zwracało uwagę 23,8% badanych osób, a 48,6% ankietowanych raczej zwracało uwagę na swoją wagę. Ponad połowa (55,2%) badanych nastolatków

swoją wagę ciała określa jako prawidłową. Wiek nie wpływał znacząco na zaburzenia odżywiania w grupie nastolatków. Osoby ważące zbyt dużo częściej stosowały diety odchudzające. Z badań Wojtyły i wsp. wynika, że połowa badanych nastolatków ma problemy z nadwagą [8].

Liczna grupa (54,3%) ankietowanej młodzieży spożywała posiłki nieregularnie. Ponad połowa (59%) badanych nastolatków wiedziała, że należy jeść od pięciu do sześciu posiłków dziennie. Pozostali błędnie wskazali liczbę zalecanych posiłków w ciągu dnia. W badaniach Sochackiej-Tatary mniej niż połowa respondentów wie, ile posiłków dziennie trzeba spożywać, jednak tylko 5,5% badanych osób stosowało tę wiedzę w praktyce [13]. W analizach dokonanych przez Malarę i wsp. stwierdzono, że 30% badanej grupy nie je śniadania, obiadu i kolacji [14].

Zdaniem badanej młodzieży do najczęstszych zaburzeń odżywiania należy zaliczyć anoreksję (83,8%) i bulimię (75,2%). Z obserwacji prowadzonych przez Kędrę i Pietras wynika, że zaburzenia odżywiania są nierzadkim zjawiskiem wśród kobiet w każdej grupie wiekowej, a do najczęściej występujących należy zaliczyć: ortoreksję, bulimię i anoreksję [6]. W przypadku bulimii większość (83,8%) badanych przez Ziółkowską, Gajewską i Szostak-Węgierek uznała, że objaw choroby to nadmierne, niekontrolowane objadanie się, a 72,4% ankietowanych stwierdziło, iż powikłaniem bulimii jest zapalenie przełyku. Połowa uczennic technikum w przyznała się, że ma napady objadania się, które najczęściej kończą się prowokowaniem wymiotów [14]. Wojtyła-Buciora i Marcinkowski dowiedli, że 62% badanych przez nich osób ma problemy z nadmiernym objadaniem się [15]. Jedynie 2,9% ankietowanych zadeklarowało bardzo dobrą wiedzę o zaburzeniach odżywiania. Najliczniejsza grupa nastolatków (59,0%) uznała, że posiada przeciętną wiedzę na ten temat. Ogólna wiedza dotycząca zaburzeń odżywiania jest zadowalająca, częściej wśród osób z prawidłową wartością BMI. Z badań Tomaszewskiej wynika, że dziewczęta posiadają lepszą wiedzę o prawidłowym odżywianiu [16]. Komorowska-Szczepańska i Kaczmarska na podstawie swoich obserwacji wykazały, że młodzież prezentuje średni poziom wiedzy na temat zaburzeń odżywiania [17]. Źródłem wiedzy o tej kwestii dla większości badanych jest Internet. Aż 81% badanych przez nas osób uznało, że w szkole powinno odbywać się więcej zajęć o tematyce zaburzeń odżywiania. Program edukacji w tej dziedzinie realizowany w szkołach jest – zdaniem nastolatków – niewystarczający. Przeprowadzone badania pokazały, że nastolatki mają prawidłową masę ciała oraz mają dobrą wiedzę dotyczącą zarówno odżywiania, jak i jego zaburzeń. W badanej grupie nie występują zaburzenia odżywiania.

■ Wnioski

1. Mężczyźni częściej niż kobiety twierdzili, że ważą za mało, a kobiety – iż ważą za dużo.
2. Wiek nastolatków nie wpływał znacząco na występowanie nadwagi lub otyłości. Nadwagę i otyłość nieznacznie częściej mieli 13-latkowie.

3. Ocena wagi ciała częściowo wpływała na znajomość przez nastolatków składników odżywczych. Ankietowani z prawidłową masą ciała spożywali posiłki regularnie i częściej sięgali po owoce. Osoby twierdzące, że zbyt dużo ważą, częściej stosują dietę odchudzającą.
4. Zadowolający poziom wiedzy z zakresu zaburzeń odżywiania posiadało 38,1% nastolatków oraz 44,1% osób w wieku od 16–17 lat. Respondenci mający BMI w normie również wykazali się zadowolającym poziomem wiedzy o zaburzeniach odżywiania.
5. Edukacja na temat zaburzeń odżywiania w szkołach jest niewystarczająca.

Bibliografia

1. Ogden J.: Psychologia odżywiania się. Od zdrowych do zaburzonych zachowań żywieniowych, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011: 213–220.
2. Harrison A., Bertrand S.: To what extent to the public need educating about eating disorder, *Journal of Obesity & Eating Disorders*, 2016. <https://obesity.imedpub.com/to-what-extent-do-the-public-need-educating-about-eating-disorders.php?aid=17628> [dostęp: 30.09.2020].
3. Grave R.D.: Eating disorders: progress and challenges, *European Journal of Internal Medicine*, 2011; 22(2): 153–160. DOI: 10.1016/j.ejim.2010.12.010
4. Rajewski A., Rajewska-Rager A.: Zaburzenia odżywiania w praktyce lekarza rodzinnego – rozpoznawanie i leczenie (Eating disorders in primary care – diagnosis and treatment), *Family Medicine & Primary Care Review*, 2009; 11(4): 931–937.
5. Ziółkowska B.: Zaburzenia łaknienia a problem masy ciała. W: Psychospołeczne aspekty nienormatywnej masy ciała, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań 2014: 114–115.
6. Kędra E., Pietras J.: Zaburzenia odżywiania – znak naszych czasów, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2011; 92(3): 530–534.
7. Nowogrodzka A., Piasecki B.: Zaburzenia odżywiania – różnice międzypłciowe, *Nowiny Lekarskie*, 2012; 81(4): 381–385.
8. Wojtyła A., Biliński P., Bojar I., Wojtyła C.: Zaburzenia odżywiania u polskich gimnazjalistów, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2011; 92(2): 343–344.
9. White M.A., Grilo C.M.: Diagnostic efficiency of DSM-IV indicators for binge eating disorders, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2011; 79(1): 75–83. DOI: 10.1037/a0022210
10. Bomba J., Namysłowska I., Orwid M.: Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie. W: Rybakowski J., Pużyński S., Wciórka J. (red.): *Psychiatria*, Elsevier, Wrocław 2012: 628–629.
11. Allison K.C., Lundgren J.D., O'Reardon J.P. i wsp.: Proposed diagnostic criteria for night eating syndrome, *International Journal of Eating Disorders*, 2010; 43(3): 241–247. DOI: 10.1002/eat.20693

12. Tomaszewska I.E., Babicz-Zielińska E., Tomaszewski D.: Odmienne postrzeganie własnych sylwetek przez młodzież a ryzyko występowania zaburzeń w odżywianiu, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2012; 93(4): 812–816.
13. Majda A., Braszczyk K.: Rola mediów w powstawaniu zaburzeń odżywiania u młodzieży w wieku dojrzewania, *Problemy Pielęgniarstwa*, 2012; 20(1): 34–42.
14. Ziółkowska A., Gajewska M., Szostak-Węgierek D.: Zachowania żywieniowe młodzieży gimnazjalnej z Warszawy i miejscowości podwarszawskich, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2010; 91(4): 606–610.
15. Wojtyła-Buciora A., Marcinkowski J.T.: Sposób żywienia, zadowolenie z własnego wyglądu i wyobrażenie o idealnej sylwetce młodzieży licealnej, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2010; 91(2): 227–232.
16. Ostachowska-Gąsior A., Jankowska J., Wójtowicz B.: Występowanie zaburzeń odżywiania wśród uczniów krakowskich szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2010; 91(3): 400–404.
17. Komorowska-Szczepeńska W., Kaczmarska I.: Znajomość symptomów zaburzeń odżywiania wśród młodzieży gimnazjalnej a ich środowisko wychowawcze, *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2017; 11(1): 32–37.

Poprzednie tomy

1. *Interdyscyplinarność współczesnej medycyny*, tom 1, S. Rudzki i in. (red.), Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej w Jarosławiu, Jarosław 2013.
2. *Interdyscyplinarność współczesnej medycyny*, tom 2, S. Rudzki i in. (red.), Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej w Jarosławiu, Jarosław 2014.
3. *Interdyscyplinarność współczesnej medycyny*, tom 3, S. Rudzki i in. (red.), Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej w Jarosławiu, Jarosław 2015.
4. *Interdyscyplinarność współczesnej medycyny*, tom 4, K. Rejman i in. (red.), Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej w Jarosławiu, Jarosław 2016.
5. *Interdyscyplinarność współczesnej medycyny*, tom 5, K. Rejman i in. (red.), Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej w Jarosławiu, Jarosław 2017.
6. *Interdyscyplinarność współczesnej medycyny*, tom 6, K. Rejman i in. (red.), Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej w Jarosławiu, Jarosław 2018.
7. *Interdyscyplinarność współczesnej medycyny*, tom 7, K. Rejman i in. (red.), Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej w Jarosławiu, Jarosław 2019.
8. *Interdyscyplinarność współczesnej medycyny*, tom 8, K. Rejman i in. (red.), Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej w Jarosławiu, Jarosław 2020.
9. *Interdyscyplinarność współczesnej medycyny*, tom 9, K. Rejman i in. (red.), Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej w Jarosławiu, Jarosław 2021.



**Doskonała
Nauka**



**Ministerstwo
Edukacji i Nauki**

Publikacja dofinansowana ze środków budżetu państwa
w ramach programu Ministerstwa Edukacji i Nauki pod nazwą *Doskonała Nauka*,
nr projektu DNM/SP/550870/2022, kwota dofinansowania 15 120 zł,
całkowita wartość projektu 16 800 zł

ISBN 978-83-8294-246-0


impuls

Oficyna Wydawnicza „Impuls” – Dział Handlowy
tel./fax: (12) 422 41 80, 506 624 220
e-mail: impuls@impulsoficyna.com.pl
www.impulsoficyna.com.pl