

Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Poznan University of Medical Sciences



Wydział Nauk o Zdrowiu
Faculty of Health Sciences



PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

KWARTALNIK / QUARTERLY

Nr 2 (60)

6/2016

Indeksowane w / Indexed in:
Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego/
Ministry of Science and Higher Education – 6,0;
Index Copernicus Value (ICV) – 68,75 (6,81)



PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

Skrót tytułu czasopisma/Abbreviated title:

Piel Pol.

© Copyright by Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ISSN 0860-8466 (Druk)
ISSN 2450-0755 (Online)

Korekta/Proofreading:

Renata Rasińska
Barbara Błażejczak

Korekta tekstów w j. ang./Language editor:

Agata Dolacińska-Śróda

Skład komputerowy/Desktop publishing:

Beata Łakomiak

Projekt okładki/Cover project:

Bartłomiej Wąsiel

Sprzedaż/Distribution and subscription:

Punkt Sprzedaży Wydawnictw Naukowych UMP
60-356 Poznań, ul. Przybyszewskiego 37a
tel. (phone)/fax: +48 61 854 74 14
e-mail: sprzedazwydawnictw@ump.edu.pl

*Redakcja deklaruje, że wersja papierowa
„Pielęgniarstwa Polskiego” jest wersją pierwotną (referencyjną)*

*Editorial Staff declares that printed version
of “Polish Nursing” is the original version (reference)*

WYDAWNICTWO NAUKOWE UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO
IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU
60-812 Poznań, ul. Bukowska 70
tel./fax: 61 854 71 51
www.wydawnictwo.ump.edu.pl

Ark. wyd. 13,6. Ark. druk. 18,3.
Format A4. Zam. nr 86/16.
Druk ukończono w czerwcu 2016.

PIELĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING



KOLEGIUM REDAKCYJNE

Redaktor Naczelny

dr hab. Maria Danuta Głowacka

Zastępcy Redaktora Naczelnego

dr hab. Krystyna Jaracz

prof. dr hab. Włodzimierz Samborski

prof. dr hab. Jacek Wysocki

RADA NAUKOWA

dr Vincenzo Antonelli

prof. Antonio Cicchella

dr hab. Agata Czajka-Jakubowska

dr hab. Antoni Czupryna

dr hab. Danuta Dyk

prof. Susumu Eguchi

dr hab. Jolanta Jaworek

prof. Lotte Kaba-Schönstein

doc. Helena Kadučáková

prof. Christina Koehlen

dr hab. Maria Kózka

dr Halyna Krytska

dr hab. Anna Ksykiewicz-Dorota, prof. UM

prof. Mária Machalová

dr hab. Piotr Małkowski

dr hab. Ewa Mojs, prof. UM

dr Jana Nemcová

prof. dr hab. Grażyna Nowak-Starz

prof. dr hab. Marek Ostrowski

prof. Hildebrand Ptak

prof. dr hab. Arkadii Shulhai

prof. dr hab. Jerzy Stańczyk

prof. dr hab. Piotr Stępiak

dr Frans Vergeer

prof. dr hab. Krzysztof Wiktorowicz

dr hab. Maciej Wilczak, prof. UM

prof. dr hab. Zbigniew Włodarczyk

dr Katarína Žiaková

Sekretarz Naukowy

dr inż. Renata Rasińska

Sekretarz Redakcji

dr inż. Renata Rasińska

LUISS Guido Carli di Roma (Włochy)

University of Bologna (Włochy)

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum (Polska)

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Graduate School of Biomedical Sciences, Nagasaki University (Japonia)

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum (Polska)

Hochschule Esslingen (Niemcy)

Katolícka Univerzita v Ružomberku (Słowacja)

Evangelische Hochschule Berlin (Niemcy)

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum (Polska)

Państwowy Uniwersytet Medyczny im. I. Ya. Horbaczewskiego w Tarnopolu (Ukraina)

Uniwersytet Medyczny w Lublinie (Polska)

Prešovská Univerzita (Słowacja)

Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Comenius University in Bratislava (Słowacja)

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (Polska)

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie (Polska)

Evangelische Hochschule Berlin (Niemcy)

Państwowy Uniwersytet Medyczny im. I. Ya. Horbaczewskiego w Tarnopolu (Ukraina)

Uniwersytet Medyczny w Łodzi (Polska)

Uniwersytet Adama Mickiewicza w Poznaniu (Polska)

Fontys Hogescholen (Holandia)

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy (Polska)

Comenius University in Bratislava (Słowacja)

ADRES REDAKCJI

Pielęgniarstwo Polskie

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego

im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ul. Smoluchowskiego 11, 60-179 Poznań

tel.: 61 861 22 50 wew. 191, fax: 61 861 22 51

e-mail: pielęgniarstwopolskie@ump.edu.pl

www.pielęgniarstwo.ump.edu.pl



PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

REDAKTORZY TEMATYCZNI

PIEŁĘGNIARSTWO KLINICZNE

dr Joanna Stanisławska
dr Dorota Talarska
dr hab. Maria Danuta Głowacka

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

NAUKI O ZARZĄDZANIU W PIEŁĘGNIARSTWIE

dr Ewa Jakubek
dr Aleksandra Persona-Śliwińska

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
NZOZ Specjalistyczne Centrum Medyczne „PRO FEMINA”

PIEŁĘGNIARSTWO ŚRODOWISKOWE

mgr Luiza Mendyka

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Komeńskiego w Lesznie

NAUKI O ZDROWIU W PIEŁĘGNIARSTWIE

dr Małgorzata Posłuszna

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

REDAKTOR STATYSTYCZNY

dr inż. Renata Rasińska

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

LISTA RECENZENTÓW

dr Grażyna Bączyk
dr Benedykt Bober
prof. Antonio Cicchella
dr Józefa Czarnecka
dr Grażyna Czerwiak
dr hab. Joanna Gotlib
dr Grażyna Iwanowicz-Palus
doc. Helena Kadučáková
dr Ewa Kobos
dr Halina Król
dr Włodzimierz Łojewski
prof. Mária Machalová
prof. Anders Møller Jensen
prof. dr hab. Henryk Mruk
dr Jana Nemcová
dr inż. Iwona Nowakowska
dr Jan Nowomiejski
dr Piotr Pagórski
prof. dr hab. Mariola Pawlaczyk
dr Wojciech Grzegorz Polak
dr Zofia Sienkiewicz
dr Ewa Szykiewicz
dr Dorota Talarska
dr hab. Monika Urbaniak
dr Aleksandra Zielińska
dr Katarína Žiaková
mgr Klaudia J. Ćwiąkała-Lewis

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
NZOZ Nadmorskie Centrum Rehabilitacji (Polska)
University of Bologna (Włochy)
Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (Polska)
Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
Uniwersytet Medyczny w Lublinie (Polska)
Katolícka Univerzita v Ružomberku (Słowacja)
Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Prešovská Univerzita (Słowacja)
VIA University College Denmark (Dania)
Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu (Polska)
Comenius University in Bratislava (Słowacja)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
University Medical Center Rotterdam (Holandia)
Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Comenius University in Bratislava (Słowacja)
International Healthcare Leadership and Development (IHLD)
Association (USA)



EDITORIAL BOARD

Editor-in-Chief

Maria Danuta Głowacka

Vice Editor-in-Chief

Krystyna Jaracz
Włodzimierz Samborski
Jacek Wysocki

Scientific Secretary

Renata Rasińska

Editorial Secretary

Renata Rasińska

EDITORIAL ADVISORY BOARD

Vincenzo Antonelli
Antonio Cicchella
Agata Czajka-Jakubowska
Antoni Czupryna
Danuta Dyk
Susumu Eguchi

Jolanta Jaworek
Lotte Kaba-Schönstein
Helena Kadučáková
Christina Koehlen
Maria Kózka
Halyna Krytska
Anna Ksykiewicz-Dorota
Mária Machalová
Piotr Małkowski
Ewa Mojs
Jana Nemcová
Grażyna Nowak-Starz
Marek Ostrowski
Hildebrand Ptak
Arkadii Shulhai
Jerzy Stańczyk
Piotr Stępiak
Frans Vergeer
Krzysztof Wiktorowicz
Maciej Wilczak
Zbigniew Włodarczyk
Katarína Žiaková

LUISS Guido Carli di Roma (Italy)
University of Bologna (Italy)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Jagiellonian University Collegium Medicum (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Graduate School of Biomedical Sciences, Nagasaki University (Japania)
Jagiellonian University Collegium Medicum (Poland)
Hochschule Esslingen (Germany)
Katolícka Univerzita v Ružomberku (Slovakia)
Evangelische Hochschule Berlin (Germany)
Jagiellonian University Collegium Medicum (Poland)
Ternopil State Medical University (Ukraine)
Medical University of Lublin (Poland)
Prešovská Univerzita (Slovakia)
Medical University of Warsaw (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Comenius University in Bratislava (Slovakia)
Jan Kochanowski University in Kielce (Poland)
Pomeranian Medical University in Szczecin (Poland)
Evangelische Hochschule Berlin (Germany)
Ternopil State Medical University (Ukraine)
Medical University of Lodz (Poland)
Adam Mickiewicz University (Poland)
Fontys Hogescholen (Holland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Ludwik Rydygier Collegium Medicum in Bydgoszcz (Poland)
Comenius University in Bratislava (Slovakia)

EDITOR'S ADDRESS

Polish Nursing
The Faculty of Health Sciences
Poznan University of Medical Sciences
11 Smoluchowskiego Str., 60-179 Poznań, Poland
phone: +48 61 861 22 50 int. 191, fax: +48 61 861 22 51
e-mail: pielegniarstwopolskie@ump.edu.pl
www.pielegniarstwo.ump.edu.pl



PIELĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

THEMATIC EDITORS

CLINICAL NURSING

Joanna Stanisławska
Dorota Talarska
Maria Danuta Głowacka

Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)

MANAGEMENT IN NURSING

Ewa Jakubek
Aleksandra Persona-Śliwińska

Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Medical Centre PRO FEMINA (Poland)

COMMUNITY NURSING

Luiza Mendyka

Jan Amos Komensky University of Applied Sciences in Leszno (Poland)

HEALTH SCIENCES IN NURSING

Małgorzata Postuszna

Poznan University of Medical Sciences (Poland)

STATISTICAL EDITOR

Renata Rasińska

Poznan University of Medical Sciences (Poland)

THE LIST OF THE REVIEWERS

Grażyna Bączyk
Benedykt Bober
Antonio Cicchella
Józefa Czarnecka
Grażyna Czerwiak
Joanna Gotlib
Grażyna Iwanowicz-Palus
Helena Kadučáková
Ewa Kobos
Halina Król
Włodzimierz Łojewski
Mária Machalová
Anders Møller Jensen
Henryk Mruk
Jana Nemcová
Iwona Nowakowska
Jan Nowomiejski
Piotr Pagórski
Mariola Pawlaczyk
Wojciech Grzegorz Polak
Zofia Sienkiewicz
Ewa Szykiewicz
Dorota Talarska
Monika Urbaniak
Aleksandra Zielińska
Katarína Žiaková
Klaudia J. Ćwiękała-Lewis

Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Seaside Rehabilitation Centre (Poland)
University of Bologna (Italy)
Medical University of Warsaw (Poland)
Jan Kochanowski University in Kielce (Poland)
Medical University of Warsaw (Poland)
Medical University of Lublin (Poland)
Katolícka Univerzita v Ružomberku (Slovakia)
Medical University of Warsaw (Poland)
Jan Kochanowski University in Kielce (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Prešovská Univerzita (Slovakia)
VIA University College Denmark (Denmark)
Poznan University of Economics (Poland)
Comenius University in Bratislava (Slovakia)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
University Medical Center Rotterdam (Holland)
Medical University of Warsaw (Poland)
Nicolaus Copernicus University Collegium Medicum (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Comenius University in Bratislava (Slovakia)
International Healthcare Leadership and Development (IHL)
Association (USA)

■ SPIS TREŚCI

| | |
|------------------------|-----|
| Od redaktora | 137 |
|------------------------|-----|

PRACE ORYGINALNE

| | |
|---|-----|
| <i>Marta Stanisz, Dorota Ćwiek</i> Znajomość standardu opieki okołoporodowej przez pacjentki wybranych szpitali województwa zachodniopomorskiego | 139 |
| <i>Joanna Zdanowska, Jolanta Sielska, Maria Danuta Głowacka</i> Założenia ustawowe a oczekiwania pielęgniarek dotyczące ułatwień podczas podnoszenia kwalifikacji zawodowych | 144 |
| <i>Grażyna Gładysz, Ewa Kobos, Józefa Czarnecka, Jacek Imiela</i> Zachowania żywieniowe pielęgniarek w środowisku pracy | 149 |
| <i>Anna Marlena Grzela, Mariusz Panczyk, Joanna Gotlib</i> Opinie na temat szczepienia przeciwko grypie wśród pracowników ochrony zdrowia – doniesienie wstępne | 158 |
| <i>Mieczysława Irena Wyderka, Teresa Niedzielska</i> Ergonomia w pracy pielęgniarki | 165 |
| <i>Dorota Rogala, Aleksandra Mazur, Mariola Maślińska, Magdalena Krawczak</i> Przystosowanie do choroby nowotworowej u pacjentek z rakiem szyjki macicy | 170 |
| <i>Beata Celińska, Anna Kaczyńska, Mariusz Panczyk, Jarosława Belowska, Aleksander Zarzeka, Joanna Gotlib</i> Ocena poziomu wiedzy pacjentów Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu na temat przyczyn powstawania niedosłuchu | 175 |
| <i>Anna Kapusta, Anna Kaczyńska, Mariusz Panczyk, Jarosława Belowska, Aleksander Zarzeka, Joanna Gotlib</i> Ocena wiedzy pacjentek oddziału chirurgicznego na temat zasad samoopieki po zabiegu mastektomii | 180 |
| <i>Grażyna Anna Pilarska, Joanna Gotlib</i> Ocena wiedzy rodziców na temat gastroduodenoskopii wykonywanej u dzieci hospitalizowanych z powodu chorób przewodu pokarmowego | 188 |
| <i>Monika Wiercigroch, Małgorzata Fedosiejew, Michał Ławiński</i> Ocena stanu wiedzy pacjentów Kliniki Chirurgii Ogólnej i Żywienia Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i ich rodzin na temat domowego żywienia pozajelitowego | 195 |
| <i>Józefa Czarnecka, Ewelina Olszewska, Ewa Kobos, Zofia Sienkiewicz, Andrzej Krupienicz</i> Wiedza studentów na temat wirusowego zapalenia wątroby typu C | 201 |
| <i>Błażej Janicki, Jan Nowomiejski, Renata Rasińska</i> System dystrybucji na rynku farmaceutycznym | 208 |
| <i>Mieczysława Irena Wyderka, Jadwiga Darowska</i> Problemy pielęgnacyjne i społeczne u osób chorych na łuszczycę | 214 |
| <i>Ewa Kobos, Anna Kubiak, Barbara Knoff, Józefa Czarnecka</i> Zwyczajne żywieniowe uczennic klas trzecich szkół gimnazjalnych i liceów ogólnokształcących | 220 |

PRACE POGLĄDOWE

| | |
|---|-----|
| <i>Magdalena Baran, Marta Majorczyk, Jolanta Jaworek</i> Cukrzyca i otyłość u pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów (RZS) jako czynniki pogarszające przebieg choroby | 227 |
| <i>Ewelina Kimszal, Katarzyna Van Damme-Ostapowicz</i> Biegunka podróżnych | 231 |
| <i>Jarosława Belowska, Aleksander Zarzeka, Mariusz Panczyk, Joanna Gotlib</i> <i>Evidence-based midwifery practice</i> – przegląd światowego piśmiennictwa | 236 |

| | |
|---|-----|
| <i>Dorota Bitiucka, Regina Sierżantowicz</i> | |
| Problemy pielęgnacyjne pojawiające się w procesie gojenia ran nowotworowych | 241 |
| <i>Aleksander Zarzeka, Mariusz Panczyk, Jarosława Belowska, Łukasz Samoliński, Weronika Jewczak, Lucyna Iwanow, Joanna Gotlib</i> | |
| Prawo w pielęgniarstwie – przegląd aktualnego, dostępnego polskiego piśmiennictwa naukowego z zakresu pielęgniarstwa | 247 |
| <i>Agnieszka Bańkowska</i> | |
| Syndrom wypalenia zawodowego – symptomy i czynniki ryzyka | 256 |
| <i>Grzegorz Konieczny, Renata Rasińska</i> | |
| Aktywność fizyczna subpopulacji w okresie inwolucji jako przeciwwaga dla hipokinezy | 261 |

DONIESIENIA ZJAZDOWE

| | |
|--|-----|
| <i>Renata Rasińska</i> | |
| Sprawozdanie z Konferencji Naukowej „Zdrowie w nauce i praktyce. Czterdziestolecie Szpitala w Puszczykowie – doświadczenia i rozwój” | 266 |

INFORMACJE

| | |
|--|-----|
| Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu. Deklaracja członkowska | 268 |
| Podypłomowe Studium Zarządzania w Opiece Zdrowotnej | 270 |
| Wskazówki dla autorów | 271 |

■ CONTENTS

| | |
|-------------------------|-----|
| Editor's note | 138 |
|-------------------------|-----|

ORIGINAL PAPERS

| | |
|---|-----|
| <i>Marta Stanisz, Dorota Ćwiek</i> Knowledge of the perinatal care standard in patients of chosen hospitals in the West Pomeranian Voivodeship | 139 |
| <i>Joanna Zdanowska, Jolanta Sielska, Maria Danuta Głowacka</i> Statutory premises versus nurses' expectations concerning facilitations during the improvement of professional skills | 144 |
| <i>Grażyna Gładysz, Ewa Kobos, Józefa Czarnecka, Jacek Imiela</i> Nurses' eating habits in the workplace | 149 |
| <i>Anna Marlena Grzela, Mariusz Panczyk, Joanna Gotlib</i> Opinions on vaccination against influenza among health care professionals – preliminary report | 158 |
| <i>Mieczysława Irena Wyderka, Teresa Niedzielska</i> Ergonomics in nurse's work | 165 |
| <i>Dorota Rogala, Aleksandra Mazur, Mariola Maślińska, Magdalena Krawczak</i> Adaptation to cancer in patients with cervical cancer | 170 |
| <i>Beata Celińska, Anna Kaczyńska, Mariusz Panczyk, Jarosława Belowska, Aleksander Zarzeka, Joanna Gotlib</i> Assessment of knowledge of patients of the Institute of Physiology and Pathology of Hearing about causes of hearing loss | 175 |
| <i>Anna Kapusta, Anna Kaczyńska, Mariusz Panczyk, Jarosława Belowska, Aleksander Zarzeka, Joanna Gotlib</i> Knowledge of post mastectomy self-care principles among female patients of the surgical department | 180 |
| <i>Grażyna Anna Pilarska, Joanna Gotlib</i> Assessment of parents' knowledge on gastroduodenoscopy in children hospitalized due to gastrointestinal diseases | 188 |
| <i>Monika Wiercigroch, Małgorzata Fedosiejew, Michał Ławiński</i> Assessment of knowledge of patients and their families on home parenteral nutrition in the Department of General Surgery and Clinical Nutrition Medical University in Warsaw | 195 |
| <i>Józefa Czarnecka, Ewelina Olszewska, Ewa Kobos, Zofia Sienkiewicz, Andrzej Krupienicz</i> Students' knowledge about hepatitis C | 201 |
| <i>Błażej Janicki, Jan Nowomiejski, Renata Rasińska</i> Distribution system in the pharmaceutical market | 208 |
| <i>Mieczysława Irena Wyderka, Jadwiga Darowska</i> Caring and social problems in people with psoriasis | 214 |
| <i>Ewa Kobos, Anna Kubiak, Barbara Knoff, Józefa Czarnecka</i> Eating habits among female junior high third grade and high school students | 220 |

REVIEW PAPERS

| | |
|--|-----|
| <i>Magdalena Baran, Marta Majorczyk, Jolanta Jaworek</i> Diabetes and obesity in patients with rheumatoid arthritis (RA) as a factor of disease deterioration | 227 |
| <i>Ewelina Kimszal, Katarzyna Van Damme-Ostapowicz</i> Travellers' diarrhea | 231 |
| <i>Jarosława Belowska, Aleksander Zarzeka, Mariusz Panczyk, Joanna Gotlib</i> Evidence-based Midwifery Practice – review of world literature | 236 |

| | |
|---|-----|
| <i>Dorota Bitiucka, Regina Sierżantowicz</i> | |
| Nursing diagnosis occurring in the process of cancer's wound healing | 241 |
| <i>Aleksander Zarzeka, Mariusz Panczyk, Jarosława Belowska, Łukasz Samoliński, Weronika Jewczak, Lucyna Iwanow, Joanna Gotlib</i> | |
| Law in nursing – the review of current Polish scientific literature on nursing | 247 |
| <i>Agnieszka Bańkowska</i> | |
| Occupational burnout syndrome – symptoms and risk factors | 256 |
| <i>Grzegorz Konieczny, Renata Rasińska</i> | |
| Physical activity of people in the involution period as a counterbalance for hypokinesia | 261 |

CONFERENCE REPORTS

| | |
|---|-----|
| <i>Renata Rasińska</i> | |
| <i>“Health in science and practice. The 40th Anniversary of Puszczkowo Hospital – experiences and challenges” – conference report</i> | 266 |

INFORMATION

| | |
|---|-----|
| Polish Society of Health Sciences. Member's declaration | 268 |
| Postgraduate Course “The management in Health Care” – information | 270 |
| Guidance for contributors | 271 |

■ OD REDAKTORA

Szanowni Czytelnicy,

w imieniu Komitetu Naukowego mamy przyjemność zarekomendować Państwu kolejny numer „Pielęgniarstwa Polskiego”.

Treści zawarte w tym numerze mają bardzo zróżnicowany charakter, odzwierciedlają jednak obszary zainteresowań poznawczych i klinicznych zarówno personelu medycznego, jak i kadry naukowej uniwersytetów medycznych i innych. Mamy nadzieję, że prace zamieszczone w tym numerze spotkają się z pozytywnym odbiorem przez Czytelników. Zapraszamy do lektury.

Rekomendujemy artykuły, które poruszają problemy szczególnie ważne w pracy pielęgniarki, m.in. „Znajomość standardu opieki okołoporodowej przez pacjentki wybranych szpitali województwa zachodniopomorskiego” czy „Założenia ustawowe a oczekiwania pielęgniarek dotyczące ułatwień podczas podnoszenia kwalifikacji zawodowych”. Polecamy również doniesienie na temat szczepienia przeciwko grypie wśród pracowników ochrony zdrowia.

Ponadto na uwagę zasługują artykuły dotyczące wiedzy pacjentek na temat zasad samoopieki po zabiegu mastektomii czy wiedzy o przyczynach powstawania niedosłuchu, jak również wiedzy rodziców na temat gastroduodenoskopii u dzieci hospitalizowanych z powodu chorób przewodu pokarmowego.

Ważne dla personelu pielęgniarskiego są: artykuł na temat cukrzycy i otyłości u pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów (RZS) czy przegląd światowego piśmiennictwa na temat *evidence-based midwifery practice*.

W końcowej części numeru przedstawiamy informacje o studiach podyplomowych z zakresu zarządzania w ochronie zdrowia oraz zapraszamy do członkostwa w Polskim Towarzystwie Nauk o Zdrowiu – kwestionariusz zgłoszeniowy w załączeniu.

Dr hab. Maria Danuta Głowacka
Redaktor Naczelny

Dr inż. Renata Rasińska
Sekretarz Naukowy

■ EDITOR'S NOTE

Dear Readers,

on behalf of the Scientific Committee we are glad to recommend you another issue of the "Polish Nursing".

The contents in this issue are of a very diverse nature. They, however, reflect the scope of cognitive and clinical research of both medical personnel and research staff. We hope that they will meet with a positive perception of Readers.

We recommend papers that are particularly important in the work of nurses, in particular, "Knowledge of the perinatal care standard in the patients of selected hospitals in the West Pomeranian Voivodeship" or "Statutory premises versus nurses' expectations concerning facilitations during the improvement of professional skills".

We also recommend you the paper about influenza vaccination among health care workers.

In addition, noteworthy are the articles on patients' knowledge about the rules of self-care after surgery, mastectomy or knowledge of the causes hearing impairment and knowledge of parents about gastroduodenoscopy in children hospitalized because of the gastrointestinal tract diseases. Important for nurses are papers on diabetes and obesity in patients with rheumatoid arthritis (RA) or the review of international literature on the evidence-based midwifery practice.

In the final part of this issue, we present information on postgraduate studies in health care management and we encourage you to become members of the Polish Society of Health Sciences (please find a membership form attached).

*Assoc. Prof. Maria Danuta Głowacka, PhD
Editor in Chief*

*Renata Rasińska, PhD (Eng)
Scientific Secretary*

ZNAJOMOŚĆ STANDARDU OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ PRZEZ PACJENTKI WYBRANYCH SZPITALI WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

KNOWLEDGE OF THE PERINATAL CARE STANDARD IN PATIENTS OF CHOSEN HOSPITALS IN THE WEST POMERANIAN VOIVODESHIP

Marta Stanisz¹, Dorota Ćwiek²

¹ Studenckie Koło Naukowe przy Samodzielnej Pracowni Umiejętności Położniczych Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

² Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

DOI: <http://dx.doi.org/10.20883/pielpol.2016.1>

STRESZCZENIE

Cel. Głównym celem pracy było pozyskanie wiedzy na temat świadomości pacjentek w zakresie standardu opieki okołoporodowej oraz znajomości praw wynikających z *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem* (Dz.U. z 2012 r., poz. 1100). Badanie przeprowadzono w wybranych szpitalach województwa zachodniopomorskiego.

Materiał i metody. Badaniem objęto grupę 154 kobiet po porodzie drogami natury. Pacjentki hospitalizowane były w: Klinice Perinatologii, Położnictwa i Ginekologii PUM w SPSK nr 1 w Policach, Klinice Położnictwa i Ginekologii PUM w SPSK nr 2 w Szczecinie, Oddziale Położniczo-Ginekologicznym w Szpitalu w Szczecinku sp. z o.o. Badanie zostało przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego w okresie od 11 lipca 2014 r. do 6 lutego 2015 r.; posłużono się autorską ankietą, opracowaną na podstawie standardu opieki okołoporodowej, o którym mowa w *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. (...)* (Dz.U. z 2012 r., poz. 1100).

Wyniki. W trakcie obecnej ciąży zapoznało się ze standardem opieki okołoporodowej 66,0% pacjentek ze Szpitala w Szczecinku (stanowi to istotnie wyższy odsetek niż otrzymany w SPSK1 i SPSK2, gdzie zapoznanie się z tym tematem zadeklarowała mniej więcej jedna piąta rodzących). Znajomość swoich praw wynikających z *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. (...)* zadeklarowało 88,7% kobiet ze Szpitala w Szczecinku, 39,5%, z SPSK2 i 33,3% z SPSK1.

Wnioski. Znajomość standardu opieki okołoporodowej oraz świadomość pacjentek wybranych szpitali województwa zachodniopomorskiego w zakresie swoich praw są na dość niskim poziomie. Należy zatem wdrożyć działania naprawcze, przybliżające wiedzę na ten temat wśród ciężarnych.

SŁOWA KLUCZOWE: standard opieki okołoporodowej, prawa pacjenta, poród fizjologiczny, standardy medyczne.

ABSTRACT

Aim. The main aim of the study was to gain knowledge about patients consciousness in the field of the standard of perinatal care, as well as knowledge of the law arising from the Minister of Health Regulation of 20th September 2012 on standards of medical treatment when providing medical care from the field of perinatal care to women during the period of physiological pregnancy, physiological childbirth, postpartum and newborn care (Journal of Laws from 2012, item 1100). The study was conducted in chosen hospitals of the West Pomeranian Voivodeship.

Material and methods. The study included 154 women after natural birth. The patients were hospitalized: in the Clinic of Perinatology, Obstetrics and Gynaecology PMU, Independent Public Clinical Hospital No. 1, the Clinic of Obstetrics and Gynaecology PMU, Independent Public Clinical Hospital No. 2, Obstetrics and Gynaecology Ward, Hospital in Szczecinek. The study was performed since 11th July 2014 till 6th February 2015 by means of a diagnostic survey, based on the author's questionnaire, developed on the basis of standard of perinatal care 20th September 2012.

Results. During pregnancy 66.0% of the patients from the Hospital in Szczecinek were familiarized with the standards of perinatal care (this is a substantially higher percentage than the one obtained in SPSK1 and SPSK2 where the knowledge of this subject was declared by about one-fifth of pregnant women care from the field of perinatal care exercised ov). The knowledge of rights arising from the Minister of Health Regulation on standards of treatment when providing medical care to women during the period of physiological pregnancy, physiological childbirth, postpartum and newborn care was declared by 88.7% of women from the hospital in Szczecinek, 39.5% from SPSK2 and 33.3% from SPSK1.

Conclusions. Knowledge of the perinatal care standard and awareness of rights among patients from hospitals in the West Pomeranian Voivodeship are very low. Actions providing that knowledge should be applied immediately.

KEYWORDS: perinatal care standard, patient's rights, physiological childbirth, medical standards.

Wprowadzenie

We wrześniu 2012 r. w *Dzienniku Ustaw* scharakteryzowano najnowszy standard opieki okołoporodowej. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. (...)* reguluje m.in. zakres świadczeń wobec noworodka i pacjentki w czasie ciąży, porodu i połogu o przebiegu fizjologicznym. Dokument ten stanowi wzór postępowania i pełni bardzo ważną funkcję w zapewnieniu właściwej opieki nad kobietami w najważniejszym okresie ich życia. Ponadto jest aktem prawnym, za którego nieprzestrzeganie grozi odpowiedzialność karna.

Wprowadzenie nowego standardu opieki okołoporodowej miało być gwarantem polepszenia jakości świadczonych usług w zakresie opieki okołoporodowej. Ujęcie standardu w formę aktu prawnego miało wpłynąć także na podejmowanie przez kobiety świadomych decyzji dotyczących opieki medycznej. Szacowano, iż wynikiem tego będzie wzrost komfortu psychicznego, poczucia kontroli oraz pozytywne doświadczenie okresu ciąży i porodu [1]. Najważniejszym rezultatem wprowadzenia standardu z perspektywy pacjentek miało być zainicjowanie zmian i uzyskanie stabilizacji w zakresie oczekiwań społeczeństwa wobec opieki okołoporodowej [2].

Wdrożenie standardu stanowi wielkie wyzwanie zarówno dla personelu medycznego szpitala, jak i pracowników administracyjnych. Kluczowym elementem jego realizacji jest także zwiększenie poziomu świadomości pacjentek. Znajomość swoich praw jest istotna, ponieważ ułatwia ich egzekwowanie. Ważną funkcję pełnią zatem osoby zajmujące się propagowaniem tej wiedzy wśród przyszłych rodziców. Inicjatywy edukacyjne organizacji pozarządowych, m.in. Fundacji Rodzic po Ludzku czy szkół rodzenia, mają na celu dotarcie do kobiet ciężarnych zainteresowanych tą problematyką.

Cel pracy

Głównym celem pracy było pozyskanie wiedzy na temat świadomości pacjentek w zakresie standardu opieki okołoporodowej oraz znajomości praw wynikających z *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem* (Dz.U. z 2012 r., poz. 1100). Badanie przeprowadzono w wybranych szpitalach województwa zachodniopomorskiego.

Materiał i metodyka

Badaniem objęto grupę 154 kobiet w pierwszej i drugiej dobie po porodzie drogami natury. Pacjentki hospitalizowane były w:

- Klinice Perinatologii, Położnictwa i Ginekologii PUM w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 1 w Policach (dalej: SPSK1),
- Klinice Położnictwa i Ginekologii PUM w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 2 w Szczecinie (dalej: SPSK2),
- Oddziale Położniczo-Ginekologicznym w Szpitalu w Szczecinku sp. z o.o.

Badanie zostało przeprowadzone w okresie od 11 lipca 2014 r. do 6 lutego 2015 r. Uzyskano pisemną zgodę kierowników powyższych oddziałów na realizację projektu badawczego. Pacjentki biorące udział w badaniu zostały poinformowane o jego celu oraz wyraziły ustną zgodę na uczestnictwo. Kryterium włączenia do badania stanowił poród drogami natury, poprzedzony ciążą o przebiegu fizjologicznym.

Badanie zostało przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego; posłużono się autorską ankietą, opracowaną na podstawie standardu opieki okołoporodowej, o którym mowa w *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. (...)* (Dz.U. z 2012 r., poz. 1100). Ankieta zawierała pytania o charakterze zamkniętym i półotwartym.

Obliczenia statystyczne wykonano w programie Statistica 10. Badanie zależności pomiędzy zmiennymi ze względu na ich jakościowy charakter wykonano za pomocą testu niezależności chi-kwadrat Pearsona. W przypadku braku spełnienia podstawowych założeń testu (liczności oczekiwane mniejsze od 5) stosowano poprawkę Yatesa na ciągłość testu chi-kwadrat. Wyniki zaprezentowano za pomocą tabel dwudzielczych. Przyjęto poziom istotności równy 0,05, co w praktyce oznacza następujący układ hipotez:

- H_0 – brak statystycznie istotnych zależności między badanymi zmiennymi ($p > 0,05$),
- H_1 – występuje statystycznie istotna różnica między badanymi zmiennymi ($p < 0,05$).

Wyniki

Liczba posiadanego potomstwa, wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny oraz poziom wykształcenia – te cechy różnicowały pacjentki uczestniczące w badaniu. W tabeli 1 przedstawiono ogólną charakterystykę badanej populacji. Dla 40,3% kobiet był to poród pierwszego dziecka, natomiast aż 59,7% pacjentek rodziło drugie lub kolejne dziecko. Najmłodsza kobieta z grupy badanej miała 18 lat, natomiast najstarsza – 42 lata. Średnia wieku pacjentek wynosiła 29 lat. Najliczniejszą grupę reprezentowały rodzące pomiędzy 26. a 30. rokiem życia – aż 36,4% ogółu. Pacjentki pomiędzy 31. a 35. rokiem życia stanowiły 29,2% badanej populacji, natomiast kobiety do 25. roku życia – 24,7%. Najmniej

liczną grupę reprezentowały kobiety powyżej 36. roku życia – jedynie 9,7%. Na podstawie analizy miejsca zamieszkania wykazano, iż spośród wszystkich badanych aż 78,6% stanowiły mieszkanki miast. Jedynie 21,4% kobiet zamieszkiwało wsie. Większość kobiet z omawianej grupy była osobami niezamężnymi – aż 59,7%. Pozostałe 40,3% pacjentek było mężatkami. Wśród połowy (50,0%) badanej populacji dominowało wykształcenie wyższe, następnie w 34,4% – wykształcenie średnie. Najmniej liczną grupę stanowiły kobiety z wykształceniem podstawowym lub zawodowym – 15,6%.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy
Table 1. Characteristic of the examined group

| Charakterystyka grupy/ Characteristic of the group | | Liczba i odsetek osób/ The number and percentage of people | |
|---|--|---|------|
| | | N | % |
| Rodność/ The number of births | pierworódki/ primagravidas | 62 | 40,3 |
| | wieloródki/ multigravidas | 92 | 59,7 |
| | ogółem/ altogether | (N=154) | |
| Wiek/Age | do 25. r.ż./ below 25 years of age | 38 | 24,7 |
| | 26.–30. r.ż./ between 26–30 years of age | 56 | 36,4 |
| | 31.–35. r.ż./ between 31–35 years of age | 45 | 29,2 |
| | powyżej 36. r.ż./ above 36 years of age | 15 | 9,7 |
| | ogółem/ altogether | (N=154) | |
| Miejsce zamieszkania/ Current residence | miasto/ city | 121 | 78,6 |
| | wieś/ village | 33 | 21,4 |
| | ogółem/ altogether | (N=154) | |
| Stan cywilny/ Marital status | mężatki/ married | 62 | 40,3 |
| | niezamężne/ single | 92 | 59,7 |
| | ogółem/ altogether | (N=154) | |
| Poziom wykształcenia/ Education | podstawowe, zawodowe/ basic, vocational education | 24 | 15,6 |
| | średnie/ secondary education | 53 | 34,4 |
| | wyższe/ higher education | 77 | 50,0 |
| | ogółem/ altogether | (N=154) | |

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Zmienną, która miała najistotniejsze znaczenie w kontekście znajomości standardu opieki okołoporodowej przez kobiety, stanowiło miejsce porodu. W **tabeli 2** przedstawiono liczebność respondentek korzystających z usług poszczególnych szpitali w trakcie porodu. Spośród 154 kobiet większość, bo aż 40,9%, rodziła w Klinice Perinatologii, Położnictwa i Ginekologii w SPSK1 w Policach PUM. Pacjentki rodzące w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym Szpitala w Szczecinku sp. z o.o. stanowiły 34,4% badanej populacji. Najmniejszą grupę – jedynie 24,7% – reprezentują kobiety rodzące w Klinice Położnictwa i Ginekologii SPSK2 w Szczecinie PUM.

Tabela 2. Liczebność respondentek względem poszczególnych szpitali
Table 2. The number of respondents in terms of particular hospitals

| Szpital/Hospital | N | % |
|---|-----|-------|
| SPSK1 | 63 | 40,9 |
| SPSK2 | 38 | 24,7 |
| Szpital w Szczecinku/ Hospital in Szczecinek | 53 | 34,4 |
| Ogółem/Altogether | 154 | 100,0 |

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Stopień znajomości najnowszego standardu opieki okołoporodowej wśród pacjentek poszczególnych szpitali przedstawiono w **tabeli 3**. Na poziomie istotności 0,05 zaobserwowano statystycznie istotną ($p = 0,000$) zależność pomiędzy zapoznaniem się ze standardem a szpitalem, w którym rodziła pacjentka. Większość badanych kobiet ze Szpitala w Szczecinku (66,0%) zadeklarowała, iż w trakcie obecnej ciąży zapoznała się ze standardem opieki okołoporodowej. Wśród kobiet rodzących w SPSK1 i SPSK2 jedynie około 20,0% kobiet potwierdziło znajomość rozporządzenia.

Tabela 3. Znajomość standardu opieki okołoporodowej przez pacjentki
Table 3. Knowledge of standard of perinatal care patients

| Znajomość standardu opieki okołoporodowej/ Knowledge of the perinatal care standard | Szpital/Hospital | | | | | |
|--|-------------------|------|-------------------|------|----------------------------------|------|
| | SPSK2 (N = 38) | | SPSK1 (N = 63) | | Szpital w Szczecinku (N = 53) | |
| | N | % | N | % | N | % |
| Tak/Yes | 9 | 23,7 | 13 | 20,6 | 35 | 66,0 |
| Nie/No | 29 | 76,3 | 50 | 79,4 | 18 | 34,0 |
| | chi ² | | df | | p | |
| chi ² Pearsona | 29,3 | | df = 2 | | p = 0,000 | |

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

W tabeli 4 zaprezentowano znajomość praw pacjenta wynikających z *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. (...)* przez pacjentki poszczególnych szpitali. Na poziomie istotności 0,05 zaobserwowano statystycznie istotną ($p = 0,000$) zależność między znajomością swoich praw a szpitalem, w którym rodziła kobieta. Znajomość swoich praw wynikających z rozporządzenia, o którym mowa, zadeklarowało 88,7% kobiet w Szpitalu w Szczecinku. Jest to istotnie wyższy odsetek w porównaniu z SPSK2 (39,5%) oraz SPSK1 (33,3%).

Tabela 4. Znajomość praw pacjenta wynikających z *Rozporządzenia Ministra Zdrowia (...) w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem*

Table 4. Knowledge of patient's rights resulting from the Minister of Health Regulation on standards of medical treatment when providing medical care from the field of perinatal care to women during the period of physiological pregnancy, physiological childbirth, postpartum and newborn care

| Zna swoje prawa/ Knowledge of rights | Szpital/Hospital | | | | | |
|---|-------------------|------|-------------------|------|--|------|
| | SPSK2 (N = 38) | | SPSK1 (N = 63) | | Szpital w Szczecinku (N = 53) | |
| | N | % | N | % | N | % |
| Tak/Yes | 15 | 39,5 | 21 | 33,3 | 47 | 88,7 |
| Nie/No | 23 | 60,5 | 42 | 66,7 | 6 | 11,3 |
| | chi ² | | df | | p | |
| chi ² Pearsona | 39,7 | | df = 2 | | p = 0,000 | |

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

W tabeli 5 przedstawiono liczebność pacjentek, które przygotowały swój plan porodu z uwzględnieniem szpitala, w którym rodziły. Na poziomie istotności 0,05 zaobserwowano statystycznie istotną ($p = 0,000$) zależność między przygotowaniem planu porodu a szpitalem, w którym rodziły pacjentki. W porównaniu z SPSK2 (28,9%) i SPSK1 (17,5%) istotnie statystycznie wyższy odsetek kobiet ze Szpitala w Szczecinku (81,1%) przygotował swój plan porodu.

Tabela 5. Przygotowanie planu porodu przez pacjentki z poszczególnych szpitali

Table 5. Preparing a birth plan by patients from particular hospitals

| Przygotowanie planu porodu/ Preparing a birth plan | Szpital/Hospital | | | | | |
|---|-------------------|------|-------------------|------|--|------|
| | SPSK2 (N = 38) | | SPSK1 (N = 63) | | Szpital w Szczecinku (N = 58) | |
| | N | % | N | % | N | % |
| Tak/Yes | 11 | 28,9 | 11 | 17,5 | 43 | 81,1 |
| Nie/No | 27 | 71,1 | 52 | 82,5 | 10 | 18,9 |
| | chi ² | | df | | p | |
| chi ² Pearsona | 51,5 | | df = 2 | | p = 0,000 | |

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Dyskusja

Obserwowany od wielu lat wzrost świadomości polskich kobiet w zakresie praw pacjenta przyczynia się do niespiesznego polepszania jakości opieki sprawowanej w oddziałach położniczych i salach porodowych. Niestety, w wielu przypadkach znajomość ustaw i rozporządzeń wśród pacjentów przewyższa wiedzę osób wykonujących zawody medyczne, co znacznie umniejsza profesjonalne sprawowanie obowiązków zawodowych [3]. Zmiana mentalności ludzkiej i propagowanie w społeczeństwie postrzegania porodu jako wydarzenia rodzinnego i wielowymiarowego wymusza reorganizację pracy w wielu placówkach leczniczych. Nie każdy szpital jest jednak otwarty i przygotowany na zmiany, które przewiduje ustawowo *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. (...)*.

W badaniach własnych wykazano, iż znajomość standardu opieki okołoporodowej wśród pacjentek wybranych szpitali na terenie województwa zachodniopomorskiego nie była powszechnym zjawiskiem. W trakcie obecnej ciąży zapoznało się ze standardem opieki okołoporodowej 66,0% pacjentek ze Szpitala w Szczecinku (stanowi to istotnie większy odsetek niż otrzymany w szczecińskich szpitalach klinicznych, gdzie zapoznanie się z tym tematem zadeklarowało około 20,0% rodzących). Nieco większa wydaje się być natomiast świadomość w zakresie praw pacjenta wynikających z omawianego rozporządzenia. Znacząca większość rodzących ze Szpitala w Szczecinku wyraziła znajomość swoich praw wynikających z tego rozporządzenia; to samo zadeklarowały: jedna trzecia pacjentek z SPSK1 oraz dwie piąte kobiet z SPSK2. Potwierdzenie badań własnych stanowi raport z prac przeprowadzonych przez Fundację Rodzić po Ludzku w 2013 r. na terenie województwa mazowieckiego; według tego raportu na 30 badanych kobiet tylko 5 zadeklarowało, iż zna rozporządzenie, natomiast 5 innych przyznało, iż słyszały o tym dokumencie. Pozostałe pacjentki nie wiedziały, czym jest standard opieki okołoporodowej i jakie prawa wynikają z *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. (...)* [3]. Sugeruje to, iż problem niewiedzy dotyczył nie tylko populacji rodzących w badanym województwie zachodniopomorskim, lecz także w innych regionach Polski.

Rzadkim zjawiskiem było także przygotowywanie przez pacjentki planu porodu. Odsetek kobiet posiadających swój plan był rażąco rozbieżny w poszczególnych szpitalach województwa zachodniopomorskiego. Badania własne wykazały, iż większość rodzących w szczecińskich szpitalach – 71,1% hospitalizowanych w SPSK2 i 82,5% w SPSK1 – nie posiadała planu porodu. Potwierdzenie badań własnych stanowią donie-

sienia Ćwiek, ówczesnego konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego, na temat realizacji standardu opieki okołoporodowej w województwie zachodniopomorskim. Zgodnie ze sprawozdaniami z lat 2011, 2012 i 2013 mniej niż 25% pacjentek przybywało do szpitala z własnym planem porodu [4–6]. Wysoki odsetek kobiet ze Szpitala w Szczecinku posiadających plan (81,1%) wynika z faktu, iż rodzące miały możliwość wypełnienia tego dokumentu w warunkach sali porodowej. Karta planu porodu została opracowana wewnętrznie przez zespół pracowników szpitala i jest dostępna dla każdej nowo przyjętej rodzącej w tej placówce. Odniesienie do badań własnych stanowi także monitoring Fundacji Rodzić po Ludzku, z którego wynika, iż w wielu szpitalach plan porodu był zjawiskiem sporadycznie spotykanym. Według personelu większości szpitali województwa mazowieckiego z własnym planem porodu przychodzą do szpitala średnio 2–3 pacjentki w skali półtorarocznej [3]. Nieczęste korzystanie z prawa do przygotowania planu porodu sugeruje niewiedzę panującą wśród kobiet dotyczącą tej i innych możliwości będących składowymi standardu [7]. Nie bez znaczenia jest także pejoratywny sposób postrzegania idei planu porodu przez personel sal porodowych [3].

Wnioski

Znajomość standardu opieki okołoporodowej oraz świadomość pacjentek wybranych szpitali województwa zachodniopomorskiego w zakresie swoich praw są na dość niskim poziomie. Należy zatem wdrożyć działania naprawcze, przybliżające wiedzę na ten temat wśród ciężarnych.

Piśmiennictwo

1. Niepytalski K. Standardy opieki okołoporodowej. Nowości czy status quo? Forum Położnictwa i Ginekologii. 2013; 6: 59–61.
2. Karkowska D. Nowe standardy opieki nad matką i dzieckiem w kontekście prawnej organizacji opieki w Polsce. Warszawa: Fundacja Rodzić po Ludzku; 2013.
3. Kubicka-Kraszyńska U (red.). Monitoring wdrażania nowych standardów okołoporodowych w wybranych placówkach położniczych województwa mazowieckiego. Raport. Warszawa: Fundacja Rodzić po Ludzku; 2013.
4. Ćwiek D. Sprawozdanie z funkcjonowania zawodu położnej w województwie zachodniopomorskim w 2011 roku. Szczecińska Izba Pielęgniarek i Położnych © 2011, <http://www.sipip.szczecin.pl/userfiles/file/sprawozdanie8.pdf> (data dostępu: 12.04.2015).
5. Ćwiek D. Sprawozdanie z funkcjonowania zawodu położnej w województwie zachodniopomorskim w 2012 roku. Szczecińska Izba Pielęgniarek i Położnych © 2012, <http://sipip.szczecin.pl/opinie-i-sprawozdania-konsultanta-w-dziedzinie-pielęgniarstwa-ginekologiczno-polożniczego-2/> (data dostępu: 12.04.2015).
6. Ćwiek D. Sprawozdanie z funkcjonowania zawodu położnej w województwie zachodniopomorskim w 2013 roku. Szczecińska Izba Pielęgniarek i Położnych © 2013, <http://sipip.szczecin.pl/opinie-i-sprawozdania-konsultanta-w-dziedzinie-pielęgniarstwa-ginekologiczno-polożniczego-2/> (data dostępu: 12.04.2015).
7. Krówka D, Żur A. Kwalifikacje zawodowe położnych a standard opieki okołoporodowej. Ginekol Położ. 2013; 8 (4): 74–79.

Artykuł przyjęty do redakcji: 31.08.2015

Artykuł przyjęty do publikacji: 16.11.2015

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Dorota Ćwiek
ul. Żołnierska 48
71-210 Szczecin
tel.: 91 48 00 977
e-mail: dorota.cwiek@pum.edu.pl
Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

■ ZAŁOŻENIA USTAWOWE A OCZEKIWANIA PIELEŃNIAREK DOTYCZĄCE UŁATWIEŃ PODCZAS PODNOSZENIA KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH

STATUTORY PREMISES VERSUS NURSES' EXPECTATIONS CONCERNING FACILITATIONS DURING THE IMPROVEMENT OF PROFESSIONAL SKILLS

Joanna Zdanowska, Jolanta Sielska, Maria Danuta Głowacka

Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

DOI: <http://dx.doi.org/10.20883/pielpol.2016.2>

STRESZCZENIE

Cel. Celem pracy było poznanie opinii pielęgniarek na temat ułatwień uzyskanych od pracodawców z tytułu podjęcia kształcenia; ponadto zbadano, czy istnieją faktyczne potrzeby w tym zakresie, a także czy pielęgniarki mają plany dotyczące dalszej edukacji.

Materiał i metody. Badanie zostało przeprowadzone w 2014 r. wśród 100 pielęgniarek kształcących się na trzecim roku studiów uzupełniających magisterskich kierunku pielęgniarstwo.

Wyniki. Wyniki badania ujawniły, że większość pielęgniarek decyduje się na naukę głównie po to, aby zaspokoić swoje ambicje, rzadziej liczą na wyższe zarobki. Nie wszystkie pielęgniarki potrzebują urlopu szkoleniowego w celu właściwego przygotowania się do zajęć i egzaminów, natomiast według pozostałych wystarczający byłby urlop w wymiarze niższym, niż zakładają przepisy prawa.

Wnioski. Pielęgniarki mimo tego, że nie zawsze mogą liczyć na ułatwienia ze strony pracodawców, widzą potrzebę podnoszenia swoich kwalifikacji, chcą się szkolić i podejmują szkolenie z własnej inicjatywy.

SŁOWA KLUCZOWE: kwalifikacje zawodowe, ułatwienia, oczekiwania.

ABSTRACT

Aim. The aim of the paper was to learn the opinions of nurses about the facilitations obtained from the employer on account of undertaking education and the actual needs in this scope, as well as the plans concerning further education.

Material and methods. The study was carried out in the year 2014 among 100 nurses – third year students of supplementary master's degree studies in the field of study – nursing.

Results. The results of the study revealed that the majority of nurses decided on education mainly in order to fulfil their ambitions; they seldom hoped to receive higher salaries. Not all nurses needed a training leave in order to be appropriately prepared for classes and examinations; nevertheless, among the others a leave in a lesser scope than that determined by the regulations would be sufficient.

Conclusions. The nurses, although they cannot always rely on facilitations on the part of their employers, can see the need for improving their skills; they want to train and undergo training on their own initiative.

KEYWORDS: professional skills, facilitations, expectations.

Wprowadzenie

Zgodnie z założeniami *Kodeksu pracy* (dalej: k.p.) [1] pracodawca ma obowiązek ułatwić pracownikom podnoszenie kwalifikacji zawodowych (art. 94 pkt 6 k.p.). Oznacza to, że pracownikowi, który zdecydował się na zdobywanie lub uzupełnianie wiedzy i umiejętności, powinien zostać udzielony urlop szkoleniowy lub zwolnienie z części dnia pracy, tak by pracownik mógł punktualnie przybyć na obowiązkowe zajęcia oraz odbyć je. Za czas urlopu szkoleniowego oraz za czas zwolnienia pracownik zachowuje prawo do wynagrodzenia.

Wymiar urlopu szkoleniowego określa art. 103 [2] par. 1 k.p. W przypadku osób kształcących się w ra-

mach studiów wyższych wynosi on 21 dni roboczych. Jest on udzielany na ostatnim roku studiów w celu przygotowania pracy dyplomowej oraz przygotowania się i przystąpienia do egzaminu dyplomowego. Warto podkreślić, że przepisy prawa nie przewidują limitu czasu dotyczącego zwolnienia z części dnia pracy. Jest to warunkowane programem obowiązkowych zajęć [2]. Nadto pracodawca fakultatywnie może przyznać pracownikowi podnoszącemu kwalifikacje zawodowe inne świadczenia, w szczególności zwrot opłaty za kształcenie, przejazd, podręczniki oraz zakwaterowanie.

Powyższe udogodnienia pracodawca musi zapewnić pracownikowi jedynie w sytuacji, gdy jest on zatrud-

niony na podstawie umowy o pracę i uzyskał zgodę pracodawcy na udział w danej formie kształcenia lub został przez pracodawcę skierowany. Natomiast w przypadku gdy podjął on naukę bez skierowania, pracodawca może przyznać pracownikowi urlop szkoleniowy oraz inne udogodnienia, lecz nie ma takiego obowiązku ustawowego. Wówczas wymiar urlopu i rodzaj ewentualnych innych ułatwień będą zależały od możliwości finansowych pracodawcy i jego dobrej woli.

Wzajemne prawa i obowiązki stron dotyczące ułatwień podczas podnoszenia kwalifikacji zawodowych powinna określać umowa zawarta na piśmie pomiędzy pracownikiem a pracodawcą (tzw. umowa szkoleniowa). W umowie tej można określić również czas, w jakim pracownik będzie zobowiązany do pozostawania w zatrudnieniu po ukończeniu nauki. Warto dodać, że postanowienia niniejszej umowy nie mogą być dla pracownika mniej korzystne aniżeli przewidziane przez przepisy prawa pracy [3].

W odniesieniu do pielęgniarek obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych nakłada również art. 61 *Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej* (dalej: u.z.p.p.) [4]. Nadto gwarantuje on prawo do doskonalenia zawodowego w ramach kształcenia podyplomowego. Ustawa wymienia następujące formy tego kształcenia: szkolenie specjalizacyjne (tzw. specjalizację), kurs kwalifikacyjny, kurs specjalistyczny oraz kurs dokształcający.

Pielęgniarki zatrudnione na podstawie umowy o pracę wyżej wskazane kształcenie odbywają na swój wniosek, na podstawie wydanego przez pracodawcę skierowania do organizatora kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych. W przypadku nieużycia takiego skierowania lub wykonywania pracy w ramach stosunku cywilnoprawnego kształcenie może być przeprowadzone na podstawie umowy zawartej bezpośrednio z organizatorem kształcenia (art. 61 ust. 3 i 4 u.z.p.p.).

Pielęgniarkom, które uzyskały skierowanie, pracodawca powinien przyznać urlop szkoleniowy w wymiarze do 28 dni roboczych ustalany w zależności od czasu trwania kształcenia (art. 65 ust. 1 u.z.p.p.). Dodatkowo jeśli dany kurs kończy się egzaminem państwowym, pracodawca może przyznać do 6 dni roboczych urlopu (dzieje się tak w przypadku odbywania kursu specjalizacyjnego). W razie potrzeby pracodawca powinien również zwolnić pielęgniarkę uczestniczącą w jednym z wymienionych kursów z części dnia pracy. Zarówno w przypadku urlopu, jak i zwolnienia zachowuje ona prawo do wynagrodzenia (płatne według zasad obowiązujących przy obliczaniu wynagrodzenia za urlop wypoczynkowy).

Niezależnie od powyższych ułatwień pracodawca – zgodnie z art. 62 ust. 2 u.z.p.p. – może przyznać pielęgniarcie dodatkowe świadczenia, takie jak: zwrot w całości lub części opłaty za naukę, zwrot kosztów przejazdu, zakwaterowania i wyżywienia (według zasad obowiązujących przy podróżach służbowych), a także udzielić dodatkowego urlopu szkoleniowego. Wybór danego przywileju zależy wyłącznie od decyzji pracodawcy [5].

Ustawa (...) o zawodach pielęgniarki i położnej, podobnie jak *Kodeks pracy*, dopuszcza możliwość zawarcia tzw. umowy szkoleniowej. Warto wskazać, że ustawodawca przewidział maksymalny czas, na jaki pracodawca może zobowiązać pielęgniarkę do pozostawania w stosunku pracy – czas ten wynosi 3 lata.

Pielęgniarkom uczestniczącym w którymś z wyżej wymienionych kursów lub innej formie kształcenia bez skierowania wydanego przez pracodawcę może zostać przyznany urlop bezpłatny oraz zwolnienie z części dnia pracy, lecz bez prawa do wynagrodzenia.

Cel, materiał i metody

Celem przeprowadzonego badania było poznanie opinii pielęgniarek na temat:

- ułatwień uzyskanych od pracodawcy z tytułu podjęcia kształcenia,
- faktycznych potrzeb odnośnie form pomocy podczas podnoszenia kwalifikacji zawodowych,
- powodów podjęcia kształcenia w ramach studiów magisterskich uzupełniających,
- planów dalszego kształcenia oraz jego form.

Badanie zostało przeprowadzone w 2014 r. wśród pielęgniarek kształcących się na trzecim roku studiów uzupełniających magisterskich kierunku pielęgniarstwo. Grupę badanych stanowiły wyłącznie kobiety świadczące pracę na podstawie umowy o pracę (90%) oraz umów cywilnoprawnych (10%). Wśród stu respondentek najliczniejszą grupę stanowiły pielęgniarki o 21–30-letnim stażu pracy w zawodzie (43%), 11–20 lat stażu miało 29%, a 1–10 lat przepracowało 20%. Najmniej liczną grupą były pielęgniarki świadczące pracę powyżej 30 lat (8%). W wieku 41–50 lat było 50% badanych, 31–40 lat – 22%, 20–30 lat – 17% i powyżej 50 lat – 11%. Żadna z pielęgniarek nie uzyskała od pracodawcy skierowania na studia.

Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety przygotowany na potrzeby niniejszej pracy. Pielęgniarki zostały powiadomione o anonimowości. Uzyskane wyniki opracowano procentowo i przedstawiono w **tabelach 1–4**.

Wyniki

Przeprowadzone badanie wykazało, że dla ponad połowy pielęgniarek powodem podjęcia studiów magisterskich uzupełniających była chęć zaspokojenia swoich ambicji. Nadzieje na uzyskanie wyższych zarobków wiąże ze skończeniem studiów i uzyskaniem tytułu magistra 27% badanych, a 15% ten tytuł naukowy daje poczucie większego poważania w środowisku zawodowym. Tylko 5% respondentek uznało, że ukończenie studiów pozwoli uniknąć ewentualnej utraty pracy (**Tabela 1**).

Tabela 1. Przyczyny podjęcia studiów magisterskich na kierunku pielęgniarstwo

Table 1. Reasons for masters study in nursing

| Podjęłam studia, ponieważ tytuł magistra:/I have started master studies because: | % |
|---|----|
| zaspokajają moje ambicje/it satisfies my ambitions | 53 |
| zapewnia mi wyższe zarobki/it gives me a higher earnings | 27 |
| daje mi większe poważanie w środowisku zawodowym/it gives me a greater respectability in the professional environment | 15 |
| chroni mnie przed zwolnieniem z pracy/it protects me against lay-off | 5 |

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Okazało się, że prawie połowie pielęgniarek podnoszących swoje kwalifikacje zawodowe pracodawca nie przyznał żadnych udogodnień (49%). Jedna czwarta mogła skorzystać z urlopu szkoleniowego w wymiarze do 10 dni roboczych w danym roku nauki, a zaledwie 7% uzyskało urlop szkoleniowy w wymiarze od 11 do 21 dni. Nielicznym pielęgniarkom pracodawca zezwolił na wcześniejsze opuszczanie miejsca pracy w celu punktualnego przybywania na zajęcia (6%). Ponadto 13% badanych mogło liczyć na partycypację pracodawcy w kosztach kształcenia (**Tabela 2**).

Tabela 2. Udogodnienia przyznawane pracownikom podnoszącym kwalifikacje zawodowe przez pracodawców

Table 2. Facilities for employees raising qualifications

| Z tytułu podjęcia studiów pracodawca:/Due to studying employer: | % |
|---|----|
| nie przyznał ani urlopu, ani innych udogodnień/he did not give study leave or other facilities | 49 |
| przyznał urlop szkoleniowy w wymiarze od 1 do 10 dni/he has given training leave from 1 to 10 days | 25 |
| partycypuje w kosztach kształcenia/he participates in the cost of education | 13 |
| przyznał urlop szkoleniowy w wymiarze od 11 do 21 dni/he gave training leave from 11 to 21 days | 7 |
| umożliwił wcześniejsze wychodzenie z pracy na zajęcia/he has given the possibility of early exit from work to class | 6 |

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Zdecydowana większość respondentek (83%) uznała, że w celu właściwego przygotowania się do zajęć i egzaminów potrzebuje urlopu szkoleniowego. Najwięcej z badanych wskazało, że optymalne byłoby 20 dni roboczych (22%) w danym roku nauki. Pozostałym wystarczyłoby odpowiednio 10 i 6 dni roboczych (15%), następnie 14 dni (13%) i aż 30 dni (12%). Spośród respondentek 6% stwierdziło, że potrzebne jest im 26 dni roboczych urlopu szkoleniowego. Natomiast 17% uznało, że taki urlop nie jest im w ogóle potrzebny (**Tabela 3**).

Tabela 3. Oczekiwania pracowników (pielęgniarek) wobec pracodawcy dotyczące wymiaru urlopu szkoleniowego

Table 3. Employees' expectations (nurses) towards the employer concerning the amount of the a training leave

| Sądzę, że w celu właściwego przygotowania się do zajęć i egzaminów potrzebuję urlopu szkoleniowego w wymiarze (na dany rok nauki):/In my opinion in order to properly prepare for classes and exams I require training leave: | % |
|---|----|
| 20 dni roboczych/20 working days | 22 |
| nie potrzebuję urlopu szkoleniowego/ I don't need training leave | 17 |
| 6 dni roboczych/6 working days | 15 |
| 10 dni roboczych/10 working days | 15 |
| 14 dni roboczych/14 working days | 13 |
| 30 dni roboczych/30 working days | 12 |
| 26 dni roboczych/26 working days | 6 |

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Badanie wykazało, że aż 85% pielęgniarek zamierza kontynuować naukę po ukończeniu studiów uzupełniających magisterskich. Najwięcej z nich ma w planach ukończyć specjalizację (40%), 19% zamierza pogłębiać wiedzę w ramach studiów podyplomowych, 10% – w ramach kursu kwalifikacyjnego, 9% – w ramach kursu specjalistycznego, a 4% – w ramach kursu doształcającego. Kurs językowy zamierza ukończyć 3%. Tylko 15% badanych nie planuje kontynuować kształcenia (**Tabela 4**).

Tabela 4. Plany pielęgniarek dotyczące kształcenia po zakończeniu studiów magisterskich

Table 4. Nurses training plans after graduation

| Po ukończeniu studiów planuję dalsze kształcenie w ramach:/After graduation, I plan to continue education in: | % |
|---|----|
| specjalizacji/specialization | 40 |
| studiów podyplomowych/postgraduate studies | 19 |
| nie planuję dalszej edukacji/I do not plan further education | 15 |
| kursu kwalifikacyjnego/qualification course | 10 |
| kursu specjalistycznego/special course | 9 |
| kursu doształcającego/training course | 4 |
| kursu językowego/language course | 3 |

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Dyskusja

Jakość opieki w podmiotach leczniczych w znacznym stopniu uzależniona jest od odpowiedniego przygotowania personelu medycznego. Jak wynika z badania RN4CAST, przeprowadzonego w 30 losowo wybranych szpitalach w Polsce, mającego na celu m.in. wykazanie, w jaki sposób zasoby kadry pielęgniarskiej oraz dobrostan pielęgniarek kształtują wyniki terapii i jakość opieki nad pacjentem [6], szpitale, w których zarządzający dostrzegli potrzebę doskonalenia personelu, wspierali personel w doskonaleniu, przeznaczali budżet i udzielali urlopów na szkolenia, rzadziej otrzymywały niską ocenę jakości opieki [7]. Badanie wykazało także, że pielęgniarki mają świadomość, iż podnosząc swoje kwalifikacje, gwarantują korzyści pracodawcy, jak również zapewniają bezpieczeństwo pacjentom [8].

Mimo wskazanych wyżej pozytywnych aspektów kierowania pielęgniarek na szkolenia pracodawcy niechętnie to robią. Przepisy prawa nakładają na nich obowiązek udzielenia urlopu szkoleniowego oraz zwalniania z części dnia pracy wyłącznie w sytuacji, gdy pielęgniarka uczestniczy w danej formie kształcenia na podstawie skierowania lub po uzyskaniu od nich zgody. Jak wynika z badania przeprowadzonego na potrzeby niniejszej pracy, żadna z pielęgniarek nie uzyskała skierowania na kształcenie w ramach studiów uzupełniających magisterskich. Jest to o tyle zrozumiałe, że skoro nie udzielając skierowania, pracodawca nie jest ograniczony przepisami prawa i może przyznać pracownikowi ułatwienia według własnej woli i aktualnych możliwości lub odmówić jakiegokolwiek pomocy, to większość wybiera takie właśnie rozwiązanie.

Warto wskazać, że istnieje grupa pracodawców, która dostrzega potrzebę pomocy pracownikom chcącym pogłębiać swoją wiedzę i dysponująca środkami na ten cel. Badanie wykazało, że połowa pielęgniarek mogła liczyć na pomoc w różnych formach ze strony pracodawcy. Najczęściej pracodawca udzielał im urlopu szkoleniowego w wymiarze do 10 dni roboczych w danym roku nauki (25%). Znacznie mniej badanych mogło liczyć na wyższy wymiar tego urlopu (do 21 dni). Niektórzy pracodawcy partycypowali w kosztach ponoszonych przez pielęgniarki z tytułu studiów. Nieliczni zezwolili pielęgniarkom na wcześniejsze opuszczanie miejsca pracy w celu umożliwienia im uczestnictwa w zajęciach (**Tabela 2**). Powyższe wskazuje na to, że ci pracodawcy, którzy są skłonni udzielać urlopu szkoleniowego, nie kierują się postanowieniami *Kodeksu pracy*, lecz przyznają go w wymiarze mniejszym, ale za to w każdym roku nauki. Pozostałe udogodnienia stosowane są dość rzadko.

Rozwiązania dotyczące ułatwień z tytułu kształcenia gwarantowane przez przepisy prawa nie są pozytywnie

oceniane przez samych zainteresowanych. Przeprowadzone badanie ujawniło, że choć w celu właściwego przygotowania się do zajęć i egzaminów większość pielęgniarek potrzebuje urlopu szkoleniowego, to w ich odczuciu wystarczające byłoby, gdyby wynosił on odpowiednio 20, 10 lub 6 dni. Natomiast część pielęgniarek uważa, że taki urlop w ogóle nie jest im potrzebny. Badanie pokazuje tym samym, że możliwość ewentualnego uzyskania dodatkowych świadczeń nie jest argumentem przemawiającym za podjęciem nauki przez pielęgniarki (**Tabela 3**).

Mimo tego, że pielęgniarki nie zawsze mogą liczyć na udzielenie im urlopu szkoleniowego oraz innych udogodnień z tytułu podjęcia studiów, widzą one potrzebę zdobywania i pogłębiania wiedzy oraz umiejętności. Aż 85% wykazało chęć kontynuacji nauki po ukończeniu studiów magisterskich i zdobyciu tytułu magistra. Najwięcej pielęgniarek jest zdecydowanych na odbycie specjalizacji w różnych dziedzinach pielęgniarstwa (40%). Prawie jedna czwarta planuje zostać słuchaczami studiów podyplomowych w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia. Pozostałe wskazywały na kursy: kwalifikacyjny, specjalistyczny i dokształcający. Niektóre z badanych widzą potrzebę ukończenia kursu językowego (3%) (**Tabela 4**). Powyższe dane wskazują, iż pielęgniarki nie chcą kończyć swojej edukacji na poziomie studiów wyższych. Zdecydowana większość widzi potrzebę dalszej edukacji w różnych formach, mimo że nie wiąże się to zazwyczaj ani ze znacznym wzrostem zarobków, ani z ochroną przed utratą pracy. Decyzję o rozpoczęciu lub kontynuowaniu nauki podejmują, kierując się własną ambicją (**Tabela 1**).

Wnioski

1. Pielęgniarki mimo tego, że nie zawsze mogą liczyć na ułatwienia ze strony pracodawców, widzą potrzebę podnoszenia swoich kwalifikacji, chcą się szkolić i podejmują szkolenie z własnej inicjatywy.
2. Większość pielęgniarek podejmuje naukę w różnych formach głównie po to, aby zaspokoić swoje ambicje, rzadziej liczą na wyższe zarobki.
3. Nie wszystkie pielęgniarki potrzebują urlopu szkoleniowego w celu właściwego przygotowania się do zajęć i egzaminów; część pielęgniarek sądzi, że wystarczający byłby urlop w wymiarze niższym, niż zakładają przepisy prawa.

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy. Dz.U. z 1974 r. Nr 24, poz. 141 z późn. zm.
2. Nowe zasady podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez pracowników, <http://www.mpips.gov.pl/prawo-pracy/zmiany-kodeksu-pracy/zmiany-obowiazujace-od-2010-r/-nowe-zasady-podnoszenia-kwalifikacji-zawodowych-przez-pracownikow/> (data dostępu: 1.03.2015).

3. Muszalski M (red.). Kodeks pracy. Komentarz. Warszawa: C.H. Beck; 2007.
4. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Dz.U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039 ze zm.
5. Karkowska D. Prawo medyczne dla pielęgniarek. Warszawa: Wolters Kluwer; 2013. 336.
6. Przewoźniak L, Kózka M, Cisek M, Gajda K, Brzyski P, Ogarek M, Gabrys T, Brzostek T. Organizacja i zakres badań RN4CAST (Registered Nurse Forecasting) dotyczących planowania zatrudnienia w pielęgniarstwie w Polsce. Zdr Publ Zarz. 2012; 10 (B): 266–276.
7. Brzostek T, Kózka M, Gabrys T, Brzyski P, Ogarek M, Cisek M, Przewoźniak L, Ksykiewicz-Dorota A. Wybrane czynniki determinujące jakość opieki pielęgniarskiej w szpitalach posiadających oddziały ratunkowe. Wyniki projektu RN4CAST.
8. Kilańska D. Brzemie czepka, czyli pielęgniarki całej Europy łączcie się, <http://www.termedia.pl/Brzemie-czepka-czyli-pielęgniarki-calej-Europy-laczcie-sie,16258.html> (data dostępu: 4.03.2015).

Artykuł przyjęty do redakcji: 31.03.2015
Artykuł przyjęty do publikacji: 15.03.2016

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Joanna Zdanowska
ul. Mariana Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań
tel.: 60 861 22 50
e-mail: jzdano@ump.edu.pl
Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ZACHOWANIA ŻYWIENIOWE PIELEŃNIAREK W ŚRODOWISKU PRACY

NURSES' EATING HABITS IN THE WORKPLACE

Grażyna Gładysz¹, Ewa Kobos², Józefa Czarnecka³, Jacek Imiela²

¹ Centrum Kompleksowej Rehabilitacji, Konstancin

² Zakład Pielęgniarstwa Społecznego
Warszawski Uniwersytet Medyczny

³ Zakład Podstaw Pielęgniarstwa
Warszawski Uniwersytet Medyczny

DOI: <http://dx.doi.org/10.20883/pielpol.2016.3>

STRESZCZENIE

Wstęp. Zachowania żywieniowe to postawy i sposoby postępowania człowieka, które w bezpośredni sposób powiązane są z zaspokajaniem potrzeb żywieniowych. Wśród czynników warunkujących zachowania żywieniowe wskazuje się rodzaj wykonywanej pracy oraz zawodów.

Cel. Głównym celem badań była analiza zachowań żywieniowych pielęgniarek w środowisku pracy.

Materiał i metody. W badaniu wzięło udział 140 pielęgniarek. Dobór próby do badań był celowy i polegał na świadomym wybraniu terenu badań, jakim był szpital, oraz osób mających minimum roczny staż pracy w zawodzie. W celu zebrania danych wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety. Analizę danych przeprowadzono z użyciem programów SPSS Statistics i Statistica.

Wyniki. W badanej grupie pielęgniarki z oddziałów zachowawczych spożywały większą liczbę posiłków niż te z oddziałów operacyjnych. Pielęgniarki pracujące w systemie jednonożnym częściej spożywały 3 średnie posiłki dziennie, pracujące w systemie równoważnym – 4–5 mniejszych. Jak wynika z badań, pielęgniarki pracujące na nocnej zmianie częściej spożywają posiłki niż pielęgniarki niepracujące w tym czasie. Badane rzadko wypijały w pracy: soki owocowe i warzywne, napoje mleczne, napoje gazowane i niegazowane. Przekąskami rzadko spożywanymi w pracy były: owoce, serki/jogurty, słodczyce, chipsy, orzeszki. Dania typu instant częściej były spożywane w oddziałach zabiegowych.

Wnioski. Na zachowania żywieniowe pielęgniarek w środowisku pracy nie ma wpływu dostępność do stołówki/baru w miejscu pracy. Zmienne: staż pracy, system pracy i rodzaj oddziału mają wpływ na prezentowane przez pielęgniarki zachowania żywieniowe w pracy.

SŁOWA KLUCZOWE: pielęgniarka, zachowania żywieniowe, środowisko pracy.

ABSTRACT

Introduction. Eating habits are human behaviours and attitudes, directly connected with fulfilling nutritional needs. Some indicated determinants of eating behaviours are a type of work and occupation.

Aim. The main aim of the study was analysis of nurses' eating habits in the workplace.

Material and methods. 140 nurses took part in the research. Sampling was chosen intentionally and included a conscious selection of the research area and staff having at least one year's experience in the job. A method of a diagnostic pool by means of the author's own questionnaire was used to collect the data, later analysed using the SPSS Statistics and Statistica programme.

Results. Among the study group, nurses from non-invasive treatment wards consumed a higher number of meals when compared to the surgical ward nurses. Nurses working on a one-shift pattern consumed 3 medium meals a day, and those with flexible working hours – 4-5 smaller meals. Research showed that nurses working during the night shift reached out for food more frequently than those working other shifts. Respondents rarely drank fruit and vegetable juices, milk, sparkling and still drinks. Among snacks that were rarely chosen at work were: fruit, yoghurts / dairy products, sweets, crisps, nuts. Instant food was among the most often consumed products at medical treatment wards.

Conclusions. Eating habits of nurses are not influenced by the access to the canteen / restaurant at work. Variables such as the length of employment, shift pattern and type of a ward show not to have impact on nurses' eating habits at work.

KEYWORDS: nurse, eating habits, workplace.

Wprowadzenie

Zachowania żywieniowe to postawy i sposoby postępowania człowieka, które w bezpośredni sposób powiązane są z zaspokajaniem potrzeb żywieniowych

[1]. Postępowanie człowieka w sferze żywieniowej jest zależne od wielu czynników, m.in. tych związanych z rodzajem wykonywanej pracy (np. praca zmianowa oraz nocna) oraz zawodem [2]. Bariery lub udogodnie-

niem we wprowadzaniu zmian żywieniowych może być środowisko fizyczne – infrastruktura usługowa, miejsce spożycia posiłków, dostępność żywności – które może istotnie wpłynąć na ilość i jakość spożytego pożywienia [3]. Do zadań szpitala należą działania zarówno na rzecz poprawy warunków pracy, jak i promowania zdrowego żywienia wśród personelu [4], co może przyczynić się do wzrostu satysfakcji personelu z pracy, wzrostu skuteczności i wydajności pracy szpitala oraz poprawy jakości udzielanych świadczeń [5].

Cel pracy

Celem prezentowanych badań jest analiza zachowań żywieniowych pielęgniarek w środowisku pracy. Sformułowano następujące pytanie badawcze: czy zmienne opisujące charakter i warunki pracy – staż pracy, system pracy, rodzaj oddziału, dostępność do stołówki/baru w miejscu pracy – mają znaczenie w prezentowanych przez pielęgniarki zachowaniach żywieniowych w pracy?

Materiał i metody

Grupę badaną stanowiło 140 pielęgniarek pracujących w oddziałach szpitalnych nie krócej niż rok. Do zebrania materiału badawczego wykorzystano kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji. Przed przystąpieniem do badań właściwych rozdano 20 ankiet pilotażowych w celu weryfikacji narzędzia badawczego i zakresu badań. Analizy statystyczne wykonano, wykorzystując program SPSS. Wyniki przedstawiono za pomocą frakcji procentowych, statystyk opisowych oraz metod statystycznych.

W badaniu wzięły udział respondenci w wieku 23–56 lat – w wieku 23–29 lat było 66 (47%) badanych, w wieku 20–39 lat – 24 (17%) badanych, 40–49 lat – 38 (27%) badanych oraz > 50 lat – 12 (9%) badanych. Średnia wieku wynosiła 34,3 roku (SD = 10). W badanej grupie wykształcenie wyższe miało 114 (81%) ankietowanych, średnie zawodowe – 29 (19%). Badane osoby pracowały w zawodzie od roku do 35 lat, średni staż pracy wyniósł 12,8 roku (SD = 11). W oddziałach zabiegowych pracowało 85 (61%) respondentek, w oddziałach zachowawczych – 55 (39%). Spośród ankietowanych 109 (78%) pracowało w systemie pracy równoważnym, czyli praca odbywała się w ciągu dnia i w nocy po 12 godzin.

Wyniki

Analizując materiał badawczy, uzyskano następujące wyniki. Najwięcej ankietowanych – 58 (41%) – najczęściej spożywało 3 średnie posiłki, 33 (24%) badane – 4–5 mniejszych. Pielęgniarki pracujące w systemie równoważnym i 12-godzinnym w ciągu dnia spożywają w pracy więcej posiłków niż pracujące w systemie jednozmianowym. Nie wykazano zależności istotnie statystycznej ($p = 0,327$) między systemem pracy a liczbą posiłków spożywanych w pracy. Dane prezentuje **tabela 1**.

Tabela 1. Liczba posiłków spożywanych w pracy a system pracy
Table 1. Number of meals consumed at work and type of the working pattern

| Zmienne/Factors | Liczba spożywanych posiłków w pracy/ Number of meals consumed at work | | | | |
|---|--|--|--|----------------|--------|
| | 4–5 mniejszych posiłków/ 4–5 smaller meals | 3 średnie posiłki/ 3 medium meals | 1–2 duże posiłki/ 1–2 large meals | Inna/ Other | |
| System pracy/ Type of working pattern | $\chi^2 = 10,29$ (df = 9); $p = 0,327$ | | | | |
| Jedna zmiana 8 godzin/ One shift 8 hours | N (%) | 0 (0) | 8 (57) | 4 (29) | 2 (14) |
| Równoważny/ Flexible working time | N (%) | 27 (25) | 44 (40) | 32 (30) | 6 (5) |
| 12 godzin w ciągu dnia/ 12 hours a day | N (%) | 4 (36) | 5 (46) | 2 (18) | 0 (0) |
| Inny/Other | N (%) | 2 (33) | 1 (17) | 3 (50) | 0 (0) |

p – prawdopodobieństwo testowe/probability value,
 χ^2 – wartość testu chi-kwadrat/value of the chi-square test

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

W badanej grupie 28 (44%) pielęgniarek spożywających w pracy 1–2 duże posiłki miało do 5 lat stażu pracy w zawodzie, 3 (50%) miały staż pracy od 6 do 10 lat, kolejne 10 (32%) – 11–20 lat. Pielęgniarki powyżej 20 lat stażu pracy w ogóle nie jadły 1–2 posiłków, ale 23 (59%) z nich spożywały w pracy 3 średnie posiłki, a 14 (36%) – 4–5 mniejszych. Stwierdzono zależność istotnie statystyczną ($p < 0,001$) między stażem pracy a liczbą spożywanych posiłków w pracy. Dane prezentuje **tabela 2**.

Tabela 2. Liczba posiłków spożywanych w pracy a staż pracy
Table 2. Number of meals consumed at work and work experience

| Zmienne/Factors | Liczba spożywanych posiłków w pracy/ Number of meals consumed at work | | | |
|--------------------------------|--|--|--|----------------|
| | 4–5 mniej- szych posiłków/ 4–5 smaller meals | 3 średnie posiłki/ 3 medium meals | 1–2 duże posiłki/ 1–2 large meals | Inna/ Other |
| Staż pracy/ Work experience | $\chi^2 = 26,88$ (df = 9); $p < 0,001$ | | | |
| 0–5 lat/0–5 years | N (%) 12 (19) | 19 (30) | 28 (44) | 5 (7) |
| 6–10 lat/6–10 years | N (%) 1 (17) | 2 (33) | 3 (50) | 0 (0) |
| 11–20 lat/11–20 years | N (%) 6 (19) | 14 (45) | 10 (32) | 1 (4) |
| > 20 lat/> 20 years | N (%) 14 (36) | 23 (59) | 0 (0) | 2 (5) |

p – prawdopodobieństwo testowe/probability value,

χ^2 – wartość testu chi-kwadrat/value of the chi-square test

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Z analizy porównawczej wynika, że liczba spożywanych w pracy posiłków w ciągu dnia zależy od rodzaju oddziały (p = 0,035). W oddziałach zachowawczych pielęgniarki spożywały większą liczbę posiłków niż w oddziałach zabiegowych, co może wynikać ze zróżnicowanego charakteru pracy na tych oddziałach. Liczba posiłków spożywanych przez pielęgniarki mające dostęp do stołówki/baru w miejscu pracy jest porównywalna z liczbą posiłków spożywanych przez pielęgniarki, które nie mają w pracy stołówki/baru (38% vs 42% – 3 średnie posiłki). Z badań wynika, że pielęgniarki nie spożywają regularnie obiadów w pracy. System pracy różnicuje regularność spożycia podwieczorku (p = 0,031). W grupach jednorodnych nie wykazano istotnych statystycznie różnic. Są istotnie statystyczne różnice między grupami „inny” i „praca 12-godzinna w ciągu dnia”. Osoby pracujące w systemie pracy „inny” regularniej spożywały podwieczorek niż osoby pracujące w systemie pracy 12 godzin w ciągu dnia. Nie ma istotnych statystycznie różnic (p = 0,165) w regularności spożywania kolacji w pracy w zależności od systemu pracy. Są istotnie statystyczne różnice między grupami „praca jednozmianowa 8-godzinna” i „praca 12-godzinna w ciągu dnia”. Osoby pracujące w systemie pracy jednozmianowej regularniej spożywały ko-

lację niż osoby pracujące w systemie pracy 12 godzin w ciągu dnia. Dane prezentuje **tabela 3**.

Tabela 3. Regularność spożycia posiłków w pracy a system pracy
Table 3. Regularity of meal consumption at work and the type of the working pattern

| Zmienne/Factors | Suma kwadratów/ The sum of the squares | df | Średni kwadrat/ Average square | P Probabi- lity value | |
|--|---|--------|-----------------------------------|--------------------------------|-------|
| System pracy/Type of the working pattern | | | | | |
| Śniadanie/ Breakfast | między grupami/ between groups | 0,499 | 3 | 0,166 | 0,568 |
| | wewnątrz grup/ within groups | 27,976 | 114 | 0,245 | |
| | ogółem/ total | 28,475 | 117 | | |
| Drugie śniadanie/ Second breakfast | między grupami/ between groups | 1,446 | 3 | 0,482 | 0,099 |
| | wewnątrz grup/ within groups | 21,054 | 94 | 0,224 | |
| | ogółem/ total | 22,500 | 97 | | |
| Obiad/ Dinner | między grupami/ between groups | 0,515 | 3 | 0,172 | 0,568 |
| | wewnątrz grup/ within groups | 31,733 | 125 | 0,254 | |
| | ogółem/ total | 32,248 | 128 | | |
| Podwieczorek/ Afternoon tea | między grupami/ between groups | 1,685 | 3 | 0,562 | 0,031 |
| | wewnątrz grup/ within groups | 13,870 | 77 | 0,180 | |
| | ogółem/ total | 15,556 | 80 | | |
| Kolacja/ Supper | między grupami/ between groups | 1,271 | 3 | 0,424 | 0,165 |
| | wewnątrz grup/ within groups | 23,680 | 97 | 0,244 | |
| | ogółem/ total | 24,950 | 100 | | |

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Różnice istotne statystycznie występują w regularności spożywania posiłków w pracy w zależności od stażu pracy (**Tabela 4**). Różnice te dotyczą posiłków głównych: śniadania (p = 0,029), obiadu (p = 0,036) i kolacji (p = 0,000).

Tabela 4. Regularność spożycia posiłków w pracy a staż pracy
Table 4. Regularity of meal consumption at work and work experience

| Zmienne/ Factors | Suma kwadratów/ The sum of the squares | df | Średni kwa- drat/ Average square | P Probability value | Zmienne/ Factors |
|---|---|--------|--|---------------------------|---------------------|
| Staż pracy/Work experience | | | | | |
| Śniadanie/ Breakfast | między grupami/ between groups | 2,159 | 3 | 0,720 | 0,029 |
| | wewnątrz grup/ within groups | 26,315 | 114 | 0,231 | |
| | ogółem/ total | 28,475 | 117 | | |
| Drugie śniadanie/ Second breakfast | między grupami/ between groups | 0,237 | 3 | 0,079 | 0,801 |
| | wewnątrz grup/ within groups | 22,263 | 94 | 0,237 | |
| | ogółem/ total | 22,500 | 97 | | |
| Obiad/ Dinner | między grupami/ between groups | 2,126 | 3 | 0,709 | 0,036 |
| | wewnątrz grup/ within groups | 30,122 | 125 | 0,241 | |
| | ogółem/ total | 32,248 | 128 | | |
| Podwieczorek/ Afternoon tea | między grupami/ between groups | 1,307 | 3 | 0,436 | 0,078 |
| | wewnątrz grup/ within groups | 14,248 | 77 | 0,185 | |
| | ogółem/ total | 15,556 | 80 | | |
| Kolacja/ Supper | między grupami/ between groups | 4,445 | 3 | 1,482 | 0,000 |
| | wewnątrz grup/ within groups | 20,505 | 97 | 0,211 | |
| | ogółem/ total | 24,950 | 100 | | |

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Wyniki badań nie wykazały różnic w regularności spożywania posiłków w pracy w zależności od rodzaju oddziały (p > 0,05). W badanej grupie 60 (43%) pielęgniarek nie potwierdziło faktu spożycia posiłków w porze nocnej w pracy, 86 (62%) – w porze nocnej w domu. Zimny posiłek nocny w pracy spożywało 66 (47%) respondentek. System pracy istotnie wpływa na spożywanie posiłków w pracy w porze nocnej (p = 0,046). Im dłuższy czas pracy w nocy, tym większa liczba spożywanych posiłków. Dane prezentuje **tabela 5**.

Pielęgniarki ze stażem pracy 6–10 lat częściej spożywały w pracy posiłek w porze nocnej aniżeli respondenci ze stażem pracy 0–5 lat oraz powyżej 20 lat (**Tabela 6**). Staż pracy ma istotnie znaczenie w spożyciu posiłków w porze nocnej w pracy (p = 0,000).

Tabela 5. Spożycie posiłków w porze nocnej w pracy a system pracy
Table 5. Meals consumption during the night at work and the type of the working pattern

| Zmienne/Factors | Spożycie posiłku w porze nocnej w pracy/ Meals consumption during the night at work | | | | |
|--|--|------------------------------------|--------------------------------------|----------------|--------|
| | Posiłek zimny/ Cold meal | Posiłek ciepły/ Warm meal | Nie spożywam/ Don't consume | Inny/ Other | |
| System pracy Type of the working pattern | | | | | |
| $\chi^2 = 17,20$ (df = 9); p = 0,046 | | | | | |
| Jedna zmiana | | | | | |
| 8 godzin/ One shift 8 hours | N (%) | 3 (21) | 0 (0) | 9 (64) | 2 (15) |
| Równoważny/ Flexible working time | N (%) | 63 (58) | 4 (4) | 35 (32) | 7 (6) |
| 12 godzin w ciągu dnia/ 12 hours a day | N (%) | 6 (55) | 2 (18) | 3 (27) | 0 (0) |
| Inny/Other | N (%) | 2 (33) | 0 (0) | 4 (67) | 0 (0) |

p – prawdopodobieństwo testowe/probability value,
 χ^2 – wartość testu chi-kwadrat/value of the chi-square test

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Tabela 6. Spożycie posiłków w porze nocnej w pracy a staż pracy
Table 6. Meals consumption during the night at work and work experience

| Zmienne/Factors | Spożycie posiłku w porze nocnej w pracy/ Meals consumption during the night at work | | | | |
|--------------------------------------|--|------------------------------------|--------------------------------------|----------------|--------|
| | Posiłek zimny/ Cold meal | Posiłek ciepły/ Warm meal | Nie spożywam/ Don't consume | Inny/ Other | |
| Staż pracy/Work experience | | | | | |
| $\chi^2 = 39,05$ (df = 9); p = 0,000 | | | | | |
| 0–5 lat/0–5 years | N (%) | 37 (58) | 1 (1) | 25 (40) | 1 (1) |
| 6–10 lat/6–10 years | N (%) | 2 (33) | 3 (50) | 1 (17) | 0 (0) |
| 11–20 lat/11–20 years | N (%) | 15 (52) | 0 (0) | 11 (35) | 4 (13) |
| > 20 lat/> 20 years | N (%) | 19 (49) | 2 (5) | 14 (36) | 4 (10) |

p – prawdopodobieństwo testowe/probability value,
 χ^2 – wartość testu chi-kwadrat/value of the chi-square test

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

To, w jakim oddziale pracowały pielęgniarki, nie miało istotnego wpływu na spożycie posiłków w pracy w porze nocnej (p = 0,065). Zimny posiłek w nocy spożywały 83 (59%) pielęgniarki mające w pracy dostęp do stołówki/baru. Posiłek taki nie był w ogóle spożywany przez 53 (38%) ankietowane. Żadna osoba z grupy badanej nie wskazała na spożycie ciepłego posiłku w pracy w porze nocnej. Analizy statystyczne nie potwierdziły istotnego związku między spożyciem posiłku w pracy w porze nocnej a możliwością korzystania ze stołówki/baru na terenie zakładu pracy (p = 0,260). Dane prezentuje **tabela 7**.

Tabela 7. Dostępność stołówki/baru w miejscu pracy a liczba spożywanego posiłków, spożycie posiłków w porze nocnej

Table 7. Access to the canteen/restaurant at work and the number of meals consumed, meals consumed at night

| Dostępność stołówki/baru w pracy/ Access to the canteen/restaurant at work | | Liczba spożywanego posiłków w pracy/ Number of meals consumed at work | | | Inna/ Other |
|---|-------|--|--------------------------------------|--------------------------------------|----------------|
| | | 4–5 mniejszych posiłków/ 4–5 smaller meals | 3 średnie posiłki/ 3 medium meals | 1–2 duże posiłki/ 1–2 large meals | |
| Nie/No | N (%) | 8 (20) | 15 (39) | 13 (33) | 3 (8) |
| Tak/Yes | N (%) | 25 (25) | 43 (43) | 28 (28) | 5 (5) |
| Dostępność stołówki/baru w pracy/ Access to the canteen/restaurant at work | | Spożycie posiłku w porze nocnej w pracy/ Meals consumption during the night at work | | | |
| | | Posiłek zimny/ Cold meal | Posiłek ciepły/ Warm meal | Nie spożywan/ Don't consume | Inny/ Other |
| Nie/No | N (%) | 23 (59) | 0 (0) | 15 (38) | 1 (3) |
| Tak/Yes | N (%) | 51 (51) | 6 (6) | 36 (36) | 8 (8) |

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Wyniki badań nie wykazały różnic istotnych statystycznie w spożyciu określonych grup produktów spożywczych (mięsa, nabiału, tłuszczów, owoców, warzyw, pieczywa, kasz, słoicy) w zależności od rodzaju oddziału oraz systemu pracy ($p > 0,05$). Różnice istotne statystycznie występują w spożyciu warzyw surowych w porównaniu z innymi produktami. Ankietowane jedzą istotnie mniej warzyw surowych niż pozostałych produktów ($p = 0,001$). Występuje istotna różnica w częstotliwości spożywania niektórych produktów w zależności od stażu pracy badanych. Różnice widoczne są w spożyciu pieczywa razowego ($p = 0,023$), oleju i margaryny ($p = 0,008$), smalcu ($p = 0,019$) oraz owoców ($p = 0,026$). Osoby ze stażem pracy $> 5-10$ lat spożywają istotnie mniej pieczywa razowego niż osoby z pozostałych dwóch grup wiekowych. Jakkolwiek istnieją różnice między grupami w rozkładzie średnich, to nie ma istotnych zależności między stażem pracy a spożywaniem wskazanych produktów spożywczych. Respondentki ze stażem pracy $> 5-10$ lat spożywają istotnie mniej tłuszczów roślinnych niż osoby z pozostałych grup oraz mniej smalcu niż osoby ze stażem $> 10-20$ lat.

Badane osoby rzadko wypijały w pracy soki owocowe, soki warzywne, napoje gazowane, napoje niegazowane oraz napoje mleczne. Pielęgniarki mające dłuższy staż pracy w zawodzie częściej piły kawę w pracy ($p < 0,05$). Nie wykazano istotnych statystycznie różnic w częstotliwości picia napojów w pracy w zależności

od systemu pracy badanych. Pracownice oddziałów zachowawczych częściej piły kawę w pracy niż pracownice oddziałów zabiegowych ($p = 0,023$).

Pielęgniarki rzadko spożywały w pracy przekąski typu: owoce, jogurty/serki, słodycze, chipsy i orzeszki. Analiza korelacji pomiędzy częstością spożywania poszczególnych przekąsek w pracy a stażem pracy respondentek wykazała, że osoby z dłuższym stażem pracy rzadziej spożywały między posiłkami w pracy jogurty/serki ($p < 0,05$). Grupą najczęściej spożywającą przekąski w pracy jest grupa zawodowa ze stażem pracy 6–10 lat. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic pomiędzy pracownicami pracującymi w różnych systemach pracy oraz w różnych oddziałach pod względem częstości spożycia przekąsek w pracy. Spośród przekąsek najczęściej spożywane są w pracy kanapki. Z danych wynika, że środowisko pracy nie sprzyja zwiększonej częstotliwości spożycia dań typu: gotowe produkty mrożone, posiłki typu „fast food”, półprodukty oraz wyroby garmazeryjne podczas dyżuru ($p < 0,05$) w porównaniu ze środowiskiem domowym. Nie było różnic w spożyciu dań gotowych pomiędzy osobami, które miały zapewnione posiłki przez pracodawcę oraz dostęp do stołówki/baru w miejscu pracy, a tymi osobami, którym tego nie zapewniono ($p \geq 0,05$). Dane prezentuje **tabela 8**.

Tabela 8. Średnia częstotliwość spożycia poszczególnych dań w pracy a dostępność stołówki/baru na terenie zakładu pracy

Table 8. Average frequency of meals consumed at work and the access to the canteen/restaurant at work

| Rodzaj dania/ Type of meal | Dostępność stołówki/baru/ Availability of the canteen/restaurant | Średnia/ Mean | SD Standard deviation | P Probability value |
|---|---|------------------|--------------------------|------------------------|
| Dania typu instant/ Instant food | Nie/No | 1,85 | 0,99 | 0,664 |
| | Tak/Yes | 1,79 | 1,01 | |
| Gotowe produkty pakowane próżniowo/ Ready-made products vacuum sealed | Nie/No | 1,82 | 1,00 | 0,665 |
| | Tak/Yes | 1,76 | 1,01 | |
| Gotowe produkty mrożone/ Ready-made frozen products | Nie/No | 1,33 | 0,66 | 0,066 |
| | Tak/Yes | 1,62 | 0,86 | |
| Produkty typu „fast food”/ Fast food products | Nie/No | 1,62 | 0,75 | 0,492 |
| | Tak/Yes | 1,52 | 0,72 | |
| Półprodukty/ Processed food | Nie/No | 1,49 | 0,72 | 0,322 |
| | Tak/Yes | 1,66 | 0,86 | |
| Dania zamawiane do domu/ do pracy/ Takeaway food delivered to home/work | Nie/No | 2,00 | 1,41 | 0,728 |
| | Tak/Yes | 1,70 | 0,67 | |
| Konserwy/ Preserved food | Nie/No | 1,95 | 0,92 | 0,142 |
| | Tak/Yes | 1,73 | 0,94 | |
| Wyroby garmazeryjne/ Ready to eat food (cold) | Nie/No | 1,87 | 0,89 | 0,605 |
| | Tak/Yes | 1,97 | 0,93 | |

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Pracownice oddziałów zabiegowych częściej w pracy spożywały dania typu instant niż pracownice oddziałów zachowawczych. Nie wykazano istotnych różnic w częstotliwości spożycia dań gotowych w pracy w zależności od systemu pracy respondentek.

Dyskusja

Niniejsza praca stanowi próbę oceny zachowań żywieniowych pielęgniarek w środowisku pracy. Jednym z czynników mogących mieć wpływ na prezentowane przez pielęgniarki zachowania żywieniowe jest system pracy. Praca zmianowa jest utożsamiana z niezdrowymi nawykami żywieniowymi [6–8] oraz łączy się ze wzrostem ryzyka występowania chorób wśród personelu [9]. W badanej grupie dominowały osoby pracujące w systemie równoważnym. Jak podkreśla się w literaturze, praca w godzinach nocnych jest wyczerpująca i stresująca [10]. U osób pracujących w nocy zmienia się rytm okołodobowy.

W czasie nocnego czuwania wzmagają się głód i potrzeba spożycia posiłku [6]. Posiłki nocne są zazwyczaj monotonne, spożywane w pośpiechu, bez zwracania uwagi na okoliczności ich spożycia [11]. Szpital jako miejsce pracy nie gwarantuje zazwyczaj dostępu do korzystnych zdrowotnie posiłków. Analizy własne potwierdzają częstsze spożycie posiłków w porze nocnej w pracy niż w domu. W pracy jest zwykle spożywany posiłek zimny – wskazują na to również wyniki uzyskane przez B. Bilskiego [12]. Zgodnie z zaleceniami nocny posiłek w pracy powinien być pełnowartościowy i ciepły, ze zmniejszoną zawartością węglowodanów, spożyty najpóźniej do godziny pierwszej w nocy. Wpływa on wtedy pozytywnie na funkcjonowanie organizmu, obniża zmęczenie i senność [13]. B. Bilski w swoich badaniach stwierdził, że potrawy typu „fast food” były najczęściej spożywane w porze nocnej przez 10% pielęgniarek jako posiłek ciepły [12]. Badania własne nie potwierdziły spożywania dań typu „fast food” w porze nocnej, natomiast 11% pielęgniarek spożywało tego typu dania w pracy kilka razy w miesiącu, a 30% przynajmniej raz w miesiącu. Blisko połowa badanych nie spożywała w pracy posiłku w porze nocnej – to spostrzeżenie znacznie odbiega od wyników B. Bilskiego, według których nie spożywało nocnego posiłku 17,6% badanych, a 10% piło wyłącznie kawę [12]. Respondentki ze stażem pracy > 5–10 lat częściej spożywały posiłki w porze nocnej niż osoby z pozostałych grup wiekowych. Wynikać to może z większego zapotrzebowania energetycznego, charakterystycznego dla grup młodszych wiekiem [14]. Syndrom podjadania w nocy w czasie wolnym od pracy wśród pielęgniarek, stwierdzony w prezentowanym badaniu, wykazały również badania G. Gawęł i wsp.:

19% osób spożywało posiłek zimny, a 14% – ciepły [15]. Wyniki badań potwierdzają, że gorsza jakość snu może zwiększać apetyt [6].

Zgodnie z zaleceniami norm żywienia człowieka liczba posiłków spożywanych w ciągu dnia powinna wynosić 4–5 [14]. Z badań J. Bielak i wsp. wynika, że 30% pielęgniarek spożywa 1–2 posiłki w ciągu dnia, 25% wychodzi z domu, nie zjadłszy śniadania [16]. W analizach własnych wykazano dwukrotnie większy odsetek spożycia 4–5 mniejszych posiłków w domu niż w pracy. Prawie trzykrotnie częściej były jadane 1–2 duże posiłki w pracy niż w domu.

Zgodnie z literaturą powielane błędy żywieniowe, takie jak: brak czasu, jedzenie w pośpiechu, nieregularność oraz mała częstotliwość spożywanych posiłków, stanowią czynniki ryzyka wystąpienia chorób serca, nadciśnienia, sprzyjają przybieraniu na wadze i w konsekwencji – otyłości [17–19]. W badanej grupie liczba spożywanych w pracy była zależna od stażu pracy, co potwierdziły również wyniki A. Filipczuk i I. Wrońskiej [20]. W badanej grupie liczba posiłków spożywanych przez osoby pracujące w oddziałach zachowawczych była większa niż liczba posiłków spożywanych przez osoby z oddziałów zabiegowych. Może to wynikać z innego tempa i organizacji pracy w tych oddziałach. O istotnych różnicach w odżywianiu pielęgniarek oddziałów zabiegowych i internistycznych napisali również w swojej pracy W.L. Lee i wsp. [21]. Pielęgniarki oddziałów chirurgicznych częściej traktowały odżywianie jako styl promujący zdrowie. W badanej grupie system pracy różnicował liczbę spożywanych posiłków w domu ($p = 0,027$), regularność spożycia obiadu ($p = 0,012$), podwieczorku ($p = 0,005$) w domu oraz podwieczorku w pracy ($p = 0,031$). Nie miał on natomiast wpływu na regularność spożycia posiłków w pracy. Wyniki badań L. Sochockiej i wsp. wskazują również, że tylko 6 (2,5%) spośród 245 pracowników ochrony zdrowia spożywa obiad w pracy [18]. W opinii pielęgniarek praca dwuzmianowa przyczynia się do nieregularności odżywiania oraz większego spożycia stymulatorów, takich jak mocna kawa i herbata [22].

Dostępność stołówki/baru nie wpływała na liczbę spożywanych posiłków w pracy w badanej grupie, co może wynikać np. z faktu niemożności wyjścia podczas pracy na obiad, braku uregulowań prawnych w tym względzie, wysokich cen proponowanych posiłków w barze/stołówce. Na zależność stosowanej diety od warunków materialnych wskazało 54,2% pielęgniarek badanych przez E. Warchoł-Sławińską i wsp. Z badań autorów wynika również, że 25% pielęgniarek odżywia się nieracjonalnie, natomiast 76% nie spożywa śniadań przed wyjściem do pracy [23]. Obowiązek zapewnienia przez pracodawcę posiłków i napojów pracowniko-

wi regulują art. 232 *Kodeksu pracy* [24] oraz przepisy *Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 28 maja 1996 r. w sprawie profilaktycznych posiłków i napojów* (Dz.U. z 1996 r. Nr 60, poz. 279) [25]. Mówią one, że gorący posiłek lub możliwość spożycia pełnowartościowego posiłku w punktach gastronomicznych przysługuje osobom pracującym w szczególnie uciążliwych warunkach – zapisy te nie odnoszą się zatem do pracy pielęgniarek.

Wykazano istotne statystycznie różnice w spożyciu niektórych przekąsek w domu i pracy. Przekąskami rzadziej spożywanymi w pracy niż w domu były: owoce, jogurty/serki, słodczy, chipsy i orzeszki. Warzywa, owoce, soki owocowe i warzywne, orzechy mogą służyć jako przekąski, gdyż uzupełniają zapotrzebowanie organizmu na witaminy i minerały. Zawierają małą ilość cukru, który spożywany w nadmiarze gromadzi się w postaci tkanki tłuszczowej [14]. Wnioski z badań innych autorów [16, 26–28] zdają się potwierdzać wyniki badań własnych na temat nieracjonalnego spożywania słodczy i przekąsek. Słodczy jako przekąska były spożywane przez 28 (20%) pielęgniarek codziennie w pracy i 47 (33,6%) codziennie w domu. Ogółem spożywała je codziennie jedna czwarta badanych. Z badań L. Sochockiej wynika, że 58 (25%) personelu medycznego uznaje podjadanie między posiłkami za metodę walki ze stresem związanym z sytuacjami trudnymi w środowisku pracy oraz przeciążeniem pracą [18]. Na fakt zwiększonego spożycia niezdrowych przekąsek wśród osób pracujących w systemie zmianowym zwrócono uwagę w pracy G. Heath i wsp. [7]. Wyniki badań własnych nie potwierdziły wskazywanego w literaturze [29] częstszego spożycia słodczy w pracy w związku z otrzymywaniem ich jako podziękowania od pacjentów lub ich rodzin.

W badanej grupie najczęściej spożywanym produktem spożywczym był nabiał. Nie oznacza to jednak, że jego konsumpcja była na wystarczającym poziomie. Według norm żywienia człowieka dzienne racje powinny zawierać trzy porcje nabiału i jego przetworów [14]. Częstość spożycia tych produktów w pracy była niższa niż w domu. Nabiał był spożywany tylko przez 61 (43%) badanych codziennie, natomiast przez 56 (40%) – 3–4 razy w tygodniu. O zbyt niskim spożyciu nabiału wśród personelu medycznego donoszą w swoich pracach również inni autorzy [15, 16, 28, 30]. Analiza badań własnych potwierdziła małą podaż ryb i przetworów rybnych w badanej grupie. Mniej więcej połowa respondentek jadła ryby 1–2 razy tygodniu, jedna trzecia – raz w miesiącu, a pozostałe ankietowane – jeszcze rzadziej. Małe spożycie ryb wśród lekarzy potwierdziły wyniki badań M. Gacek [26], a w grupie pielęgniarek i położnych – wyniki J. Bielak i wsp. [16]. Zgodnie z zasadami prawidłowego żywienia produkty zbożowe pełno-

ziarniste (kasze, makarony, pieczywo) powinny stanowić pięć porcji w ciągu dnia [14]. Codzienne spożycie pieczywa razowego deklarowały 44 (31,4%) ankietowane, kasz, makaronów i ryżu – 7 (5%), a ziemniaków – 5 (3,6%). Odniesienie do omawianych wyników badań własnych mogą stanowić przeprowadzone w grupie lekarzy [26] oraz pielęgniarek [16] badania, które potwierdzają, że te produkty są spożywane w niedostatecznej ilości. Badania własne nie potwierdziły wyników J. Bielak wskazujących na zbyt częste spożycie mięsa wśród pielęgniarek. Z badań własnych wynika, że owoce są drugim co do częstotliwości spożycia produktem wskazanym przez respondentki.

W badanej grupie nie ma osoby, która by jadła owoce rzadziej niż raz w tygodniu. Zgodnie z zaleceniami w ciągu dnia powinno się spożywać 3–4 porcje owoców [31], a zatem ich spożycie w badanej grupie należy uznać za niewystarczające. Na fakt niskiego spożycia tej grupy produktów zwrócono również uwagę w wynikach badań słuchaczy medycznego studium zawodowego [30], pielęgniarek i położnych [16] oraz pracowników ochrony zdrowia [18]. Na zbyt małe spożycie surowych warzyw i owoców każdego dnia zwrócili również uwagę inni autorzy [16, 32–34]. Z badań własnych wynika, że spożywane przez pielęgniarki w pracy posiłki to przede wszystkim kanapki oraz gotowe produkty spożywcze typu: posiłki pakowane próżniowo, mrożonki, produkty typu „fast food”, półprodukty, wyroby garmażeryjne, konserwy. Produkty te są ciężkostrawne, kaloryczne i zawierają konserwanty. Wyniki badań przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych wykazały, że 2475 (62%) pielęgniarek zjada „śmieciowe jedzenie” dwa lub więcej razy w tygodniu [35].

Wyniki badań własnych wskazują, że herbata jest najczęściej wypijanym napojem w pracy. Częste picie herbaty nie jest zalecane, gdyż nie wnosi korzyści pod względem odżywczym (jest napojem odwadniającym) [31]. Woda mineralna jest drugim po herbacie co do częstotliwości wypijania napojem w badanej grupie w pracy. Dorosły człowiek powinien wypijać około 2 litrów wody mineralnej w ciągu dnia. Spożycie wody mineralnej w środowisku medycznym na dość niskim poziomie potwierdzają wyniki badań prowadzonych w grupie lekarzy [26]. Jednym z błędów dietetycznych wpływającym niekorzystnie na organizm wykazany w badaniach B. Bilskiego jest wypijanie dużych ilości kawy i herbaty w godzinach nocnych, co prowadzi do zwiększenia utraty mikroelementów z organizmu [12]. Kawa wypijana jest przez pielęgniarki w pracy z podobną częstotliwością co woda. Kilka razy w ciągu dnia spożywało ją w pracy 53 (38%) badanych. Nie wykazano, aby system pracy sprzyjał wypijaniu większych ilości kawy w pracy. Niektórzy autorzy potwierdzają w swo-

ich badaniach nadmierne spożywanie kawy zwłaszcza w porze nocnej w pracy [12, 25]. Kawa jest istotnie częściej preferowanym napojem w pracy wśród respondentek z dłuższym stażem pracy. Wynikać to może z tego, że spożywana jako ciepły napój powoduje uczucie sytości i traktowana jest alternatywnie jako posiłek. Kawa jest napojem istotnie częściej wypijanym w oddziałach zachowawczych niż zabiegowych. Wyniki te mogą wiązać się z cechami środowiska pracy, jej charakteru i specyfiki. Badane osoby rzadziej piły w pracy niż w domu napoje typu: soki owocowe i warzywne, napoje mleczne, niegazowane i gazowane. System pracy pielęgniarek nie wpływał istotnie na częstość picia napojów w pracy.

Personel medyczny z racji wykonywanej pracy jest zobligowany do promowania zdrowia i aktywizowania społeczeństwa w zakresie preferowania zachowań prozdrowotnych, również w odniesieniu do żywienia. Ma to robić nie tylko poprzez edukację, ale przykład własny. W badaniach A. Filipczuk i I. Wrońskiej wszystkie ankietowane pielęgniarki potwierdziły, że ich postawy i zachowania zdrowotne mogą pozytywnie lub negatywnie wpływać na kształtowanie zachowań zdrowotnych ich podopiecznych [20].

Energia dostarczana wraz z pożywieniem służy do utrzymania na odpowiednim poziomie funkcjonowania organizmu, jego struktury, wzrostu i motoryki [14]. Ilość energii dostarczanej do organizmu powinna być adekwatna do zużywanej, a zatem sposób odżywiania personelu może wpływać na jego efektywność w pracy wymagającej wzmoczonej aktywności psychicznej i fizycznej. Pracodawca, mając na uwadze specyfikę pracy personelu pielęgniarskiego, powinien dążyć do tworzenia środowiska pracy promującego zdrowie. Racjonalne wydaje się rozpatrzenie poprawy warunków socjalno-bytowych pielęgniarek pracujących w systemach nocnych [12].

Wnioski

Na zachowania żywieniowe pielęgniarek w środowisku pracy nie ma wpływu dostępność do stołówki/baru w miejscu pracy. Pielęgniarki pracujące w oddziałach zachowawczych spożywają większą liczbę posiłków oraz wypijają więcej kawy. Pielęgniarki ze stażem pracy powyżej 10 lat spożywają większą liczbę posiłków w pracy, pielęgniarki ze stażem 6–10 lat spożywają częściej przekąski w pracy.

Piśmiennictwo

1. Gawęcki J, Mossor-Pietraszewska T (red.). Kompendium wiedzy o żywności, żywieniu i zdrowiu. Warszawa: PWN; 2014. 14.
2. Jeżewska-Zychowicz M. Zachowania żywieniowe i ich uwarunkowania. Warszawa: Wydawnictwo SGGW; 2007. 7.
3. Jeżewska-Zychowicz M. Zmiana zachowań żywieniowych a profilaktyka zdrowotna. Warszawa: Wydawnictwo SGGW; 2011. 39–41.
4. Woynarowska B. Edukacja zdrowotna. Warszawa: PWN; 2007. 264–266.
5. Karski J. Praktyka i teoria promocji zdrowia. Warszawa: CeDeWu; 2008. 222.
6. Buss J. Associations between obesity and stress and shift work among nurses. *Workplace Health Saf.* 2012; 60 (10): 453–458.
7. Heath G, Roach GD, Dorrian J, Ferguson SA, Darwent D, Sargent C. The effect of sleep restriction on snacking behaviour during a week of simulated shiftwork. *Accid Anal Prev.* 2012; 45: 62–67.
8. Wong H, Wong M, Wong S, Lee A. The association between shift duty and abnormal eating behavior among nurses working in a major hospital: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2010; 47 (8): 1021–1027.
9. Burdelak W, Peptońska B. Praca w nocy a zdrowie pielęgniarek i położnych – przegląd literatury. *Med Pr.* 2013; 64 (3): 397–418.
10. Olejniczak D. Praca zmianowa. *Mag Pielęg Pol.* 2012; (3): 18–19.
11. Zużewicz K, Kwarecki K, Waterhouse J. Skutki fizjologiczne pracy zmianowej i nocnej: poradnik organizatora pracy zmianowej. Warszawa: Centralny Instytut Ochrony Pracy 2001. 13–53.
12. Biłski B. Wpływ pracy zmianowej na sposób odżywiania się i patologię przewodu pokarmowego wśród pielęgniarek – wyniki badania pilotowego. *Med Pr.* 2006; 57 (1): 15–19.
13. Indulski JA, Makowiec-Dąbrowska T, Starzyński Z. Wpływ pracy nocnej na stan zdrowia. *Med Prakt.* 1989; 40 (3): 153–161.
14. Jarosz M, Respondek W, Wolnicka W. Zalecenia dotyczące żywienia i aktywności fizycznej. W: Jarosz M (red.). Normy żywienia dla populacji polskiej – nowelizacja. Warszawa: IŻiŻ; 2012. 154–155.
15. Gawęł G, Kin J, Twarduś K, Papiąta E. Zachowania prozdrowotne pielęgniarek. *Piel Potoż.* 2006; 48 (5): 23–26.
16. Bielak J, Krzyszycha R, Szponar B. Dietary habits of Nurses and midwives from Lublin and its region. *Ann UMCS, Sectio D Medicina.* 2006; 61 (2): 868–873.
17. Piórecka B, Markielowska A, Schlegel-Zawadzka M. Zwyczaje i wiedza żywieniowa pielęgniarek z województwa małopolskiego. *Bromat Chem Toksykol.* 2004; 37 suppl.: 101–106.
18. Sochocka L, Wojtyłko A, Grad I, Kiliś-Pstrusińska K. Sposób odżywiania pracowników ochrony zdrowia na przykładzie studentów niestacjonarnych PMWSZ w Opolu. *Piel Zdr Publ.* 2012; 2 (2): 109–112.
19. Zacharewicz K, Kucharska A, Sińska B. Ocena sposobu żywienia osób pracujących w systemie zmianowym. *Zdr Publ.* 2012; 122 (1): 24–28.
20. Filipczuk A, Wrońska I. Promocja zdrowia wśród pracowników ochrony zdrowia. *Ann UMCS.* 2003; 58 (supl.), 13, 5: 319–326.
21. Lee WL, Tsai SH, Tsai CW, Lee CY. A study on work stress, stress coping strategies and health promoting lifestyle among district hospital nurses in Taiwan. *J Occup Health.* 2011; 53 (5): 377–383.
22. Sokołowska B, Borzęcki AJ. Two-shift work versus selected elements of health behavior of nurses. *Ann UMCS.* 2005; 60, 90: 319–326.
23. Warchoń-Sławińska E, Włoch K. Zachowania zdrowotne pielęgniarek. *Zdr Publ.* 2003; 113 (1/2): 156–159.
24. Kodeks pracy 2015, art. 232.

25. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 maja 1996 r. w sprawie profilaktycznych posiłków i napojów. Dz.U. z 1996 r. Nr 60, poz. 279.
26. Gacek M. Zachowania żywieniowe i aktywność fizyczna w grupie lekarzy. *Probl Hig Epidemiol.* 2006; 92 (2): 254–259.
27. Warchoń-Sławińska E, Włoch K. Zachowania zdrowotne pielęgniarek. *Zdr Publ.* 2013; 113 (1/2): 156–159.
28. Piórecka B, Markielowska A, Schlegel-Zawadzka M. Sposób żywienia pielęgniarek, a ich przygotowanie do udzielania informacji w zakresie żywności i żywienia. W: Krajewska-Kułak E, Sierakowska M, Lewko J, Łukaszuk C (red.). *Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego.* Białystok: Akademia Medyczna w Białymstoku; 2005. 20–26.
29. Cheung ST. The effects of chocolates given by patients on the well-being of nurses and their support staff. *Nutr Health.* 2003; 17 (1): 65–9.
30. Cholewa-Zięciak H, Kret M. Ocena sposobu żywienia słuchaczek Medycznego Studium Zawodowego nr 6 w Krakowie. *Probl Hig.* 2000; 69: 78–82.
31. Jarosz M, Rychlik W. Populacja osób dorosłych. W: Jarosz M (red.). *Praktyczny podręcznik dietetyki.* Warszawa: Instytut Żywności i Żywienia; 2010. 87.
32. Soll A. Nieregularny tryb pracy a dieta lekarzy, pielęgniarek i ratowników medycznych Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu. Wrocław: PAN; 2011.15–17.
33. Ślusarska B, Nowicki G, Piasecka H. Zmiany sposobu żywienia, poziomu aktywności fizycznej oraz wskaźników BMI, WHR zależne od wieku wśród osób pracujących. *Piel XXI w.* 2009; 3: 5–10.
34. Zapka JM, Lemon SC, Manger RP, Hale J. Lifestyle behaviors and weight among hospital-based nurses. *Nurs Manag.* 2009; 17 (7): 853–860.
35. Tucker SJ, Harris MR, Pipe TB, Pipe TB, Stevens SR. Nurses' ratings of their health and professional work environments. *AAOHN J.* 2010; 58 (6): 253–267.

Artykuł przyjęty do redakcji: 22.10.2015

Artykuł przyjęty do publikacji: 03.12.2015

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Ewa Kobos
 ul. Erazma Ciołka 27
 01-445 Warszawa
 tel.: 22 877 35 97
 e-mail: kobewa@interia.pl
 Zakład Pielęgniarstwa Społecznego
 Warszawski Uniwersytet Medyczny

■ OPINIE NA TEMAT SZCZEPIENIA PRZECIWKO GRYPIE WŚRÓD PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA – DONIESIENIE WSTĘPNE

OPINIONS ON VACCINATION AGAINST INFLUENZA AMONG HEALTH CARE PROFESSIONALS – PRELIMINARY REPORT

Anna Marlena Grzela¹, Mariusz Panczyk², Joanna Gotlib²

¹ studentka pielęgniarstwa

Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia

Warszawski Uniwersytet Medyczny

DOI: <http://dx.doi.org/10.20883/pielpol.2016.4>

STRESZCZENIE

Wstęp. Centrum Prewencji i Kontroli Zakażeń w USA (CDC) oraz określony przez Głównego Inspektora Sanitarnego polski Program szczepień ochronnych (PSO) zalecają pracownikom medycznym regularne szczepienia przeciwko grypie. Ich celem jest zapewnienie zarówno bezpieczeństwa pacjentom, jak i prawidłowego funkcjonowania placówek medycznych.

Cel. Celem pracy była ocena wiedzy i postaw oraz częstości szczepień przeciwko grypie wśród wybranych grup pracowników służby zdrowia.

Materiał i metody. W badaniu wzięła udział grupa 90 pracowników ochrony zdrowia, w tym 30 farmaceutów, 30 lekarzy i 30 pielęgniarek. Badani mieszkali w Warszawie i jej najbliższej okolicy. Respondenci dobrowolnie wypełniali anonimową autorską ankietę.

Wyniki. W badanej grupie 3% farmaceutów, 17% pielęgniarek i 43% lekarzy deklaruje regularne szczepienia przeciwko grypie. W obecnej sytuacji epidemiologicznej szczepienia przeciwko grypie są szczególnie istotne według 13% farmaceutów i pielęgniarek oraz 50% lekarzy. Zdecydowana większość personelu nie ma pewności co do bezpieczeństwa szczepień, tylko 30% farmaceutów, 40% pielęgniarek i 70% lekarzy uznaje, że są bezpieczne.

Wnioski.

1. Mały procent personelu medycznego regularnie szczepi się przeciwko grypie, szczególnie niski stopień zaszczepienia występuje w grupie farmaceutów.
2. Wśród personelu lekarskiego obserwuje się wyższą niż wśród pielęgniarek i farmaceutów świadomość dotyczącą potrzeby szczepień.
3. Wyniki badań wskazują na rosnącą potrzebę szkoleń na temat bezpieczeństwa i skuteczności szczepień przeciwko grypie, ponieważ duża część personelu medycznego nisko ocenia wiarygodność tej formy profilaktyki zakażeń.

SŁOWA KLUCZOWE: grypa, szczepienia, lekarze, pielęgniarki, farmaceuci, postawy, opinie, ochrona zdrowia.

ABSTRACT

Introduction. Regular vaccinations against influenza are recommended to all health professionals by the American Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and the Polish Plan for preventive vaccination (PSO) as defined by the Chief Sanitary Inspector. This is supposed to ensure safety for patients and proper functioning of the health care centres.

Aim. Assessment of knowledge and attitudes as well as the rate of vaccination against influenza among selected groups of health professionals.

Material and methods. The study enrolled a total of 90 health care professionals, including 30 pharmacists, 30 physicians, and 30 nurses from Warsaw and its neighbourhood. Respondents voluntarily filled in an anonymous questionnaire developed by the authors.

Results. Among the study group, 3% of the pharmacists, 17% of the nurses, and 43% of the physicians reported to be vaccinated against influenza regularly. With the present epidemiological situation, vaccinations against influenza were of particular importance for 13% of the pharmacists and nurses as well as 50% of the physicians. A vast majority of the medical personnel had no certainty about the safety of vaccination, only 30% of the pharmacists, 40% of the nurses, and 70% of the physicians considered them safe.

Conclusions.

1. A small percentage of medical personnel regularly get vaccinations against influenza, with a particularly low vaccination rate among pharmacists.
2. Better awareness of the necessity for vaccination was observed among physicians compared to the groups of nurses and pharmacists.
3. Study results demonstrated a growing need for trainings on safety and effectiveness of vaccination against influenza since the reliability of this form of infection prevention was rated low by a great number of health care professionals.

KEYWORDS: influenza, vaccination, physicians, nurses, pharmacists, attitudes, opinions, health protection.

Wstęp

Grypa to choroba zakaźna wywoływana przez trzy typy wirusów – A, B i C. Niebezpieczne dla zdrowia pacjentów są przede wszystkim powikłania pogrypowe. Są one szczególnie groźne dla osób z grup podwyższonego ryzyka [1]. W kolejnych sezonach jesienno-zimowych grypa powraca z różnym nasileniem i obserwujemy coroczne epidemie. Według danych z 2007 r. na grypę rocznie zapada około 5–25% populacji, mimo to choroba jest stale lekceważona. Najskuteczniejszą i najlepszą metodą ochrony przed grypą są sezonowe szczepienia profilaktyczne.

Wirus grypy charakteryzuje się dużą zmiennością genetyczną, co prowadzi do powstawania nowych szczepów. Z tego powodu nie można przeprowadzić jego skutecznej eradykacji. Dlatego też infekcje wywołane wirusem grypy mogą się powtarzać wiele razy [2]. Co roku jest produkowana według wytycznych WHO nowa szczepionka przeciwko grypie [3]. Regularne szczepienia pracowników medycznych są ważne dla bezpieczeństwa pacjentów i prawidłowego funkcjonowania placówek medycznych. Dlatego od 2007 r. Centrum Prewencji i Kontroli Zakażeń w USA (CDC) i Główny Inspektor Sanitarny w polskim Programie szczepień ochronnych zalecają personelowi medycznemu szczepienia przeciwko grypie [1].

Cele pracy

Celem pracy była ocena wiedzy i postaw oraz częstości szczepień przeciwko grypie wśród wybranych grup pracowników służby zdrowia.

Materiał i metody

Charakterystyka badanej grupy

W badaniu wzięła udział grupa 90 pracowników ochrony zdrowia: 30 farmaceutów z aptek z Warszawy i jej okolic w promieniu 80 km oraz 30 lekarzy i 30 pielęgniarek z następujących szpitali: Wojewódzki Szpital Bródnowski, Wojskowy Instytut Medyczny, Instytut Kardiologii, Mazowieckie Centrum Chorób Płuc i Gruźlicy w Otwocuku, oraz przychodni z Warszawy i jej okolic w promieniu 80 km.

Badanie miało charakter dobrowolny, ale zdecydowana większość lekarzy oraz wszystkie pielęgniarki i farmaceutyci zaproszeni do badania wzięli w nim udział. Wśród uczestników rozprowadzono 105 ankiet, z których 90 zostało wypełnionych (85,71% zwrotu). Wszystkie zwrócone ankiety zostały włączone do badania.

Badana grupa respondentów charakteryzowała się brakiem rozkładu normalnego, jeśli chodzi o wiek (test Shapiro-Wilka, $p = 0,0045$) (**Tabela 1**).

Tabela 1. Parametry opisu statystycznego badanej populacji – wiek
Table 1. Statistical parameters of the study population: age

| N/No. | Średnia wieku/ Mean age | Mediana/ Median | Moda/ Modal value | Liczebność mody/ Number of modal value | Min. wiek/ Min. age | Maks. wiek/ Max. age | Dolny kwartył/ Lower quartile | Górny kwartył/ Upper quartile | Odch. standard./ Standard deviation |
|-------|----------------------------|--------------------|----------------------|---|------------------------|-------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--|
| 90 | 41 | 40 | 35 | 7 | 21 | 65 | 31 | 52 | 12 |

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Porównanie wieku respondentów reprezentujących różne zawody wskazuje na istotne różnice między farmaceutami a pielęgniarkami (test U Manna-Whitneya, $p = 0,0002$) i lekarzami (test U Manna-Whitneya, $p = 0,0108$). Natomiast pielęgniarki i lekarze biorący udział w badaniu nie różnili się istotnie wiekiem (test U Manna-Whitneya, $p = 0,2905$) (**Tabela 2**).

Tabela 2. Parametry opisu statystycznego badanej populacji – wiek w grupach zawodowych
Table 2. Statistical parameters of the study population: age in groups of professionals

| N/No. | Średnia wieku/ Mean age | Minimalny wiek/ Minimum age | Maksymalny wiek/ Maximum age | Odchylenie standardowe/ Standard deviation | |
|------------------------------|----------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---|-------|
| Farmaceutyci/ Pharmacists | 30 | 35,1 | 21,0 | 65,0 | 11,49 |
| Pielęgniarki/ Nurses | 30 | 45,4 | 23,0 | 59,0 | 9,35 |
| Lekarze/ Physicians | 30 | 42,4 | 27,0 | 62,0 | 11,73 |

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Kobiety stanowiły zdecydowaną większość respondentów (79% vs 21% mężczyzn). Ponadto porównanie wieku respondentów względem płci nie wskazuje na istotne różnice między tymi grupami (test U Manna-Whitneya, $p = 0,9921$) (**Tabela 3**).

Porównanie liczby lat stażu zawodowego respondentów w badanych grupach zawodowych wskazuje, że farmaceutyci i lekarze nie różnili się pod tym względem (test U Manna-Whitneya, $p = 0,0823$). Natomiast zarówno lekarze, jak i farmaceutyci charakteryzowali się istotnie krótszym stażem niż grupa badanych pielęgniarek (test U Manna-Whitneya, odpowiednio $p = 0,0237$ i $p = 0,00002$) (**Tabela 4**).

Tabela 3. Parametry opisu statystycznego badanej populacji – wiek według płci

Table 3. Statistical parameters of the study population: age by gender

| | N/No. | Średnia wieku/ Mean age | Minimalny wiek/ Minimum age | Maksymalny wiek/ Maximum age | Odchylenie standardowe/ Standard deviation |
|-------------------|-------|----------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---|
| Kobiety/ Women | 71 | 40,9 | 21,0 | 62,0 | 10,79 |
| Mężczyźni/ Men | 19 | 41,4 | 21,0 | 65,0 | 14,70 |

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Tabela 4. Parametry opisu statystycznego badanej populacji – długość stażu pracy w zawodzie

Table 4. Statistical parameters of the study population: the length of service in the profession

| | N/No. | Średnia stażu/ Mean length of service | Min. stażu/ Min. length of service | Maks. stażu/ Max. length of service | Odchylenie standardowe/ Standard deviation | Mediana/ Median | Dolny kwartył/ Lower quartile | Górny kwartył/ Upper quartile |
|----------------------------|-------|--|---------------------------------------|--|---|--------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Farmaceuci/ Pharmacists | 30 | 10,2 | 1 | 40 | 10,26 | | | |
| Pielęgniarki/ Nurses | 30 | 22,7 | 1 | 38 | 10,16 | | | ----- |
| Lekarze/ Physicians | 30 | 15,9 | 0 | 38 | 12,44 | | | |
| Razem/ Total | 90 | 16,3 | 0 | 40 | 12,02 | 15 | 5,00 | 28,00 |

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Analiza grupy lekarzy i pielęgniarek wskazuje na istotnie statystyczne różnice między ich wiekiem a miejscem pracy (test U Manna-Whitneya, $p = 0,0154$). Pracownicy przychodni to zdecydowanie starsze osoby w porównaniu z pracownikami szpitali w badanej grupie (**Tabela 5**).

Tabela 5. Parametry opisu statystycznego badanej grupy lekarzy i pielęgniarek – wiek a miejsce pracy

Table 5. Statistical parameters of study groups of physicians and nurses: age and workplace

| | N/No. | Średnia wieku/ Mean age | Mediana/ Median | Min. wiek/ Min. age | Maks. wiek/ Max. age | Dolny kwartył/ Lower quartile | Górny kwartył/ Upper quartile | Odchyl. standard./ Standard deviation |
|------------------------------------|-------|----------------------------|--------------------|------------------------|-------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--|
| Przychodnie/ Outpatient clinics | 25 | 47,12 | 48,00 | 28,00 | 60,00 | 40,00 | 55,00 | 9,07 |
| Szpitale/ Hospitals | 31 | 40,38 | 38,00 | 23,00 | 62,00 | 30,00 | 50,00 | 10,96 |

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Metody i narzędzia badawcze

Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Uczestnicy wypełniali specjalnie przygotowaną dla potrzeb badania autorską ankietę zawierającą 17 pytań zamkniętych (w tym 3 półotwarte z możliwością wyrażenia własnej opinii). Pytania dotyczyły:

- ostatnich szczepień przeciwko grypie (pytania 1 i 16);
- przyczyn nieszczepienia się (pytanie 2);
- opinii o występowaniu działań niepożądanych po szczepieniu (pytania 8 i 9);
- opinii na temat zaleceń dotyczących szczepień (pytania 3, 4, 5);
- oceny przez respondentów skuteczności i bezpieczeństwa szczepień (pytania 6 i 7);
- znajomości grup chorych najbardziej narażonych na powikłania (pytanie 10);
- opinii na temat refundacji szczepień (pytanie 12);
- oceny, czy warto szczepić się (pytanie 11) oraz czy jest to najlepsza metoda zapobiegania grypie (pytanie 13);
- znajomości poszczególnych preparatów handlowych szczepionek (pytanie 17).

Ponadto poproszono uczestników o ocenę profilaktyki grypy szczepieniami sezonowymi (pytanie 14) i w okresie ostatniej pandemii (pytanie 15).

Opracowanie statystyczne

Do analizy statystycznej wykorzystano program firmy StatSoft STATISTICA 9.0 (licencja Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego).

Charakterystykę grupy badanej pod względem rozkładu częstości wieku przeprowadzono testem Shapiro-Wilka. Ponieważ porównywane w opisie charakterystyki podgrupy poszczególnych zawodów medycznych względem wieku nie miały rozkładu normalnego, to do analizy użyto nieparametrycznego testu U Manna-Whitneya. Natomiast analizę statystyczną różnic w tabelach wielodzielczych cech jakościowych wykonano testem chi-kwadrat Pearsona (test χ^2 niezależności). Badanie zależności między niektórymi cechami jakościowymi a wiekiem respondentów w podgrupach zawodowych wykonano testem Kruskala-Wallisa ($p < 0,05$).

Wyniki

W badanej grupie niewielki odsetek personelu medycznego był szczepiony przeciwko grypie w ostatnich dwóch sezonach epidemiologicznych. Szczególnie rzadko szczepieni byli farmaceuci (6%) i pielęgniarki (20%). Natomiast 66% lekarzy szczepiło się regularnie. Analiza częstości szczepień grup personelu medycz-

nego wskazuje na istotne różnice statystyczne (test chi-kwadrat, $p = 0,00043$). Lekarze znacznie częściej niż pielęgniarki i farmaceuci szczepili się w obecnym oraz ubiegłym sezonie epidemiologicznym. Analiza częstości szczepień personelu medycznego względem płci nie wskazuje na zależność między płcią a częstością deklarowanego zaszczepienia (test chi-kwadrat, $p = 1,0000$). Analiza częstości deklarowanych szczepień w zależności od miejsca pracy wykazuje istotne różnice statystyczne (test chi-kwadrat, $p = 0,00531$). Wśród pracowników aptek dominuje grupa, która nigdy się nie szczepiła, natomiast pracownicy przychodni znacznie częściej niż inne grupy zdecydowali, by zaszczepić się w obecnym sezonie epidemiologicznym. W analizie zależności między wiekiem a deklarowanym zaszczepieniem nie wskazano na istotne statystycznie różnice (test Kruskala-Wallisa, $p = 0,6038$). Jednakże widoczna jest tendencja ukierunkowana na deklarowanie zaszczepienia w obecnym sezonie wśród starszego personelu medycznego (mediana wieku powyżej 42 lat). Częstość deklarowanego zaszczepienia badanych grup względem czasu trwania stażu pracy wykazuje tendencję do wzrostu w zależności od liczby lat przepracowanych w zawodzie (mediana czasu trwania stażu pracy powyżej 16 lat). Jednakże zależność ta nie była istotna statystycznie (test Kruskala-Wallisa, $p = 0,5806$).

Większość badanych wskazuje na brak powikłań poszczepiennych. Jedynie 13% farmaceutów, 10% pielęgniarek i 6% lekarzy podaje, iż mieli powikłania w postaci infekcji grypopodobnej. Z kolei 6% farmaceutów i 6% lekarzy wskazało na uogólniony odczyn poszczepienny. Zdecydowana większość farmaceutów (96%) i pielęgniarek (86%) nie zamierza zaszczepić się tegoroczną szczepionką postpandemiczną, natomiast 53% lekarzy deklaruje, że się zaszczepi. Większość personelu medycznego nie wykazuje potrzeby profilaktyki grypy poprzez szczepienie w obecnym sezonie epidemiologicznym. Bardzo odmiennie w poszczególnych grupach rozkładały się przyczyny nieszczepienia się przeciwko grypie. W grupie pielęgniarek i lekarzy dominowała obawa przed szczepionką i powikłaniami poszczepiennymi. W grupie farmaceutów najczęstszą przyczyną nieszczepienia się jest brak wskazań do szczepienia (38%), a także deklarowanie stosowania metod nieswoistych zamiast szczepienia (31% farmaceutów i 32% pielęgniarek). Ponadto 27% farmaceutów rezygnuje ze szczepień, jako powód podając obawy przed skutkami szczepienia. Odmiennie ankietowani odpowiedzieli na pytanie dotyczące wskazania grup, które powinny regularnie szczepić się przeciwko grypie. Farmaceuci i pielęgniarki oceniają, że szczepienia są głównie dla osób z grup ryzyka, a 43% lekarzy sugeruje, że każdy powinien być szczepiony. Dominującą opinią we

wszystkich badanych grupach było, że osoby zdrowe, które rzadko chorują, nie powinny szczepić się przeciwko grypie, jednakże 16% farmaceutów i 23% pielęgniarek oraz 43% lekarzy zaleciłoby szczepienie również i w tych przypadkach. Natomiast osobom, które często chorują, zdecydowana większość badanych zalecałaby szczepienia. Jedynie 10% lekarzy i 10% farmaceutów nie poleca szczepienia tym osobom.

Bardzo duży procent farmaceutów i pielęgniarek nie ma zdania na temat bezpieczeństwa szczepienia (odpowiednio 63% i 60%), przy czym 70% lekarzy ocenia, że szczepienia są bezpieczne. Duży odsetek personelu medycznego obawia się skutków ubocznych szczepienia: 57% pielęgniarek, 47% farmaceutów i 27% lekarzy. W grupie lekarzy 60% nie odczuwa żadnych obaw związanych ze szczepieniem.

W grupie 63% lekarzy i 40% pielęgniarek dominuje ocena, że szczepienia nie są skuteczne, natomiast 46% farmaceutów uważa, że szczepienia są skuteczne, ale nie chronią przed infekcjami grypopodobnymi. Skuteczność szczepień deklaruje 30% lekarzy, 20% pielęgniarek i 16% farmaceutów. Opinie są bardzo podzielone wśród pracowników służby zdrowia.

Analiza opinii grup badanych, czy warto szczepić się na grypę, wykazała istotne różnice statystyczne (test chi-kwadrat, $p = 0,01456$). Lekarze zdecydowanie częściej od pozostałych grup zawodowych wyrażają opinię, że szczepienia są szczególnie istotne w obecnej sytuacji epidemiologicznej. Natomiast farmaceuci w przeciwieństwie do innych grup najczęściej wskazują, że szczepienia są dodatkową formą ochrony dla osób o dużym ryzyku zachorowania. Z kolei pielęgniarki częściej niż pozostałe grupy nie miały zdania w tej kwestii, jednakże aż 46% w tej grupie stwierdza, że szczepienia są najważniejsze w grupach najwyższego ryzyka zachorowania.

Nie wykazano istotnej zależności między opinią na temat korzyści związanych ze szczepieniem a wiekiem respondentów (test Kruskala-Wallisa, $p = 0,0693$). Można jednak wskazać na tendencję w opiniach starszych pracowników (mediana wieku powyżej 40 lat) mówiącą o istotności szczepień w obecnej sytuacji epidemiologicznej, przy równocześnie sporym odsetku osób z tej samej grupy wiekowej (mediana wieku powyżej 50 lat) niemającej zdania na ten temat.

Podobną tendencję, ale istotną statystycznie, zaobserwowano w analizie zależności między liczbą lat stażu a opinią w kwestii korzyści płynących ze szczepień (test Kruskala-Wallisa, $p = 0,0329$). Grupa osób z medianą stażu pracy powyżej 15 lat wskazuje na istotność szczepień w obecnej sytuacji epidemiologicznej, przy równocześnie sporym odsetku braku zdania na ten temat wśród pracowników z medianą stażu powyżej 25 lat.

Opinia personelu medycznego o refundacji szczepień kształtowała się następująco: 30% pielęgniarek, 23% lekarzy i 23% farmaceutów uważa, że powinno się zrefundować szczepienia każdemu, a odpowiednio 60%, 53%, 43% twierdzi, że wyłącznie osobom z grup ryzyka.

Według 63% lekarzy, 30% pielęgniarek i 23% farmaceutów szczepienia są najlepszą metodą profilaktyki. Ale 33% farmaceutów uważa, że szczepienia nie są najlepsze w zapobieganiu grypie i kolejne 33% w tej grupie stwierdza, że metody nieswoiste są porównywalnie skuteczne.

Bardzo różne wśród grup badanych były oceny immunoprofilaktyki grypy w Polsce. Dominującą opinią we wszystkich grupach zawodowych (53% lekarzy, 47% pielęgniarek i 33% farmaceutów) było stwierdzenie, że w profilaktyce robimy, co możemy, ale każdy pacjent sam decyduje, czy podda się szczepieniu. Natomiast w pytaniu o ocenę szczepień w trakcie pandemii wirusem A/H1N1 dominowała ocena negatywna. Na ukształtowanie takiej oceny wpłynął fakt, że wyprodukowano szczepionki wątpliwej skuteczności.

Najlepszą znajomością preparatów handlowych szczepionek wykazali się farmaceuci. Z analizy różnic w znajomości szczepionki Fluarix® w poszczególnych grupach zawodowych wynika, że farmaceuci znacznie częściej niż pozostałe grupy wykazywali się znajomością tego preparatu (test chi-kwadrat, $p = 0,0356$). Ponadto farmaceuci i lekarze znacznie częściej niż pielęgniarki wskazują na preparat Influvac® (test chi-kwadrat, $p = 0,0004$). Nie wykazano istotnych różnic statystycznych w przypadku znajomości preparatów Idflu® oraz Vaxigrip® (test chi-kwadrat, odpowiednio $p = 0,3663$ i $p = 0,9432$). Ponadto preparat Vaxigrip® jest najlepiej rozpoznawanym produktem spośród wszystkich wskazanych w ankiecie.

Wyniki badania znajomości grup ryzyka najbardziej narażonych na powikłania pogrypowe wskazują, że mniej więcej jedna trzecia respondentów, niezależnie od grupy zawodowej, potrafi prawidłowo określić kolejność poszczególnych grup pacjentów, od najbardziej narażonych do najmniej. Najczęściej wymieniana przez respondentów grupa chorych uznawana za najbardziej narażoną na powikłania pogrypowe to osoby w wieku starszym (wskazane przez 72% respondentów), natomiast za najmniej narażoną grupę uznawano osoby w wieku 20–40 lat (wskazane przez 85% respondentów).

Dyskusja

Według doniesień amerykańskich pracownicy służby zdrowia należą do grupy osób, które powinny być regularnie szczepione przeciwko grypie [9]. Wyniki badania wskazują jednak, że poziom zaszczepienia naszego personelu medycznego w obecnym sezonie epidemio-

logicznym wynosi ponad 21%. Podobnie nieco ponad 25% badanych stwierdziło, że szczepienia są szczególnie istotne wobec aktualnej sytuacji epidemiologicznej. Poziom zaszczepienia polskiej służby zdrowia jest niski.

Bardzo niski, około 3-procentowy, poziom zaszczepienia farmaceutów w tym roku jest niepokojący. Świadomość potrzeby regularnych szczepień w tej grupie wynosi ponad 13%. Farmaceuci obok lekarzy stanowią źródło wiarygodnej konsultacji dla pacjentów, którzy przychodząc do aptek, są już często w stanie infekcji. Kontakt farmaceutów z pacjentami ma innych charakter niż pielęgniarek oraz lekarzy w warunkach szpitalnych czy w przychodni. Z drugiej strony pracownicy aptek, jako osoby upoważnione do udzielania porady i wydawania preparatów szczepionek, również powinni zadbać o własną odporność po szczepieniu, dla korzyści własnych oraz pacjentów.

Personel pielęgniarski ma zdecydowanie najczęstszy bezpośredni kontakt z ludźmi chorymi. Poziom ostatnich szczepień w tej grupie to niecałe 17%. Główny zaobserwowany problem w grupie badanych pielęgniarek to brak wiedzy na temat potrzeby profilaktyki grypy, który deklaruje niecałe 27%. Tylko 13% pielęgniarek jest przekonanych o potrzebie regularnych szczepień. Konieczna jest edukacja personelu pielęgniarskiego i zwiększenie stopnia zaszczepienia szczególnie na oddziałach szpitalnych, gdzie stopień deklarowanych szczepień był nawet niższy niż w przychodniach.

Z badań wynika, że lekarze szczepią się znacznie częściej (43%) od pielęgniarek i farmaceutów. Obserwowana znacząca różnica w stopniu zaszczepienia lekarzy i pielęgniarek pracujących na tych samych oddziałach wskazuje być może na konieczność wspólnych szkoleń dla zespołów pielęgniarsko-lekarskich.

Problem zaszczepienia pielęgniarek oraz braku edukacji został opisany w badaniu szczepień przeciwko grypie, przeprowadzonym przez Katedrę i Zakład Medycyny Rodzinnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Badaniem objęto personel medyczny i studentów. Okazało się, że nie są oni dostatecznie świadomi potrzeby szczepień przeciwgrypowych. Wyniki i wnioski z niniejszych badań wskazują na małą liczbę zaszczepionego personelu i studentów, przy równocześnie dużej gotowości studentów do bezpłatnego zaszczepienia [11]. Z powyższych obserwacji wynika, że w ciągu ostatnich 2 lat niewiele udało się zmienić w kwestii profilaktyki grypy poprzez szczepienia personelu medycznego. Sytuację komplikuje dodatkowo trudna sytuacja finansowa polskich szpitali, a także fakt, że Narodowy Fundusz Zdrowia nie finansuje szczepień personelu medycznego.

Z badań wynika, że zdecydowana większość personelu zaszczepionego w obecnym oraz ubiegłym sezonie

to osoby powyżej 42 lat. W celu zwiększenia poziomu zaszczepienia wśród pracowników medycznych należałoby skierować działania edukacyjne głównie w stronę młodszego personelu. Warto byłoby zwrócić uwagę starszemu personelowi na rolę edukacyjną wobec młodszych kolegów, którą umożliwia wspólna praca w szpitalach i przychodniach. Młodzi pracownicy medyczni powinni brać przykład ze swoich starszych kolegów, kierowników i przełożonych, którzy podejmują działania w celu profilaktyki grypy.

Oprócz wspomnianych powyżej problemów związanych z finansowaniem w Polsce profilaktyki również inne negatywne zjawiska mogły przyczynić się do spadku zaufania do szczepień. Przywołując wypowiedź Fiony Godlee, redaktor naczelnej „British Medical Journal”, istotne w trakcie trwania ostatniej pandemii grypy było zjawisko konfliktu interesów wśród doradców Światowej Organizacji Zdrowia, którzy łączyli funkcję doradcą z funkcją przedstawiciela handlowego firm farmaceutycznych produkujących leki antywirusowe i szczepionki [12]. Wiarygodność preparatów szczepionkowych oraz koncernów farmaceutycznych została podważona, co mogło przyczynić się do zmniejszenia obserwowanego poziomu szczepień.

Z przeprowadzonych badań wynika, że najbardziej znane pracownikom medycznym preparaty handlowe szczepionek to Vaxigrip (99%) i Influvac (79%). Mniej znany jest Fluarix (47%), Idflu (18%) i Agrippal (8%).

W 2007 r. Krajowy Ośrodek ds. Grypy oszacował, że roczna sprzedaż szczepionek przeciwko grypie, w zależności od roku, utrzymywała się na poziomie ok. 2,5–3 mln dawek, co nie przekracza zapotrzebowania 10% społeczeństwa. Dla porównania w Europie Zachodniej stopień zaszczepienia utrzymuje się na poziomie ok. 25% w stosunku do populacji [13]. Niski procent szczepiących się Polaków świadczy o niewystarczającym poziomie świadomości społecznej dotyczącej korzyści wynikających ze szczepień. Warto byłoby przeprowadzać kampanie na temat kosztów prewencji, leczenia grypy oraz skutków wynikających z choroby i jej powikłań.

Badania personelu zajmującego się opieką nad dziećmi w domach dziecka również wskazują na niski poziom zaszczepień (19,5% badanych). Autorzy tych badań we wnioskach stwierdzili, że osoby zajmujące się małymi dziećmi należy lepiej edukować w zakresie profilaktyki przeciwgrypowej [14]. Z powodu grypy oraz podejrzeń grypy w 2008 r. najczęściej do szpitala kierowano najmłodsze dzieci oraz osoby powyżej 65. roku życia. Szpitale pediatryczne co roku z powodu objawów ze strony układu oddechowego przyjmują dużą liczbę chorych (98% skierowań w danym okresie). Natomiast w grupie osób powyżej 65 lat objawy ze strony układu oddechowego stanowią 96% skierowań do hospitalizacji. Najczęstszym powikłaniem grypy u najmłodszych

jest zapalenie oskrzelików, a u starszych – zapalenie płuc [15].

Dla porównania według opinii badanego personelu medycznego grupy najbardziej narażone na powikłania pogrypowe to osoby starsze (72%) i dzieci (20%). Za grupę najmniej narażoną na powikłania pogrypowe 85% badanych uznało chorych w wieku 20–40 lat. W 2009 r. zostało przeprowadzone badanie pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu Zakaźnym w Warszawie z powodu grypy wywołanej wariantem wirusa A/H1N1. Zdecydowana większość chorych była wówczas w wieku 20–29 lat, w tym było prawie dwa razy więcej kobiet. Aż u 38% jako powikłanie choroby potwierdzono zapalenie płuc. Przebieg choroby był najczęściej lekki i średni [16]. Podobnie jak w poprzednim sezonie epidemiologicznym i w tym roku osoby młode są narażone na zachorowanie na grypę, ponieważ wirus A/H1N1 nadal jest obecny i aktywny. W wyniku badań laboratoryjnych w sezonie 2006/2007 potwierdzono 60% zachorowań na grypę wywołanych przez wirusy typu A, a 40% – przez wirusy typu B [15].

W niektórych zachodnich krajach są przeprowadzane analizy ekonomiczne kosztów związanych z grypą. W USA w zależności od sezonu epidemicznego koszty wahają się od 76 do 167 mld dolarów [17]. W Polsce nie są monitorowane koszty leczenia i hospitalizacji z powodu grypy. Koszt szczepienia to ok. 30–40 zł, co nie jest wysoką kwotą, choć na pewno odgrywa pewną rolę w przypadku osób starszych. Późniejsze koszty leczenia powikłań pogrypowych, takich jak zapalenie płuc, zakażenia bakteryjne i meningokokowe czy zaostrzenie istniejących chorób przewlekłych, są znacznie większe. Zalecanie szczepień przeciwko grypie, zwłaszcza osobom z grup ryzyka, należy uważać za etyczną powinność personelu medycznego [17].

Według sondażu przeprowadzonego wśród osób powyżej 60. roku życia ze szczepień na grypę skorzystało 28% badanych. Czynniki wpływające na rezygnację ze szczepień to wątpliwość w skuteczność szczepionki, obawa, że może ona spowodować chorobę, oraz duży koszt jej nabycia [18]. Grypa jest niebezpieczna dla osób starszych, szczególnie obciążonych dodatkowymi chorobami przewlekłymi. Konieczne jest uświadamianie osobom powyżej 60. roku życia, że szczepionka nie jest żadnym zagrożeniem. W przeciwieństwie do młodych ludzi osoby starsze mają już dobrą pamięć immunologiczną w wyniku przeżycia wielu epidemii, a także pandemii grypy. Dlatego szczepienia są bezpieczną i najtańszą formą profilaktyki.

Wyniki badań wskazują, że sytuacja dotycząca szczepień przeciwko grypie wśród polskiej służby zdrowia jest zła. Profilaktyka grypy powinna zajmo-

wać ważne miejsce w pracy lekarzy, pielęgniarek i farmaceutów. Dzięki większej presji na środowisko medyczne, w postaci dokumentacji szczepień i uzasadnienia powodów odmowy zaszczepienia, poziom profilaktyki zacząłby wzrastać. Należy rozwiązać także problem braku wiedzy na temat potrzeby profilaktyki grypy, szczególnie wśród pielęgniarek i farmaceutów. Niedostateczna edukacja i brak szczepień przekładają się na niedostrzeganie problemu w praktyce w szpitalach i przychodniach. Organizacja szczepień w miejscu pracy i odpowiednia edukacja mogłyby doprowadzić do zwiększenia poziomu zaszczepienia personelu medycznego.

Wnioski

1. Mały procent personelu medycznego regularnie szczepi się przeciwko grypie, szczególnie niski stopień zaszczepienia występuje w grupie farmaceutów.
2. Wśród personelu lekarskiego obserwuje się wyższą niż wśród pielęgniarek i farmaceutów świadomość dotyczącą potrzeby szczepień.
3. Wyniki badań wskazują na rosnącą potrzebę szkoleń na temat bezpieczeństwa i skuteczności szczepień przeciwko grypie, ponieważ duża część personelu medycznego nisko ocenia wiarygodność tej formy profilaktyki zakażeń.

Piśmiennictwo

1. Życińska K, Brydak LB. Grypa i jej profilaktyka – ciągle aktualny problem medyczny. *Pol Arch Med Wew.* 2007; 117 (10): 464–469.
2. Brydak LB. Grypa i jej profilaktyka. Poznań: Termedia; 2004.
3. Ślusarczyk J. Grypa – choroby i możliwości profilaktyki. *Gab Pryw.* 2008; 9: 39–45.
4. (Dostępne w Internecie:) <http://www.influenza.pl/wirus-grypy>. (data dostępu: 19.04.2011).
5. (Dostępne w Internecie:) <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m10&ms=685&ml=pl&mi=685&mx=0&ma=13287> (data dostępu: 19.04.2011).
6. Mrukowicz J. Cała prawda o grypie 2009/2010 i pandemii. *Med Prakt.* 2009; 12: 128–145.
7. Talarek E, Duszczyk E. Profilaktyka grypy sezonowej. *Zakażenia.* 2010; 10: 54–58.
8. (Dostępne w Internecie:) <http://www.pis.gov.pl/userfiles/file/Departament%20Przeciwepidemiczny/szczepienia/PSO%20na%202011.pdf> (data dostępu: 19.04.2011).
9. (Dostępne w Internecie:) http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5908a1.htm?s_cid=rr5908_a1_w (data dostępu: 19.04.2011).
10. Ślusarczyk J. Aktualne problemy immunoprofilaktyki grypy. *Zakażenia.* 2009; 9: 57–61.
11. Zielonka T, Lesiński J, Życińska K. Szczepienia przeciwko grypie personelu medycznego warszawskich szpitali klinicznych i studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. *Med Pr.* 2009; 60: 369–376.
12. (Dostępne w Internecie:) <http://www.biomedical.pl/aktualnosci/grypa-ah1n1-rzut-oka-na-szczepienia-w-zeszlym-roku-oraz-na-szczepienia-w-tym-sezonie-1404.html> (data dostępu: 19.04.2011).
13. (Dostępne w Internecie:) <http://wiadomości.onet.pl/raporty/interes-naszczepionkach,1,3344693,wiadomosc.html> (data dostępu: 19.04.2011).
14. Nitsch-Osuch A, Serwatka B, Topczewska-Cabanek A. Obserwacja i wykonawstwo szczepień przeciw grypie wśród personelu wybranego domu dziecka w Warszawie. *Fam Med Prim Care Rev.* 2009; 11: 440–443.
15. Romanowska M, Czarkowski M, Nowak I. Grypa w Polsce w 2008 roku. *Prz Epidemiol.* 2010; 64: 175–179.
16. Cholewińska G, Higersberger J, Podlasin R. Objawy kliniczne, rozpoznanie i leczenie grypy wywołanej wirusem A/H1N1 u osób hospitalizowanych w Szpitalu Zakaźnym w Warszawie w 2009 r. *Przew Epidemiol.* 2010; 64: 15–19.
17. Brydak LB. Profilaktyka i diagnostyka grypy w praktyce lekarza rodzinnego. *Fam Med Prim Care Rev.* 2006; 8: 833–840.
18. Łukomska A. Determinanty szczepień przeciwgrypowych wśród osób w starszym wieku. *Gerontol Pol.* 2009; 17 (3): 114–119.

Artykuł przyjęty do redakcji: 14.11.2015

Artykuł przyjęty do publikacji: 15.09.2015

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Joanna Gotlib
ul. Żwirki i Wigury 61
02-091 Warszawa
tel.: 22 5720 490, fax: 22 5720 491, tel. kom.: +48 608 108 028
e-mail: joanna.gotlib@wum.edu.pl
Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia
Warszawski Uniwersytet Medyczny

ERGONOMIA W PRACY PIEŁĘGNIARKI

ERGONOMICS IN NURSE'S WORK

Mieczysława Irena Wyderka¹, Teresa Niedzielska²

¹ Zakład Teorii Pielęgniarstwa

Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. Mikołaja Pirogowa w Łodzi

² absolwentka Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi

DOI: <http://dx.doi.org/10.20883/pielpol.2016.5>

STRESZCZENIE

Wstęp. Wymuszona pozycja ciała podczas pracy, dźwiganie ciężarów przekraczających dopuszczalne normy wywołują obciążenie układu ruchu, co prowadzi do powstania mikrourazów, a powtarzane doprowadzają do zwyródnień powodujących dolegliwości bólowe.

Cel. Celem pracy było uzyskanie odpowiedzi na pytania, czy pielęgniarki znają zasady ergonomii, czy mają warunki, by zasady te stosować w praktyce, jaki wpływ na ich zdrowie ma wykonywana praca, czy odczuwają dolegliwości bólowe ze strony układu ruchu i jak radzą sobie w przypadku ich wystąpienia.

Materiał i metody. Badaniem objęto 100 pielęgniarek pracujących na oddziałach internistycznych i neurologii dwóch szpitali miejskich. Zastosowano kwestionariusz ankiety.

Wyniki. Jako ciężką oceniło swoją pracę 60% ankietowanych, jako bardzo ciężką – 28%, umiarkowanie obciążającą – 10%, tylko 2% uważało ją za lekką. Według 79% ankietowanych w miarę upływu czasu praca jest coraz bardziej obciążającą fizycznie, zdaniem 13% warunki pracy nie zmieniają się od lat, a dla 8% jest coraz łatwiejsza. Na pytanie o udogodnienia pomocne w przemieszczaniu pacjentów 29% odpowiedziało, że nimi dysponuje, 69% nie ma takiego sprzętu, a 2% nie określiło tego.

Wnioski. Pielęgniarki nie mają dostatecznej wiedzy z zakresu ergonomii i nie stosują się do jej zasad. Nieprawidłowo wykorzystują czas na odpoczynek, noszą obuwie dodatkowo obciążające kręgosłup, nie dysponują sprzętem ułatwiającym przemieszczanie chorych, opiekują się nadmierną liczbą pacjentów. Pielęgniarki rzadko zasięgają porady lekarza specjalisty i idą na zwolnienie lekarskie.

SŁOWA KLUCZOWE: ergonomia, pielęgniarka, dolegliwości bólowe kręgosłupa.

ABSTRACT

Introduction. The strained pose of the body during work and lifting weights exceeding allowable standards cause an overload of the human motor system and lead to complex microtraumas. When continued, this results in spondylosis and painful disorders.

Aim. The aim of this paper was to investigate whether nurses know the rules of the ergonomics, whether working conditions allow their practical implementation, what the influence of work on their health is, whether their pain originated from the motor system and how they deal with it.

Material and methods. The survey was conducted in two municipal hospitals among 100 nurses working in internal medicine and neurological wards. The method chosen for research was a questionnaire.

Results. 60% of respondents rated their job as hard, very hard 28%, moderately aggravating 10%, only 2% evaluated it as easy. 79% thought that over time the work is becoming more and more aggravating physically, 13%, that working conditions have not changed for years, and for 8% it is getting easier. When asked about the facilities useful in moving patients, 29% answered that they have, 69% do not have such equipment, and 2% did not specify.

Conclusions. Nurses do not have sufficient knowledge of ergonomics and do not apply their principles, they don't rest or exercise properly, at work they use footwear overloading spine, appropriate equipment for lifting and transferring patients is not available to them and that they take care of excessive number patients on duty. Nurses are seldom consulted by specialists and take sick-leave.

KEYWORDS: ergonomics, nurse, back pain.

Wprowadzenie

Polskie Towarzystwo Ergonomiczne powstało w 1977 r., chociaż ergonomię w Polsce zaczęto propagować i stosować już w latach 60. Od wielu lat mówi się o ergonomii pracy w środowisku pielęgniarskim. Przeprowadzone badania wykazały, że praca pielęgniarek jest obciążająca fizycznie i powoduje dolegliwości ze strony układu

mięśniowo-szkieletowego. Ergonomia bada fizyczne możliwości i właściwości człowieka, stwarza takie warunki, metody i organizację stanowisk pracy, aby ją uczylić jak najbardziej wydajną, przyczyniającą się do rozwoju duchowego i fizycznego, dającą większą satysfakcję, zapewniającą bezpieczeństwo i wygodę oraz chroniącą zdrowie człowieka. Jest nauką badającą relacje człowiek

– technika i ma związek z takimi dziedzinami wiedzy jak: bezpieczeństwo i higiena pracy, ochrona pracy, antropologia, medycyna pracy. Technika nie ma służyć samej sobie, ale ma zaspokajać oczekiwania człowieka. To warunki pracy mają być dostosowywane do człowieka, a nie człowiek do warunków pracy [1]. Prawo nakłada na pracodawcę nakaz zachowania wymogów ergonomii w miejscu pracy. Zapewnienie bezpieczeństwa i higieny pracy jest najważniejszym obowiązkiem pracodawcy, a naruszenie ich podlega karze grzywny. Pracodawcy są odpowiedzialni za ocenę ryzyka w miejscu pracy, wdrażanie środków eliminujących i ograniczających zagrożenia, ich obowiązkiem jest chronić zdrowie i życie pracowników poprzez zagwarantowanie bezpiecznych i higienicznych warunków pracy, wykorzystując osiągnięcia nauki i techniki [2]. Państwowa Inspekcja Pracy może i powinna wydawać zalecenia, które zmuszą dyrektorów placówek ochrony zdrowia do stosowania zapisów Dyrektywy Rady Europy. Wydolność fizyczna rośnie do 20. roku życia, na stałym poziomie utrzymuje się około 5 lat, a potem stopniowo maleje. W wieku lat 40 jest już niższa o 10%, a w 60. roku życia – o 30–40% w stosunku do wartości najwyższej. Wydolność fizyczna kobiet jest 20–30% niższa w porównaniu z wydolnością mężczyzn. Przy ręcznym podnoszeniu masa ciężaru nie powinna przekraczać 20 kg przy pracy dorywczej, czyli 4 razy na godzinę w czasie zmiany roboczej i 80 kg (włączając w to masę sprzętu) podczas przewożenia na wózkach 2-, 3- i 4-kołowych.

Zawód pielęgniarstwa jest zdominowany przez kobiety i to one stanowią najliczniejszą grupę zawodową w oddziałach szpitalnych. W zakres ich obowiązków wpisana jest praca fizyczna, do której zalicza się: podnoszenie, przemieszczanie i transportowanie pacjentów, dystrybucję leków, płynów do kroplówek, materiałów opatrunkowych, sprzętu medycznego, środków czystości i dezynfekcyjnych, bielizny, transport pobranego materiału do laboratorium itp. Wszystkie te czynności wymagają dźwigania, przejeżdżania wózkami przez przegrody, chodzenia z obciążeniem, schylania się, długotrwałego stania, pracy w wymuszonych pozycjach, chodzenia po schodach, są powtarzane wielokrotnie w czasie dyżuru dziennego, ale też nocnego, kiedy jest zmniejszona obsada pielęgniarska. Podczas ręcznego przemieszczania i przenoszenia pacjentów oprócz masy ciała dodatkowe obciążenie stanowią podłączona aparatura medyczna, stan świadomości, niewystarczająca przestrzeń, praca w niewygodnych pozycjach, brak regulacji wysokości łóżka, wózka czy leżanki, nieliczny personel, brak współpracy z pacjentem, brak sprzętu pomocniczego. Stan techniczny wózków, zmiana kierunku ruchu, pokonywanie nierówności, progów, wąskich przestrzeni, pochylni, odsuwanie sprzętów stojących na drodze –

wszystko to wiąże się z nadmiernym obciążeniem [3, 4]. Materiały opatrunkowe, sprzęt medyczny, płyny pakowane są w niewygodne do uchwycenia pudła, które trzeba przewieźć z magazynu, a następnie rozpakować i poukładać w szafach na półkach o różnej wysokości i głębokości. Sprzęt medyczny, taki jak stojaki do kroplówek, defibrylatory, inhalatory, pompy infuzyjne, butle z tlenem, zestawy do pomocy w nagłych przypadkach, wymagają przetransportowania lub przeniesienia z odległych miejsc. Brak współpracy i komunikacji z innymi członkami zespołu wydłuża czas i utrudnia wykonanie czynności. Nieczytelne zlecenia lekarskie wymagają poszukania lekarza i zweryfikowania wytycznych. Częste zmiany zleceń lub zlecenia do natychmiastowego wykonania powodują, że przerywa się jedną czynność, by wykonać inną [5]. Silne zaangażowanie emocjonalne przyspiesza uczucie zmęczenia, a to prowadzi do obniżenia koncentracji uwagi, zwolnienia reakcji na bodźce i rytmu pracy oraz pogarsza koordynację nerwowo-mięśniową. Praca zmianowa i w godzinach nocnych rozregulowuje rytm biologiczny, co ma niekorzystny wpływ na samopoczucie, na życie rodzinne i społeczne, zaburza sen, odpoczynek i pozazawodową aktywność fizyczną, wzmaga występowanie przewlekłych dolegliwości bólowych pleców. Praca w nocy jest przyczyną chorób ze strony układu krążenia, pokarmowego, hormonalnego, nerwowego. Osoby pracujące w nocy częściej zapadają na chorobę wieńcową i nadciśnienie tętnicze. Nieregularne spożywanie posiłków czy jądanie nocą są przyczyną choroby wrzodowej, powodują zgagę, zaburzenia trawienia, brak apetytu lub nadmierny apetyt – ten ostatni jest przyczyną otyłości, a nadwaga wzmaga obciążenie układu kostno-stawowego i mięśniowego. Osoby z cukrzycą mają większe problemy z wyrównywaniem poziomu glukozy, występują wahania hormonów kory nadnerczy, tarczycy. Kobiety częściej mają zaburzenia miesiączkowania, a to z kolei prowadzi do problemów z zajściem w ciążę, jest większe ryzyko poronienia. Zaburzenia w wydzielaniu melatoniny mogą zwiększać ryzyko zachorowania na raka sutka, jelita grubego, jajnika i endometrium. Brak snu powoduje rozdrażnienie, jest powodem konfliktów ze współpracownikami, prowadzi do nerwic, stanów lękowych, lekomanii, zwiększa podatność organizmu na uzależnienia [6].

Do oceny warunków pracy służą tzw. ergonomiczne listy kontrolne, które mogą być modyfikowane i przystosowywane do specyfiki każdego zakładu pracy. Przewlekłe zespoły bólowe kręgosłupa, na które tak często skarżą się pielęgniarki, należą do chorób parazawodowych. Nie są one jednak wpisane na listę chorób zawodowych. *Załącznik Międzynarodowej Organizacji Pracy Nr 194 z dn. 20 czerwca 2002 r.* przewiduje aktualizację

wykazu chorób zawodowych o inne choroby związane z warunkami środowiska pracy, podczas kiedy w Polsce zgodnie z *Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. (...)* obowiązuje zamknięty wykaz chorób zawodowych i nie podlega on weryfikacji.

Pielęgniarki często wykazują się nieergonomicznymi zachowaniami, co wynika z braku wiedzy, z pośpiechu albo z niedbalstwa. Najczęstsze błędy to: niewłaściwa pozycja, niewłaściwy chwyt, złe nawyki ruchowe, brak wykorzystania sprzętu ułatwiającego pracę. Błędem jest wykonywanie czynności w pochyleniu z jednoczesnym skrętem tułowia w bok, niekiedy takie zachowanie jest wymuszone brakiem przestrzeni, ale często wpływa ze złych nawyków. Inny błąd to podciąganie pacjenta, podczas kiedy nogi stoją w jednym miejscu – w takiej pozycji całe obciążenie przenosi się na kręgosłup, a jeśli ten manewr wykonuje się z dala od chorego, mięśnie kończyn górnych zostają nadmiernie rozciągnięte. Nieodpowiednie jest chwytanie pacjenta pod pachy, które wymusza pochylenie z rotacją kręgosłupa i przenosi ciężar na ręce. Obejmowanie przez pacjenta szyi pielęgniarki podczas podnoszenia obciąża nadmiernie kręgosłup szyjny. Zamiast podnieść łóżko pacjenta, pielęgniarki pochylają się, by wykonać potrzebne zabiegi. Nie korzystają z dostępnych przy łóżkach taboretów w czasie karmienia, pobierania materiału do badań, wykonywania iniekcji, mierzenia ciśnienia czy choćby rozmowy z pacjentem. Noszą niewygodne, ograniczające ruchy ubranie, chodzą w klapkach z wąskimi paskami, drewniakach czy butach na wysokich obcasach, które stanowią utrudnienie w czasie przemieszczania pacjenta i zagrożenie w przypadku utraty przez niego równowagi. Wreszcie nie wykorzystują należycie ustawowej przerwy w pracy. Zamiast na regenerowanie sił przeznaczają ją na papierosa, a niekiedy w ogóle tej przerwy nie wykorzystują, połykając w biegu kanapkę między jedną czynnością a drugą [1]. Choć w Polsce obowiązuje nowoczesny model pielęgnowania w postaci stosowania się do standardów europejskich w prowadzeniu dokumentacji pielęgniarskiej, zdobywania wiedzy medycznej i wciąż nowych uprawnień przez pielęgniarki, to jednak nadal – pozbawione ułatwień technicznych chroniących zdrowie zarówno pielęgniarki jak i pacjenta – podnoszenie, przenoszenie i przemieszczanie pacjentów należą do obowiązków pielęgniarek.

Materiał i metody

Badanie na temat znajomość zasad ergonomii i jej stosowania zostało przeprowadzone wśród pielęgniarek pracujących w dwóch szpitalach miejskich, w oddziałach chorób wewnętrznych i neurologii. Jako narzędzie badawcze posłużył kwestionariusz ankiety własnego autorstwa, zawierający 38 pytań. Analizowana grupa pielęgniarek była

w wieku od 25 do 55 lat, w tym 33% było w przedziale od 31. do 40. roku życia, 44% miało ukończone 40 lat, powyżej 50. roku życia było 21%, tylko 2% miało 25 lat.

Wyniki

W zakładach opieki zdrowotnej występują liczne czynniki szkodliwe i niebezpieczne, które mogą wpływać na zdrowie pracującego personelu. Wśród zawodów medycznych pielęgniarki narażone są szczególnie na niekorzystny wpływ pracy zawodowej na zdrowie. Niestety, w Polsce, mimo dobrze sformułowanych aktów prawnych, rzeczywistość w zakresie profilaktyki w warunkach pracy zawodowej pozostawia wiele do życzenia. Jak wynika z badań własnych, aż 65% pielęgniarek było w wieku powyżej 40 lat, co oznacza, że ich zdolność do wysiłku fizycznego i możliwości regeneracyjne są obniżone o 10–40%. Po menopauzie siła mięśniowa jest nawet o 54% niższa w porównaniu z jej najwyższą wartością osiąganą w wieku 20 lat. Jeszcze 7–8 lat temu przeważały pielęgniarki, które nie ukończyły 40. roku życia. Wzrost średniej wieku pielęgniarek można tłumaczyć tym, że jest mniejsze zainteresowanie zawodem, część rezygnuje z niego lub wyjeżdża za granicę do pracy. W badanej grupie 86% było po liceum i studium medycznym, 12% miało ukończony licencjat, a tylko 2% posiadało tytuł magistra pielęgniarstwa. Badając pielęgniarki pracujące w poznańskich szpitalach, uzyskano podobne wyniki. Opublikowano je na łamach „Medycyny Pracy” w 2004 r. (nr 5). Nasuwa się przypuszczenie, że w kraju pozostają pielęgniarki po liceum medycznym, a częściej wyjeżdżają osoby z wyższym wykształceniem. Przebadana grupa to osoby ze stażem od 1 do 35 lat pracy w zawodzie. Najliczniejszą grupą były pielęgniarki pracujące od 21 do 35 lat (54%). Od 11 do 20 lat pracy miało 36%, a najmniej, czyli 10%, było osób o najwyżej 10-letnim stażu. W równoważnym systemie pracowało 79%, pozostałe – rano. Powyższe dane wskazują, że zdecydowana większość pielęgniarek pracujących na ciężkich oddziałach szpitalnych, bo do takich zaliczają się oddziały internistyczne i neurologiczne, ma średnią wieku 43,7 roku, staż pracy – od 21 do 35 lat i pracuje w systemie równoważnym. Ze względu na zdolności adaptacyjne organizmu osoby powyżej 45. roku życia nie powinny pracować na dyżurach nocnych. Za niecałe 2 lata, gdyby kierować się powyższymi zaleceniami, zabrakłoby pielęgniarek do pracy w systemie równoważnym. Pielęgniarki lubią swoją pracę, a świadczy o tym fakt, że pracują w zawodzie po kilkadziesiąt lat. Zapytane o to udzielały przeważnie twierdzącej odpowiedzi (96%); tylko 2% podało, że nie lubi swej pracy a 2% było niezdecydowanych.

Aby dowiedzieć się, jak pielęgniarki są obciążone pracą, zadano pytania m.in. o liczbę chorych w oddzia-

le. Z udzielonych odpowiedzi wynika, że część miała pod swoją opieką 10–20 pacjentów, ale ponad połowa – od 21 do 54 na dyżurze, liczba chorych leżących i wymagających opieki wahała się od 3 do 15, aż 63% opiekowało się pacjentami leżącymi na korytarzach. Większość pełniła dyżury z koleżanką pielęgniarką, ale aż 13% miało samodzielne dyżury albo pielęgniarki dyżurowały z innymi członkami zespołu leczniczo-terapeutycznego, którzy niechętnie włączali się do pomocy. Jako ciężką oceniło swoją pracę 60%, bardzo ciężką – 28%, umiarkowanie obciążającą – 10%, tylko 2% uważało ją za lekką. Według 79% w miarę upływu czasu ich praca jest coraz bardziej obciążającą fizycznie, 13% uważało, że warunki pracy nie zmieniają się od lat, a dla 8% jest coraz łatwiejsza.

O obciążeniu pracą świadczy także wyposażenie oddziału w sprzęt, np. urządzenia do przemieszczania pacjentów, dostęp do łóżka pacjenta, przestrzeń wokół niego i możliwość bezkolizyjnego jeżdżenia z/do sali. Więcej niż połowa odpowiedziała, że ma do dyspozycji sprzęt o regulowanej wysokości i na kółkach, m.in. krzesła, stojaki do kroplówek, szafki przyłóżkowe, wózki do przewożenia w pozycji leżącej. Nieco mniej, bo 44%, mało mobilne defibrylatory, zestawy do pierwszej pomocy. Jeśli chodzi o dostęp do łóżka pacjenta z trzech stron, miało go 38%, z jednej strony – 33%, pozostałe musiały odstawić inny sprzęt. Najczęściej łóżka były mobilne, co deklarowało 73%, ale zdarzały się przypadki, że albo kółka były niesprawne, albo drzwi za wąskie, co uniemożliwiało wyjazd z sali i wtedy trzeba było przenosić pacjenta na wózek; według 8% trudność sprawiały również progi i nierówności. Na pytanie o udogodnienia pomocne w przemieszczaniu pacjentów 29% odpowiedziało, że nimi dysponuje, 69%, że nie ma takiego sprzętu, a 2% nie odpowiedziało. Spośród tych, które miały dostęp do sprzętu ułatwiającego pracę, 73% stwierdziło, że wszystkie udogodnienia, jak pasy, maty ślizgowe, podnośniki, są używane i bardzo odciążają pracę, 17% odpowiedziało, że czasami je wykorzystuje, a według 10% były zbędne i można się bez nich obyć. Z powyższych danych wynika, że chociaż pielęgniarki miały sprzęt ułatwiający opiekę nad pacjentami, to i tak nie wszystkie go wykorzystywały.

O konsekwencjach zdrowotnych, trudnych warunkach pracy świadczyły odpowiedzi na pytania dotyczące dolegliwości bólowych, częstość ich występowania, okoliczności ich występowania i tego, czy ból miał wpływ na wykonywanie pracy. Wszystkie badane odpowiedziały, że w ostatnim miesiącu odczuwały ból kręgosłupa, mięśni lub stawów. Najczęściej wymienianym powodem bólu według 73% była praca w wymuszonej pozycji i podnoszenie ciężkich przedmiotów lub pacjentów. Praca bez odpoczyn-

ku powodowała ból u 56%, przy rozkładaniu leków – u 19%, taki sam odsetek miał bóle bez określonej przyczyny, 6% – przy każdej czynności. Na dolegliwości bólowe ze strony układu kostno-stawowego 21% skarżyło się codziennie, kilka razy w tygodniu – 33%, co tydzień – 12%, co miesiąc – 17%, tylko kilka razy do roku taki incydent wystąpił u 15%, a raz w roku – u 2%. U 90% ból prawie utrudniał pracę, dla 6% praca stawała się niemożliwa, a tylko u 4% nie przeszkadzała w wykonywaniu pracy.

Połowa badanych potrzebowała kilku godzin odpoczynku, żeby ból ustąpił, kilka minut wystarczało 12%, tylko zmiana pozycji – 35%, leki przeciwbólowe stosowało 60%. Badane najlepiej odpoczywały w pozycji leżącej, taki sposób wskazało 69%, ulgę przynosiło siedzenie z uniesionymi nogami dla 27%, 45% wskazało na gimnastykę, pływanie i uprawianie innych sportów, ale tylko 6% deklarowało, że uprawia sport. Mimo częstych i dotkliwych bólów pielęgniarki rzadko przebywały na zwolnieniach lekarskich, można przypuszczać, że jedynie wtedy, kiedy ból uniemożliwiał im pracę i one stanowiły 6%. Co czwarta badana korzystała z zabiegów rehabilitacyjnych, a z porady lekarza specjalisty – tylko 17%. Żadna z nich nie skorzystała z leczenia sanatoryjnego. Jeśli chodzi o dostęp do usług medycznych, co piąta uważała, że jest utrudniony, ale większość, bo 68%, nie widziała żadnych trudności, dla 8% był łatwiejszy niż dla innych pacjentów. Badane w większości (77%) z bólem najczęściej radziły sobie same. Pielęgniarki znają działanie leków przeciwbólowych, mają do nich łatwiejszy dostęp, mogą też skorzystać z koleżeńskiej porady lekarzy, z którymi pracują, może dlatego tak rzadko same bywają pacjentkami.

Zapytano badane o sposób spędzania wolnego czasu. Najczęściej odpowiadały, że przeznaczają go na odespanie przepracowanych nocy i wykonanie zaległych prac w domu, 33% brało dodatkową pracę zarobkową i taki sam odsetek dokszałcał się, 19% było wzywane do pracy na zastępstwo. Tylko 6% uprawiało sport. Niewielka część zaznaczyła, że przeznaczają ten czas tylko dla siebie i zapominają o pracy.

Praca na większości stanowisk w ochronie zdrowia często wymaga indywidualnego sposobu wykonywania czynności, przy których nie da się wykorzystać najnowszych osiągnięć technologicznych. Przeciężenia układu ruchu wynikają najczęściej z konieczności podniesienia, podtrzymywania, przeniesienia określonego obiektu. Termin „ergonomia” znało 56% respondentek, przy czym tylko 37% prawidłowo opisało jego znaczenie. Jedna czwarta badanych przyznała się, że nie wie, jaka jest dopuszczalna masa podnoszonych ciężarów, 40% odpowiedziało prawidłowo, a 35% podało wartość o połowę mniejszą. Pacjent ważący powyżej 80 kg wraz

z wózkiem nie powinien być przewożony przez jedną pielęgniarkę, ale o tym wiedziało tylko 44% pytanych. Jedna trzecia badanych miała dostęp do sprzętu do przemieszczania chorych. Powstaje pytanie, czy pielęgniarki potrafią posługiwać się tym sprzętem. Otóż 75% miało taką wiedzę, ale tylko 51% było przeszkolone w bezpiecznym przemieszczaniu chorych i obsłudze, 35% chciałoby, aby takie szkolenia odbywały się cyklicznie i prawie taki sam odsetek samodzielnie poszukuje informacji. Spośród badanych 19% oceniło, że ich wiedza była wystarczająca do wykonywania pracy, a 10% nie miało możliwości zastosowania jej w praktyce. Co czwarta pielęgniarka nie znajdowała czasu na szkolenia. Z odpowiedzi wynika, że najbardziej obciążające układ mięśniowo-stawowy są prace wykonywane niewłaściwie z powodu braku dostępu do sprzętu, a na drugim miejscu należy wymienić niewystarczającą wiedzę na ten temat. Rodzaj obuwia ma ogromny wpływ na stabilizację stopy, zapobieganie urazom, zmęczeniu i bólom nóg. Chodzenie po twardym podłożu wzmacnia te dolegliwości, a klapki czy buty na wysokim obcasie mogą być przyczyną urazów. Jednak 21% chodziło w pracy w drewniakach, aż 67% nosiło klapki, 1% – wysokie obcasy, a tylko 11% miało dobrze opinające stopę buty z wkładkami ortopedycznymi.

Pytania dotyczyły także zorganizowania stanowisk pracy i dostępności najbardziej potrzebnego sprzętu medycznego. Tylko 48% miało go w zasięgu ręki. Niestety ponad połowa musiała udać się po niego do odległego pomieszczenia, czasami szukać, bo został przełożony. Często po ww. sprzęt trzeba było schylać się do dolnych szafek albo sięgać, używając do tego celu innego sprzętu, zdarzało się też, że był zastawiony innymi przedmiotami. Większość badanych, czyli 79%, widziała potrzebę usprawnienia swojego stanowiska pracy, pozostałe były zadowolone z obecnego stanu. Niestety tylko 30% mogło decydować o jego organizacji, pozostałe stwierdziły, że nie miały na to żadnego wpływu.

Analizując powyższe odpowiedzi, można wysunąć wniosek, że pielęgniarki wbrew temu, co mówią, mogą i powinny usprawniać swoje stanowisko pracy i zadbać o to, by stało się ono bardziej funkcjonalne. Jest szereg prostych i niewymagających dużych nakładów finansowych sposobów pozwalających na zmniejszenie obciążenia fizycznego personelu, niestety, brak dbałości o własne zdrowie i bezpieczeństwo, pośpiech, często złe przyzwyczajenia, ale też brak wsparcia kierownictwa zakładów pracy nie sprzyjają ergonomicznym zachowaniom.

Wnioski

Badane pielęgniarki miały małą wiedzę na temat ergonomii pracy, większość nie znała ustawowych, do-

puszczalnych wartości ciężarów, jakie może dźwigać kobieta. Konsekwencją tego nie zabiegają o to, by ich stanowisko pracy było zorganizowane zgodnie z zasadami ergonomii. Stwierdzono duże braki w wyposażeniu dostosowanym do ich możliwości fizycznych, dysponowały zbyt małą przestrzenią do pracy, co wymuszało przyjmowanie nieodpowiednich pozycji. Na bóle kręgosłupa, stawów i mięśni skarżyła się cała badana populacja pielęgniarek, znikoma część z nich zasięgała porad lekarzy specjalistów i chodziła na zwolnienia lekarskie. Tylko co czwarta skorzystała z zabiegów rehabilitacyjnych, a żadna nie leczyła się w sanatorium. Pielęgniarki zazwyczaj radziły sobie z bólem same i brały leki przeciwbólowe.

Z badań wynika, że niekorzystne warunki pracy, brak dostatecznej wiedzy na temat ergonomii, lekceważenie własnego zdrowia i brak racjonalnego wypoczynku przekładają się na kondycję zdrowotną i fizyczną pielęgniarek. Profilaktykę występowania nieprawidłowości pracy mogłyby stanowić zarówno szkolenia pielęgniarek oraz kadry kierowniczej w zakresie ergonomicznych technik opieki nad pacjentem, jak i wyposażenie w specjalistyczny sprzęt.

Piśmiennictwo

1. Józwiak Z. Ergonomiczne kształtowanie środowiska pracy. Kręgosłup masz tylko jeden. Łódź: Instytut Medycyny Pracy; 2009. 3, 7, 10–12.
2. Cichońska-Marczak M. Ocena ryzyka zawodowego. *Mag Piel Położ.* 2009; 3: 22–23.
3. Mielczarek-Pankiewicz E. Problemy zdrowotne pielęgniarek i położnych (2). *Mag Piel Położ.* 2010; 4: 10–11.
4. Józwiak Z. Obciążenia układu mięśniowo-szkieletowego w praktyce pielęgniarskiej. *Lek Med Pr.* 2007; 9: 10–13.
5. Orłowska W. Ergonomia a ryzyko błędu medycznego. *Biuletyn.* 2010; 1: 5.
6. Talarska D, Zozulińska-Ziółkiewicz D. Pielęgniarstwo inter-nistyczne. Podręcznik dla studentów medycznych. Warszawa: PZWL; 2009. 360–361.

Artykuł przyjęty do redakcji: 25.07.2014

Artykuł przyjęty do publikacji: 25.08.2015

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Mieczysława Irena Wyderka
ul. Pływacka 112
94-127 Łódź
tel.: 42 6804 760
e-mail: mwyderka1@wp.pl
Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi

PRZYSTOSOWANIE DO CHOROBY NOWOTWOROWEJ U PACJENTEK Z RAKIEM SZYJKI MACICY

ADAPTATION TO CANCER IN PATIENTS WITH CERVICAL CANCER

Dorota Rogala¹, Aleksandra Mazur^{1,2}, Mariola Maślińska^{1,2}, Magdalena Krawczak³

¹ Katedra Onkologii, Radioterapii i Ginekologii Onkologicznej

Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

² Klinika Ginekologii Onkologicznej, Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy

³ studentka, licencjat położnictwa, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

DOI: <http://dx.doi.org/10.20883/pielpol.2016.6>

STRESZCZENIE

Cel. Celem pracy była ocena związku między przystosowaniem psychicznym do choroby nowotworowej a poziomem poczucia własnej skuteczności u kobiet z rakiem szyjki macicy.

Materiał i metody. Badaniami objęto 30 kobiet z nowotworem szyjki macicy po leczeniu chirurgicznym. Wykorzystano ankietę własnej konstrukcji, Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności – GSES i Skalę Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej – MINI-MAC. Analizowano zależność między wyborem strategii do walki z chorobą a poziomem własnej skuteczności w zależności od zmiennych socjodemograficznych. W obliczeniach statystycznych wykorzystano testy: ANOVA, ANOVA rang Kruskala-Wallisa, MANOVA, U Manna-Whitneya, współczynnik korelacji r Pearsona. Jako poziom istotności przyjęto $p \leq 0,10$.

Wyniki. 1. Kobiety z rakiem szyjki macicy wybierają konstruktywne strategie walki z chorobą: *ducha walki* i *pozytywnego przewartościowania*. Wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania nie różnicowały pacjentek w wyborze strategii. Gorsza sytuacja materialna korelowała z większą skłonnością do stosowania strategii destrukcyjnych. 2. Spośród zmiennych socjodemograficznych na wzrost poziomu własnej skuteczności miały wpływ jedynie lepsze warunki materialne. 3. Kobiety z wyższym poziomem własnej skuteczności częściej wybierały strategie *ducha walki* i *pozytywnego przewartościowania*.

Wnioski. 1. Kobiety z nowotworem narządów rodnych dobrze przystosowują się do choroby. 2. Wyższy poziom własnej skuteczności sprzyja wyborowi konstruktywnych strategii.

SŁOWA KLUCZOWE: GSES, MINI-MAC, rak szyjki macicy.

ABSTRACT

Aim. The aim of this study was to assess the association between mental adaptation to cancer and the level of self-efficacy in women with cervical cancer.

Material and methods. The study involved 30 women with cervical cancer after the surgical treatment. We used a questionnaire of our own design, Generalized Self Efficacy Scale – the GSES, and The Scale of Mental Adjustment to Cancer Diseases – MINI-MAC. We analyzed the relationship between the choice of strategies to fight with the disease and the level of self-efficacy, depending on sociodemographic variables. In the calculation of statistical tests were used: ANOVA, ANOVA rank Kruskal-Wallis, MANOVA, Mann-Whitney U, Pearson's correlation coefficient r. As the level of significance there was $p \leq 0,10$.

Results. 1. Women with cervical cancer after surgery chose constructive strategies to combat the disease: fighting spirit and a positive reevaluation. Age, education, place of residence did not differentiate patients in choosing strategies. A worse financial situation was correlated with a greater propensity for using destructive strategies. 2. Only better material conditions had an influence on increasing the level of self-efficacy among the sociodemographic variables. 3. Women with higher levels of self-efficacy often chose a fighting spirit strategy and a positive reevaluation.

Conclusions. 1. Women with cancer of the reproductive organs are adapting well to the disease. 2. Higher levels of self-efficacy favor the selection of constructive strategies.

KEYWORDS: GSES, MINI-MAC, cervical cancer.

Wprowadzenie

Nowotwór szyjki macicy jest jednym z częściej występujących nowotworów u kobiet. Choroba nowotworowa często związana jest z higieną życia kobiety. Właściwy tryb życia może zmniejszyć ryzyko zachorowania na ten nowotwór. Kobiety, które rozpoczęły życie seksualne w młodym wieku, miały wielu partnerów seksualnych, palą papierosy, ich dieta jest uboga w warzywa i owo-

ce oraz przez wiele lat stosują doustne środki antykoncepcyjne, narażone są w większym stopniu na zachorowanie na raka szyjki macicy. Objawy pojawiające się w początkowej fazie choroby nie są charakterystyczne, dlatego tak ważne jest uczestnictwo w programach profilaktycznych. Obejmują one kobiety w przedziale wiekowym 25–59, które w przeciągu ostatnich 3 lat nie miały przeprowadzonego badania cytologicznego. Pomimo tych działań nadal wskaźniki zachorowań na raka

szyjki macicy w Polsce są wyższe o około 15% w stosunku do średniej UE, a umieralność jest nawet o 70% wyższa niż przeciętna dla krajów europejskich [1].

Przystosowanie do choroby nowotworowej to problem radzenia sobie z samą chorobą i jej konsekwencjami, a w dłuższej perspektywie – konieczność poradzenia sobie z szeroko pojętymi zmianami w jakości życia. Psycholodzy wyróżniają dwa ogólne style, jakie prezentują pacjenci w walce z chorobą: styl konstruktywny, obejmujący strategie *ducha walki* i *pozytywnego przewartościowania*, oraz styl destrukcyjny, obejmujący *zaabsorbowanie lękowe* i *bezradność – beznadziejność*. *Duch walki* skłania chorych do traktowania choroby jako osobistego wyzwania i podejmowania działań zwalczających chorobę. *Pozytywne przewartościowanie* to takie przeorganizowanie problemu swojej choroby, aby przy pełnej świadomości jej powagi znaleźć nadzieję i zadowolenie z już przeżytych lat. *Zaabsorbowanie lękowe* wyraża niepokój spowodowany chorobą, postrzeganą głównie jako zagrożenie wywołujące strach, nad którym nie można zapanować. *Bezradność – beznadziejność* świadczy o poczuciu bezsilności, zagubienia, o biernym poddaniu się chorobie [2]. Wyniki badań dowodzą, że lepsze rokowania, biorąc pod uwagę długość przeżycia, brak nawrotów choroby i lepszą jakość życia, wiążą się z wyborem aktywnych strategii [3]. Ocena preferowanych strategii jest przydatna na każdym etapie leczenia i rehabilitacji.

Albert Bandura w 1977 r. opracował teorię modyfikacji zachowań ludzkich i wprowadził pojęcie poczucia własnej skuteczności. Wskazał, że samoskuteczność wpływa na motywację do działania i poprawia końcowe osiągnięcia jednostki [4]. Poczucie własnej skuteczności pozwala człowiekowi na odrzucenie lub zaakceptowanie danej sytuacji zależnie od przewidywanych jej skutków. W związku z pojęciem samoskuteczności rodzi się w człowieku poczucie kompetencji, która wyznacza zaangażowanie i dążenie do osiągnięcia sukcesu. Pozwala to jednostce na właściwe wykorzystanie posiadanych zasobów i przygotowanie konkretnego planu działania [5]. Badania potwierdzają, że im bardziej człowiek wierzy we własną skuteczność, tym wyższe cele sobie stawia i silniej angażuje się w zamierzone zachowania zdrowotne, nawet jeśli ponosi porażki. Częściej też wybiera strategię aktywnej walki z chorobą [3].

Cel pracy

Celem podjętych badań było wykazanie korelacji pomiędzy przystosowaniem psychicznym do choroby nowotworowej a poziomem poczucia własnej skuteczności u kobiet z rakiem szyjki macicy.

Materiał i metody

Pacjenci

Do badań zakwalifikowano 47 kobiet z nowotworem szyjki macicy po leczeniu chirurgicznym w Oddziale Klinicznym Ginekologii Onkologicznej Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka w Bydgoszczy. Ostatecznie badaniami objęto 30 kobiet, gdyż 15 kobiet odmówiło udziału w badaniu, 2 zrezygnowały z uczestnictwa w trakcie wypełniania ankiet. Grupa ankietowanych była zróżnicowana pod względem wieku, miejsca zamieszkania, wykształcenia, stanu cywilnego oraz warunków materialnych.

Wiek badanych mieścił się w przedziale 32–75 lat (średnia 55,4 roku). Wśród badanych najliczniejszą grupę stanowiły kobiety w wieku 50–59 lat (46,7%), dalej 60–69 lat (20%), 40–49 lat (13,3%), 32–39 lat (10%), 70 lat + (10%). W dużych miastach mieszkało 11 osób (36,7%), małych – 10 (33,3%), na wsi – 9 (30%). Spośród ankietowanych najwięcej miało wykształcenie średnie – 12 (40%), dalej zawodowe – 7 (23,3%), wyższe – 6 (20%), podstawowe – 5 (16,7%). Najliczniejszą grupę stanowiły mężatki – 18 (60%), kolejno kobiety samotne – 10 (33,3%) i będące w związku partnerskim – 2 (6,7%). Warunki materialne jako dobre oceniło 15 kobiet (50%), przeciętne – 9 (30%), bardzo dobre – 4 (13,3%), złe – 2 (6,7%).

Metody

W badaniu wykorzystano: kwestionariusz ankiety opisujący grupę kobiet pod względem socjodemograficznym i standaryzowane narzędzia: Skalę Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej Watsona i wsp. z 1988 r. (polska adaptacja Juczyński, 1997 r. – współczynniki α Cronbacha dla poszczególnych strategii 0,87–0,92) oraz Skalę Uogólnioną Własnej Skuteczności Schwarzera i Jerusalem z 1992 r. (polska adaptacja Juczyński, 1998 r. – współczynnik α Cronbacha 0,85).

Skala Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej – MINI-MAC (ang. *Mental Adjustment to Cancer*) – składa się z 29 stwierdzeń i mierzy cztery strategie radzenia sobie z chorobą: dwie konstruktywne – *duch walki* i *pozytywne przewartościowanie*, oraz dwie destrukcyjne – *zaabsorbowanie lękowe* i *bezradność – beznadziejność*. Postawa aktywna charakteryzuje się ogólną mobilizacją i podjęciem walki o własne zdrowie, życie. Pasywna postawa przejawia się lękiem i ogólną rezygnacją pacjenta. Zakres możliwych wyników mieści się w granicach 7–28 pkt. Ogólny wskaźnik, po przekształceniu na jednostki standaryzowane, podlega interpretacji stosownie do właściwości charakteryzujących skalę stenową. Wyniki w granicach

1–4 stena (10–24 pkt.) uznaje się za wyniki niskie, zaś w granicach 7–10 stena (30–40 pkt.) – za wysokie. Wyniki w granicach 5 i 6 stena (25–29 pkt.) rozpatruje się jako przeciętne. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie zachowań charakterystycznych dla danego sposobu zmagania się z chorobą nowotworową [3].

Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności – GSES (ang. *Generalized Self-Efficacy Scale*) – składa się z 10 pytań z możliwością udzielenia odpowiedzi w granicach od 1 do 4 pkt. Suma wszystkich punktów mieści się w przedziale od 10 do 40 pkt. Ogólny wskaźnik przekształca się na jednostki standaryzowane, interpretowane wg skali stenowej. Wyniki w granicach 1–4 stena (10–24 pkt.) to wyniki niskie, 5 i 6 stena (25–29 pkt.) – przeciętne, 7–10 stena (30–40 pkt.) – wysokie. Im większy wskaźnik, tym wyższy poziom poczucia własnej skuteczności, co przekłada się na większą wiarę w siebie i umiejętności poradzenia sobie w trudnej sytuacji [3].

W obliczeniach statystycznych wykorzystano jednoczynnikową analizę wariancji (ANOVA), jednoczynnikową wielowymiarową analizę wariancji (MANOVA), test ANOVA rang Kruskala-Wallisa, test U Manna-Whitneya, współczynnik korelacji r Pearsona. Jako poziom istotności przyjęto $p \leq 0,10$.

Wyniki

W pierwszym etapie badań analizowano, jakie strategie walki z chorobą wybierają kobiety z rakiem szyjki macicy. W grupie pacjentek przeważały strategie konstruktywne: *ducha walki* ($M = 22,63$, $SD = 2,88$) i *pozytywnego przewartościowania* ($M = 21,10$, $SD = 2,64$). Po standaryzacji wyniki dla strategii konstruktywnych mają wartość 6 stena, co odpowiada przeciętnym wynikom uzyskiwanym przez populację, na której utworzono polskie normy. Strategie destrukcyjne: *zaabsorbowanie lękowe* ($M = 16,07$, $SD = 4,42$) oraz *bezzadność – beznadziejność* ($M = 12,63$, $SD = 3,76$) w odniesieniu do polskich norm mają wartość 4 stena, co daje wynik poniżej wartości przeciętnych.

Do pomiaru związków pomiędzy wiekiem pacjentek i strategiami przystosowania do choroby wyliczono współczynniki korelacji liniowej r Pearsona.

Tabela 1. Wiek a strategie przystosowania do choroby
Table 1. Age and adaptation strategies to the disease

| Rodzaj strategii/ <i>Type strategies</i> | Wiek/ <i>Age</i> |
|---|------------------|
| zaabsorbowanie lękowe/ <i>preoccupation with anxiety</i> | 0,10 |
| duch walki/ <i>fighting spirit</i> | 0,08 |
| bezzadność – beznadziejność/ <i>helplessness – hopelessness</i> | 0,22 |
| pozytywne przewartościowanie/ <i>positive revaluation</i> | 0,22 |

$0 \leq r < 0,3$ – korelacja słaba/*poor correlation*

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Żaden z wyliczonych współczynników korelacji r Pearsona nie przekroczył poziomu istotności statystycznej – wiek pacjentek nie jest związany ze stosowaniem określonej strategii.

Do sprawdzenia, czy pomiędzy miejscem zamieszkania i stosowanymi strategiami radzenia sobie z chorobą występuje zależność, przeprowadzono wielowymiarową analizę wariancji MANOVA. Wyniki testu są nieistotne statystycznie, $\lambda(8, 48) = 1,28$; $p = 0,28$. Miejsce zamieszkania nie wpływa na stosowane strategie radzenia sobie z chorobą.

Poniżej przedstawiono wyniki analiz związku pomiędzy wykształceniem (test ANOVA rang Kruskala-Wallisa), stanem cywilnym (test U Manna-Whitneya) i sytuacją materialną (test ANOVA rang Kruskala-Wallisa) a wyborem określonej strategii. Do celów analizy zmiennej „stan cywilny” przekodowano do postaci dwukategorialnej: 1. osoba w związku partnerskim lub małżeńskim, 2. osoba samotna.

Tabela 2. Strategie radzenia sobie z chorobą w zależności od wykształcenia (p1), stanu cywilnego (p2), sytuacji materialnej (p3)
Table 2. Strategies for coping with the disease, depending on education (p1), marital status (p2), financial situation (p3)

| Strategie radzenia sobie z chorobą/ <i>Strategies for coping with the disease</i> | N | p ₁ | p ₂ | p ₃ |
|--|----|----------------|----------------|----------------|
| zaabsorbowanie lękowe/ <i>preoccupation with anxiety</i> | 30 | 0,13 | 0,91 | 0,10* |
| duch walki/ <i>fighting spirit</i> | 30 | 0,77 | 0,74 | 0,33 |
| bezzadność – beznadziejność/ <i>helplessness – hopelessness</i> | 30 | 0,13 | 0,09* | 0,07* |
| pozytywne przewartościowanie/ <i>positive revaluation</i> | 30 | 0,92 | 0,08* | 0,36 |

* $p \leq 0,10$

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała, że: 1. wykształcenie pacjentek nie jest związane z żadną strategią radzenia sobie z chorobą; 2. kobiety żyjące w związkach osiągają przeciętnie wyższe wyniki w stosowaniu strategii *bezzadności – beznadziejności* oraz *pozytywnego przewartościowania* niż kobiety samotne; 3. osoby o złej i przeciętnej sytuacji finansowej przejawiają wyższą skłonność do stosowania strategii destrukcyjnych.

Drugi etap badań obejmował ocenę poziomu własnej skuteczności – GSES – u kobiet z nowotworem szyjki macicy. Średni wynik mierzony w skali GSES w badanej próbie wyniósł 30,83 ($SD = 4,86$), co w przeliczeniu na jednostki stenowe odpowiada wartości 7 sten, uznawanej za wartości wysokie. Świadczy to o wysokiej samoocenie własnej skuteczności przez badane pacjentki.

Dla ustalenia zależności pomiędzy wiekiem i poczuciem własnej skuteczności wyliczono współczynnik korelacji r Pearsona. Wartość współczynnika $r = -0,24$ oznacza korelację słabą i jest nieistotna statystycznie ($p = 0,20$).

Poniżej przedstawiono wyniki analiz związku pomiędzy pozostałymi zmiennymi: miejscem zamieszkania (test ANOVA), wykształceniem, sytuacją materialną (test ANOVA rang Kruskala-Wallisa) i stanem cywilnym (test U Manna-Whitneya) a poziomem własnej skuteczności. Do celów analizy zmienną „stan cywilny” przekodowano do postaci dwukategorialnej: 1. osoba w związku partnerskim lub małżeńskim, 2. osoba samotna.

Tabela 3. Poczucie własnej skuteczności a zmienne socjodemograficzne
Table 3. Self-efficacy and sociodemographic variables

| Zmienne socjodemograficzne/ <i>Sociodemographic variables</i> | Poczucie własnej skuteczności/ <i>Self-efficacy</i> |
|--|--|
| wykształcenie/ <i>education</i> | 0,24 |
| miejsce zamieszkania/ <i>place of residence</i> | 0,45 |
| sytuacja materialna/ <i>financial situation</i> | 0,07* |
| stan cywilny/ <i>marital status</i> | 0,93 |

* $p \leq 0,10$

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Wyniki wskazują, że wraz ze wzrostem statusu materialnego pacjentek wzrasta ich poczucie skuteczności ($p < 0,10$). Pozostałe zmienne demograficzne nie miały wpływu na wybór określonej strategii.

Ostatni etap badań miał na celu sprawdzenie, czy na wybór poszczególnych strategii przystosowania do choroby ma wpływ poziom poczucia własnej skuteczności (współczynniki korelacji r Pearsona). Wyniki przedstawia **tabela 4**.

Tabela 4. Strategie przystosowania do choroby a poczucie własnej skuteczności

Table 4. Strategies for adaptation to the disease and self-efficacy

| Strategie radzenia sobie z chorobą/ <i>Strategies for coping with the disease</i> | Poczucie własnej skuteczności/ <i>Self-efficacy</i> |
|--|--|
| zaabsorbowanie lękowe/ <i>preoccupation with anxiety</i> | -0,63 |
| duch walki/ <i>fighting spirit</i> | 0,49 |
| beznadzieść – beznadziejność/ <i>helplessness – hopelessness</i> | -0,50 |
| pozytywne przewartościowanie/ <i>positive revaluation</i> | 0,31 |

$0 \leq r < 0,3$ – korelacja słaba/*poor correlation*

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Wyniki analizy wskazują na to, że poczucie własnej skuteczności jest powiązane z wszystkimi strategiami

radzenia sobie z chorobą. W przypadku strategii destrukcyjnych kierunek korelacji jest ujemny, a siła zależności – wysoka. Oznacza to, że wraz ze wzrostem poczucia własnej skuteczności spada tendencja do stosowania strategii *zaabsorbowania lękowego* oraz *beznadzieści – beznadziejności*. W przypadku strategii konstruktywnych siła korelacji jest umiarkowana, a kierunek zależności – dodatni. Wraz ze wzrostem poczucia własnej skuteczności pacjentki są bardziej skłonne do korzystania ze strategii *ducha walki* i *pozytywnego przewartościowania*.

Dyskusja

W grupie badanych pacjentek z nowotworem szyjki macicy przeważały strategie konstruktywne: *duch walki* i *pozytywne przewartościowanie*. Wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania nie różnicowały pacjentek w wyborze strategii. Kobiety żyjące w związkach osiągały przeciętnie wyższe wyniki w stosowaniu strategii *beznadzieść – beznadziejność* oraz *pozytywne przewartościowanie* niż kobiety samotne. Gorsza sytuacja materialna korelowała z większą skłonnością do stosowania strategii destrukcyjnych.

Juczyński w próbie normalizacyjnej kwestionariusza MINI-MAC na 266 pacjentach z nowotworami narządu rodowego, piersi, prostaty, żołądka, jelit, trzustki i krtani wskazuje, że częściej mężczyźni korzystają ze strategii destrukcyjnych niż kobiety. Ponadto w nowotworach narządów rodnych i prostaty przeważały strategie *ducha walki* i *pozytywnego przewartościowania*, a w nowotworach trzustki i żołądka – *zaabsorbowania lękowego* i *beznadzieści – beznadziejności*. Ogólnie w nowotworach dietozależnych dominowały strategie destrukcyjne, a w hormonozależnych – konstruktywne [3]. W dwóch oddzielnych badaniach (Michałowskiej-Wieczorek oraz Szczepańskiej-Gierachy i wsp.) u kobiet z nowotworami narządów rodnych i piersi również przeważały strategie konstruktywne [6, 7]. Odmienne wyniki uzyskali Malicka i wsp. Współczynnik dla aktywnych strategii dla kobiet z nowotworami narządu rodowego był niski (0,006), a dla strategii destrukcyjnych – znacznie wyższy (0,141). Porównując dwie grupy pacjentek z nowotworami kobiecymi, autorzy wskazali na częstsze korzystanie ze strategii konstruktywnych przez chore na raka sutka niż narządu rodowego [2]. Kozak, badając pacjentów z rakiem narządu rodowego, prostaty, trzustki i jelita grubego, wskazała, że pacjentki chore onkologicznie na nowotwory kobiece najczęściej spośród wszystkich grup pacjentów wybierały strategie konstruktywne. Im bardziej pacjentki akceptowały swoją chorobę, tym większe było nasilenie strategii *ducha walki*, a mniejsze – strategii destrukcyjnych. Największe nasilenie *zaabsorbowania lękowego* i *beznadzieści – beznadziejności*

przejawili mężczyźni chorzy na raka prostaty. Ponadto inaczej niż w prezentowanych badaniach starszy wiek korelował z *pozytywnym przewartościowaniem* [8]. W innych wskazuje się, że wybór konstruktywnych strategii ma wpływ na większą aktywność samych pacjentów, lepsze dla nich rokowania i może ulegać zmianom adaptacyjnym w miarę trwania choroby [9].

W badanej grupie pacjentek z rakiem szyjki macicy poziom GSES wyniósł 30,83, co stanowi wynik wyższy niż przeciętna dla populacji polskiej. Nie wykazuje się zależności poziomu poczucia własnej skuteczności od zmiennych demograficznych. Jedynie lepszy status materialny korelował z wyższym GSES.

W próbie normalizacyjnej kwestionariusza do pomiaru GSES Juczyński wskazuje dla polskiej populacji wynik 27,32, w tym dla zdrowych kobiet – 27,13. W badaniach na różnych grupach klinicznych najwyższy wskaźnik miały kobiety po mastektomii – 30,07, i z rozpoznaniem migreny – 28,57, najniższy – 26,12 – leczone z powodu menopauzy. W badaniach Mariańczyk, Steuden kobiety po 45. roku życia poddające się badaniom profilaktycznym w kierunku raka szyjki macicy miały wyższy poziom GSES niż kobiety młodsze [10]. W badaniach Majdy, Józefowskiej nad chorymi na POCHP poziom GSES obniżał się z wiekiem; osoby z wykształceniem średnim, mieszkające w dużych miastach miały GSES na wyższym poziomie [11]. Brak związku między wykształceniem a GSES stwierdziła Gapińska u pacjentów po zabiegu wyłonienia stomii jelitowej [12].

Wyniki badań pokazały, że istnieje zależność między wyborem strategii przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej a poziomem poczucia własnej skuteczności. Wraz ze wzrostem poczucia własnej skuteczności rośnie tendencja do kierowania się strategiami konstruktywnymi, a niższy poziom GSES sprzyja wyborowi strategii destrukcyjnych. Podobne wyniki uzyskała Paul-Kańska [13].

Pacjenci, którzy są aktywni wobec choroby, realniej oceniają swoje możliwości, chcą o chorobie wiedzieć jak najwięcej, poszukują dostępnego wsparcia, nie rezygnują z dotychczasowej aktywności w wypełnianiu ról społecznych [14]. Dopiero jednak zestawienie pozytywnych strategii psychicznego przystosowania do choroby nowotworowej z przekonaniem pacjenta o swoich możliwościach i skuteczności daje szansę na osiągnięcie sukcesów w walce z chorobą.

Wnioski

1. Kobiety z nowotworem narządów rodnych dobrze przystosowują się do choroby.
2. Wyższy poziom własnej skuteczności sprzyja wyborowi konstruktywnych strategii.

3. Ocena wyboru strategii walki z chorobą oraz poziomu wiary we własne możliwości może być pomocna w dostosowaniu sposobu leczenia i rehabilitacji do danego pacjenta.

Piśmiennictwo

1. Krajowy Rejestr Nowotworów, www.onkologia.org.pl (data dostępu: 10.10.2015).
2. Malicka I, Szczepańska J, Anioł K, Rymaszewska J, Woźniowski M. Zaburzenia nastroju i strategii przystosowania do choroby u kobiet leczonych operacyjnie z powodu nowotworu piersi i narządów rodnych. *Współcz Onkol.* 2009; 13, 1: 41–46.
3. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2001.
4. Bandura A. Self-efficacy. Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev.* 1977; 84: 191–215.
5. Juczyński Z. Poczucie własnej skuteczności – teoria i pomiar. *Folia Psychologica.* 2000; 4: 11–24.
6. Michałowska-Wieczorek I. Rola wsparcia w zmaganiu się z chorobą nowotworową. *Psychoonkologia.* 2006; 10, 2: 51–56.
7. Szczepańska-Gieracha J, Malicka I, Rymaszewska J, Woźniowski M. Przystosowanie psychologiczne kobiet bezpośrednio po operacji onkologicznej i po zakończeniu leczenia. *Współcz Onkol.* 2010; 14, 6: 403–410.
8. Kozak G. Zróżnicowanie strategii radzenia sobie z nowotworem chorych w przebiegu wybranych nowotworów złośliwych. *Anest Ratow.* 2012; 6: 162–170.
9. Payne S, Haines R. The Contribution of psychologists to specialist palliative care. *Int J Palliat Nurs.* 2002; 8: 401–406.
10. Mariańczyk K, Steuden S. Oczekiwania oraz intencje zachowań zdrowotnych jako czynniki warunkujące wykonanie profilaktycznej cytologii w grupie kobiet po 45. roku życia. *Psychoonkologia.* 2011; 2: 55–64.
11. Majda A, Józefowska H. Zasoby osobiste pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. *Probl Piel.* 2009; 17: 283–292.
12. Gapińska B. Poczucie własnej skuteczności a lęk i depresja u pacjentów po zabiegu wyłonienia stomii jelitowej. *Współcz Onkol.* 2008; 12: 84–89.
13. Paul-Kańska J. Choroba nowotworowa – w obliczu zagrożenia życia. *Folia Psychologica.* 2007; 11: 37–45.
14. Kofta M, Szustrowa T. Złudzenia, które pozwalają żyć. Warszawa: PWN; 2001.

Artykuł przyjęty do redakcji: 27.11.2015

Artykuł przyjęty do publikacji: 15.12.2015

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Dorota Rogala
ul. Izabeli Romanowskiej 2
85-796 Bydgoszcz
tel.: 52 374 33 95
e-mail: drogala@cm.umk.pl
Klinika Ginekologii Onkologicznej
Centrum Onkologii im. prof. Franciszka Łukaszczyka
w Bydgoszczy

OCENA POZIOMU WIEDZY PACJENTÓW INSTYTUTU FIZJOLOGII I PATOLOGII SŁUCHU NA TEMAT PRZYCZYN POWSTAWANIA NIEDOSŁUCHU

ASSESSMENT OF KNOWLEDGE OF PATIENTS OF THE INSTITUTE OF PHYSIOLOGY AND PATHOLOGY OF HEARING ABOUT CAUSES OF HEARING LOSS

Beata Celińska^{1,2}, Anna Kaczyńska², Mariusz Panczyk³, Jarosława Belowska³,
Aleksander Zarzeka³, Joanna Gotlib³

¹ Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Kajetany

² studentka pielęgniarstwa

Warszawski Uniwersytet Medyczny

³ Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia

Warszawski Uniwersytet Medyczny

DOI: <http://dx.doi.org/10.20883/pielpol.2016.7>

STRESZCZENIE

Wstęp. Niedosłuch jest jedną z najczęściej występujących wad ludzkich zmysłów. Przyczyny powstawania utraty słuchu są złożone i stanowią powiązanie czynników środowiskowych i genetycznych. Częstość występowania uszkodzenia słuchu rośnie wraz z wiekiem.

Cel. Celem pracy była ocena poziomu wiedzy pacjentów Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu na temat przyczyn powstawania niedosłuchu.

Materiał i metody. Zbadano 100 pacjentów Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu. Grupę 1 stanowiło 67 osób mających problemy ze słuchem, grupę 2 stanowiły 33 osoby niemające takich problemów. Przeprowadzono badania ankietowe na podstawie kwestionariusza własnego autorstwa, na który składało się 21 pytań zamkniętych. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Do analizy statystycznej wykorzystano program STATISTICA 10.0 (licencja Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego).

Wyniki. Pacjenci Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu reprezentują niewystarczający poziom wiedzy na temat przyczyn powstawania niedosłuchu. W badanej grupie najwyższy poziom wiedzy dotyczył niedosłuchu uwarunkowanego genetycznie (72% prawidłowych odpowiedzi) oraz uszkodzenia słuchu spowodowanego przebytą gripą (75% prawidłowych odpowiedzi). Poziom wiedzy pacjentów na temat wpływu leków przeciwnowotworowych na występowanie niedosłuchu (19% prawidłowych odpowiedzi), jak również wpływu częstych chorób uszu na powstawanie niedosłuchu (22% prawidłowych odpowiedzi) był niewystarczający. Analiza statystyczna uzyskanych wyników wykazała, że porównywane grupy 1 i 2 nie różniły się między sobą istotnie statystycznie ($p = NS$).

Wnioski. 1. W badanej grupie pacjentów poziom wiedzy na temat powstawania niedosłuchu był niewystarczający. 2. W badanej grupie pacjentów występowanie problemów ze słuchem nie wpływało na zwiększenie wiedzy w tym zakresie. 3. Programy edukacyjne na temat ochrony słuchu i korzyści płynących z wczesnego zdiagnozowania ubytku słuchu powinny być wprowadzane już w szkołach podstawowych.

SŁOWA KLUCZOWE: wiedza, pacjenci, niedosłuch, przyczyny.

ABSTRACT

Introduction. Hearing loss is one of the most common defects affecting human senses. Causes of hearing loss are complex and they constitute a combination of environmental and genetic factors. The frequency of incidence of hearing damage increases with age.

Aim. Assessment of patients' knowledge on the Institute of Physiology and Pathology of Hearing about causes of hearing loss.

Material and methods. A total of 100 patients of the Institute of Physiology and Pathology of Hearing. Group 1 comprised 67 persons with hearing problems, group 2 comprised 33 persons with no hearing problems. Participation in the survey was voluntary, the questionnaire was anonymous and developed by the authors, it comprised 21 close-ended questions. Statistical analysis: STATISTICA 10.0 program (licensed to Warsaw Medical University).

Results. The patients of the Institute of Physiology and Pathology of Hearing demonstrated an insufficient level of knowledge of the causes of hearing loss. The study group presented the highest level of knowledge in terms of genetically determined hearing loss (correct answers constituted 72% of the total) and hearing damage caused by influenza (correct answers constituted 75% of the total). Patients' knowledge of the effect of antineoplastic drugs on the incidence of hearing loss (correct answers constituted 19% of the total) as well as the effect of frequently occurring ear problems on hearing loss (correct answers constituted 22% of the total) was insufficient. Statistical analysis of the results showed that differences between group 1 and group 2 were not statistically significant ($p = NS$).

Conclusions. 1. Among the present group of patients, the level of knowledge of hearing loss was insufficient. 2. Among the study group of patients, the presence of hearing problems did not improve the knowledge in this regard. 3. Educational programmes covering the issues of hearing protection and benefits of the early diagnosis of hearing loss should be introduced in primary schools.

KEYWORDS: knowledge, patients, hearing loss, causes.

Wstęp

Niedostuch jest zaburzeniem narządu słuchu, które polega na nieprawidłowym przewodzeniu lub odbiorze dźwięków [1]. Częstość występowania niedostuchu rośnie z wiekiem: u noworodków występuje w 2–3%, u osób do 18. roku życia – w 5%, między 19. a 44. rokiem życia – w 4,5–5%, między 45. a 64. rokiem życia – w 14%, między 65. a 74. rokiem życia – w 23%, a u osób powyżej 75 lat – w 35% [2]. Niedostuch jest obecnie schorzeniem powszechnie występującym, dotyka coraz więcej osób i zaliczany jest do chorób cywilizacyjnych. Niedostuch spowodowany jest często ciągłym hałasem występującym przede wszystkim w dużych aglomeracjach miejskich, który z upływem czasu powoduje uszkodzenie narządu słuchu. Proces ten przebiega powoli i niezauważalnie. Wśród dzieci w wieku szkolnym, a także wśród młodzieży wykrywany jest – spowodowany panującą modą na głośne słuchanie muzyki przez słuchawki, szczególnie wewnątrzuszne – niedostuch na określonych częstotliwościach.

Cel pracy

Celem pracy była próba oceny poziomu wiedzy pacjentów Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu na temat przyczyn powstawania niedostuchu. Porównano także poziom wiedzy ankietowanych, uwzględniając podział na pacjentów mających problemy ze słuchem i niemających takich problemów.

Materiał

Badanie ankietowe przeprowadzono wśród 100 pacjentów (58 kobiet i 42 mężczyzn) Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie. Badana grupa była wybierana losowo; uczestnicy wyrazili zgodę na udział w badaniu. Respondenci zostali podzieleni na dwie grupy: grupa 1 stanowiła 67 osób mających problemy ze słuchem, grupę 2 stanowiły 33 osoby niemające tych problemów. Przedział wiekowy respondentów to 17–79 lat. Średnia wieku osób ankietowanych wyniosła 46,62 roku (mediana: 45,5; moda: 41). Osoby biorące udział w badaniu zamieszkiwały: duże aglomeracje miejskie: miasto > 500 tys. mieszkańców – 20 osób, 100–500 tys. mieszkańców – 15 osób, małe miasteczka 50–100 tys. mieszkańców – 14, 10–50 tys. mieszkańców – 12 i wsie – 21 ankietowanych. Największa grupa badanych miała wykształcenie średnie – 40 osób, wykształcenie wyższe miały 33 osoby, wykształcenie zasadnicze zawodowe – 23 osoby i podstawowe – 4 osoby.

Metody badań

Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Dobrowolne badania ankietowe zostały przeprowadzone w okresie od grudnia 2012 do stycznia 2013 r. za pomo-

cą kwestionariusza ankiety własnego autorstwa. Kwestionariusz ankiety składał się z 21 pytań zamkniętych jednokrotnego wyboru, rozdawany był respondentom osobiście i miał charakter anonimowy.

Uzyskane w wyniku przeprowadzonych badań ankietowych dane zostały zebrane w arkuszu Microsoft Excel (Microsoft Office). Do analizy statystycznej wykorzystano program firmy StatSoft STATISTICA 10.0 (licencja Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego).

Wyniki

Połowa ankietowanych wiedziała, że słuchanie muzyki przez słuchawki uszkadza słuch. Porównując wyniki uzyskane w analizowanych grupach, widać, że zarówno w grupie 1, jak i w grupie 2 większość ankietowanych nie znała prawidłowej odpowiedzi. Większość ankietowanych udzieliła poprawnej odpowiedzi, iż niedostuch może być uwarunkowany genetycznie. Więcej poprawnych odpowiedzi udzielono w grupie 2, dwukrotnie więcej błędnych odpowiedzi zaznaczono w grupie 1. Szczegółowe wyniki przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Poziom wiedzy ankietowanych na temat ogólnych przyczyn powstawania uszkodzenia słuchu

Table 1. Level of respondents' knowledge of general causes of hearing damage

| Lp. / Item no. | Pytanie / Question | Odpowiedź / Answer | Grupa 1 (%) / Group 1 (%) | Grupa 2 (%) / Group 2 (%) | p |
|----------------|--|----------------------|---------------------------|---------------------------|----|
| 1. | Nawet krótkie przebywanie w hałasie powyżej 130 dB NIE grozi uszkodzeniem słuchu/ <i>Even short exposure to noise levels above 130 dB MAY NOT result in hearing damage</i> | Prawda/True | 34 | 21 | NS |
| | | Falsz/False | 28 | 36 | |
| 2. | Słuchanie muzyki przez słuchawki NIE uszkadza słuchu/ <i>Listening to music on headphones DOES NOT impair your hearing</i> | Prawda/True | 38 | 36 | NS |
| | | Falsz/False | 52 | 57 | |
| 3. | Niedostuch może być uwarunkowany genetycznie/ <i>Hearing loss can be genetically determined</i> | Prawda/True | 68 | 78 | NS |
| | | Falsz/False | 13 | 6 | |
| 3. | Niedostuch może być uwarunkowany genetycznie/ <i>Hearing loss can be genetically determined</i> | Nie wiem/Do not know | 19 | 16 | NS |
| | | Nie wiem/Do not know | 19 | 16 | |

| | | | | | |
|----|---|----------------------|----|----|----|
| 4. | Odmrożenie uszu powoduje niedosłuch/ <i>Frostbite of the ears may cause hearing loss</i> | Prawda/True | 19 | 33 | NS |
| | | Falsz/False | 34 | 36 | |
| | | Nie wiem/Do not know | 47 | 31 | |
| 5. | Uraz fizyczny małżowiny usznej powoduje niedosłuch/ <i>Physical injury of the auricle may cause hearing loss</i> | Prawda/True | 46 | 51 | NS |
| | | Falsz/False | 29 | 33 | |
| | | Nie wiem/Do not know | 25 | 16 | |
| 6. | Zła higiena uszu NIE prowadzi do trwałego uszkodzenia słuchu/ <i>Poor hygiene of the ears MAY NOT result in permanent hearing damage</i> | Prawda/True | 52 | 33 | NS |
| | | Falsz/False | 35 | 51 | |
| | | Nie wiem/Do not know | 13 | 16 | |
| 7. | Uraz głowy zawsze wiąże się z utratą słuchu/ <i>Head injury always results in hearing loss</i> | Prawda/True | 16 | 15 | NS |
| | | Falsz/False | 56 | 66 | |
| | | Nie wiem/Do not know | 28 | 19 | |

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Połowa respondentów biorących udział w badaniu wiedziała, że picie alkoholu w czasie ciąży może powodować niedosłuch u dziecka. Uwagę zwraca fakt, że wiele osób (42%) nie znało prawidłowej odpowiedzi. W grupie 2 większość ankietowanych znała prawidłową odpowiedź, zaś w grupie 1 wartość ta stanowiła prawie połowę wszystkich odpowiedzi tej grupy (**Tabela 2**).

Tabela 2. Wiedza respondentów na temat niedosłuchu u dziecka
Table 2. Respondents' knowledge of hearing loss in children

| Lp./Item no. | Pytanie/Question | Odpowiedź/Answer | Grupa 1 (%) / Group 1 (%) | Grupa 2 (%) / Group 2 (%) | p |
|--------------|---|----------------------|---------------------------|---------------------------|----|
| 1. | Picie alkoholu w czasie ciąży może powodować niedosłuch u dziecka/ <i>Alcohol consumption during pregnancy may cause hearing loss in a child</i> | Prawda/True | 49 | 63 | NS |
| | | Falsz/False | 9 | 9 | |
| | | Nie wiem/Do not know | 42 | 28 | |

| | | | | | |
|----|--|----------------------|----|----|----|
| 2. | Przyjmowanie leków przeciwbólowych w ciąży może powodować niedosłuch u dziecka/ <i>Analgesic treatment during pregnancy may cause hearing loss in a child</i> | Prawda/True | 32 | 33 | NS |
| | | Falsz/False | 10 | 15 | |
| | | Nie wiem/Do not know | 58 | 52 | |
| 3. | Przyjmowanie antybiotyków w ciąży może powodować niedosłuch u dziecka/ <i>Antibiotic treatment during pregnancy may cause hearing loss in a child</i> | Prawda/True | 35 | 48 | NS |
| | | Falsz/False | 9 | 9 | |
| | | Nie wiem/Do not know | 56 | 43 | |
| 4. | Choroby wirusowe (np. opryszczka, oспа, świnka) przebyte w czasie ciąży uszkadzają słuch dziecka/ <i>Viral diseases (e.g. herpes, smallpox, mumps) during pregnancy may damage hearing in a child</i> | Prawda/True | 44 | 60 | NS |
| | | Falsz/False | 13 | 9 | |
| | | Nie wiem/Do not know | 43 | 31 | |

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Zdecydowana większość całej grupy badanej wiedziała, że przebyta grypa może uszkodzić słuch. W porównywanych grupach większą niewiedzą wykazały się osoby należące do grupy 2. Na pytanie, czy przyjmowanie leków przeciwnowotworowych nie uszkadza słuchu, dominowały odpowiedzi informujące o braku wiedzy na ten temat. Prawidłowej odpowiedzi udzieliło zaledwie 19 ankietowanych. Szczegółowe wyniki przedstawiono w **tabeli 3**.

Tabela 3. Wiedza pacjentów dotycząca stanów chorobowych i sposobu leczenia jako przyczyn uszkodzenia słuchu

Table 3. Patients' knowledge of medical conditions and treatment methods as causes of hearing loss

| Lp./Item no. | Pytanie/Question | Odpowiedź/Answer | Grupa 1% / Group 1% | Grupa 2% / Group 2% | p |
|--------------|--|----------------------|---------------------|---------------------|----|
| 1. | Częste choroby uszu zawsze powodują niedosłuch/ <i>Frequent ear diseases always cause hearing loss</i> | Prawda/True | 62 | 42 | NS |
| | | Falsz/False | 16 | 33 | |
| | | Nie wiem/Do not know | 22 | 25 | |
| 2. | Przyjmowanie leków przeciwnowotworowych NIE uszkadza słuchu/ <i>Taking antineoplastic drugs DOES NOT impair hearing</i> | Prawda/True | 25 | 12 | NS |
| | | Falsz/False | 14 | 27 | |
| | | Nie wiem/Do not know | 61 | 61 | |

| | | | | |
|---|----------------------|----|----|----|
| | Prawda/True | 76 | 72 | |
| 3. Przebyta grypa może uszkodzić słuch/ <i>Influenza may damage hearing</i> | Falsz/False | 7 | 15 | NS |
| | Nie wiem/Do not know | 17 | 13 | |
| 4. Choroby przewlekłe u dzieci, tj. cukrzyca, zapalenie nerek lub kośćciec, doprowadzają do niedosłuchu/ <i>Chronic diseases in children (i.e. diabetes, nephritis, or otitis) may result in hearing loss</i> | Prawda/True | 32 | 30 | |
| | Falsz/False | 14 | 18 | NS |
| | Nie wiem/Do not know | 54 | 52 | |

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Dyskusja

W dostępnym piśmiennictwie krajowym (Polska Bibliografia Lekarska, lata 2004–2013; wyszukiwane frazy: *niedosłuch, badania na temat powstawania niedosłuchu, wiedza na temat przyczyn powstawania niedosłuchu, wpływ leków na słuch, leczenie niedosłuchu, zapobieganie powstawania niedosłuchu*) nie odnaleziono badań sprawdzających wiedzę określonej grupy społecznej na temat przyczyn powstawania niedosłuchu.

W dostępnej literaturze zarówno krajowej, jak i zagranicznej odnaleziono wiele publikacji związanych z niedosłuchem; dotyczą one przede wszystkim: badania słuchu u dorosłych oraz u dzieci, ototoksycznego wpływu leków na narząd słuchu, zapobiegania zaburzeniom słuchu, leczeniu niedosłuchu i genetycznych przyczyn powstawania niedosłuchu.

W zakresie prowadzonych badań słuchu u dzieci oraz dorosłych publikacje zawierają informacje o rozwoju audiologii oraz prowadzonych w XXI wieku powszechnych programach badania słuchu. Artykuły te najczęściej poruszają tematykę przesiewowego badania słuchu u noworodków, opisując korzystny wpływ na diagnozowanie niedosłuchu i możliwość szybkiego podjęcia leczenia. Wiele publikacji związanych z badaniami niedosłuchu uznaje niedosłuch za chorobę społeczną, podając dane statystyczne dotyczące liczby osób z takim problemem. Zwraca się dużą uwagę na zachowania współczesnego społeczeństwa, w którym np. z powodu słuchania muzyki przez słuchawki coraz młodsze grupy społeczne mają problemy z niedosłuchem. Jednakże wśród opisywanych grup nie zostało przeprowadzone badanie sprawdzające ich poziom wiedzy na temat przyczyn powstawania niedosłuchu [3–7].

Wśród artykułów opisujących ototoksyczny wpływ leków na słuch nie znalazły się również zapisy świadczące o przeprowadzeniu badań na temat przyczyn

powstawania niedosłuchu. Artykuły te opisują uboczne działanie leków – niekorzystny wpływ na słuch osób je zażywających [8, 9].

Następny najczęściej opisywany temat w literaturze krajowej i zagranicznej to zapobieganie zaburzeniom słuchu. Omawiana jest tam profilaktyka niedosłuchu wśród różnych grup społecznych, np. dzieci i młodzieży szkolnej. Tematy te dotyczą zaburzeń słuchu i przyczyn ich powstawania. W artykułach poruszających to zagadnienie znajdują się także zalecenia odnoszące się do profilaktyki zaburzeń słuchu. Nikt z autorów opublikowanych badań nie sprawdzał u osób, którym badano słuch, wiedzy z zakresu przyczyn powstawania niedosłuchu [10, 11].

Jednym z najczęściej poruszanych tematów w literaturze jest leczenie niedosłuchów. Opisuje się tam różnego rodzaju metody leczenia, takie jak protezowanie aparatem słuchowym, leczenie chirurgiczne oraz leczenie farmakologiczne. Przedstawiane są nowinki techniczne i naukowe. Opisuje się także techniki i metody leczenia niedosłuchu za pomocą wszczepienia implantu ślimakowego [12–16].

W badaniach własnych porównano dwie grupy pacjentów Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu. Założono, że osoby mające problem ze słuchem – a więc osoby, których dolegliwość ta dotyczy bezpośrednio i interesują się lub interesowały się tym tematem – będą dysponowały większą wiedzą na temat przyczyn powstawania niedosłuchu niż osoby niemające tego problemu. Badania przeprowadzono wśród 100-osobowej grupy pacjentów w przedziale wiekowym od 17. do 79. roku życia, pochodzących z dużych aglomeracji miejskich, małych miast oraz wsi.

Pytania ankiety miały za zadanie sprawdzenie wiedzy na temat przyczyn powstawania niedosłuchu. W wyniku analizy udzielanych odpowiedzi stwierdzono, że duża grupa respondentów nie potrafiła udzielić prawidłowej odpowiedzi i wybierała wymijającą odpowiedź, zaznaczając opcję „nie wiem”. W przypadku trzech pytań odpowiedzi takiej udzieliła ponad połowa respondentów obydwu badanych grup.

W badaniach własnych trzykrotnie spytano respondentów o szkodliwość działania leków, takich jak antybiotyki, leki przeciwbólowe i leki przeciwnowotworowe. Nieznacznie większą wiedzą z tego zakresu wykazała się grupa 2. Najprawdopodobniej osoby z problemem ze słuchem również interesowały się szkodliwym wpływem, jaki mają na ten zmysł przyjmowane przez nie leki. Odpowiedzi udzielone przez obydwie badane grupy nie różniły się istotnie statystycznie. Z powyższymi pytaniami osoby badane miały największe problemy. Ponad połowa ankietowanych zaznaczyła odpowiedź „nie wiem”.

Spytano też respondentów o takie zagadnienia, jak:

- wpływ chorób przewlekłych i wirusowych na występowanie niedosłuchu,
- następstwa urazów fizycznych małżowiny usznej i głowy i ich związek z utratą słuchu,
- wpływ bodźców zewnętrznych na słuch,
- wpływ picia alkoholu w czasie ciąży na występowanie niedosłuchu u dziecka,
- genetyczne uwarunkowania powstania niedosłuchu.

Największą wiedzą na temat powstawania niedosłuchu respondenci wykazali się, odpowiadając na pytanie związane z genetycznymi uwarunkowaniami powstawania niedosłuchu. Prawidłowej odpowiedzi udzieliło 72 z nich. Jeszcze więcej prawidłowych odpowiedzi odnotowano przy pytaniu dotyczącym wpływu przebytej grypy na niedosłuch. W przypadku pytania dotyczącego uwarunkowań genetycznych w grupie osób mających problem ze słuchem zanotowano więcej prawidłowych odpowiedzi (78,8%). Osoby zdrowe udzieliły prawidłowych odpowiedzi na poziomie 68,7%. Większy współczynnik poprawnych odpowiedzi w grupie osób chorych może wynikać z tego, że osoby te zostały poddane badaniom genetycznym w kierunku wykrycia genu powodującego niedosłuch. W przypadku grypy i jej wpływu na słuch wyniki w obydwu badanych grupach były na zbliżonym poziomie. Na pozostałe pytania respondenci w obydwu grupach udzielali prawidłowych odpowiedzi na zbliżonym poziomie i nie różniły się one istotnie statystycznie.

Wyniki zaprezentowane w niniejszej pracy uświadamiają, że społeczeństwo reprezentuje niski poziom wiedzy z zakresu przyczyn powstawania niedosłuchu. W obecnym społeczeństwie należałoby wprowadzić w szkołach programy edukacyjne w celu zwiększenia wiedzy na temat ochrony słuchu i korzyści płynących z wczesnego zdiagnozowania ubytku słuchu. Programy te mogłyby zaowocować większą świadomością młodego pokolenia, częściowo eliminując złe nawyki obecnych pokoleń.

Wnioski

1. W badanej grupie pacjentów poziom wiedzy na temat powstawania niedosłuchu był niewystarczający.
2. W badanej grupie pacjentów występowanie problemów ze słuchem nie wpływało na zwiększenie wiedzy w tym zakresie.
3. Programy edukacyjne na temat ochrony słuchu i korzyści płynących z wczesnego zdiagnozowania ubytku słuchu powinny być wprowadzane już w szkołach podstawowych.

Piśmiennictwo

1. Gryczyńska D. Otolaryngologia dziecięca. Bielsko-Biała: Alfa Medica Press; 2007. 45.
2. Śliwińska-Kowalska M. Audiologia kliniczna. Łódź: Mediton Oficyna Wydawnicza; 2010. 67.
3. Mueller-Malesińska M. Zapobieganie zaburzeniom słuchu. *Styszę*. 2012; 1 (123): 4–8.
4. Kochanek K. Obiektywne badania słuchu u progu XXI wieku. *Audiofonol*. 2004; 25: 35–39.
5. Kochanek K. Behawioralne i audiometryczne badania słuchu u dzieci. *Mag Otolaryngol*. 2006; 1 (17): 23–25.
6. Baldwin M, Watkin P. Predicting the degree of hearing loss using click auditory brainstem response in babies referred from newborn hearing screening. *Ear Hearing*. 2013; 34 (3): 361–369.
7. Fligor BJ. Early diagnosis and management of hearing loss in medically fragile children. *Semin Hear*. 2013; 34: 27–36.
8. Goździk-Zołnierkiewicz T. Ototosycyzość leków. W: Jan-czewski G (red.). Otolaryngologia praktyczna. Podręcznik dla studentów i lekarzy. Gdańsk: Via Medica; 2007.175–180.
9. Palomar G, Abdulghani M, Bodet A, Andreu M, Palomar A. Ototosycyzość leków: aktualny stan wiedzy. *Otolaryngol*. 2002; 1 (1): 27–30.
10. Geremek-Samsonowicz A, Kłonica L, Rostkowska J, Pięć M, Skarżyński H. Model postępowania diagnostyczno-terapeutycznego wobec niemowlęcia i jego rodziny przed operacją wszczęcia implantu ślimakowego. *Now Audiofonol*. 2012; 1 (1): 119–125.
11. Ramsebner R, Ludwig M, Lucas T, de Jong D. Identification of a SNP regulatory region of GJB2 associated with idiopathic nonsyndromic autosomal recessive hearing loss in a multicenter study. *Otol Neurotol*. 2013; 34 (4): 650–656.
12. Kotowski M, Niedzielski A, Niedzielski G. Wyniki leczenia niedosłuchów odbiorczych u dzieci w materiale własnym. *Audiofonol*. 2005; 27: 63–65.
13. Niemczyk K, Lachowska M, Morawski K, Bartoszewicz R. Implanty ucha środkowego – postępy w implantologii otologicznej. *Terapia*. 2010; 18: 42–46.
14. Jadcak M, Rapijko P, Kantor I, Szczygielski K, Usowski J, Piechocki J, Jurkiewicz D. Ocena wyników leczenia nagłej głuchoty idiopatycznej z zastosowaniem terapii tlenem hiperbarycznym. *Otolaryngol Pol*. 2007; 61 (5): 887–891.
15. Morawski K, Komoń-Kotecka E. Współczesna farmakoterapia nagłej głuchoty. *Terapia*. 2010; 2 (242): 25–29.
16. Arehart K, Souza P, Baca R, Kates J. Working memory, age, and hearing loss: susceptibility to hearing aid distortion. *Ear Hearing*. 2013; 34 (3): 251–260.

Artykuł przyjęty do redakcji: 08.07.2015

Artykuł przyjęty do publikacji: 23.11.2015

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Joanna Gotlib
ul. Żwirki i Wigury 61
02-091 Warszawa
tel.: 22 5720 490, fax: 22 5720 491, tel. kom.: +48 608 108 028
e-mail: joanna.gotlib@wum.edu.pl
Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia
Warszawski Uniwersytet Medyczny

OCENA WIEDZY PACJENEK ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO NA TEMAT ZASAD SAMOOPIEKI PO ZABIEGU MASTEKTOMII

KNOWLEDGE OF POST MASTECTOMY SELF-CARE PRINCIPLES AMONG FEMALE PATIENTS OF THE SURGICAL DEPARTMENT

Anna Kapusta¹, Anna Kaczyńska¹, Mariusz Panczyk², Jarosława Belowska², Aleksander Zarzeka², Joanna Gotlib²

¹ studentka pielęgniarstwa

Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia

Warszawski Uniwersytet Medyczny

DOI: <http://dx.doi.org/10.20883/pielpol.2016.8>

STRESZCZENIE

Wstęp. W Polsce rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet. Z każdym rokiem liczba nowych zachorowań wzrasta. Na podstawie ostatniego opublikowanego raportu danych Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie z 2009 r. na raka sutka w 2009 r. zachorowały 15 752 kobiety, a 5242 zmarły.

Cel. Cel pracy stanowiła próba oceny wiedzy pacjentek oddziału chirurgicznego na temat zasad samoopieki po zabiegu mastektomii.

Materiał i metody. Badaniami objęto 100 kolejnych, wyrażających zgodę na badania ankietowe pacjentek oddziału chirurgicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu, przebywających w oddziale po zabiegu mastektomii. Taki dobór pacjentek do badania spełnia warunki doboru losowego. W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego; wykorzystano technikę ankietową.

Wyniki. W badanej grupie kobiet 73% najczęściej pozyskuje informacje dotyczące profilaktyki raka piersi z telewizji, radia oraz gazet. Dla 75% respondentek czynnik genetyczny odgrywa największą rolę w zwiększeniu ryzyka zachorowania na raka piersi. Według 83% badanych skutecznym środkiem walki z rakiem jest odpowiednio dobrane leczenie. Samobadanie piersi potrafi przeprowadzić 77% respondentek. Zdaniem 87% respondentek najrzetelniejszym źródłem wiedzy na temat samoopieki po zabiegu mastektomii jest lekarz.

Wnioski. 1. Uzyskane wyniki badań świadczą o niedostatecznej wiedzy pacjentek oddziału chirurgicznego na temat zasad samoopieki po zabiegu mastektomii. 2. Poziom wiedzy respondentek na temat profilaktyki raka piersi w znaczny sposób wpływa na podejmowane przez nie działania prewencyjne. 3. Wyniki badań własnych potwierdzają tezę, że brak ogólnodostępnych publikacji i szeroko zakrojonej edukacji na temat profilaktyki raka piersi, a zwłaszcza samoopieki po zabiegu mastektomii ma wpływ na poziom wiedzy kobiet. 4. Według badanej grupy kobiet lekarze i pielęgniarki są najodpowiedniejszymi osobami do zapoznawania z zasadami samoopieki po zabiegu mastektomii, ale są oni za mało zaangażowani w szerzenie wiedzy na ten temat.

SŁOWA KLUCZOWE: wiedza, pacjenci.

ABSTRACT

Introduction. Breast cancer is the most frequently experienced malignant neoplasm among women in Poland. The number of new breast cancer cases increases every year. According to the latest report (2009) by the Oncology Centre – Maria Skłodowska-Curie Institute in Warsaw, in 2009 as many as 15752 women developed breast cancer and 5242 of them died.

Aim. An attempt to assess the knowledge of female patients hospitalized in the surgical department about the principles of post mastectomy self-care.

Material and methods. The study involved 100 consecutive female patients of the Surgical Department of the Regional Specialist Hospital in Radom who underwent a mastectomy there and gave their consent to participate in the survey. This kind of patient selection for the study meets the requirements of a random selection. A diagnostic survey by means of questionnaires was used in the study.

Results. 73% of the study participants most often got information on breast cancer prophylaxis from television, radio, and press. For 75% of the respondents the genetic factor was most likely to increase the risk of breast cancer. As many as 83% of the study participants believed that proper treatment was an effective weapon against cancer. 77% of the total were able to perform a breast self-examination. 87% of the respondents said that a doctor was the most reliable source of knowledge of post mastectomy self-care.

Conclusions. 1. The study results demonstrated that female patients of the surgical department had insufficient knowledge of the principles of post mastectomy self-care. 2. The level of knowledge of the study participants about breast cancer prophylaxis significantly influenced prevention actions they undertook. 3. Our study results confirmed the thesis that the lack of publicly available publications and a broad-based education campaign on breast cancer prophylaxis and post mastectomy self-care in particular have a great influence on the level of women's knowledge. 4. According to the study group, doctors and nurses were the most appropriate persons that could provide information on the principles of post mastectomy self-care, but they were not enough engaged in sharing this knowledge.

KEYWORDS: knowledge, patients.

Wstęp

Problem chorób nowotworowych przybiera na świecie miarę epidemii. Polska Unia Onkologii prognozuje, że w 2020 r. na świecie zachoruje na raka aż 20 mln osób, a 10 mln osób umrze z tego powodu [1]. Według opublikowanego przez Ministerstwo Zdrowia *Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych z 2005 r.* co 14. Polka zachoruje na raka piersi w ciągu swojego życia, a biorąc pod uwagę wzrost zachorowalności, istnieje realne zagrożenie, że ta liczba się powiększy [2, 3]. Dane te potwierdza także Główny Urząd Statystyczny. Propagowanie wiedzy o profilaktyce nowotworowej jest najskuteczniejszym działaniem ograniczającym zachorowania na nowotwory i śmiertelność z tego powodu, dlatego niezbędna jest współpraca wszystkich instytucji, stowarzyszeń i organizacji. Wiedza na temat raka piersi, wczesna diagnoza, leczenie oraz rehabilitacja pooperacyjna pomagają kobietom po mastektomii w powrocie do normalnego życia, pełnej sprawności fizycznej i równowagi psychicznej. U każdej chorej okres ten przebiega inaczej. Poradzenie sobie z problemem choroby zależy od cech osobowości, od sytuacji rodzinnej i społecznej, wieku, miejsca zamieszkania, a przede wszystkim od posiadanej wiedzy na temat profilaktyki chorób nowotworowych, leczenia i rehabilitacji. Ważnym elementem w dochodzeniu do zdrowia po zabiegu mastektomii jest odpowiednia wiedza na temat samoopieki i odpowiedniego stosowania jej zasad. Prawidłowa samoopieka przeciwdziała ewentualnym powikłaniom po przebytych zabiegach mastektomii, a nawet może zapobiec nawrotowi choroby.

Cel pracy

Celem pracy była próba oceny poziomu wiedzy kobiet – pacjentek oddziału chirurgicznego – na temat zasad samoopieki po zabiegu mastektomii. Podjęto też próbę określenia, czy występują czynniki stanowiące barierę w realizacji samoopieki po zabiegu mastektomii, a także czynniki wpływające motywująco na stosowanie samoopieki po zabiegu mastektomii.

Materiał

Badaniami objęto 104 kolejne, wyrażające zgodę na badania ankietowe pacjentki oddziału chirurgicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu, przebywające w oddziale po zabiegu mastektomii. Taki dobór pacjentek do badania spełnia warunki doboru losowego. Do analizy wyników wykorzystano 100 ankiet wypełnionych przez kobiety powyżej 20. r.ż., będące pacjentkami oddziału chirurgicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu. Szczegółową charakterystykę badanej grupy pacjentek przedstawiono w **tabeli 1**.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy pacjentek

Table 1. Characteristics of the study group of female patients

| Cecha/Feature | | n |
|---|---|----|
| Wiek/Age | średnia/mean | 43 |
| | min. | 22 |
| | max. | 77 |
| Miejsce zamieszkania/ Place of residence | miasto powyżej 100 tys. mieszkańców/ a city of over 100.000 citizens | 38 |
| | miasto/a town | 47 |
| | wieś/a village | 15 |
| | wyższe/higher | 2 |
| Wykształcenie/ Education level | pomaturalne/post secondary | 34 |
| | średnie/secondary | 22 |
| | podstawowe/primary | 3 |
| | brak danych/no data | 39 |

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Metody

Badanie przeprowadzono w okresie od 20 września 2011 do 20 kwietnia 2012 r. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego na podstawie techniki ankietowej. Udział w badaniu był dobrowolny. Anonimowa anketa składała się z 30 pytań, z czego 1 pytanie było pytaniem otwartym, dotyczyło wieku. Pozostałe pytania były pytaniami zamkniętymi, jednokrotnego lub wielokrotnego wyboru. Pacjentki oddziału chirurgicznego otrzymały kwestionariusz ankiet osobiście z rąk osoby przeprowadzającej badanie.

Wyniki

Przeprowadzone badanie wykazało, że ponad połowa ankietowanych uczęszcza na kontrolne wizyty lekarskie ze względu na ryzyko zachorowania na raka piersi, co zostało przedstawione w **tabeli 2**. Wśród ankietowanych tylko 9 kobiet oznaczyło wszystkie odpowiedzi w pytaniu wielokrotnego wyboru dotyczącym czynników zwiększających zachorowanie na raka piersi. Najwięcej badanych odpowiedziało, iż takim czynnikiem jest czynnik genetyczny. Szczegółowe dane przedstawiono w **tabeli 3**.

Tabela 2. Poziom wiedzy pacjentek oddziału chirurgicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu na temat raka piersi

Table 2. Level of knowledge of female patients hospitalized in the surgical department of the Regional Specialist Hospital in Radom about breast cancer

| Lp./Item no. | Pytania/Questions | Odpowiedzi/Answers | Liczba odpowiedzi/Number of answers |
|--------------|--|----------------------|-------------------------------------|
| 1. | Czy tylko te kobiety, u których w rodzinie wykryto raka piersi, są narażone na zachorowanie? <i>Are women with a family history of breast cancer the only ones who are at risk of developing breast cancer?</i> | Tak/Yes | 53 |
| | | Nie/No | 43 |
| | | Nie wiem/Do not know | 4 |

| | | | |
|----|--|---|----|
| | Zdecydowanie tak/ <i>Strongly yes</i> | 19 | |
| | Raczej tak/ <i>Rather yes</i> | 45 | |
| 2. | Nie mam zdania/ <i>No opinion</i> | 2 | |
| | Raczej nie/ <i>Rather no</i> | 21 | |
| | Zdecydowanie nie/ <i>Strongly no</i> | 13 | |
| | Jak często chodzi Pani na kontrolę do lekarza ze względu na ryzyko zachorowania na raka piersi?/ <i>How often do you go for a check-up with your doctor due to the risk of developing breast cancer?</i> | Raz na pół roku/ <i>Once during each half year</i> | 7 |
| | | Raz na rok/ <i>Once a year</i> | 39 |
| | | Rzadziej/Less often | 11 |
| | | Nie chodzę w ogóle/ <i>I do not go at all</i> | 43 |

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Tabela 3. Poziom wiedzy pacjentek oddziału chirurgicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu na temat raka piersi
Table 3. Level of knowledge of female patients hospitalized in the surgical department of the Regional Specialist Hospital in Radom about breast cancer

| Lp./ Item no. | Pytania/Questions | Odpowiedzi/Answers | Liczba od- powiedzi/ Number of answers |
|---------------------|---|---|---|
| | | Wiek/Age | 73 |
| | | Płeć/Gender | 68 |
| | | Czynnik genetyczny/ <i>Genetic factor</i> | 75 |
| | | Antykoncepcja/ <i>Contraception</i> | 23 |
| | | Wczesna pierwsza miesiączka/ <i>Early age of menarche</i> | 29 |
| | Proszę zaznaczyć czynniki zwiększają- ce ryzyko zachoro- wania na raka piersi (można zaznaczyć kilka odpowiedzi)/ <i>Please tick from the list below factors increasing the risk of developing breast cancer (more than one answer can be chosen)</i> | Późna menopauza/ <i>Late menopause</i> | 18 |
| | | Niezdrowy tryb życia (zła dieta, brak aktywności fizycznej, stosowanie używek)/ <i>Unhealthy lifestyle (poor diet, lack of physical activity, stimulant use)</i> | 47 |
| | | Otyłość/Obesity | 20 |
| | | Późna pierwsza ciąża/ <i>Late first pregnancy</i> | 33 |
| | | Noszenie ciasnych biustonoszy/ <i>Wearing a tight bra</i> | 25 |
| | | Bezdzielnosc/ <i>Childlessness</i> | 17 |
| | | Wszystkie odpowiedzi/ <i>All answers</i> | 9 |

| | | | |
|--|--|---|----|
| | Odpowiednie leczenie/ <i>Proper treatment</i> | 83 | |
| | Co według Pani decyduje o skutecz- nym wyleczeniu raka piersi? (można zaznaczyć kilka odpowiedzi)/ <i>In your opinion, what determines suc- cessful treatment of breast cancer? (more than one answer can be chosen)</i> | Wczesne wykrycie choroby/ <i>Early detection of the disease</i> | 71 |
| | | Wiek chorej osoby/ <i>Patient's age</i> | 57 |
| | | Obecność bliskich osób/ <i>Support from close relatives and friends</i> | 18 |
| | | Dieta/Diet | 22 |
| | | Aktywność fizyczna/ <i>Physical activity</i> | 13 |
| | | Raka piersi nie da się wyleczyć/ <i>Breast cancer cannot be cured</i> | 3 |
| | | Inne/Others | - |
| | | Ból piersi/ <i>Breast pain</i> | 15 |
| | Jakie objawy według Pani są najbardziej charakterystyczne dla raka piersi? (można zaznaczyć kilka odpowiedzi)/ <i>Which symptoms and signs are the most characteristic of breast cancer? (more than one answer can be chosen)</i> | Krwisty wyciek z bro- dawki sutkowej/ <i>Bloody discharge from the nipple</i> | 27 |
| | | Powiększenie pachow- ych węzłów chłonnych/ <i>Enlargement of the axillary lymph nodes</i> | 39 |
| | | Obrzęki piersi/ <i>Breast swelling</i> | 19 |
| | | Guzki na piersiach/ <i>Breast nodules</i> | 45 |
| | | Owrzodzenie piersi/ <i>Ulceration of the breast</i> | 15 |
| | | Zaczerwienienie piersi/ <i>Reddening of the breast</i> | 27 |

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Większość kobiet biorących udział w badaniu deklaruowała, że potrafi przeprowadzić samobadanie piersi poprzez oglądanie, skontrolowanie piersi i węzłów chłonnych pachowych za pomocą dotyku. Niemniej jednak spośród badanej grupy 37 respondentek nie wykonuje takich badań w ogóle, pomimo że połowa z nich wie, iż działania te mogą przyczynić się do wczesnego wykrycia nowotworu piersi (**Tabela 4**).

Tabela 4. Ocena wiedzy pacjentek oddziału chirurgicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu na temat samobadania piersi
Table 4. Assessment of knowledge of female patients hospitalized in the surgical department of the Regional Specialist Hospital in Radom about breast self-examination

| Lp./ Item no. | Pytania/Questions | Odpowiedzi/ Answers | Liczba od- powiedzi/ Number of answers |
|---------------------|---|--------------------------------------|---|
| | Czy potrafi Pani przeprowadzić sa- mobadanie piersi?/ <i>Can you perform a breast self-examination?</i> | Tak, potrafię/ <i>Yes, I can</i> | 77 |
| | | Nie potrafię/ <i>No, I cannot</i> | 23 |

| | | |
|----|---|------------|
| 2. | Badanie dotykiem piersi i węzłów chłonnych pachowych/ <i>Palpation of the breast and axillary lymph nodes</i> | 4 |
| | Oglądanie, badanie dotykiem piersi i węzłów chłonnych pachowych/ <i>Observation and palpation of the breast and axillary lymph nodes</i> | 59 |
| | Oglądanie i badanie dotykiem samej piersi/ <i>Observation and palpation of the breast alone</i> | 14 |
| | Nie wiem, nie znam/ <i>I do not know any techniques</i> | 23 |
| 3. | Raz w tygodniu/ <i>Once a week</i> | 4 |
| | Raz w miesiącu/ <i>Once a month</i> | 14 |
| | Raz na pół roku/ <i>Once during each half year</i> | 17 |
| | Rzadziej/ <i>Less often</i> | 28 |
| | Nie wykonuję go w ogóle/ <i>I do not perform it at all</i> | 37 |
| 4. | Czy uważa Pani, że systematyczne badanie piersi może przyczynić się do zmniejszenia zachorowania na raka piersi? <i>Do you believe that a systematic breast examination may decrease the risk of breast cancer?</i> | Tak/Yes 55 |
| | | Nie/No 45 |
| 5. | Od momentu pierwszej miesiączki/ <i>Since your menarche</i> | 49 |
| | Od 20. r.ż./ <i>When you are 20</i> | 12 |
| | Od 30. r.ż./ <i>When you are 30</i> | 9 |
| | Od 40. r.ż./ <i>When you are 40</i> | 18 |
| | Od 50. r.ż./po klimakterium/ <i>When you are 50/after menopause</i> | 11 |
| | Nie wiem/ <i>I do not</i> | 1 |
| 6. | Tydzień po menstruacji/ <i>A week after menstruation</i> | 51 |
| | Tydzień przed menstruacją/ <i>A week before menstruation</i> | 16 |
| | Niezależnie od cyklu/ <i>Regardless of the cycle</i> | 15 |
| | Nie wiem/ <i>I do not</i> | 18 |

| | | | |
|----|--|---|----|
| 7. | Czekam, aby zobaczyć, co będzie dalej/ <i>I wait to see what happens next</i> | 21 | |
| | Gdy zauważa Pani zmiany w okolicach piersi podczas samobadania, co Pani robi? <i>What do you do when you notice a change in the breast during your self-examination?</i> | Udaję się do lekarza/ <i>I go to the doctor</i> | 70 |
| | | Nic nie robię/ <i>I do nothing</i> | 5 |
| | | Szukam odpowiedzi w literaturze/ <i>I look for the answer in the literature</i> | 4 |
| 8. | Czy uważa Pani, że samobadanie powinno się przeprowadzać systematycznie? <i>Do you think that a breast self-examination should be performed systematically?</i> | Tak/Yes 88 | |
| | | Nie/No 12 | |

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Zdecydowana większość respondentek wie, że mammografia jest najbardziej efektywną metodą wykrycia raka piersi, zaś zaledwie połowa ankietowanych miała kiedykolwiek robione badanie mammograficzne lub USG piersi (**Tabela 5**).

Tabela 5. Wiedza pacjentek oddziału chirurgicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu dotycząca badania mammograficznego/USG piersi
Table 5. Knowledge of female patients hospitalized in the surgical department of the Regional Specialist Hospital in Radom about the mammographic screening/breast ultrasound

| Lp./Item no. | Pytania/Questions | Odpowiedzi/Answers | Liczba odpowiedzi/Number of answers |
|--------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. | Czy miała Pani kiedykolwiek robione badanie mammograficzne lub USG piersi? <i>Have you ever had a mammography exam or breast ultrasound?</i> | Tak/Yes | 53 |
| | | Nie/No | 47 |
| 2. | Czy w przeciągu ostatniego roku miała Pani przeprowadzane badanie mammograficzne bądź USG piersi? <i>Have you had a mammography exam or breast ultrasound over the last year?</i> | Tak/Yes | 22 |
| | | Nie/No | 78 |
| 3. | Od jakiego wieku powinno się wykonywać mammografię? <i>At what age should a mammography exam be carried out?</i> | Od 20. r.ż./ <i>When you are 20</i> | 15 |
| | | Od 30. r.ż./ <i>When you are 30</i> | 27 |
| | | Od 40. r.ż./ <i>When you are 40</i> | 39 |
| | | Od 50. r.ż./ <i>When you are 50</i> | 19 |
| 4. | Czy według Pani mammografia jest najbardziej efektywną metodą wykrycia raka piersi? <i>Is mammography, in your opinion, the most effective way to detect breast cancer?</i> | Tak/Yes | 81 |
| | | Nie/No | 19 |

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Spośród możliwych odpowiedzi na pytanie dotyczące największych kłopotów w samoopiece po mastektomii ponad połowa respondentek oznaczyła, że dla nich najbardziej problematyczne są kontakty z otoczeniem, a dopiero potem pielęgnacja rany bądź ćwiczenia. Ponadto według badanych pacjentek najodpowiedniejszym źródłem do zapoznania z takimi zasadami jest personel medyczny: lekarze, pielęgniarki. Zaledwie 8 kobiet wiedziało, że samoopiekę po zabiegu mastektomii należy rozpocząć bezpośrednio po zabiegu. Szczegółowe dane przedstawia **tabela 6**.

Tabela 6. Poziom wiedzy pacjentek oddziału chirurgicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu na temat samoopieki po zabiegu mastektomii

Table 6. Level of knowledge of female patients hospitalized in the surgical department of the Regional Specialist Hospital in Radom about post mastectomy self-care care

| Lp./ Item no. | Pytania/Questions | Odpowiedzi/Answers | Liczba odpowiedzi/ Number of answers | |
|---------------------|--|---|--|----|
| 1. | Jakie czynności w samoopiece według Pani stwarzają największe kłopoty? (można zaznaczyć kilka odpowiedzi)/ <i>In your opinion, which activities are the most problematic in self-care? (more than one answer can be chosen)</i> | Mycie się/ <i>Washing yourself</i> | 34 | |
| | | Ubieranie się/ <i>Getting dressed</i> | 37 | |
| | | Pielęgnacja rany pooperacyjnej/ <i>Surgical wound care</i> | 45 | |
| | | Spożywanie posiłków/ <i>Eating</i> | 28 | |
| | | Ćwiczenia/ <i>Exercising</i> | 44 | |
| | | Masaż limfatyczny/ <i>Lymphatic massage</i> | 41 | |
| | | Kontakty z ludźmi/ <i>Social relations</i> | 52 | |
| | | Lekarz/ <i>Physician</i> | 81 | |
| | | Kto Pani zdaniem powinien zapoznać z zasadami samoopieki na oddziale i/lub skąd takie informacje czerpać? (można zaznaczyć kilka odpowiedzi)/ <i>In your opinion, who should inform a patient on the principles of self-care at the department and/or where should a patient look for such information? (more than one answer can be chosen)</i> | Pielęgniarka/ <i>Nurse</i> | 62 |
| | | Współpacjentka wolontariuszka z klubu wsparcia „Amazonka”/ <i>Fellow patient volunteer from the Amazon Support Group</i> | 44 | |
| 2. | In your opinion, who should inform a patient on the principles of self-care at the department and/or where should a patient look for such information? (more than one answer can be chosen) | Ktoś z rodziny/znajomi/ <i>Family member/friends</i> | 39 | |
| | | Z książek, ulotek/ <i>Books, leaflets</i> | 52 | |
| | | Z Internetu/ <i>Internet</i> | 37 | |
| | | Inne/ <i>Other</i> | - | |
| | | Bezpośrednio po zabiegu/ <i>Right after the surgery</i> | 8 | |
| 3. | Kiedy według Pani należy rozpocząć samoopiekę/ <i>When should self-care be started?</i> | Po wyjściu ze szpitala/ <i>After leaving hospital</i> | 40 | |
| | | 2 dni po zabiegu/ <i>Two days after the surgery</i> | 21 | |
| | | Po zdjęciu szwów/ <i>After removal of stitches</i> | 31 | |

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Większość kobiet biorących udział w badaniu pozyskuje informacje na temat profilaktyki raka piersi z telewizji, radia, gazet. Tylko 25 respondentek czerpie wiedzę na ten temat również z innych źródeł, m.in.: broszur, plakatów, literatury naukowej. Ponadto według ankietowanych największą przeszkodą w działaniach profilaktycznych jest brak środków materialnych oraz brak wiedzy (**Tabela 7**).

Tabela 7. Wiedza respondentek z oddziału chirurgicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu na temat profilaktyki raka piersi

Table 7. Knowledge of female patients hospitalized in the surgical department of the Regional Specialist Hospital in Radom about breast cancer prophylaxis

| Lp./ Item no. | Pytania/Questions | Odpowiedzi/Answers | Liczba odpowiedzi/ Number of answers |
|---------------------|--|---|--|
| 1. | Skąd czerpie Pani wiedzę na temat profilaktyki raka piersi? (można zaznaczyć kilka odpowiedzi)/ <i>What is your source of knowledge of breast cancer prophylaxis? (more than one answer can be chosen)</i> | Z TV/radia/gazet/ <i>Television/radio/press</i> | 73 |
| | | Z Internetu/ <i>Internet</i> | 52 |
| | | Od lekarza/ <i>Physician</i> | 55 |
| | | Od znajomych/ <i>Friends</i> | 43 |
| | | Inne źródło/ <i>Other sources</i> | 25 |
| 2. | Czy słyszała lub zna Pani którąkolwiek z obok wymienionych instytucji i organizacji zajmujących się profilaktyką raka piersi? (można zaznaczyć kilka odpowiedzi)/ <i>Have you ever heard of or do you know any of the following institutions and organizations concerned with breast cancer prophylaxis? (more than one answer can be chosen)</i> | „Amazonki”/ <i>The Amazons Movement</i> | 81 |
| | | Polski Komitet Zwalczenia Raka/ <i>The Polish Committee for Cancer Control</i> | 26 |
| | | Polska Unia Onkologii/ <i>The Polish Union of Oncology</i> | 21 |
| | | Kampania AVON Różowa Wstążka/ <i>AVON Pink Ribbon Campaign</i> | 65 |
| | | Inne/ <i>Other</i> | - |
| | | Nie znam/ <i>I do not know any of them</i> | 2 |
| 3. | Co według Pani może stanowić przeszkodę w działaniach profilaktycznych mogących zmniejszyć ryzyko zachorowania na raka piersi? (można zaznaczyć kilka odpowiedzi)/ <i>In your opinion, what may obstruct the prophylactic activities aimed at reducing the risk of breast cancer? (more than one answer can be chosen)</i> | Brak zaufania do lekarzy/ <i>A lack of trust in doctors</i> | 44 |
| | | Brak środków materialnych/ <i>A shortage of material resources</i> | 67 |
| | | Brak wiedzy/ <i>Lack of knowledge</i> | 61 |
| | | Brak czasu/ <i>Lack of time</i> | 34 |
| | | Inne/ <i>Other</i> | - |

| | | |
|--|--|----|
| | Z powodu strachu/ lęku przed chorobą/ <i>Because of the fear of disease</i> | 75 |
| | Z powodu braku czasu/ <i>Because of a lack of time</i> | 72 |
| | Z powodu braku odpowiedniej wiedzy/ <i>Because of a lack of sufficient knowledge</i> | 81 |
| Dlaczego według Pani kobiety nie poddają się profilaktycznym badaniom piersi? (można zaznaczyć kilka odpowiedzi)/ | Z powodu wstydu przed rozebraniem się do badania/ <i>Because of embar- rassment over getting undressed for the examination</i> | 40 |
| 4. <i>In your opinion, why do women not agree to undergo breast examinations? (more than one answer can be chosen)</i> | Uważają się za zdrowe/ <i>They believe they are healthy</i> | 26 |
| | Uważają się za zbyt młode na badania/ <i>They believe they are too young for the examination</i> | 31 |
| | Z powodu kosztów badania i/lub ograni- czonej ilości darmo- wych badań/ <i>Because of the costs of the examination and/or a limited number of free examinations</i> | 66 |
| | Osoba bliska jest lub była chora na raka piersi/ <i>My close relative has or had a breast cancer</i> | 44 |
| | Badania są bezpłat- ne/ <i>Examinations are free</i> | 29 |
| Stosuję badania profilaktyczne piersi, ponieważ... (można zaznaczyć kilka odpowiedzi)/ | Samą je przeprowadzam/ <i>I perform a breast self-exami- nation on my own</i> | 56 |
| 5. <i>I undergo prophylactic exami- nations of the breast because... (more than one answer can be chosen)</i> | Mogą one zapobiec chorobie/ <i>They may prevent the disease</i> | 38 |
| | Przekonują mnie do tego reklamy, media, osoby publiczne, kampanie/ <i>I am convinced by commercials, media, public figures, and campaigns to do so</i> | 15 |

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Dyskusja

Rak sutka jest w ostatnich latach szeroko poruszonym problemem w środkach masowego przekazu. Chorobie tej nie można zapobiec, a sukces w leczeniu zależy od stopnia zaawansowania, czyli od najwcześniejszego wykrycia zmian w piersiach. Dlatego bardzo ważne jest

uświadomienie sobie, jaki jest poziom wiedzy kobiet na temat profilaktyki raka piersi, w tym zasad samoopieki po zabiegu oraz kształtowania właściwych postaw zdrowotnych w codziennym życiu. W badaniach własnych zebrano dane dotyczące wiedzy pacjentek oddziału chirurgicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu z zakresu zasad samoopieki po zabiegu mastektomii.

W dostępnej literaturze nie ma publikacji badań dotyczących pacjentek oddziału chirurgicznego. Literatura dostarcza wiele informacji o nowotworze złośliwym piersi i zasad samoopieki po zabiegu mastektomii. Tak więc dyskusja ta będzie opierała się na wynikach badań zamieszczonych w literaturze z zakresu profilaktyki raka piersi [4–7]. Badania Zych i wsp. zostały przeprowadzone na przełomie 2005 i 2006 r. w grupie 112 kobiet zamieszkujących Rzeszów i okolice. Kobiety te przed badaniem odbyły zajęcia edukacyjne w zakresie profilaktyki raka piersi. Poziom wiedzy na temat profilaktyki raka piersi osoba badająca określiła jako niepełny, a w stosunku do znajomości czynników ryzyka raka sutka – jako średni. Respondentki za najczęstszą przyczynę nowotworu uznały uwarunkowania genetyczne (92%), okres przekwitania (72,3%), stosowanie antykoncepcji (71,4%), palenie papierosów (68,7%) – ten ostatni czynnik w świetle aktualnych badań jest wykluczony jako przyczyna powstawania raka sutka [8]. W badaniu własnym wyniki na temat znajomości czynników ryzyka raka sutka były zdecydowanie gorsze. Identycznie jak w badaniu Zych i wsp. najbardziej charakterystycznym czynnikiem ryzyka zachorowania na raka piersi jest czynnik genetyczny. Jedynie dla ok. 20% respondentek okres przekwitania i stosowana antykoncepcja mogą być czynnikami zachorowania na raka sutka. Wpływ na uzyskanie gorszych wyników może mieć fakt, iż na badanej grupie pacjentek oddziału chirurgicznego nie przeprowadzono wcześniej edukacji w zakresie profilaktyki raka piersi. Uzyskane wyniki są porównywalne z wynikami Trusz i wsp., których badanie objęło 200 studentek Wydziału Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Czynnikiem ryzyka raka piersi według respondentek jest dziedziczność (89,5% badanych kobiet), 32,5% uważa, że opalanie topless może być czynnikiem predysponującym do wystąpienia tej choroby, dla 18,5% badanych – wczesne dojrzewanie, a dla 25,5% respondentek – późna menopauza [9]. Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, Polski Komitet Zwalczania Raka oraz wiele innych stowarzyszeń na rzecz walki z rakiem piersi prowadzą szereg ogólnopolskich akcji, które są nagłaśniane w radiu, telewizji oraz prasie kobiecej. Dla 61% respondentek, które wzięły udział w badaniach Banach i wsp. przeprowadzonych w Zakładzie Profilaktyki i Promo-

cji Zdrowia Centrum Onkologii w Bydgoszczy na 499 kobietach poddanych wcześniej edukacji zdrowotnej, podstawowym źródłem wiedzy na temat raka piersi są prasa i ulotki, a dla 54% – telewizja i radio. Większość (70%) studentek Wydziału Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego badanych przez Trusz i wsp. poprawnie definiuje „Różową Wstążkę” jako akcję związaną z szerzeniem wiedzy na temat profilaktyki raka piersi [10]. Wyniki badań własnych z powyższymi wynikami Trusz i wsp. były porównywalne. Akcja firmy AVON „Różowa Wstążka” znana była dla 65% pacjentek oddziału chirurgicznego. Jednakże dla respondentek najbardziej charakterystyczną instytucją związaną z profilaktyką raka piersi było stowarzyszenie „Amazonki”. Natomiast w stosunku do badań Banach i wsp. wyniki własne były lepsze. Ponad trzy czwarte ankietowanych kobiet czerpie informacje na temat profilaktyki raka piersi z telewizji, radia i gazet. Celem badania Nity i wsp. z 2005 r., przeprowadzonego wśród losowo wybranych kobiet odwiedzających lub matek dzieci hospitalizowanych w Klinice Ortopedii i Traumatologii Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, była analiza wiedzy i zachowań kobiet z województwa łódzkiego w zakresie profilaktyki raka piersi. Jedynie 17,4% respondentek przeprowadza samobadanie regularnie, 32,1% kobiet bada się nieregularnie, od czasu do czasu, a 12% nie wie nawet, jak je wykonać. Jeśli chodzi o badania profilaktyczne, aż 70,4% ankietowanych kobiet nie miało nigdy wykonywanego badania mammograficznego [11]. W badaniach własnych uzyskano podobne wyniki. Również mniej więcej co trzecia ankietowana kobieta przeprowadza samobadanie piersi regularnie. W badaniach własnych stwierdzono, że prawie dwa razy więcej respondentek niż w badaniach Nity i wsp. nie potrafi wykonać samobadania piersi. Powodem gorszych wyników może być fakt, iż w badaniach własnych brało udział więcej starszych kobiet i nie było limitu wieku jak w badaniach Nity (do 60. roku życia). Spośród respondentek 80% kobiet po 60. roku życia nie ma takich umiejętności. W badaniu Banach i wsp. w grupie badanych obejmującej 499 kobiet aż 305 osób uważa, że najrzetelniejszym źródłem wiedzy na temat zasad samoopieki po zabiegu mastektomii są książki, ulotki i czasopisma. Jedynie 172 osoby (34,5% ankietowanych) wymieniły podmioty służby zdrowia (lekarzy, pielęgniarki) jako autorytet w zapoznaniu z zasadami samoopieki po zabiegu mastektomii. W badaniach własnych uzyskano lepsze wyniki. Dla większości respondentek najodpowiedniejszym podmiotem w udzieleniu takich informacji jest lekarz, następnie pielęgniarka. Dopiero na czwartym miejscu znajduje się specjalistyczna literatura. Wyniki, jakie uzyskano w pracy, świadczą o ogromnym zapotrzebowaniu na wprowadzenie rozwi-

niętej, skoordynowanej, systematycznej i dostosowanej do indywidualnych potrzeb kobiet edukacji zdrowotnej na temat profilaktyki raka piersi, a w przypadku zachorowania i koniecznego zabiegu mastektomii – propagowania zasad samoopieki. Działania takie mogłyby korzystnie wpłynąć na poziom wiedzy reprezentowanej przez kobiety, wykształciłyby prawidłowe postawy zachowań zarówno na etapie początkowym (w którym tak ważne jest jak najszybsze wykrycie zmian w piersiach), jak i w okresie leczenia i rehabilitacji. Przyczynić mogłoby się to również do polepszenia stanu fizycznego, psychicznego oraz poczucia kontroli nad własnym organizmem. Trzeba również uświadamiać kobiety o możliwości wystąpienia powikłań po zabiegu operacyjnym oraz nauczyć postępowania w sytuacji zaobserwowania objawów mogących stanowić zagrożenie dla zdrowia bądź życia. Osobami, które w takiej sytuacji mogą wykazać się szerokimi kompetencjami i zdolnościami oraz cieszącymi się dużym autorytetem, są lekarze i pielęgniarki.

Wnioski

1. Uzyskane wyniki badań świadczą o niedostatecznej wiedzy pacjentek oddziału chirurgicznego na temat zasad samoopieki po zabiegu mastektomii.
2. Poziom wiedzy respondentek na temat profilaktyki raka piersi w znaczny sposób wpływa na podejmowane przez nie działania prewencyjne.
3. Wyniki badań własnych potwierdzają tezę, że brak ogólnodostępnych publikacji i szeroko zakrojonej edukacji na temat profilaktyki raka piersi, a zwłaszcza samoopieki po zabiegu mastektomii ma wpływ na poziom wiedzy kobiet.
4. Według badanej grupy kobiet lekarze i pielęgniarki są najodpowiedniejszymi podmiotami do zapoznawania z zasadami samoopieki po zabiegu mastektomii, ale są oni za mało zaangażowani w szerzenie wiedzy na ten temat.
5. Badania mają charakter pilotażowy i powinny być kontynuowane w liczniejszej grupie i przeprowadzone szeroko wśród kobiet i mężczyzn – potencjalnych członków rodziny, przyjaciół z uwagi na wsparcie, którego może potrzebować osoba, która zachoruje na raka piersi.

Piśmiennictwo

1. Uchman P, Stanek J, Sajdak S, Bręborowicz G. Zmiany nowotworowe narządów płciowych i sutka. W: Opala T (red.). Ginekologia. Podręcznik dla położnych, pielęgniarek i fizjoterapeutów. Warszawa: PZWL; 2006. 239.
2. Goworek P, Durka M, Borowiak E, Cieślak H. Wiedza na temat samobadania piersi wśród kobiet zamieszkujących w Polsce i w Nowej Zelandii. *Probl Piel.* 2008; 16 (1, 2): 146.

3. Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia, Departament Polityki Zdrowotnej; 2005.1.
4. Stodólno U. Rehabilitacja po mastektomii. *Mag Piel Położ.* 2002; 7–8: 30.
5. Cieślak H, Wysokiński M, Fidecki W. Wybrane determinanty pielęgniarstwa. Część IV. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego; 2010. 212–214.
6. Lissowska J. Rak piersi: etiologia i prewencja pierwotna. Wokół kontrowersyjnych hipotez. Rozprawa habilitacyjna. Warszawa: Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie; 2008.
7. Stoppard M. W trosce o twoje piersi. Warszawa: Kaliopie Oficyna Wydawnicza; 2007.
8. Zych B, Kusek E, Pasternak K, Sztance M. Znajomość profilaktyki raka sutka wśród kobiet. *Piel XXI w.* 2006; 3 (16): 115–118.
9. Trusz J, Michota-Katulska E, Paszek T, Sienkiewicz Z. Wiedza młodzieży akademickiej z zakresu profilaktyki raka piersi. W: Cieślak H (red.). Wybrane determinanty pielęgniarstwa. Warszawa; 2010. 197–215.
10. Bannach M, Grabiec M, Rybka M. Profilaktyka w walce z rakiem piersi i rakiem szyjki macicy. *Piel XXI w.* 2005; 3 (12): 125–130.
11. Nita R, Leśniak B, Słomska B, Dominowska J, Krasomski G. Wiedza i zachowania zdrowotne kobiet z województwa łódzkiego w zakresie profilaktyki raka piersi. *Piel XXI w.* 2010; 1–3 (30–31): 5–8.

Artykuł przyjęty do redakcji: 08.07.2015

Artykuł przyjęty do publikacji: 11.12.2015

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Joanna Gotlib

ul. Żwirki i Wigury 61

02-091 Warszawa

tel.: 22 5720 490, fax: 22 5720 491, tel. kom.: +48 608 108 028

e-mail: joanna.gotlib@wum.edu.pl

Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia

Warszawski Uniwersytet Medyczny

OCENA WIEDZY RODZICÓW NA TEMAT GASTRODUODENOSKOPII WYKONYWANEJ U DZIECI HOSPITALIZOWANYCH Z POWODU CHORÓB PRZEWODU POKARMOWEGO

ASSESSMENT OF PARENTS' KNOWLEDGE ON GASTRODUODENOSCOPY IN CHILDREN HOSPITALIZED DUE TO GASTROINTESTINAL DISEASES

Grażyna Anna Pilarska¹, Joanna Gotlib²

¹ studentka pielęgniarstwa

Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia

Warszawski Uniwersytet Medyczny

DOI: <http://dx.doi.org/10.20883/pielpol.2016.9>

STRESZCZENIE

Wstęp i cel. Endoskopia jest obecnie jedną z rutynowo stosowanych metod obrazowania, zajmuje znaczące miejsce zarówno w diagnostyce, jak i w leczeniu schorzeń gastroenterologicznych tak u dorosłych, jak i u dzieci. Celem pracy była próba oceny wiedzy rodziców na temat gastroduodenoskopii wykonywanej u dzieci hospitalizowanych z powodu schorzeń przewodu pokarmowego.

Materiał i metody. Przebadano 100 osób będących rodzicami dzieci kwalifikowanych do gastroduodenoskopii przewodu pokarmowego w Pracowni Diagnostyki Gastroenterologicznej Instytutu „Pomnika – Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie. Wśród badanych było 88 kobiet i 12 mężczyzn w wieku od 26 do 50 lat (średnia wieku: 40 lat, SD = 5,7). Większość osób miała wykształcenie średnie (n = 44) lub wyższe (n = 41) oraz zamieszkiwała w miejscowościach liczących do 50 tys. mieszkańców (n = 52). Dobrowolne, anonimowe badania ankietowe przeprowadzono za pomocą własnego kwestionariusza, składającego się z 33 pytań zamkniętych jednokrotnego wyboru, 7 – wielokrotnego wyboru, 3 – otwartych. Badania przeprowadzono od 1 października 2014 do 30 stycznia 2015 r.

Wyniki. Zdecydowana większość rodziców (n = 88) deklarowała wysoki poziom wiedzy na temat gastroduodenoskopii, a wiedzę czerpała od lekarza (n = 85) lub z Internetu (n = 58). Większość badanych otrzymała ustną (n = 88) oraz pisemną (n = 74) informację o sposobie wykonania badania. Badani deklarowali, że uzyskane od personelu medycznego informacje dotyczące przygotowania do badania były wystarczające. W badanej grupie zdecydowana większość (n = 99) wiedziała, które odcinki przewodu pokarmowego ogląda się podczas gastroduodenoskopii oraz jak należy przygotować dziecko do badania endoskopowego.

Wnioski. 1. Rodzice wykazali się dużą wiedzą na temat gastroduodenoskopii wykonywanej u dzieci, celu badania i sposobu przygotowania dziecka do badania. Mają oni jednak niewystarczającą wiedzę na temat możliwych powikłań po badaniu, dlatego też należy kłaść większy nacisk na informowanie rodziców o możliwych powikłaniach po badaniu.

ABSTRACT

Introduction and aim. At present, being a routine imaging procedure, endoscopy constitutes a significant tool in a diagnostic work-up and treatment of gastroenterological diseases, both in adults and children. The study aimed to assess the level of parents' knowledge on gastroduodenoscopy in children hospitalized due to gastrointestinal diseases.

Material and methods. A hundred of parents of children qualified for gastroduodenoscopy of the alimentary tract in the Gastroenterological Laboratory, Children's Memorial Health Institute, Warsaw. 88 women and 12 men, aged between 26 and 50 years (mean age: 40 years, SD = 5.7). Most parents had secondary education (n = 44) or higher (n = 41) and lived in towns under 50,000 citizens (n = 52). A voluntary and anonymous questionnaire study was conducted by means of an original questionnaire that included 33 close-ended simple choice questions, 7 multiple choice questions, 3 open-ended questions. The study was conducted between October 1st, 2014 and January 30th, 2015.

Results. A vast majority of parents (n = 88) reported a high level of knowledge on gastroduodenoscopy and they gained knowledge from physicians (n = 85) or the Internet (n = 58). Most of the study participants received oral (n = 88) and written (n = 74) information on the manner of the examination procedure. The study participants said that the information on preparation for the examination provided by the medical personnel was sufficient. Among the study group, a vast majority (n = 99) knew which parts of the alimentary tract were examined during gastroduodenoscopy and how to prepare their child for endoscopy.

Conclusions. 1. Parents had a great knowledge of gastroduodenoscopy performed in children, the aim of the examination, and the manner of preparation their children for the examination. However, they had insufficient knowledge of possible complications following the examination. Therefore, more emphasis should be put on informing parents about possible complications.

2. Główne źródła wiedzy rodziców na temat gastroduodenoskopii to lekarz oraz źródła internetowe, dlatego też należy informować rodziców na temat wiarygodnych, internetowych źródeł wiedzy.

3. W procesie edukacji rodziców należy zwrócić szczególną uwagę na wydłużenie czasu na zadawanie pytań, przekazywanie informacji na temat powikłań po badaniu oraz zwiększenie roli personelu pielęgniarskiego w procesie informowania rodziców na temat badania.

SŁOWA KLUCZOWE: poziom wiedzy, rodzice, dzieci, endoskopia, diagnostyka.

2. Since a physician and the Internet constituted main sources of parents' knowledge of gastroduodenoscopy, parents should be provided information on reliable online sources.

3. When educating parents, particular attention should be put on extending the time for asking questions, providing information on complications following the examination and increasing the role of nurses in the process of informing parents about the examination.

KEYWORDS: level of knowledge, parents, children, endoscopy, diagnostic work-up.

Wstęp

Postęp techniczny we współczesnej medycynie dał możliwość m.in. zastosowania giętkich fiberoskopów w drugiej połowie XX wieku, co sprawiło, że endoskopia jest obecnie jedną z rutynowo stosowanych metod obrazowania. Zajmuje znaczące miejsce zarówno w diagnostyce, jak i leczeniu schorzeń gastroenterologicznych tak u dorosłych, jak i u dzieci [1].

Choroby przewodu pokarmowego są jedną z najczęstszych przyczyn zgłaszania się rodziców z dziećmi do poradni specjalistycznych. Objawy w sposób istotny wpływają na jakość życia dziecka i jego rodziny, oddziałują na wzrastanie i rozwój dziecka oraz mogą być przyczyną powstania wielu zaburzeń. Prawidłowe postępowanie diagnostyczne w schorzeniach przewodu pokarmowego u dzieci pozwala na postawienie rozpoznania i wdrożenie leczenia w jak najkrótszym czasie, co istotnie wpływa na jego efekty, a co za tym idzie – powrót dziecka do zdrowia i zapobieganie zaburzeniom w jego rozwoju. W diagnostyce chorób górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego u dzieci dużą rolę odgrywają badania endoskopowe. Z danych przedstawionych przez Woynarowskiego i wsp. wynika, że w ośrodkach pediatrycznych w 2012 r. wykonano 12 198 gastroduodenoskopii diagnostycznych, 454 gastroskopie z usunięciem ciała obcego, 315 zabiegów z wykonaniem PEG oraz 61 procedur tamowania krwawienia z GOP [2].

Gastroduodenoskopia jest badaniem często wykonywanym u dzieci, dającym duże możliwości diagnostyczne oraz lecznicze. Jednocześnie obarczona jest niewielkim ryzykiem powikłań, co sprawia, iż ma dużą wartość we współczesnej gastroenterologii dziecięcej. Jest jednak badaniem inwazyjnym, co budzi niepokój u rodziców dziecka, a ich obawy często potęgowane są brakiem wiedzy na temat badania, jego przebiegu, jak również postępowania z dzieckiem przed zabiegiem i po zabiegu. Mając na uwadze dobro dziecka i jego rodziny, należy więc przykładać szczególną wagę do przekazania jego rodzicom niezbędnej wiedzy, która

pozwole zwiększyć poczucie bezpieczeństwa i zmniejszy niepokój przed wykonywanym zabiegiem [1, 2].

Celem badań była próba oceny wiedzy rodziców na temat gastroduodenoskopii wykonywanej u dzieci hospitalizowanych z powodu schorzeń przewodu pokarmowego w Pracowni Diagnostyki Gastroenterologicznej Kliniki Gastroenterologii, Hepatologii, Zaburzeń Odżywiania i Pediatrii w Instytucie „Pomniku – Centrum Zdrowia Dziecka” (dalej: IPCZD) w Warszawie.

Materiał i metody

Autorzy niniejszej pracy nie uzyskali zgody Komisji Bioetycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na przeprowadzenie prezentowanych badań ze względu na fakt, że według komunikatu Komisji Bioetycznej WUM: Komisja nie wydaje opinii w sprawie badań ankietowych, retrospektywnych i innych nieinwazyjnych badań naukowych [3].

Dobrowolne i anonimowe badanie ankietowe zostało przeprowadzone wśród 100 osób będących rodzicami dzieci kwalifikowanych do gastroduodenoskopii przewodu pokarmowego w Pracowni Diagnostyki Gastroenterologicznej IPCZD w Warszawie.

Badaniem objęto 88 kobiet i 12 mężczyzn w wieku od 26 do 50 lat (średnia wieku: 40 lat, SD = 5,7). Większość spośród ankietowanych rodziców miała wykształcenie średnie (n = 44) lub wyższe (n = 41) oraz zamieszkiwała w miejscowościach liczących do 50 tys. mieszkańców (n = 52).

W grupie dzieci znajdowało się 50 chłopców i 50 dziewcząt w wieku od roku do 17 lat (średnia wieku: 10 lat, SD = 4,6), większość stanowiły dzieci od 6. roku życia (n = 84). Dla 62 dzieci było to pierwsze badanie, w przypadku 15 – drugie, a u 23 – co najmniej trzecie.

W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego; zastosowano kwestionariusz ankiety przekazywany respondentom z rąk osoby przeprowadzającej badanie. Badania przeprowadzono w okresie od 1 października 2014 do 30 stycznia 2015 r.

Udział w badaniu był dobrowolny, a ankieta anonimowa, respondenci każdorazowo byli informowani o celu prowadzonego badania. Ankieta składała się z 33 pytań zamkniętych jednokrotnego wyboru, 7 pytań wielokrotnego wyboru, 3 pytań otwartych.

Uzyskany w wyniku przeprowadzonego sondażu materiał poddano analizie statystycznej. Do opracowania materiału i przygotowania wykresów wykorzystano program Microsoft Excel.

Wyniki

Zdecydowana większość badanych rodziców (n = 88) deklaruje wysoki poziom wiedzy na temat gastroduodenoskopii, a wiedzę na ten temat czerpała od lekarza (n = 85) lub z Internetu (n = 58). Większość badanych otrzymała ustną (n = 88) oraz pisemną (n = 74) informację o sposobie wykonania badania. Badani rodzice deklarowali, że uzyskane od personelu medycznego informacje dotyczące przygotowania do badania były wystarczające. Szczegółowe informacje na temat źródeł wiedzy na temat gastroduodenoskopii przedstawiono w **tabeli 1**.

Tabela 1. Źródła wiedzy o gastroduodenoskopii w badanej grupie rodziców

Table 1. Sources of knowledge on gastroduodenoscopy among the study group of parents

| Pytanie/ Question | Odpowiedź/ Answers | N [%] |
|---|-----------------------|-------|
| Czy ma Pani/Pan wiedzę na temat gastroduodenoskopii?/Do you have any knowledge of gastroduodenoscopy? | Tak/Yes | 88 |
| | Nie wiem/I don't know | 10 |
| Od kogo uzyskała Pani/uzyskał Pan wiedzę o gastroduodenoskopii?/What was your source of knowledge on gastroduodenoscopy?* | Internet/Internet | 58 |
| | Literatura/Literature | 17 |
| | Lekarz/Physician | 85 |
| | Pielęgniarska/Nurse | 21 |
| Czy została Pani poinformowana/został Pan poinformowany o celu wykonania badania?/Were you informed about the purpose of the examination? | Tak/Yes | 100 |
| | | |
| Od kogo otrzymała Pani/otrzymał Pan informacje o celu wykonania badania?/Who gave you information about the purpose of the examination? | Lekarz/Physician | 100 |
| | Pielęgniarska/Nurse | 10 |
| Czy uzyskała Pani/uzyskał Pan ustną informację o sposobie wykonania badania?/Were you orally informed about the manner of performing the examination? | Tak/Yes | 88 |
| | | |
| Czy uzyskała Pani/uzyskał Pan pisemną informację o sposobie wykonania badania?/Were you informed in writing about the manner of performing the examination? | Tak/Yes | 74 |
| | Nie wiem/I don't know | 2 |
| Kto udzielił Pani/Panu informacji o sposobie wykonania badania u dziecka?/Who gave you information about the manner of performing the examination of your child?* | Lekarz/Physician | 92 |
| | Pielęgniarska/Nurse | 36 |
| Ile czasu poświęcono Pani/Panu na omówienie badania?/How much time were you given to discuss the examination? | 3 min/3 minutes | 10 |
| | 10 min/10 minutes | 43 |
| | 15 min/15 minutes | 12 |
| | 20 min/20 minutes | 9 |

| | | |
|--|---------------------------------------|-----|
| Czy czas poświęcony na omówienie badania był dla Pani/Pana wystarczający?/Was the time devoted to discuss the examination enough for you? | Tak/Yes | 59 |
| | Nie wiem/I don't know | 25 |
| Czy została Pani poinformowana/został Pan poinformowany o sposobie przygotowania do badania?/Were you informed about how to prepare for the examination? | Tak/Yes | 100 |
| Od kogo uzyskała Pani/uzyskał Pan informacje o sposobie przygotowania do badania?/Who gave you information about how to prepare for the examination?* | Lekarz/Physician | 86 |
| | Pielęgniarska/Nurse | 61 |
| Czy informacje uzyskane od personelu medycznego dotyczące przygotowania do badania były wystarczające?/Was the information on preparation for the examination provided by the medical personnel sufficient?* | Przydatne/Useful | 52 |
| | Raczej przydatne/Rather useful | 46 |
| | Raczej nieprzydatne/Rather not useful | 1 |
| Kto według Pani/Pana udzielił satysfakcjonującej informacji o sposobie wykonania badania?/In your opinion, who gave you satisfactory information on the manner of performing the examination?* | Pielęgniarska/Nurse | 36 |
| | Lekarz/Physician | 92 |
| Czy została Pani poinformowana/został Pan poinformowany o mogących wystąpić powikłaniach?/Were you informed of potential complications?* | Tak/Yes | 68 |
| | Nie wiem/I don't know | 1 |
| Od kogo uzyskała Pani/uzyskał Pan informacje o mogących wystąpić powikłaniach po badaniu?/Who gave you information about potential complications following the examination?* | Lekarz/Physician | 63 |
| | Pielęgniarska/Nurse | 6 |
| Czy uzyskane informacje o mogących wystąpić powikłaniach były zrozumiałe?/Was information about potential complications understandable?* | Tak/Yes | 66 |
| | Nie wiem/I don't know | 4 |
| Czy uzyskała Pani/uzyskał Pan informacje o wyniku badania?/Were you informed about the results of the examination? | Tak/Yes | 98 |
| | Nie wiem/I don't know | 1 |
| Czy podpisywała Pani/podpisywał Pan zgodę na badanie endoskopowe?/Did you sign the consent form for endoscopy? | Tak/Yes | 100 |
| Czy miała Pani/miał Pan możliwość zadania pytań przed badaniem?/Were you welcome to ask questions before the examination? | Tak/Yes | 83 |
| | Nie wiem/I don't know | 1 |
| Czy czas na zadanie pytań był dla Pani/Pana wystarczający?/Was the period of time devoted to asking questions sufficient to you? | Tak/Yes | 60 |
| | Nie wiem/I don't know | 6 |
| Czy lekarz udokumentował podpisanie zgody w historii choroby?/Did the physician document the fact of signing the consent form in the case record? | Tak/Yes | 55 |
| | Nie wiem/I don't know | 42 |

* odpowiedzi nie sumują się do 100%, ponieważ w pytaniu można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź/the answers do not sum up to 100 %, because more than one answer could have been chosen in this question

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

W badanej grupie rodziców zdecydowana większość (n = 99) wiedziała, które odcinki przewodu pokarmowego ogląda się podczas gastroduodenoskopii oraz jak należy przygotować dziecko do badania endoskopowe-

go. Szczegółowe informacje na temat poziomu wiedzy badanej grupy rodziców na temat gastroduodenoskopii przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Wiedza badanej grupy rodziców na temat gastroduodenoskopii
Table 2. Knowledge of study group of parents of gastroduodenoscopy

| Pytanie/Question | Odpowiedź/Answer | N [%] |
|---|--|-------|
| Które odcinki przewodu pokarmowego ogląda się podczas gastroduodenoskopii?/Which parts of the alimentary tract are examined during gastroduodenoscopy?* | Przełyk, żołądek, dwunastnica/Oesophagus, stomach, duodenum | 93 |
| | Żołądek/Stomach | 49 |
| | Jelito cienkie/Small intestine | 10 |
| Czy w trakcie gastroduodenoskopii można wykonać zabieg terapeutyczny?/Can a therapeutic procedure be performed during gastroduodenoscopy? | Tak/Yes | 29 |
| | Nie wiem/I don't know | 62 |
| Przed badaniem endoskopowym/Before the endoscopy | Dziecko musi pozostać na czczo przez okres min. 6 godzin/A child must be fasting for at least 6 hours | 99 |
| | Dziecko nie może jeść, ale może pić/A child cannot eat but he/she can drink | 0 |
| | Nie wiem/I don't know | 1 |
| Gastroduodenoskopia jest badaniem/Gastroduodenoscopy | Wykonywanym zawsze w znieczuleniu ogólnym, tzn. w narkozie/Is always performed under general anesthesia | 26 |
| | Które u dzieci starszych może być wykonane w znieczuleniu miejscowym/May be performed under local anesthesia in older children | 66 |
| | Nie wiem/I don't know | 8 |
| W trakcie badania endoskopowego/During endoscopy | Gastroskop zawsze wkładany jest przez nos/A gastroscope is always put through the nose | 0 |
| | Gastroskop wkładany jest do jamy ustnej bez żadnej ochrony/A gastroscope is put into the mouth without any protection | 3 |
| | Gastroskop zawsze wkładany jest przez usta i chroniony przez plastikowy ustnik zabezpieczający zęby i aparat/A gastroscope is always put through the mouth and is protected by a plastic mouth-piece protecting the teeth and the tool | 65 |
| | Nie wiem/I don't know | 32 |
| Gastroduodenoskopia jest badaniem/Gastroduodenoscopy | Zawsze trwającym kilkanaście minut/Always lasts dozens of minutes | 40 |
| | Zwykle trwającym kilka minut, ale może trwać też dłużej/Usually lasts a couple of minutes but it can last longer as well | 56 |
| | Nie wiem/I don't know | 3 |

| | | |
|---|---|----|
| Pobieranie biopsji/A biopsy being taken | 26 | |
| Usuwanie polipów/A removal of polyps | 4 | |
| Rozszerzanie zwężeń/Widening a narrowing | 0 | |
| Tamowanie krwawienia/Bleeding control | 1 | |
| Wszystkie/All of the above | 60 | |
| W czasie badania istnieje możliwość wykonania zdjęć wnętrza przewodu pokarmowego/It is possible to take pictures of the inside of the alimentary tract during the examination | Tak/Yes | 70 |
| | Nie wiem/I don't know | 27 |
| W czasie badania żołądek i jelita są wypełniane powietrzem/The stomach and the intestines are filled with air during the examination | Tak/Yes | 28 |
| | Nie wiem/I don't know | 51 |
| W czasie trwania badania mogą występować głośnie odbijania i odruchy wymiotne/Loud eructations and retching may appear during the examination | Tak/Yes | 48 |
| | Nie wiem/I don't know | 43 |
| Do badań endoskopowych wykorzystuje się/Equipment used for endoscopy is | Sprzęt jednorazowy/Single-use equipment | 21 |
| | Sprzęt wielorazowy/Reusable equipment | 0 |
| | Sprzęt jednorazowy i wielorazowy – poddawany każdorazowo dezynfekcji i sterylizacji/Single-use and reusable equipment that is disinfected and sterilized after each use | 57 |
| | Nie wiem/I don't know | 20 |
| Badanie endoskopowe jest/Endoscopy is | Bezpieczne, powikłania zdarzają się rzadko/Safe, complications occur rarely | 88 |
| | Bezpieczne, ale często występują powikłania/Safe, but complications occur often | 1 |
| | Niebezpieczne, często występują groźne powikłania/Dangerous, serious complications occur often | 1 |
| | Nie wiem/I don't know | 7 |
| Najczęstszymi negatywnymi skutkami endoskopii są/Among the most frequently occurring negative effects of endoscopy there are | Przedziurawienia ściany przewodu pokarmowego/Perforation of the walls of the alimentary tract | 5 |
| | Uraz mechaniczny śluzówki z drobnym krwawieniem/Mechanical trauma to the mucosa with minor bleeding | 55 |
| | Krwawienie wymagające transfuzji krwi/Bleeding that requires blood transfusions | 1 |
| | Nie wiem/I don't know | 34 |
| Bezpośrednio po badaniu pacjent/Directly after the examination, the patient | Może jeść i pić/Can eat and drink | 14 |
| | Po mniej więcej godzinie może zacząć pić i jeść/Can start eating and drinking approximately after one hour | 74 |
| | Nie wiem/I don't know | 10 |

* odpowiedzi nie sumują się do 100%, ponieważ w pytaniu można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź/the answers do not sum up to 100%, because more than one answer could have been chosen in this question

Źródło: opracowanie własne
 Source: author's own analysis

Dyskusja

Techniki endoskopowe odgrywają współcześnie znaczącą rolę w diagnostyce i leczeniu schorzeń przewodu pokarmowego u dzieci, a liczba wykonywanych zabiegów gastroduodenoskopii w pediatrii znacząco wzrasta [4–6]. Wskazaniami do wykonania badania są diagnostyka i leczenie schorzeń górnego odcinka przewodu pokarmowego, w trybie planowym i pilnym [7–9]. Większość z tych schorzeń ma charakter przewlekły i wymaga wielokrotnego wykonywania badania [4–9], co potwierdzają również wyniki badań własnych, które wskazują, że u ponad jednej trzeciej pacjentów gastroduodenoskopia wykonano co najmniej dwukrotnie (38% badanych).

W trakcie zabiegu oglądana jest przede wszystkim górna część przewodu pokarmowego [10–14], ankietowani prawidłowo wskazali więc, że gastroduodenoskopia obejmuje przełyk, żołądek oraz dwunastnicę (93% poprawnych odpowiedzi). Duża grupa badanych (62%) nie miała jednak wiedzy, iż gastroduodenoskopia jest zabiegiem o charakterze nie tylko diagnostycznym, ale również leczniczym, w czasie którego można wykonać określone procedury terapeutyczne.

Badanie jest bezpieczne, a powikłania zdarzają się niezwykle rzadko, również przeciwwskazania do jego wykonania są niewielkie. Gastroduodenoskopii nie wykonuje się tylko u pacjenta znajdującego się we wstrząsie, jednak i w tym przypadku decyzja jest zawsze indywidualna i zależna od tego, czy wykonanie badania może poprawić stan hemodynamiczny dziecka [1, 2]. Ankietowani rodzice w większości (n = 88) wskazali na wysoki poziom bezpieczeństwa gastroduodenoskopii, co potwierdza, iż mają odpowiednią wiedzę na temat ryzyka wystąpienia powikłań.

Ważnym elementem jest przygotowanie dziecka do zabiegu. Postępowanie to nie jest skomplikowane, jednakże obejmuje ono kilka istotnych elementów, które powinny być zachowane. Jeśli chodzi o rolę rodzica/opiekuna w tym zakresie, najistotniejsze wydaje się być przygotowanie przewodu pokarmowego poprzez pozostawienie dziecka na czczo. Zaleca się, by czas ten wynosił przynajmniej 6 godzin od momentu przyjęcia przez dziecko ostatniego posiłku [1, 2, 4–9]. Tylko jedna osoba w badanej grupie rodziców nie potrafiła udzielić poprawnej odpowiedzi na temat zaleceń dotyczących pozostawienia dziecka na czczo przed zabiegiem, 99% udzieliło odpowiedzi poprawnej.

Znieczulenie do gastroduodenoskopii różni się w zależności od stanu i wieku pacjenta, dzieci starsze najczęściej mają wykonywane badanie w znieczuleniu miejscowym, u dzieci młodszych, niewspółpracujących wybierane jest zawsze znieczulenie ogólne [4–9]. Znajduje to odzwierciedlenie w niniejszym badaniu,

gdyż większość biorących w nim udział wskazała na znieczulenie miejscowe (66%), a prawie jedna trzecia badanych (26%) – na znieczulenie ogólne. Biorąc pod uwagę wiek dzieci, u których wykonano zabieg (średnia wieku: 10 lat; 84% były to dzieci powyżej 6. roku życia), można wywnioskować, że istotnie większość mogła mieć wykonane badanie w znieczuleniu miejscowym. Gastroduodenoskopia jest badaniem o krótkim czasie trwania, możliwe jest jednak jego wydłużenie się, najczęściej w przypadku decyzji o podjęciu zabiegu terapeutycznego lub w przypadku wystąpienia powikłań i konieczności ich leczenia. W bieżącym badaniu 56% wskazało, że gastroduodenoskopia jest krótka, lecz może ulec przedłużeniu, a 60% za czynniki wydłużające uznało pobieranie biopsji, usuwanie polipów, tamowanie krwawienia i poszerzenie zwężeń w obrębie przewodu pokarmowego. Połowa rodziców (51%) nie potrafiła określić, czy w czasie gastroduodenoskopii przewód pokarmowy jest wypełniany powietrzem, ponadto aż 43% ankietowanych nie miało wiedzy na temat możliwości wystąpienia objawów takich jak odruch wymiotny czy głośnie odbijanie w czasie badania, a 7% wskazało, iż objawy te nie występują. Fakt ten może sugerować, że należy zwrócić większą uwagę na te elementy w procesie informowania rodziców. Większość, bo 74%, respondentów zaznaczyła poprawnie, iż płyny i posiłki po zabiegu dziecko może przyjmować najwcześniej po upływie godziny.

Duże znaczenie ma proces kwalifikowania i przygotowania pacjentów do zabiegu ze szczególnym uwzględnieniem ryzyka wystąpienia ewentualnych powikłań [15–18]. Elementem tego procesu jest przekazanie rodzicowi/opiekunowi prawnemu dziecka wszelkich niezbędnych informacji na temat celu wykonania badania, jego przebiegu, przygotowania dziecka oraz postępowania z dzieckiem po wykonaniu badania. Od prawidłowego przygotowania pacjenta do badania i postępowania z dzieckiem po wykonaniu zabiegu zależy bowiem nie tylko komfort, ale i bezpieczeństwo badanego. Zważywszy na fakt, iż rodzice obecnie są włączani do aktywnej opieki nad dzieckiem, prawidłowe przekazanie im niezbędnych do sprawowania tej opieki informacji jest elementem kluczowym w każdym procesie diagnostycznym i leczniczym [15–18].

Jak wskazują wyniki niniejszego badania, wszyscy rodzice zostali poinformowani o celu wykonania gastroduodenoskopii u dziecka, 98% podało, iż otrzymało informację na temat wyniku badania. Większość, bo aż 85%, badanych wskazała, iż główne informacje otrzymali od lekarza; co ciekawe, duża grupa, aż 58%, wskazała na Internet jako źródło informacji. To niepokojące, gdyż fakt, że jest tam natłok informacji i mają one różne pochodzenie, może powodować, iż często pozbawione

są one wiarygodności. Źródła internetowe nie zawsze są więc dobrym rozwiązaniem, zwłaszcza w porównaniu do tradycyjnej profesjonalnej edukacji [4–9].

Podstawą do wykonania gastroduodendoskopii jest wyrażenie przez rodzica/opiekuna prawnego zgody na to badanie [1, 2]. Wszyscy rodzice (100%) zostali poinformowani o takiej konieczności i wyrazili zgodę na wykonanie badania, natomiast jedynie połowa (55%) wiedziała, iż lekarz odnotował w historii choroby dziecka fakt, że wyrazili tę zgodę.

Rodzice wskazali, iż najwięcej informacji o celu badania, jego przebiegu i sposobie przygotowania do niego dziecka otrzymali od personelu medycznego. Informacji o przebiegu badania udzielili lekarz (wskazało na niego 92% respondentów) i pielęgniarka (36%). Znacznie ważniejszą rolę niż w przypadku informowania o przebiegu badania personel pielęgniarski odegrał w przekazywaniu informacji na temat przygotowania pacjenta: 86% rodziców wskazało, że najwięcej informacji udzielił lekarz, a 61% zaznaczyło również, że pielęgniarka. Również wiedzę na temat możliwych powikłań przekazywał przede wszystkim lekarz (63%); pielęgniarkę w tym aspekcie wskazało jedynie 6%. Co ciekawe, ponad jedna trzecia (36%) badanych zaznaczyła, iż informację na temat powikłań otrzymała z innych źródeł, co może niepokoić, zważywszy na fakt, iż mogą być to źródła pozamedyczne. Z tego względu, iż rolą lekarza jest poinformowanie pacjenta bądź jego opiekuna prawnego o ewentualnym ryzyku związanym z konkretną procedurą medyczną, na co wskazuje również w art. 13.3 *Kodeks etyki lekarskiej*, zasadnym wydaje się zwrócenie większej uwagi na przekazywanie wiadomości dotyczących powikłań, uwzględniając możliwości zrozumienia tych zagadnień przez osobę informowaną. Należy pamiętać o tym, by sposób przekazywania informacji i jej waga były adekwatne do sytuacji i przede wszystkim zrozumiałe [14–18].

Wnioski

1. Rodzice wykazali się dużą wiedzą na temat gastroduodendoskopii wykonywanej u dzieci, celu badania i sposobu przygotowania dziecka do badania. Mają oni jednak niewystarczającą wiedzę na temat możliwych powikłań po badaniu, dlatego też należy kłaść większy nacisk na informowanie rodziców o możliwych powikłaniach po badaniu.
2. Główne źródła wiedzy rodziców na temat gastroduodendoskopii to lekarz oraz źródła internetowe, dlatego też należy informować rodziców na temat wiarygodnych, internetowych źródeł wiedzy.

3. W procesie edukacji rodziców na temat gastroduodendoskopii należy zwrócić szczególną uwagę na wydłużenie czasu na zadawanie pytań, przekazywanie informacji na temat powikłań po badaniu oraz zwiększenie roli personelu pielęgniarskiego w procesie informowania rodziców na temat badania.

Piśmiennictwo

1. Woynarowski M, Celińska-Cedro D. Stan dziecięcej endoskopii w Polsce w 2007 r. *Pediatr Współcz Gastroenterol Hepatol Żywnie Dziecka*. 2008; 10 (3): 158–163.
2. Woynarowski M et al. Stan dziecięcej endoskopii w Polsce w 2012 r. *Pediatr Współcz Gastroenterol Hepatol Żywnie Dziecka*. 2013; 15 (2): 5–12.
3. Komisja Bioetyczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, <http://komisja-bioetyczna.wum.edu.pl/content/szczegolowe-informacje-oraz-wzory-dokumentow> (data dostępu: 12.08.2015).
4. Wadek J. Zagadnienia ogólne endoskopii przewodu pokarmowego wpływające na wybór sedacji i znieczulenia ogólnego. *Anest Ration*. 2013; 7: 194–203.
5. Gibiński K, Nowak A, Marek T. Digestive endoscopy from rigid to fiber-optic instruments; The Polish contribution to the development of gastrointestinal endoscopy. *J Physiol Pharmacol*. 2003; 54 (S3): 283–327.
6. Krzesiek E, Iwańczak B. Wskazania do diagnostycznej i terapeutycznej endoskopii przewodu pokarmowego. *Prz Gastroenterol*. 2010; 5 (4): 183–188.
7. Szyszkowska M. Udział pielęgniarki w innych badaniach diagnostycznych. W: Ślusarska B, Zarzycka D, Zahradniczek K (red.). *Podstawy pielęgniarstwa*. Lublin: Czelej; 2008. 696–697.
8. Albrecht P, Łazowska I. Choroba wrzodowa oraz zakażenie *Helicobacter Pylori* u dzieci. *Prz Gastroenterol*. 2007; 2 (1): 56–64.
9. Dryla P, Wojtuń S, Gil J. Zasady przygotowania i warunki wykonania badań obrazowych przewodu pokarmowego. *Pol Merk Lek*. 2007; 9: 482–488.
10. Nowakowska-Duńska E, Romańczyk T, Marek T. Endoskopowa cholangiopankreatografia wsteczna – przegląd piśmiennictwa z ostatnich dwóch lat. *Prz Gastroenterol*. 2008; 3 (4): 169–175.
11. Milewski J, Rydzewska G. Enteroskopia dwugalonowa – nowa technika diagnostyki i terapii endoskopowej chorób jelita cienkiego. *Prz Gastroenterol*. 2006; 1: 54–59.
12. Korczowski B. Pielęgniarka w gabinecie endoskopowym. W: Pawlaczyk B (red.). *Pielęgniarstwo pediatryczne*. Warszawa: PZWL; 2007. 168–171.
13. McCollough M, Sharieff GQ. Abdominal pain in children. *Pediatr Clin North Am*. 2006; 53 (1): 107–137.
14. Woynarowski M. Endoskopia przewodu pokarmowego w codziennej praktyce. Wskazania i przeciwwskazania. *Stand Med*. 2007; 4: 451–454.
15. Krzesiek E, Iwańczak B. Wskazania do diagnostycznej i terapeutycznej endoskopii przewodu pokarmowego u dzieci. *Prz Gastroenterol*. 2010; 5 (4): 183–188.
16. Sierżantowicz R, Klimiuk E. Udział pielęgniarki w badaniach endoskopowych układu pokarmowego. W: Jurkowska G, Łagoda K (red.). *Pielęgniarstwo internistyczne*. Warszawa: PZWL; 2011. 193–195.

17. Dar A, Shah Z. Anesthesia and sedation in pediatric gastrointestinal endoscopic procedures: A review. *World J Gastrointest Endosc.* 2010; 2 (7): 257–262.
18. Bąk-Drabik K. Ocena jakości życia w chorobach przewlekłych przewodu pokarmowego u dzieci. *Pediatr Współcz Gastroenterol Hepatol Żywnie Dziecka.* 2011; 13 (1): 57–60.

Artykuł przyjęty do redakcji: 12.08.2015
Artykuł przyjęty do publikacji: 03.12.2015

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Joanna Gotlib
ul. Żwirki i Wigury 61
02-091 Warszawa
tel.: 22 5720 490, fax: 22 5720 491, tel. kom.: +48 608 108 028
e-mail: joanna.gotlib@wum.edu.pl
Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia
Warszawski Uniwersytet Medyczny

OCENA STANU WIEDZY PACJENTÓW KLINIKI CHIRURGII OGÓLNEJ I ŻYWIENIA KLINICZNEGO WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO I ICH RODZIN NA TEMAT DOMOWEGO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO

ASSESSMENT OF KNOWLEDGE OF PATIENTS AND THEIR FAMILIES ON HOME PARENTERAL NUTRITION IN THE DEPARTMENT OF GENERAL SURGERY AND CLINICAL NUTRITION, MEDICAL UNIVERSITY IN WARSAW

Monika Wiercigroch¹, Małgorzata Fedosiejew², Michał Ławiński³

¹ Klinika Chirurgii Ogólnej i Żywienia Klinicznego
Warszawski Uniwersytet Medyczny

² studentka dietetyki
Warszawski Uniwersytet Medyczny

³ Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej
Warszawski Uniwersytet Medyczny

DOI: <http://dx.doi.org/10.20883/pielpol.2016.10>

STRESZCZENIE

Wstęp. Szkolenie pacjentów lub ich opiekunów w zakresie żywienia pozajelitowego w warunkach domowych (ang. *home parenteral nutrition* – HPN) jest obowiązkową procedurą wykonywaną przed wypisaniem chorego do domu. Dopiero po uzyskaniu umiejętności w postugiwaniu się tunelizowaną centralną linią żylną oraz zaznajomieniem ze wszystkimi niezbędnymi procedurami żywienia pozajelitowego chory może być wypisany do domu. Prawidłowo przeprowadzone szkolenie gwarantuje pacjentowi bezpieczeństwo oraz pozwala na funkcjonowanie w życiu rodzinnym i społecznym.

Cel. Celem pracy była ocena stanu wiedzy pacjentów i ich opiekunów w zakresie prowadzenia żywienia pozajelitowego w warunkach domowych.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, wykorzystując jako narzędzie badawcze kwestionariusz ankiety składający się z 20 pytań. Ankietę po przeprowadzonym szkoleniu wypełniło 45 osób. Badanie prowadzono od grudnia 2014 do lipca 2015 r. Ankietę wypełniali pacjenci lub ich opiekunowie, którzy byli przeszkoleni w zakresie zasad żywienia pozajelitowego prowadzonego w warunkach domowych.

Wyniki. Odpowiedzi na pytania dotyczące sterylności oraz zasad obsługi cewnika centralnego były w większości prawidłowe. Zagadnienia dotyczące samego worka żywieniowego sprawiły ankietowanym większą trudność niż pytania związane z bezpiecznym postugiwaniem się cewnikiem centralnym.

Wnioski. Stan wiedzy pacjentów lub ich opiekunów dotyczący żywienia pozajelitowego w warunkach domowych po obowiązkowym szkoleniu jest oceniany przez personel szkolący jako dobry i gwarantujący bezpieczne postugiwanie się linią żylną.

SŁOWA KLUCZOWE: żywienie pozajelitowe domowe.

ABSTRACT

Introduction. Patients on parenteral nutrition (TPN) before being discharged from hospital need to undertake mandatory training. Only after acquiring the necessary skills and confidence to administer parenteral nutrition the patient can leave hospital and continue the treatment at home. Following the strict procedures will ensure patient's safety and allow patients to stay at home and to permit a better quality of life.

Aim. The aim of this study was to assess patients and their knowledge of administering of TPN in a home environment including the level of practical skills in aseptic techniques when using TPN, the importance of maintaining the adequate hygiene and the knowledge of appropriate actions in case of complications.

Material and methods. The study was conducted using a diagnostic survey consisting of 20 questions, three of which were multiple choice questions and the remaining questions required written answers. The survey was conducted between December 2014 and July 2015 and involved 45 people from the General Surgery and Clinical Nutrition of Medical University in Warsaw on parenteral nutrition.

Results. For the participants, these survey questions requiring information about parenteral nutrition were more difficult to answer compared with questions regarding the importance of a good hygiene when using parenteral nutrition. Only a small group of participants could list all TPN ingredients. Several participants answered the questions regarding correct procedures in case of complications in using TPN incorrectly and one patient was performing activities outside the scope of patient skills.

Conclusions. Based on the survey the knowledge of the patients and their caretakers regarding administering TPN at home was concluded as satisfactory.

KEYWORDS: HPN – home parenteral nutrition.

Wstęp

Szkolenie pacjentów lub ich opiekunów z zakresu żywienia pozajelitowego w warunkach domowych odbywa się zawsze w trakcie pierwszego pobytu pacjenta w szpitalu. Pacjent lub opiekun obowiązkowo uczestniczy w części teoretycznej oraz praktycznej szkolenia. Po uzyskaniu odpowiedniego poziomu wiedzy pacjent może opuścić szpital i kontynuować żywienie pozajelitowe w warunkach domowych.

Szkolenie prowadzone jest przez wykwalifikowaną pielęgniarkę i jest dostosowane do poziomu intelektualnego oraz sprawności fizycznej pacjenta lub opiekuna [1, 2]. Osoba szkolona w zakresie prowadzenia żywienia pozajelitowego w warunkach domowych musi mieć podstawową wiedzę na temat rozwoju powikłań – wczesnych i późnych – z którymi może się zetknąć [3, 4]. Powikłania wczesne będą związane z wprowadzeniem cewnika centralnego (nakłucie tętnicy, odma opłucnowa, zator powietrzny, nieprawidłowe położenie i przemieszczenie końca cewnika). Powikłania późne są spowodowane nieprawidłowym użytkowaniem tunelizowanego cewnika centralnego.

Część teoretyczna szkolenia dostarcza informacji w zakresie podstaw żywienia pozajelitowego, zasad utrzymywania prawidłowej higieny rąk oraz bezpiecznego postępowania się tunelizowanym cewnikiem centralnym. Pacjent lub opiekun jest poinformowany o zasadach bezpiecznego przechowywania preparatów do żywienia, utylizacji opadów, postępowania z lekami oraz preparatami specjalnego przeznaczenia medycznego, a także o możliwych działaniach niepożądanych [5].

Część praktyczna gwarantuje osobie szkolącej się poznanie zasad prawidłowego mycia rąk, techniki przygotowania miejsca pracy, prawidłowego otwierania opakowań, właściwego postępowania się sprzętem jednorazowego użycia, podłączania i odłączania żywienia, a także właściwej obsługi portu do przetoczeń mieszanin odżywczych [6, 7]. Pacjent lub opiekun musi poznać zasady działania pompy do żywienia pozajelitowego oraz nauczyć się, jak praktycznie powinno się dbać o dostęp do cewnika centralnego, aby zminimalizować ryzyko potencjalnych powikłań.

Szkolenie kończy się, gdy chory/opiekun potrafi samodzielnie i prawidłowo przygotować (podłączyć/odłączyć) mieszankę odżywczą, zmienić opatrunek w miejscu wyprowadzenia cewnika, zmienić korek, przepłukać cewnik [8, 9]. Wszystkie czynności wykonuje z zachowaniem zasad aseptyki i zgodnie z wiedzą przekazaną przez wykwalifikowaną pielęgniarkę. Osoba prowadząca żywienie pozajelitowe nie ukończy szkolenia, jeżeli jej wiedza i umiejętności obsługi cewnika nie będą zgodne z wymaganiami edukacji [10, 11].

Cel pracy

Celem pracy była ocena wiedzy pacjentów i ich opiekunów w zakresie zasad bezpiecznego prowadzenia żywienia pozajelitowego w warunkach domowych.

Materiał i metody

W badaniu brali udział pacjenci Kliniki Chirurgii Ogólnej i Żywienia Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz ich opiekunowie. Badanie przeprowadzono od grudnia 2014 do lipca 2015 r. Kwestionariusz ankiety wypełniło 45 osób podzielonych na dwie grupy: grupa I – 35 chorych żywionych i przeszkolonych w zakresie procedury domowego żywienia pozajelitowego, oraz grupa II – 10 opiekunów prowadzących żywienie pozajelitowe u chorych zakwalifikowanych do procedury. Średnia wieku badanych wynosiła 49 lat, ankietę wypełniała osoba, która została wyedukowana w szpitalu i obsługuje cewnik centralny w domu.

Metodą badawczą był kwestionariusz ankiety zawierający 20 pytań – 17 pytań otwartych, 3 pytania zamknięte jednokrotnego wyboru. Dominowały pytania otwarte, dzięki czemu możliwe było uzyskanie rzeczywistej wiedzy pacjenta lub opiekuna na temat żywienia pozajelitowego i obsługi cewnika centralnego w warunkach domowych. Do kwestionariusza ankiety opracowano specjalne wskaźniki oceniające poziom wiedzy badanych pacjentów lub ich rodzin. Punkty przyznawano za prawidłowe odpowiedzi na pytania dotyczące sterylności i higieny worka żywieniowego oraz problemów związanych z linią żylną. Oceniano także wiedzę o zakażeniach cewnika centralnego i o właściwym postępowaniu w trakcie podejrzenia zakażenia. Osobom po odbytych szkoleniu zadawano pytania dotyczące następujących tematów: zakażenia cewnika centralnego, problemy z jego obsługą, wiedza o żywieniu pozajelitowym. Tematyczne usystematyzowanie poruszanych kwestii podczas prowadzonego szkolenia ułatwiło wypełnianie ankiety oraz dokładne zrozumienie zadawanych pytań. Na podstawie udzielonych przez pacjentów lub członków ich rodzin odpowiedzi oraz opracowanych wcześniej wskaźników opisujących stan wiedzy na temat żywienia pozajelitowego w warunkach domowych oceniono poziom wyedukowania ankietowanych. W ocenie brano pod uwagę jakość uzyskanej wiedzy oraz występujące problemy.

Wyniki

Tabela 1 przedstawia wiek osób, które brały udział w szkoleniu z prowadzenia żywienia pozajelitowego w warunkach domowych. Najwięcej badanych mieściło się w przedziale wiekowym 56–65 lat (N = 10).

Tabela 1. Wiek ankietowanych
Table 1. Age of respondents

| Wiek pacjentów/ Age of the patients | Do 25. roku życia/ Up to 25 years | 26–35 lat/ 26–35 years | 36–45 lat/ 36–45 years | 46–55 lat/ 46–55 years | 56–65 lat/ 56–65 years | Powyżej 66 lat/ Over 66 years |
|--|--------------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------------|
| Liczba pacjentów/opiekunów/ The number of patients/caretakers | 3 | 7 | 8 | 9 | 10 | – |
| % ankietowanych/ % of respondents | 6,7 | 15,6 | 17,8 | 20,0 | 22,2 | – |

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Zdecydowana większość pacjentów (N = 35) dla własnej potrzeby szkoliła się w związku ze swoją chorobą (**Tabela 2**).

Tabela 2. Dla kogo Pani/Pan się szkoliła/szkolił?
Table 2. For whom did you participate in the training?

| | Rodzina/opiekun/ Family/carer | Sam dla siebie/ For myself | Przeszkolony pacjent i rodzina/ Trained patient or family member |
|--------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|---|
| Liczba osób/ The number of people | 10 | 35 | 2 |
| % ankietowanych/ % of respondents | 22,2 | 77,8 | 4,4 |

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

W **tabeli 3** przedstawione zostały odpowiedzi na pytania dotyczące sterylności i higieny związanej z obsługą cewnika centralnego. Większość badanych potrafiła prawidłowo odpowiedzieć na zadane pytania.

Tabela 3. Pytania związane ze sterylnością i higieną podczas prowadzonego żywienia pozajelitowego
Table 3. Questions related to the sterility and hygiene during parenteral nutrition procedure

| Pytania z ankiety/ Questions from the survey | Liczba prawidłowych odpowiedzi/ Number of correct answers | % prawidłowych odpowiedzi/ % of correct answers |
|--|--|--|
| Jaka jest najważniejsza zasada przy sporządzaniu worka żywieniowego? What is the most important rule in the preparation of a nutritional bag? | 44 | 97,8% |

| | | |
|---|----|-------|
| Jak często zmienia się opatrunek na cewniku? How often should the catheter dressing be changed? | 42 | 93,3% |
| Jaki preparat jest używany do dezynfekcji skóry, cewnika, ampulek? What preparation is used to disinfect the skin of the catheter, ampoules? | 43 | 95,6% |
| Jakiego dodatkowego środka używamy do dezynfekcji przy robieniu opatrunku? What additional measure do we use to disinfect the dressing? | 41 | 91,1% |
| Jaki jest minimalny czas dezynfekcji cewnika przed podłączeniem/odłączeniem? What is the minimum disinfection time catheter before connecting/disconnecting? | 44 | 97,8% |
| Co ile zmieniamy preparat do moczenia cewnika? How often do we change the preparation for soaking the catheter? | 42 | 93,3% |

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Tabela 4 przedstawia poziom wiedzy ankietowanych dotyczący worka żywieniowego. Większość badanych znała prawidłową odpowiedź na zadane pytanie.

Tabela 4. Pytanie związane z workiem żywieniowym
Table 4. Question related to the nutritional bag

| Pytanie z ankiety/ Question from the survey | Liczba prawidłowych odpowiedzi/ Number of correct answers | % prawidłowych odpowiedzi/ % of correct answers |
|---|--|--|
| Jaki jest prawidłowy czas „toczenia” worka żywieniowego? What is the correct time to flux the nutritional bag? | 43 | 95,6% |

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Z analizy wyników przedstawionych w **tabeli 5** wynika, iż 5 osób szkolonych nie zna substancji wchodzących w skład worka żywieniowego bądź nie udzieliło odpowiedzi. Tylko 13 ankietowanych – i jest to największa grupa wśród badanych 45 osób – wymienia cztery substancje ze składu substancji w worku.

Tabela 5. Pytanie dotyczące substancji wchodzących w skład worka żywniowego. Rozkład punktowy

Table 5. Question related to substances in the nutrition bag

| Ilość składników/ Numbers of gradients | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|-------|------|------|-------|-------|-------|------|
| Liczba osób/ Number of people | 5 | 2 | 2 | 10 | 13 | 10 | 3 |
| % ankietowanych/ % of respondents | 11,1% | 4,4% | 4,4% | 22,2% | 28,9% | 22,2% | 4,4% |

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

W tabeli 6 przedstawione zostały odpowiedzi na pytania dotyczące obsługi cewnika centralnego. Największą liczbę punktów uzyskano w pytaniach: „Czym przepłukujemy cewnik i w jakiej kolejności?” oraz „Co robimy w przypadku cofnięcia się krwi w cewniku?”. Największą trudność sprawiło respondentom pytanie: „Gdzie umiejscowiony jest cewnik centralny?” – tylko 26 osób udzieliło poprawnej odpowiedzi.

Tabela 6. Pytania związane z opieką nad linią żylną
Table 6. Questions related to the care of venous line

| Pytania z ankiety/ Questions from the survey | Liczba prawidłowych odpowiedzi/ Number of correct answers | % prawidłowych odpowiedzi/ % of correct answers | Liczba błędnych odpowiedzi/ The number of incorrect answers | % błędnych odpowiedzi/ % of incorrect answers |
|--|--|--|--|--|
| Jakie jest najczęstsze powikłanie, z którym pacjenci niezwłocznie powinni zgłosić się do szpitala?/What is the most common complication that patients should immediately submit to the hospital? | 32 | 71,2% | 6 | 13,3% |
| Gdzie umiejscowiony jest cewnik centralny?/Where is the central catheter located? | 26 | 57,8% | – | – |
| Czym przepłukujemy cewnik i w jakiej kolejności?/With what do you flush the catheter and in what order? | 40 | 88,9% | – | – |

| | | | | |
|---|----|-------|---|---|
| Jak prawidłowo powinien być ułożony cewnik na skórze?/ What is the proper place on the skin where the catheter should be placed? | 35 | 77,8% | – | – |
| Co robimy w przypadku cofnięcia się krwi w cewniku?/ What do we do in case of withdrawal of blood in the catheter? | 40 | 88,9% | – | – |

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Z tabeli 7 wynika, że 44 osoby nie wykonywały żadnych czynności zabronionych, jednakże podczas analizy ankiety okazało się, że 4 osoby na pytanie: „Co robimy w przypadku cofnięcia się krwi w cewniku?” udzieliły odpowiedzi błędnej, związanej z wykonaniem czynności niedozwolonej przy obsłudze cewnika centralnego. Problemów z obsługą cewnika nie miały 42 osoby spośród 45 pytaných.

Tabela 7. Pytania związane z opieką nad centralną linią żylną
Table 7. Questions related to the care of a central venous line

| Pytania z ankiety/ Questions from the questionnaire | TAK/ YES | % TAK/ % of YES | NIE/ NO | % NIE/ % of NO | INNE – wynikające z treści całej ankiety/ OTHER – from the content of the entire survey | % innych odpowiedzi/ % of other answers |
|--|-------------|--------------------|------------|-------------------|--|--|
| Czy zdarzyło się Pani/Panu wykonywać czynności przy obsłudze cewnika, które są zabronione?/Did you use to do activities by means of a catheter, which were prohibited? | 1 | 2,2% | 44 | 97,8% | 4 | 8,9% |
| Czy miała Pani/miał Pan jakiegokolwiek problemy podczas przygotowywania worka żywniowego lub podczas opieki nad cewnikiem?/Did you have any problems during the preparation of the nutrition bag or while caring for the catheter? | 3 | 6,7% | 42 | 93,3% | – | – |

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

W tabeli 8 przedstawiono, od jakiego czasu pacjenci są objęci procedurą żywienia pozajelitowego. Najwięcej badanych odżywia się metodą dożylną od 6 do 15 lat.

Tabela 8. Pytanie związane z czasem prowadzonego żywienia pozajelitowego

Table 8. Questions related to the time of parenteral nutrition

| Czas/Time | 1–9 miesięcy/ 1–9 months | 1–5 lat/ 1–5 years | 6–15 lat/ 6–15 years | 16–28 lat/ 16–28 years |
|--|-----------------------------|-----------------------|-------------------------|---------------------------|
| Jak długo jest Pani żywna/Pan żywny pozajelitowo?/ How long are you parenteral nourished? | 8 | 13 | 18 | 6 |
| % ankietowanych/% of respondents | 17,8% | 28,9% | 40% | 13,3% |

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Podsumowanie badań

Najliczniejszą grupę pacjentów stanowili chorzy żywieni pozajelitowo od 6 do 15 lat. U 13 osób żywienie pozajelitowe prowadzone było od roku do 5 lat. Znaczna większość pacjentów, u których prowadzono żywienie pozajelitowe, miała założony tunelizowany cewnik centralny typu Broviac, w mniejszości były osoby z cewnikiem typu Groshong. Dla chorych i ich opiekunów cewnik centralny typu Groshong jest łatwiejszy w obsłudze, nie ma klipsa, o którym należy pamiętać, aby w odpowiednim momencie go otwierać i zamykać. Dodatkowo nie trzeba go przepłukiwać roztworem heparyny, wystarczy jedynie 0,9-procentowy NaCl. Po odbytych szkoleniu większość chorych odpowiedziała prawidłowo na pytania dotyczące linii żyłnej i możliwych towarzyszących powikłań podczas prowadzonego żywienia pozajelitowego w warunkach domowych.

Dyskusja

W dostępnej literaturze medycznej brak aktualnego piśmiennictwa poświęconego tematyce szkolenia chorych żywionych pozajelitowo w warunkach domowych. Z uwagi na to, iż procedura HPN (ang. *home parenteral nutrition*) to bardzo wąska dziedzina medycyny, mało jest ośrodków w Polsce, które zajmują się prowadzeniem żywienia pozajelitowego w warunkach domowych. W trakcie prowadzonego dla chorego lub jego opiekuna szkolenia nauka żywienia pozajelitowego powinna być podzielona na część teoretyczną i część praktyczną [12]. W trakcie prowadzonego szkolenia chory lub opiekun zapoznaje się ze wszystkimi kluczowymi zagadnieniami dotyczącymi procedury HPN. Żywienie pozajelitowe w warunkach domowych musi być bezpieczne dla pacjenta, dlatego kluczową rolę odgrywa proces edukacji

przed wypisaniem chorego do domu. Każdy pacjent lub opiekun prowadzący żywienie pozajelitowe w warunkach domowych jest edukowany w sposób identyczny, różnice dotyczą jedynie czasu trwania szkolenia. Otrzymane wyniki wskazują na to, iż osoby przeszkolone osiągają zadowalający poziom wiedzy na temat żywienia pozajelitowego w warunkach domowych. W tej specjalistycznej procedurze medycznej niezwykle ważne jest położenie nacisku na prawidłowe utrzymywanie higieny, które gwarantuje bezpieczeństwo żywienia. Chorzy początkowo zdobywają wiedzę teoretyczną, następnie uczą się, jak prawidłowo wykonywać worek żywieniowy, podłączać worek do linii żyłnej i odłączać go, wykonać opatrunek w okolicy ujścia skórno-cewnika centralnego. Pozytywnym aspektem jest fakt, iż większość szkolonych osób odbywało naukę dla samych siebie, aby móc prawidłowo funkcjonować w życiu codziennym. Świadczy to o dobrym stanie psychicznym, a także prawidłowej sprawności fizycznej pacjentów oraz wskazuje na ich samowystarczalność pomimo mogącego sprawiać trudności żywienia pozajelitowego. Jedynie w przypadku osób starszych edukację częściej podejmuje członek rodziny.

Odnosząc się do pytań dotyczących utrzymywania higieny cewnika centralnego umożliwiającego żywienie pozajelitowe, można stwierdzić, że nie stwarzały one trudności ankietowanym, a udzielane odpowiedzi były w większości prawidłowe. Stan wiedzy ankietowanych z zakresu utrzymywania czystości cewnika można uznać za zadowalający.

Z analizy odpowiedzi na pytania dotyczące worka żywieniowego wynika, że ankietowani prezentowali większą wiedzę na temat podawania mieszaniny żywieniowej niż składu mieszaniny. Badani mieli świadomość, że szybka podaż mieszaniny żywieniowej może być niebezpieczna dla chorego i być powodem potencjalnych powikłań. Jeśli chodzi o skład mieszaniny odżywczej, najwięcej ankietowanych potrafiło podać jedynie trzy komponenty.

Pierwsze objawy związane z zakażeniem cewnika centralnego (gorączka i dreszcze) wskazała duża grupa ankietowanych. Być może wynika to faktu, iż znaczna część chorych spotkała się przynajmniej raz z zakażeniem cewnika centralnego, a pierwszymi objawami tego problemu są gorączka lub dreszcze. W czasie szkolenia na temat żywienia pozajelitowego w warunkach domowych szczególnie duży nacisk położony jest na występowanie gorączki i towarzyszących dreszczy, jako niepokojących sygnałów możliwego powikłania septycznego [5, 12]. Osoby szkolone są poinformowane, iż w przypadku powikłań mają obowiązek telefonicznego kontaktu z zespołem prowadzącym domowe żywienie pozajelitowe. Analizując

liczbę poprawnych odpowiedzi dotyczących zagadnień związanych z zakażeniem dostępu żylnego, widać, że ankietowani dużo lepiej poradzi sobie z pytaniami dotyczącymi wykonywania czynności manualnych w opiece nad centralną linią żylną niż dotyczącymi zagadnień medycznych. Szczegółowe procedury związane ze szkoleniem chorych oraz ich opiekunów w zakresie HPN różnią się nieznacznie w poszczególnych ośrodkach. Najważniejszym celem edukacji chorych lub ich opiekunów jest uświadomienie potencjalnych powikłań, wynikającego z nich niebezpieczeństwa i możliwości ich profilaktyki.

Wnioski

1. Poziom wiedzy pacjentów oraz ich opiekunów na temat żywienia pozajelitowego prowadzonego w warunkach domowych po odbyłym szkoleniu jest wystarczający do bezpiecznego prowadzenia procedury domowego żywienia pozajelitowego.
2. Ankietowani są w stanie wskazać objawy, które wymagają szybkiego kontaktu z zespołem prowadzącym żywienie pozajelitowe w warunkach domowych.
3. Większa część badanych deklaruje umiejętność poradzenia sobie w sytuacjach nietypowych, np. cofnięcie się krwi w cewniku centralnym.

Piśmiennictwo

1. Vretlind A, Szczygieł B. Całkowite żywienie pozajelitowe. Historia. Teraźniejszość. Przyszłość. *Pol Merk Lek.* 1998; 4 (22): 181–185.
2. Rutkowska M. Żywienie parenteralne – rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem. *Post Piel.* 2009; 17 (3): 250–256.
3. Karwowska K, Kunecki M, Zmarzły A. Domowe żywienie pozajelitowe. Wrocław: Continuo; 2015.
4. Pertkiewicz M, Majewska K, Szczygieł B. Żywienie pozajelitowe w domu. *Pol Tyg Lek.* 1995; 50: 40–44.
5. Barańska B, Bazaliński D. Opieka po zabiegu. *Mag Piel Położ.* 2006; 11: 22–23.
6. Pertkiewicz M, Rudnicka J, Marchel H, Łuczak M. Zakażenia dostępu żylnego u chorych żywionych pozajelitowo CSK AM w Warszawie. Materiały XI Konferencji Sekcji Żywienia Pozajelitowego PTL. Popowo 1997. 50–54.
7. Pertkiewicz M, Korta T (red.). Standardy żywienia pozajelitowego i dojelitowego. Warszawa: PZWL; 2005. 20–61.
8. Korta T. Preparaty stosowane w żywieniu pozajelitowym. *Post Żyw Klin.* 2009; 1 (11): 22–24.
9. Sobotka L. Podstawy żywienia klinicznego. Warszawa: PZWL; 2007.
10. Łyszowska M, Pawińska A, Popińska K, Podemska M, Polnik D, Książyk J. Zakażenia miejsca wprowadzenia i kanału podskórnego cewnika centralnego służącego do przewlekłego żywienia pozajelitowego. *Post Żyw Klin.* 2007; 2 (4): 24.
11. Pertkiewicz M, Majewska K, Korta T. Dostęp żylny do żywienia pozajelitowego. Zasady, zapobieganie, rozpoznanie i leczenie powikłań. Warszawa: Akademia Medyczna w Warszawie; 1997. 5–61.
12. Matras P, Bartoszewska L, Rudzki S. Zespół leczenia żywieniowego. Procedury. Lublin: Czelej; 2013.

Artykuł przyjęty do redakcji: 17.01.2016
Artykuł przyjęty do publikacji: 20.04.2016

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Michał Ławiński
ul. Żwirki i Wigury 61
02-091 Warszawa
tel.: 501 702 899
e-mail: michal-lawinski@wp.pl
Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej
Warszawski Uniwersytet Medyczny

WIEDZA STUDENTÓW NA TEMAT WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY TYPU C

STUDENTS' KNOWLEDGE ABOUT HEPATITIS C

Józefa Czarnecka¹, Ewelina Olszewska¹, Ewa Kobos², Zofia Sienkiewicz², Andrzej Krupienicz¹

¹ Zakład Podstaw Pielęgniarstwa
Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Zakład Pielęgniarstwa Społecznego
Warszawski Uniwersytet Medyczny

DOI: <http://dx.doi.org/10.20883/pielpol.2016.11>

STRESZCZENIE

Wstęp. Wiedza na temat wirusowego zapalenia wątroby odgrywa bardzo ważną rolę w zapobieganiu infekcjom HCV oraz późnym powikłaniom WZW typu C. Zarówno niewiedza, jak i brak danych o zachorowaniu skutkują licznymi zakażeniami, co stanowi poważny problem epidemiologiczny.

Cel. Celem pracy była ocena poziomu wiedzy studentów Uniwersytetu Warszawskiego (UW) i Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego (SGGW) na temat wirusowego zapalenia wątroby typu C.

Materiał i metody. W badaniu wzięło udział 200 losowo wybranych studentów (100 z UW i 100 z SGGW). Ich wiedzę zbadano za pomocą ankiety własnego autorstwa. Do oceny poziomu wiedzy ustalono kryteria ocen: 25% i mniej prawidłowych odpowiedzi – poziom wiedzy niedostateczny, 26% do 50% – dostateczny, 51% do 75% – dobry, 76% i więcej – bardzo dobry.

Wyniki. W obu grupach badanych więcej było kobiet (74%) niż mężczyzn (26%). Wyższe średnie wartości prawidłowych odpowiedzi na temat WZW typu C uzyskali studenci z SGGW (śr. = 49,19, podczas gdy studenci z UW śr. = 45,00). Najlepszy jednostkowy wynik prawidłowych odpowiedzi na SGGW wyniósł 87,50%, natomiast na UW – 81,25%.

Wnioski. Wiedza studentów obu uczelni klasyfikuje się na poziomie dostatecznym, przy czym studenci SGGW mają nieco lepsze rozeznanie w tej dziedzinie niż ich koledzy z UW. Swoją wiedzę na temat WZW typu C studenci oceniają na poziomie niedostatecznym. Wykazują również chęć podniesienia swojej wiedzy.

SŁOWA KLUCZOWE: wirusowe zapalenie wątroby, zakażenie HCV, profilaktyka, wiedza.

ABSTRACT

Introduction. Knowledge about hepatitis plays a vital role in preventing HCV infections and advancing complications of hepatitis C. Lack of that knowledge and data about becoming ill, results in multiple incidents of infecting, which in turn presents a serious epidemic issue.

Aim. The aim of this research was to establish the knowledge of students from Warsaw University (UW) and Warsaw University of Life Sciences (SGGW) about hepatitis C.

Material and methods. 200 randomly selected students took part in the study (100 from UW and 100 from SGGW). Their knowledge was tested with the aid of the author's own questionnaire. The following grading criteria were set to evaluate their knowledge: 25% or less of correct answers – unsatisfactory knowledge, 26% to 50% – satisfactory, 51% to 75% – good, 76% or more – very good.

Results. More women (74%) than men (26%) took part in the study in both groups. Students from SGGW achieved a higher average value of correct answers regarding hepatitis C (average = 49.19) in comparison to UW students (average = 45.00). The best personal result of correct answers at SGGW was 87.5%, whereas at UW it was 81.25%.

Conclusions. Students' knowledge across both universities classifies as satisfactory with a small prevalence of SGGW students. Students evaluate their own knowledge about hepatitis C as unsatisfactory. However, they show willingness to improve their knowledge.

KEYWORDS: hepatitis, HCV infection, prevention, knowledge.

Wstęp

Wiedza na temat wirusowego zapalenia wątroby odgrywa bardzo ważną rolę w zapobieganiu infekcjom HCV oraz późnym powikłaniom WZW typu C. Niewiedza skutkuje licznymi zakażeniami, co stanowi poważny problem epidemiologiczny. WZW typu C może przebiegać na różne sposoby. U 20% osób dochodzi do samoistnego wyleczenia, jednak aż w 80% przypadków choroba przechodzi w postać przewlekłą. U ponad 60%

osób ma ona przebieg bezobjawowy, przez co choroba jest późno wykrywana. Większość chorych czuje się dobrze, pomimo tego że w ich organizmie toczy się proces zapalny. Niekiedy pierwszymi objawami są dolegliwości grypopodobne, złe samopoczucie, osłabienie. Takie objawy zwykle są bagatelizowane. W badaniach biochemicznych u osób z HCV można zaobserwować podwyższony poziom aminotransferazy alaninowej (ALT) i aminotransferazy asparaginianowej (AST). Wartości te

mogą naprzemiennie wzrastać i spadać. Najwcześniej, bo już po 1–2 tygodniach od momentu zakażenia można wykryć wirusa w surowicy krwi za pomocą metody PCR [1]. Objawy, które mogą zaniepokoić chorego, występują dość późno. Proces zapalny jest już wtedy mocno zaawansowany. W dużej części populacji chorych dosyć szybko rozwija się marskość wątroby. Objawem na to wskazującym jest zażółcenie powłok skórnych. Szybko zwiększa się obwód brzucha, co spowodowane jest narastającym wodobrzuszem. Niebezpiecznym objawem jest krwawienie z żyłaków przełyku na skutek wzrostu ciśnienia krwi przepływającej przez wątrobę. Późnymi powikłaniami WZW C są wystąpienie pierwotnego raka wątroby, niewydolność wątroby oraz zgon. HCV nie jest zlokalizowany tylko w jednym narządzie, ale w komórkach krwi obwodowej. W wyniku tego dochodzi do zaburzenia funkcjonowania całego organizmu. Powoduje to różne zespoły chorobowe w obrębie naczyń, skóry, nerek, stawów, układu krwiotwórczego, odpornościowego, nerwowego, endokrynologicznego. Poprzez zaburzenie krążenia krwi dochodzi do zmian podudzi, zapalenia skóry, liszaju płaskiego, rumienia, bielactwa. U wielu chorych pojawia się małopłytkowość na skutek replikacji HCV w megakariocytach [1, 2]. WZW C jest chorobą ogólnoustrojową, dającą dużo różnych objawów w stosunkowo późnym czasie od momentu zakażenia się wirusem.

Z danych WHO wynika, że na świecie zakażonych HCV jest około 170–300 mln ludzi, a w samej Europie – 2–5 milionów. Rocznie rejestruje się 3–4 miliony nowych zakażeń. Najczęściej dochodzi do rozpoznania wirusa u chorych między 15. a 44. rokiem życia. U mężczyzn wykrywalność jest dwukrotnie większa niż u kobiet. W Polsce zakażonych wirusem jest około 700 000–730 000 osób, co stanowi 1,5% całej populacji. Są to zakażenia jatrogenne [3]. Najwięcej w tej grupie jest narkomanów i osób, które rozpoczęły dializy w latach 90. Dopiero od 1993 r. wprowadzono procedury badania krwi dawców na obecność przeciwciał anty-HCV, a od 2000 r. HCV-RNA w surowicy krwi lub w tkance wątrobowej [4, 5].

Badanie przeprowadzone przez Polską Grupę Ekspertów dowodzi, że 95% nosicieli HCV w Polsce nie jest świadomych jego obecności [6]. Zarówno brak świadomości, jak i niski poziom wiedzy o HCV, WZW typu C, różnych drogach szerzenia się zakażenia są czynnikami sprzyjającymi nowym infekcjom [7].

W Polsce brak jest jakichkolwiek systemów mających na celu zapobieganie rozprzestrzenianiu się nowych zakażeń HCV. Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej nadal nie mogą wypisywać skierowań na badanie krwi w kierunku HCV [8]. Nie wyszukuje się też w Polsce w sposób aktywny osób zakażonych. Do zdiagnozowa-

nia infekcji HCV dochodzi przeważnie przypadkowo (np. podczas pobrania krwi). Na tle małej liczby osób, które poddają się badaniom na obecność przeciwciał anty-HCV, ryzyko zakażenia jest o wiele większe niż to sobie można wyobrazić.

Celem pracy była ocena poziomu wiedzy studentów Uniwersytetu Warszawskiego (dalej: UW) i Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego (dalej: SGGW) na temat wirusowego zapalenia wątroby typu C.

Materiały i metody

Badania prowadzone były w marcu 2015 r. wśród studentów dwóch warszawskich wyższych uczelni: UW oraz SGGW. Udział w badaniu był dobrowolny. Do badania zaproszono 200 losowo wybranych studentów: 100 studentów UW (77 kobiet i 23 mężczyzn) oraz 100 studentów SGGW (70 kobiet i 30 mężczyzn).

Badanie prowadzone było za pomocą anonimowej ankiety własnego autorstwa, składającej się z 17 zamkniętych pytań. Pierwsze 4 pytania dotyczyły danych demograficznych. Pozostałe pytania oceniały wiedzę studentów na temat WZW typu C; 1 pytanie stanowiło samoocenę wiedzy studenta.

W celu sprawdzenia wiedzy obu grup badanych została skonstruowana skala umożliwiająca ocenę. Przyjęto, że grupa, która uzyskała 25% i mniej prawidłowych odpowiedzi, reprezentuje niedostateczny poziom wiedzy. Grupa, która udzieliła od 26% do 50% prawidłowych odpowiedzi, ma dostateczny poziom wiedzy. Od 51% do 75% poprawnych odpowiedzi świadczyło o dobrym poziomie wiedzy. Jeśli grupa uzyskała 76% i więcej dobrych odpowiedzi, oznaczało to, że ma bardzo dobrą wiedzę.

Analizy wyników przeprowadzono za pomocą pakietu statystycznego PQStat ver. 1.6. Zależność rozkładu odpowiedzi na pytania z ankiety od badanej grupy analizowano w tabelach dwudzielczych i testem zależności chi-kwadrat.

Za istotne przejęto prawdopodobieństwo testowe na poziomie $p < 0,05$, a za wysoce istotne przyjęto prawdopodobieństwo testowe na poziomie $p < 0,01$.

Różnice procenta prawidłowych odpowiedzi w zależności od grupy badawczej analizowano testem U Manna-Whitneya.

Za istotne przejęto prawdopodobieństwo testowe na poziomie $p < 0,05$, a za wysoce istotne przyjęto prawdopodobieństwo testowe na poziomie $p < 0,01$.

Wyniki

W obu grupach badanych więcej było kobiet (74%) niż mężczyzn (26%). Przeważały osoby w wieku 21–22 lat (43%). Mniej liczną grupę stanowiły osoby w wieku 19–20 lat (33,5%). W wieku 23–24 lat było 18% osób. Najmniej osób było w wieku 25 lat i więcej (5,5%).

Połowa badanych osób mieszka w mieście o liczebności powyżej 100 000 mieszkańców (50%). Pozostała część osób mieszka w mieście poniżej 100 000 mieszkańców (30%) oraz na wsi (21%).

Większość badanych (80%) wiedziała, co oznacza skrót HCV. Nieprawidłowej odpowiedzi udzieliło 17% studentów. W grupie studentów z UW więcej osób (10%) niż w grupie badanych z SGGW (3%) nie wiedziało, jaką drogą można zarazić się HCV. Różnice między grupami są istotne ($p = 0,0408$) (**Tabela 1**).

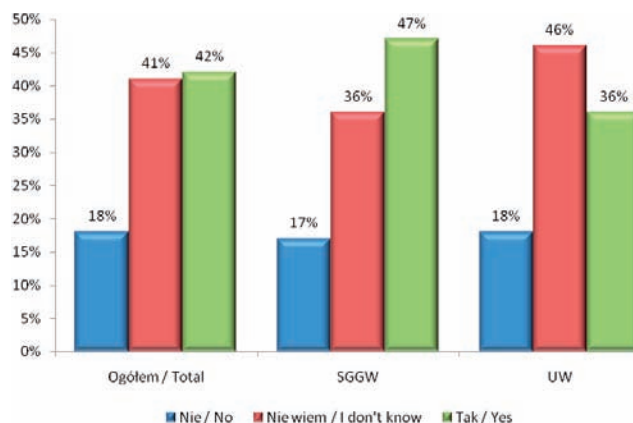
Tabela 1. Zależność między znajomością dróg szerzenia się HCV a badaną grupą

Table 1. Relationship between knowledge about ways of transmission of HCV and the respondents' group

| Drogi szerzenia się zakażenia/ Ways of infection transmission | Ogółem/ Total | | SGGW | | UW | | Test zależności/ Relationship test |
|--|------------------|-------|------------------|-------|------------------|-------|---------------------------------------|
| | L/N ₀ | % | L/N ₀ | % | L/N ₀ | % | |
| Przez korzystanie z tego samego prysznica co osoba zarażona/By using the same shower as an infected person | 6 | 3,00 | 2 | 1,98 | 4 | 4,04 | $\chi^2=0,73$ $p=0,3931$ |
| Przy robieniu tatuaży, podczas wizyty u kosmetyczki, fryzjera/Having a tattoo or visits to a beautician or hairdresser | 114 | 57,00 | 59 | 58,42 | 55 | 55,56 | $\chi^2=0,17$ $p=0,6829$ |
| Przez kontakty seksualne/Through a sexual intercourse | 83 | 41,50 | 43 | 42,57 | 40 | 40,40 | $\chi^2=0,0970$ $p=0,7555$ |
| Przez zjedzenie posiłku, który przygotowała zarażona osoba/Through eating a meal prepared by an infected person | 17 | 8,50 | 7 | 6,93 | 10 | 10,10 | $\chi^2=0,6461$ $p=0,4215$ |
| Przez kontakt z krwią zarażonej osoby/Through the contact with blood of an infected person | 155 | 77,50 | 80 | 79,21 | 75 | 75,76 | $\chi^2=0,34$ $p=0,5559$ |
| Korzystając z usług stomatologicznych/At a dental appointment | 77 | 38,50 | 41 | 40,59 | 36 | 36,36 | $\chi^2=0,38$ $p=0,5387$ |
| Podawanie narkotyków dożylnie/Intravenous drug application | 125 | 62,50 | 68 | 67,33 | 57 | 57,58 | $\chi^2=2,03$ $p=0,1544$ |
| Nie wiem/I do not know | 13 | 6,50 | 3 | 2,97 | 10 | 10,10 | $\chi^2=4,18$ $p=0,0408$ |

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Według 42% badanych istnieje szczepionka przeciwko HCV. Aż 41% wszystkich studentów nie ma wiedzy na temat szczepienia, a tylko 18% ankietowanych wie, że taka szczepionka nie istnieje (**Rycina 1**).



Rycina 1. Wiedza na temat szczepionki przeciwko HCV
Figure 1. Knowledge about HCV vaccination

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Zdecydowana większość badanych (80%) uważała, że wykonując badanie krwi, można wykryć wirusa zapalenia wątroby typu C (84% studentów SGGW i 76% studentów UW), a 13% wszystkich ankietowanych nie wiedziało, jakie badanie należałoby wykonać, żeby wykryć infekcję HCV. Według 5% respondentów badanie moczu wykrywa HCV. Brak wiedzy na temat skutecznej metody leczenia WZW typu C wykazało 45% badanych (46% UW i 38% SGGW). Przekonanych o istnieniu skutecznej, ale długiej terapii było 35% studentów z SGGW i 25% z UW. Za najlepszą metodę leczenia WZW typu C studenci uznali przeszczepy (16% studentów z UW i 14% z SGGW). W badanej grupie 13% studentów uważa, że skuteczna terapia nie istnieje. Zdecydowana większość ankietowanych (90%) jest przekonana, że każdy może być potencjalnym nosicielem wirusa zapalenia wątroby typu C. Brak wiedzy w tej kwestii wykazało 6% ankietowanych. Według 2% studentów nosicielami HCV są narkomani. Dla 1% studentów to pracownicy służby zdrowia.

Najwięcej osób ze wszystkich ankietowanych (44%) podaje Internet jako źródło wiedzy na temat WZW C. Drugim popularnym źródłem informacji jest telewizja (tak odpowiedziało 27% badanych: 23% SGGW i 31% UW). Z prasy wiedzę czerpie 11% osób. Najmniej informacji badani uzyskali od lekarza (6%) i pielęgniarki (5%). Około 29% badanych (26% SGGW, 32% UW) nie wskazało żadnego źródła, a 16% podało, że swoją wiedzę ma z innych źródeł, jak: chorzy członkowie rodziny, znajomi, ulotki i plakaty w przychodni POZ. Studenci z SGGW częściej zdobywali wiedzę na temat WZW typu C z innych źródeł niż studenci z UW. Ta różnica jest istotna statystycznie ($p = 0,0421$). Dane ilustruje **tabela 2**.

Tabela 2. Zależność między źródłami wiedzy na temat HCV a badaną grupą

Table 2. Relationship between sources of knowledge and respondents' group

| Źródła wiedzy/ Sources of knowledge | Ogółem/ Total | | SGGW | | UW | | Test zależności/ Relation- ship test |
|--|------------------|-------|------------------|-------|------------------|-------|--|
| | L/N ₀ | % | L/N ₀ | % | L/N ₀ | % | |
| Lekarz rodzinny/GP | 12 | 6,00 | 7 | 6,93 | 5 | 5,05 | chi ² =0,31 p=0,5756 |
| Pielęgniarki/ Nurses | 10 | 5,00 | 4 | 3,96 | 6 | 6,06 | chi ² =0,46 p=0,4956 |
| Z prasy/ From newspapers | 23 | 11,50 | 12 | 11,88 | 11 | 11,11 | chi ² =0,03 p=0,8645 |
| Z telewizji/ From TV | 54 | 27,00 | 23 | 22,77 | 31 | 31,31 | chi ² =1,85 p=0,1737 |
| Z Internetu/ From Internet | 88 | 44,00 | 43 | 42,57 | 45 | 45,46 | chi ² =0,17 p=0,6816 |
| Żadne/ None | 58 | 29,00 | 26 | 25,74 | 32 | 32,32 | chi ² =1,05 p=0,3052 |
| Inne/ Other | 33 | 16,50 | 22 | 21,78 | 11 | 11,11 | chi ² =4,13 p=0,0421 |

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Duża część badanych (63%) jako skuteczny sposób zapobiegania zakażeniu HCV wymienia unikanie stosowania narkotyków dożylnie. Również często jako metodę zapobiegania wskazują oni szczepienia (54%) oraz unikanie przypadkowych kontaktów seksualnych (43%). Około 38% wszystkich badanych jako sposób zapobiegania zakażeniu HCV wskazało ochronę przed zranieniem, a 31% zaznaczyło odpowiedź „przestrzeganie podstawowych zasad higieny (mycie rąk)”.

Najwięcej studentów (48% UW i 38% SGGW) obu grup nie wiedziało, jakie są główne objawy WZW typu C. Obie grupy uważają, że wirusowe zapalenie wątroby przebiega bezobjawowo (34% SGGW i 26% UW). Pozostała część osób twierdzi, że WZW typu C ma niepokojące objawy. Zdecydowanie więcej odpowiedzi „nie wiem” było udzielonych w grupie z UW (61%) niż w grupie z SGGW (51%). Prawidłową odpowiedź znało tylko 30% spośród wszystkich ankietowanych osób. Około 15% respondentów obu grup udzieliło nieprawidłowej odpowiedzi.

Stwierdzono istotną (chi² = 6,87, df = 2, p = 0,0321) zależność między rozkładem odpowiedzi na temat głównych objawów WZW typu C a grupą badaną. Więcej studentów z UW niż z SGGW nie wiedziało, jakie są główne objawy tej choroby (**Tabela 3**).

Tabela 3. Zależność między wiedzą o głównych objawach WZW typu C a badaną grupą

Table 3. Relationship between knowledge about main symptoms of hepatitis C and respondents' group

| Objawy WZW typu C/ Symptoms of hepatitis C | Ogółem/ Total | | SGGW | | UW | | Test zależności/ Relation- ship test |
|--|------------------|-------|------------------|-------|------------------|-------|--|
| | L/N ₀ | % | L/N ₀ | % | L/N ₀ | % | |
| Nie ma objawów/ No symptoms | 29 | 14,50 | 21 | 21,00 | 8 | 8,00 | chi ² =6,87 p=0,0321 |
| Nie wiem/ I do not know | 112 | 56,00 | 51 | 51,00 | 61 | 61,00 | |
| Zażółcenie powłok brzusznych/ Yellowish discolouration of abdominal integuments | 59 | 29,50 | 28 | 28,00 | 31 | 31,00 | |

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Ponad połowa (56%) studentów swoją wiedzę na temat WZW typu C oceniła na poziomie niedostatecznym, a 39% studentów twierdzi, że ma dobrą wiedzę (**Tabela 4**).

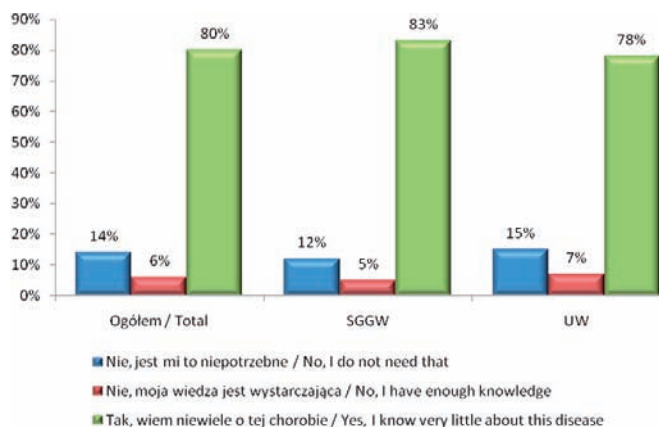
Tabela 4. Samoocena studentów

Table 4. Students' own evaluation

| Ocena/Evaluation | Ogółem/Total | | SGGW | | UW | | Test zależności/ Relation- ship test |
|-----------------------------------|------------------|-------|------------------|-------|------------------|-------|--|
| | L/N ₀ | % | L/N ₀ | % | L/N ₀ | % | |
| Bardzo dobra/ Very good | 1 | 0,50 | 0 | 0,00 | 1 | 1,00 | chi ² =3,24 p=0,0721 |
| Dobra/Good | 10 | 5,00 | 7 | 7,00 | 3 | 3,00 | |
| Dostateczna/ Satisfactory | 78 | 39,00 | 41 | 40,00 | 37 | 37,00 | |
| Niedostateczna/ Unsatisfactory | 111 | 55,50 | 52 | 52,00 | 59 | 59,00 | |

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Aż 80% studentów niewiele wie o wirusowym zapaleniu wątroby typu C i chce dowiedzieć się o nim więcej. Pozostali ankietowani nie chcą pogłębić swojej wiedzy, gdyż uważają, że nie jest to im potrzebne (14%) bądź twierdzą, że wiedza, którą mają, jest wystarczająca (6%) (**Rycina 2**).



Rycina 2. Chęć studentów do pogłębienia wiedzy
Figure 2. Students' intention to improve knowledge

Źródło: opracowanie własne
 Source: author's own analysis

Wyższe średnie wartości prawidłowych odpowiedzi na temat wirusowego zapalenia wątroby typu C uzyskali studenci z SGGW (śr. = 49,19%) niż studenci z UW (śr. = 45,00%). Najlepszy jednostkowy wynik prawidłowych odpowiedzi na SGGW wyniósł 87,50%, natomiast na UW – 81,25%. Różnica między obiema grupami wynosiła 6,25%. W grupie studentów UW jedna osoba nie udzieliła żadnej poprawnej odpowiedzi, a w grupie SGGW najstarszy wynik to 12,50%. Obie badane grupy mają wiedzę na podobnym poziomie – niewielka różnica nie jest istotna statystycznie. Zgodnie z przyjętymi kryteriami obie badane grupy mają dostateczną wiedzę na temat WZW typu C.

Dyskusja

HCV jest wirusem, o którym ludzie nadal niewiele wiedzą. W dalszym ciągu w Polsce droga szpitalna jest odpowiedzialna za około 80% zakażeń HCV [9, 10]. Stopień wykrywalności w Polsce jest niski i wynosi około 15%, w porównaniu z 30–50% w innych krajach europejskich [11, 12]. Oznacza to, że duża liczba chorych nie jest świadoma swojej infekcji. Osoby te stanowią potencjalne źródło nowych zakażeń, a co najważniejsze – nie mogą podjąć leczenia na wczesnym etapie choroby, w którym WZW typu C można skutecznie leczyć. W sytuacji rosnącego zagrożenia społeczeństwo powinno mieć pełną wiedzę zarówno na temat czynników sprzyjających zakażeniu, jak i skutecznych metod jego zapobiegania.

Z przeprowadzonych przez agencję badawczą TNS OBOP w 2011 r. badań pt. *Wiedza na temat wirusowego zapalenia wątroby* na grupie 1005 Polaków w wieku powyżej 15 lat wynika, że 78% respondentów wie, co oznacza skrót HCV [7]. W badaniach własnych skrót HCV znało 85% studentów. Wyższy wynik uzyskali stu-

denci z Uniwersytetu Medycznego (dalej: UM) w Łodzi oraz Politechniki Łódzkiej (96,8%) [13].

Według 66% badanych przez grupę TNS OBOP do zakażenia może dojść poprzez kontakt z krwią osoby zarażonej [33]. Nieco więcej (78%) poprawnych odpowiedzi udzieliли studenci z UM w Łodzi [13]. W badaniach własnych poziom wiedzy był taki sam (78%) jak studentów z Łodzi. Wśród ankietowanych przez TNS OBOP 15% osób podaje, że wirusem WZW typu C można zakażać się drogą pokarmową [7], w grupie studentów SGGW i UW 9% osób ma takie samo zdanie. Mniej więcej połowa ankietowanych przez TNS OBOP twierdzi, że istnieje szczepionka przeciwko HCV [7]. Podobny wynik uzyskano w badaniach na studentach SGGW i UW (42%). W badaniach łódzkich studentów odsetek ten był niższy (22%) [13]. Na pytanie, czy WZW typu C przebiega bezobjawowo, grupa badana przez TNS OBOP odpowiedziała prawidłowo w 30%, a 35% ankietowanych uważało, że zażółcenie powłok skórnych to pierwszy objaw wirusowego zapalenia wątroby [7]. W łódzkich badaniach wyniki wyniosły odpowiednio 47,6% dla studentów z Politechniki Łódzkiej i 39,7% z UM, natomiast w badaniu własnym po 30% w obu badanych grupach. Aż 64% ankietowanych przez TNS OBOP nie wie, że HCV można się zarazić w życiu codziennym [7]. Spośród przebadanych warszawskich studentów natomiast aż 92% wie, że każdy człowiek jest potencjalnym nosicielem HCV.

Tylko 6% studentów SGGW i UW zdobyło wiedzę o WZW typu C od lekarza rodzinnego. W grupie badanej przez TNS OBOP 86% wyraziło opinię, że lekarz pierwszego kontaktu nigdy nie poruszył z nimi tematu HCV [7].

Z analizy porównawczej różnych grup badawczych wynika, że studenci SGGW i UW oraz studenci Politechniki Łódzkiej i UM w Łodzi mają podobną wiedzę na temat WZW typu C. Wiedza obu grup jest na poziomie dostatecznym. Jednak studenci wypadają lepiej w badaniu niż duża grupa Polaków badanych przez firmę TNS OBOP.

Kolejne badanie sprawdzające wiedzę na temat HCV przeprowadzała w 2012 r. agencja badawcza GfK Health Care. *HCV – badanie społeczne* objęło 1000 Polaków w wieku powyżej 15 lat. Spośród ankietowanych 68% słyszało w swoim życiu o HCV, ale tylko 6% skojarzyło ten skrót z chorobą dotyczącą wątroby. Ponad 60% badanych uważa, że istnieje szczepionka przeciwko HCV. Aż 14% osób twierdzi, że jest zaszczepionych. Niepokojące jest również to, że aż 60% respondentów uważa, że aby nie dopuścić do zakażenia wirusem WZW typu C, należy przestrzegać podstawowych zasad higieny [14]. Porównując badaną populację 1000 osób ze studentami SGGW i UW, można dojść do wniosku, że

studenci wykazują się znacznie lepszą wiedzą niż duża grupa Polaków.

W 2012 r. prowadzono badanie na temat wiedzy o WZW C na grupie miejskiej. Badanie nosiło tytuł *Community-based HCV screening: knowledge and attitudes in high risk urban population*. Zbadano 140 osób powyżej 18. roku życia mieszkających w mieście. Aż 95% badanych osób słyszało o HCV, 90% wiedziało też, że podawanie narkotyków dożylnie stanowi ryzyko zakażenia. Tyle samo osób uważa, że HCV można zarazić się przy robieniu tatuażu. W badaniu własnym tylko 57% osób udzieliło takiej odpowiedzi. W badaniu z 2012 r. 56% ankietowanych wiedziało, że drogą zakażenia HCV są też kontakty seksualne [15]. W grupie studentów SGGW i UW 42% osób jako sytuację ryzykowną podało stosunki płciowe.

Podsumowując wyniki badań przedstawionych w niniejszej pracy, można dojść do wniosku, że osoby badane z reguły słyszały o HCV. Studenci dodatkowo wiedzieli, co oznacza ten skrót. Wszystkie badane grupy nie mają wystarczającej wiedzy o wirusowym zapaleniu wątroby typu C. Mniej więcej połowa badanych osób mylnie uważa, że istnieje szczepionka przeciwko WZW C, niektórzy twierdzą nawet, że są zaszczepieni przeciwko tej chorobie. Można stwierdzić, że dużo osób myli HCV z HBV, przeciwko któremu szczepi się dzieci już w pierwszej dobie życia. Niewiedzą wykazują się osoby, które jako czynnik zapobiegający zakażeniu podają przestrzeganie podstawowych zasad higieny. Ponad 80% badanych wiedziało, że główną drogą szerzenia się zakażenia jest krew. Kolejnymi często wymienianymi sytuacjami ryzykownymi były: podawanie narkotyków dożylnie, kontakty seksualne, wizyty w salonie tatuażu, u kosmetyczki, fryzjera czy stomatologa. Mało osób wie, że WZW typu C przebiega bezobjawowo oraz że pierwszym objawem tej choroby jest zażółcenie powłok skórnych. Głównymi źródłami wiedzy badanych osób są Internet, prasa, telewizja. Niewiele osób dowiaduje się od profesjonalistów, jakimi są lekarze czy pielęgniarki, o HCV i skutkach zarażenia się nim. Dane te pokazują, że należy wciąż zwiększać edukację ludzi na całym świecie poprzez kampanie społeczne, akcje profilaktyczne.

Wyniki badań własnych oraz przegląd literatury potwierdzają fakt, że HCV jest poważnym problemem epidemiologicznym. Brak wystarczającej wiedzy o omawianym wirusie, zagrożeniach z nim związanych, sytuacjach ryzykownych oraz zasadach profilaktyki czy rozwiązaniach systemowych sprawi, że w przeciągu najbliższych dekad zakłady ochrony zdrowia zmuszone będą zmierzyć się z koniecznością leczenia kilkudziesięciu tysięcy chorych z poważnymi powikłaniami, takimi jak: marskość wątroby i rak wątrobowokomórkowy, którym dzięki badaniom przesiewowym oraz wdrożeniu odpowiednich

metod prewencyjnych dałoby się skutecznie zapobiec już dziś.

Wnioski

1. Wiedza studentów obu uczelni klasyfikuje się na poziomie dostatecznym, przy czym studenci SGGW mają nieco lepsze rozeznanie w tej dziedzinie niż ich koledzy z UW.
2. Swoją wiedzę na temat wirusowego zapalenia wątroby typu C studenci obu uczelni oceniają na poziomie niedostatecznym. Wykazują również chęć podniesienia swojej wiedzy.

Piśmiennictwo

1. Jabłońska J. Wirusowe zapalenie wątroby typu C. Zakażenia. 2005; 6: 59–62.
2. Cianciara J, Jabłońska J. Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C – diagnostyka, obraz kliniczny i leczenie. Med Dypl. 2006; 15 (2): 28–34.
3. Flisiak R. Choroby zakaźne. Tom II. Lublin: Czelej; 2012; 1217–1218.
4. Godzik P, Kołakowska A, Madaliński K et al. Rozpowszechnienie przeciwciał anti-HCV wśród osób dorosłych w Polsce – wyniki badania przekrojowego w populacji ogólnej. Prz Epidemiol. 2012; 66: 575–580.
5. Parda N, Henszel Ł, Stępień M. Wirusowe zapalenie wątroby typu C w Polsce w 2012 roku. Prz Epidemiol. 2014; 68 (2): 265–372.
6. PGE-HCV. Oświadczenie Polskiej Grupy Ekspertów HCV na temat wirusowego zapalenia wątroby typu C w Polsce w roku 2012, http://akademiazwc.pl/wp-content/uploads/2012/07/RAPORT_PGE_HCV-11.pdf (data dostępu: 15.10.2015).
7. TNS OBOP. Wiedza na temat wirusowego zapalenia wątroby. Raport z badania. 2011, http://www.gwiadzanadziei.pl/download/raport_wiedza_na_temat_wirusowego_zapalenia_watroby_tns_.pdf (data dostępu: 15.10.2015).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Dz.U. z 2013 r. poz. 1248.
9. Bogucki M. Diagnostyka i terapia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C (wirusem HCV) w Polsce: raport – rekomendacje 2013–2014. Instytut Ochrony Zdrowia, <http://ioz.warski.com.pl/downloadProjectFiles.php?rid=13> (data dostępu: 15.10.2015).
10. Zieliński A. Wirusowe zapalenie wątroby typu B i C w Polsce w latach 1993–2011, http://www.pzh.gov.pl/page/fileadmin/user_upload/SPPW/Konferencja_inaugurujaca/prezentacje/Prezentacja%20-%20HCV%20-%20projekty.pptx.fia (data dostępu: 15.10.2015).
11. Godzik P, Kołakowska A, Madaliński K et al. Rozpowszechnienie przeciwciał anti-HCV wśród osób dorosłych w Polsce – wyniki badania przekrojowego w populacji ogólnej. Prz Epidemiol. 2012; 66: 575–580.
12. Flisiak R, Halota W, Horban A et al. Prevalence and risk factors of HCV infection in Poland. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2011; 23 (12): 1213–1217.
13. Burzyńska M, Urbaniak J, Maniecka-Bryła I. Ocena wiedzy studentów na temat wirusowego zapalenia wątroby typu C. Probl Hig Epidemiol. 2015; 96 (1): 218–223.
14. Jakubiak L. Polacy wciąż niewiele wiedzą o HCV, kampanie nie pomagają, <http://www.rynekzdrowia.pl/Uslugi-medyczne/Po>

lacy-wciaz-niewiele-wiedza-o-zakazeniu-HCV-kampanie-pomagaja,121166,8.html (data dostępu: 15.10.2015).

15. Norton BL, Voils CI, Stout JE. Community-based HCV screening: knowledge and attitudes in a high risk urban population. BMC Infect Dis. 2014; 14: 74–81.

Artykuł przyjęty do redakcji: 27.11.2015

Artykuł przyjęty do publikacji: 15.03.2016

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Józefa Czarnecka

ul. Andaluzyjna 23F/304

02-300 Warszawa

tel.: 663 647 275

e-mail: j.czarnecka@wp.pl

Zakład Podstaw Pielęgniarstwa

Warszawski Uniwersytet Medyczny

SYSTEM DYSTRYBUCJI NA RYNKU FARMACEUTYCZNYM

DISTRIBUTION SYSTEM IN THE PHARMACEUTICAL MARKET

Błażej Janicki¹, Jan Nowomiejski², Renata Rasińska²

¹ absolwent kierunku zdrowie publiczne

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

² Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

DOI: <http://dx.doi.org/10.20883/pielpol.2016.12>

STRESZCZENIE

Wstęp. W obecnych czasach rynek farmaceutyczny prosperuje jako jedna z najlepiej rozwiniętych gałęzi gospodarki. Polska jest jednym z największych rynków sektora farmaceutycznego wśród krajów Unii Europejskiej.

Cel. Celem badania było pozyskanie szerokiej wiedzy na temat współpracy dystrybutorów produktów leczniczych i wyrobów medycznych na terenie województwa wielkopolskiego.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzone było metodą ankietową. Osobom ankietowanym zostało zadanych 20 pytań dotyczących warunków handlowych mających wpływ na wybór dystrybutora i dalszą współpracę. W przeprowadzonym badaniu wzięło udział 40 kobiet i 12 mężczyzn. Wiek ankietowanych był zróżnicowany. Najwięcej jednak osób mieściło się w przedziale 20–30 lat, co świadczy o tym, że personel apteczny stanowią osoby młode.

Wyniki i wnioski. Aptekarze chcą współpracować z dostawcami zaufanymi i oferującymi szeroki asortyment. Najwięksi dystrybutorzy na rynku nie wymagają od swoich kontrahentów minimum logistycznego, natomiast jeżeli minimalna kwota jest wymagana, to jest symboliczna w odniesieniu do całego zamówienia. Ze względu na dobro pacjentów dłuższy niż 2 godziny czas oczekiwania na lek na pewno nie wpływa pozytywnie na opinię o danej aptece. Najbardziej istotnymi czynnikami współpracy są terminowość dostaw oraz ich kompletność. Natomiast najmniej istotnym czynnikiem, który ma średni wpływ na kooperację z hurtownią, jest możliwość opóźnienia zapłaty.

SŁOWA KLUCZOWE: rynek farmaceutyczny, dystrybucja, hurtownia farmaceutyczna.

ABSTRACT

Introduction. Currently, the pharmaceutical market thrives as one of the most developed sectors of the economy. Poland is one of the largest markets in the pharmaceutical sector among the countries of the European Union.

Aim. The aim of the study was to obtain profound knowledge about the interaction of the distributors of medicines and medical products on the territory of Wielkopolska.

Material and methods. The study was conducted by means of the survey. The respondents were asked 20 questions concerning trading conditions influencing the choice of the distributor and further cooperation. The study involved 40 women and 12 men. The age of the respondents was diverse. Most, however, were in the range of 20–30 years.

Results and conclusions. Pharmacists want to cooperate with reliable suppliers and the ones that offer a wide assortment. The largest distributors on the market, do not require from their customers a minimum of logistics, and if the minimum amount is required, it is symbolic in respect to the entire order. Keeping in mind the benefit of patients, the waiting time for the drug longer than 2 hours does not, of course, have a positive effect on the reputation of the pharmacy. The most important factor of cooperation is efficiency of supplies, as well as their completeness. And the least important factor that does not have much influence on cooperation with the pharmaceutical wholesaler is a possibility of delayed payment.

KEYWORDS: pharmaceutical market, distribution, pharmaceutical wholesaler.

Wstęp

W obecnych czasach rynek farmaceutyczny prosperuje jako jedna z najlepiej rozwiniętych gałęzi gospodarki. Przedsiębiorstwa działające w obrębie tego sektora wdrażają coraz bardziej zaawansowane systemy zarządzania, metody organizacji oraz procesy dystrybucji, ponieważ oczekiwania zarówno klientów, jak i pacjentów ciągle rosną. Firmy farmaceutyczne, hurtownie i apteki wymagają od siebie nawzajem specyficznego poziomu obsługi, warunków umowy, dystrybucji oraz wysokiej jakości świadczonych usług.

Polska stanowi jeden z największych rynków sektora farmaceutycznego wśród krajów Unii Europejskiej. Szczególnie ważne jest w tym sektorze skuteczne funkcjonowanie dystrybucji, która zaspokajając potrzeby klienta, musi spełniać wymagania prawa farmaceutycznego i dobrej praktyki dystrybucji. Wpływ na to ma specyficzna charakterystyka rynku, w którym występują dwa typy leków skierowanych zarówno do fachowców, jak i do pacjentów. Są to leki wydawane na receptę „RX” oraz wydawane bez recepty „OTC”, których obrót i dystrybucja regulowane są przepisami wynikającymi

z aktów prawnych. Istotnymi elementami dystrybucji są również marketing oraz jego składowe, takie jak promocja, reklama i cena.

Istota dystrybucji jako procesu logistycznego

Etapem warunkującym dostarczenie produktu finalnego do konsumenta jest jego wytworzenie. Zazwyczaj firma produkcyjna współpracuje z innymi kontrahentami, aby pozyskać materiały niezbędne do jego produkcji. Kolejnym etapem, zaraz po wytworzeniu, jest dystrybucja, która bezpośrednio wpływa na skuteczność transferu produktu do konsumenta [1].

Słowo „dystrybucja” wywodzi się od łacińskiego *distributio*, które oznacza „rozdział”, „podział dóbr”, „rozprowadzenie”. Najczęściej pojęcie to kojarzone jest z logistyką oraz marketingiem, dlatego też spotykamy się z wieloma definicjami dystrybucji. Zwięźle możemy opisać dystrybucję jako czynności, które wykonuje się, aby zapewnić klientowi dobro o wymaganej jakości, wymaganej ilości, dostępne w danym miejscu i w danym terminie [2]. Niektórzy dystrybucję rozumieją jako czynności związane z pokonywaniem różnic czasowych i przestrzennych na linii produkcja – konsumpcja. Znaczenie mają tutaj fizyczne aspekty transportu dóbr od producenta do klienta. Kolejna definicja postrzega dystrybucję jako wyspecjalizowaną działalność mającą na celu planowanie, kontrolowanie i organizowanie metod przemieszczania się gotowych produktów z miejsca wyrobu do miejsc sprzedaży bezpośredniej nabywcom finalnym [3].

Z perspektywy makroekonomii dystrybucję postrzega się jako proces przemieszczania się towarów do finalnych odbiorców. Stanowi ona jednak wyodrębniony zbiór kanałów i sprzężeń względem siebie. Występujące w gospodarce systemy dystrybucji o ustalonej strukturze organizacyjnej i wyposażeniu w zasoby materiałowo-techniczne stanowią fundament sposobów wyboru translokacji produktów ze środowiska wytwarzania do strefy konsumpcji [4]. Zadaniem dystrybucji jako narzędzia marketingowego jest dostarczenie towaru do punktów obrotu w wymaganym czasie i miejscu, przy odpowiednich formach i warunkach zakupów w jak najbardziej korzystnych cenach. Przy realizacji takiego zadania przedsiębiorca musi zdecydować o wyborze kanału dystrybucji oraz fizycznej metodzie przemieszczania towarów. Prawidłowa struktura, drożność oraz konkurencyjność systemów dystrybucji w znacznej mierze ułatwiają producentowi osiągnięcie pożądanego skali sprzedaży, a dobrze dobrana organizacja fizycznej dystrybucji gwarantuje kontrahentowi wysoki poziom obsługi przy minimalnych kosztach.

Logistyka dystrybucji może być postrzegana w znaczeniu szerokim (całościowym), gdzie obejmuje

całość fizycznego przepływu towarów od źródeł pozyskania ze środowiska do końcowych odbiorców, jak również w znaczeniu wąskim, w którym obejmuje proces zbytu produktów gotowych u producentów, czyli ich przepływ przez pośredników do odbiorców finalnych [5].

Kanały dystrybucji kwalifikuje się według różnorodnych wyznaczników. Biorąc pod uwagę rodzaj uczestników kanału, wyróżniamy kanały bezpośrednie i pośrednie. Ze względu na brak pośredników najkrótszym jest kanał bezpośredni, który łączy producenta wprost z odbiorcą finalnym [5]. W momencie pojawienia się w kanale pośrednika, który przejmuje prawo własności do produktu, mamy do czynienia z kanałem pośrednim.

Odmianą klasyfikacją jest klasyfikacja dokonywana na podstawie liczby szczebli pośrednich; wyróżniamy tu kanały krótkie, mające minimalną liczbę szczebli, np. producent – nabywca finalny, a także kanały długie, gdzie występuje większa liczba szczebli, np. producent – agent – hurtownik – detalista – nabywca finalny. Pojawia się także klasyfikacja związana z szerokością kanału. Pod uwagę bierze się tu liczebność pośredników na tych samych szczeblach. W momencie kiedy na danym szczeblu występuje niewielka liczba przedstawicieli, mamy do czynienia z kanałem wąskim. O kanale szerokim mówimy, gdy liczebność pośredników na danym szczeblu jest znacznie większa niż w kanale wąskim.

Innym kryterium klasyfikacji jest podział ze względu na rodzaj strumieni przepływających. Są to kanały rzeczowe i transakcyjne. Rzeczowe są budowane przez podmioty zajmujące się fizycznym przemieszczaniem się produktów (producent – klient). Transakcyjne natomiast są tworzone przez podmioty odpowiedzialne za umowy kupna – sprzedaży lub podmioty pomagające w ich zawieraniu.

Kanały dystrybucji możemy także rozpatrywać w aspekcie współdziałania uczestników kanału. Mamy tu kanały konwencjonalne oraz kanały zintegrowane poziomo. W pierwszym przypadku kontakty pozyskuje się tylko i wyłącznie w celu przeprowadzenia transakcji kupna – sprzedaży. Założeniem tego typu kanału jest maksymalizacja własnych korzyści, bez współdziałania oraz przy braku kontroli nad innymi uczestnikami kanału. Kanały zintegrowane poziomo, jak sama nazwa wskazuje, zajmują się całościową opieką nad działaniami firmy na różnych szczeblach, łącznie z koordynowaniem i kontrolą przez firmę [5].

W powiązaniu ze sposobem koordynacji działań podmiotów kanały możemy podzielić w następujący sposób:

- kanały korporacyjne – ich zakres działania ogranicza się do jednego, wielopodmiotowego przedsiębiorstwa;
- kanały administrowane, kiedy jeden z podmiotów kanału ma przewagę nad innymi, dlatego też koordynuje i kontroluje działania drugich;

- kanały kontraktowe, w których kooperacja podmiotów oparta jest na mocy długoterminowych umów określających ich prawa i obowiązki [6].

Biorąc pod uwagę możliwość dysponowania prawem własności przez danego uczestnika kanału, możemy wyróżnić kanał własny, w przypadku kiedy jeden uczestnik jest właścicielem wszystkich pozostałych, oraz kanał częściowo własny, gdy niektóre z podmiotów są właścicielami innych [6]. Najważniejsza jest jednak zasada, która wyróżnia kanał bezpośredni i pośredni.

Kanał bezpośredni składa się z dwóch szczebli: producent i nabywca finalny produktów. Z powodu braku pośrednika firma produkująca musi dzięki swoim pracownikom, którzy pozyskują kontakty handlowe, na własny koszt zorganizować dostawę do odbiorców finalnych. Najczęściej spotykane modele sprzedaży bezpośredniej to sprzedaż bezpośrednia do domu klienta, sprzedaż wysyłkowa, telemarketing, organizowanie spotkań w domu u klienta, sprzedaż poprzez telewizję i Internet, a także własne sklepy producenckie [1].

Wyżej wymienione formy sprzedaży bezpośredniej funkcjonują głównie na rynku produktów inwestycyjnych i surowców, np. maszyny lub urządzenia. Coraz częściej można się spotkać z tym typem sprzedaży także na rynku dóbr konsumpcyjnych. Jest to jednocześnie kanał typowy dla dystrybucji usług, co wynika z ich specyfiki – usług nie można utrzymywać w formie zapasu ze względu na jednoczesność ich świadczenia i konsumowania [7].

W budowie kanału pośredniego wyróżniamy kilka szczebli. Możemy do nich zaliczyć producenta, pośrednika (jednego lub kilku) i nabywców finalnych. Pośrednikiem tego kanału może być osoba fizyczna lub prawna, której zadaniem jest przejmowanie prawa lub pomoc w przesuwaniu prawa własności produktu na linii producent – nabywca finalny [7].

Dystrybucja na rynku farmaceutycznym

Prowadzenie specyficznej działalności, jaką jest sprzedaż leków, nie może być realizowane bez uzyskania specjalnego zezwolenia, które regulowane jest przepisami prawa farmaceutycznego. Priorytetowe uwarunkowania towarzyszące rozprowadzaniu leków na rynku farmaceutycznym to:

- wyjątkowa forma leku jako produktu,
- wymogi pacjentów,
- globalizacja polityki firm farmaceutycznych,
- integracja w kanałach dystrybucji,
- regulacje prawne, które związane są z mechanizmem obrotu lekami.

Na rynku farmaceutycznym spotykamy się z dwoma rodzajami sprzedaży leków, które możemy podzielić na:

- leki wydawane na podstawie recepty lekarskiej, tzw. leki etyczne, oznaczane skrótem „RX”,
- leki i wyroby medyczne sprzedawane odręcznie, bez konieczności posiadania recepty lekarskiej, oznaczane skrótem „OTC” (*over the counter*).

Z uwagi na alternatywny dostęp do leków inaczej wygląda proces dystrybucji tychże produktów na linii producent – pacjent. Dostępne tylko i wyłącznie za okazaniem recepty leki etyczne muszą przejść przez określone działy wyspecjalizowanych instytucji i jednostek, do których należą hurtownie farmaceutyczne, apteki ogólnodostępne, apteki szpitalne oraz punkty apteczne. Leki, które możemy nabyć bez recepty („OTC”), mogą być rozprowadzane przez różne kanały dystrybucji, a ich rynek zbytu może obejmować m.in. stacje benzynowe, drogerie, sklepy ogólnospożywcze lub sprzedaż przez Internet.

Systemy dystrybucji na rynku farmaceutycznym są wielopodmiotowe, co oznacza, że występują w nich wszystkie rodzaje pośrednictwa, w którego skład wchodzi: przedhurt farmaceutyczny, hurt farmaceutyczny, drobni pośrednicy, detaliści oraz nabywcy finalni, jakimi są pacjenci.

W dystrybucji farmaceutycznej najczęściej występują kanały rozbudowane, które obok producentów mogą brać w posiadanie przedhurt, np. skład celny leków. Obejmują również hurt instytucjonalnie wyodrębniony, czyli lokalne hurtownie lub duże spółki regionalne bądź giełdowe, drobnych pośredników – „vansellerów”, apteki i pozaapteczne punkty sprzedaży. Funkcjonują też kanały z jednym pośrednikiem. Ten typ kanału występuje w momencie bezpośrednich dostaw od wytwórcy do aptek szpitalnych i hospitalizowanych pacjentów. Jest jeszcze kanał bezpośredni, najkrótszy, ale najrzadziej występujący w dystrybucji farmaceutycznej. Ogranicza się on jedynie do zakupów przez Internet.

W ostatnich latach na rynku farmaceutycznym mocno dają się we znaki procesy globalizacji. Firmy nie tylko intensyfikują produkcję leków, ale także zwiększają przestrzenny zasięg działania poprzez import bezpośredni lub fuzję, centralizując produkcję.

Hurtownie farmaceutyczne ze względu na przestrzenny zasięg działania możemy podzielić na:

- hurtownie regionalne,
- hurtownie ogólnokrajowe,
- hurtownie międzynarodowe.

Zgodnie z obowiązującym prawem hurtownie farmaceutyczne są jednym z ogniw, które mogą prowadzić obrót hurtowy produktami leczniczymi. Obrót hurtowy zdefiniowany jest jednomyślnie jako „wszelkie działania polegające na zaopatrywaniu się, przechowywaniu, dostarczaniu lub eksportowaniu produktów leczniczych posiadających pozwolenie na dopuszczenie do obrotu,

prowadzone z wytwórcami, importerami oraz z przedsiębiorcami zajmującymi się obrotem hurtowym, a także aptekami i innymi upoważnionymi podmiotami, z wyłączeniem bezpośredniego zaopatrywania ludności”.

Obrót lekami wiąże się również z zasadami dobrej praktyki dystrybucji (ang. *good practice distribution* – GPD). Zasady jakości GPD zostały opracowane przez komisję Unii Europejskiej w celu zapewnienia bezpiecznego obrotu lekami, jak również wysokiej jakości leków.

Do zasad dobrej praktyki dystrybucji zaliczamy:

- procedury mające wpływ na jakość leków, tj. zabezpieczenie, przechowywanie, rejestracja,
- warunki, które muszą spełniać osoby przyjmujące i wydające wyroby medyczne,
- procedury reklamacji.

Hurtownie farmaceutyczne zmagają się z zadaniami istotnymi zarówno dla producenta, jak i aptek oraz punktów aptecznych. Najistotniejsze działania, jakie musi podjąć hurtownia, aby sprostać wymaganiom wobec firmy farmaceutycznej, to:

- możliwie jak największe pokrycie produktem rynku farmaceutycznego,
- zorganizowanie kontaktów handlowych,
- utrzymywanie zapasów,
- przygotowanie pojedynczych partii asortymentu w celu dostawy do aptek,
- informacje dotyczące rynku farmaceutycznego – badania mające na celu zbadanie potrzeb zarówno aptek, jak i pacjentów.

Dla rynku aptecznego hurtownie są najczęściej jedynym dostawcą leków i wyrobów medycznych, a do czynności realizowanych przez hurtownie na rzecz aptek zaliczamy:

- szeroką ofertę i dostępność leków,
- zamianę dóbr produkcyjnych w dobra handlowe (apteka ma dostęp do wszystkich odpowiedników we wszystkich dawkach i postaciach leku, kilkunastu producentów),
- kredytowanie płatności za dostarczony towar (wydłużenie terminu płatności),
- podział na małe zamówienia,
- transport zamówionych leków.

Dzięki zastosowaniu wielu narzędzi polityki dystrybucji hurtownie farmaceutyczne bardzo dobrze spełniają wszystkie postawione przed nimi zadania. Niemniej jednak znaczną rolę odgrywa personel sprzedaży, czyli przedstawiciele handlowi, telemarketerzy oraz kierowcy – akwizytorzy.

Przemieszczenie się towarów w hurtowni farmaceutycznej na linii producent – apteka opiera się na trzech etapach:

- przyjęcie leków do magazynu,
- składowanie,

- wydawanie i organizacja dostawy do klienta.

Etapy przyjęcia leków, magazynowania oraz składowania są regulowane prawnie. Etap wydawania i obsługi klienta realizuje się wedle indywidualnej polityki hurtowni farmaceutycznej. Coraz częściej stosunki pomiędzy hurtownią a aptekami formowane są na zasadzie partnerstwa i współpracy. Wzmacnianie więzi następuje w momencie zagrożenia ze strony konkurencji. Dochodzi wtedy do negocjacji związanych z czasem realizacji zamówień, wysokością cen, poziomem obsługi klienta oraz ciągłości zaopatrzenia. Wyjątkową sprawą dla procesów dystrybucji na rynku farmaceutycznym są dostawy realizowane kilka razy w ciągu dnia, zazwyczaj w systemie *just in time* lub *cito*, co oznacza, że dostawa będzie zrealizowana w trybie natychmiastowym.

Ocena współpracy dystrybutorów leków i produktów leczniczych na rynku wielkopolskim na przykładzie wybranych hurtowni farmaceutycznych

Cel badania

Celem badania było pozyskanie szerokiej wiedzy na temat współpracy dystrybutorów produktów leczniczych i wyrobów medycznych na terenie województwa wielkopolskiego. Przedmiotem szczególnej uwagi było zweryfikowanie poziomu zadowolenia – kształtowanego m.in. przez kompletność i terminowość dostaw oraz jakość oferowanych produktów i usług – z kooperacji z wybranym kontrahentem.

Metoda badania

Badanie przeprowadzone było metodą ankietową. Kwestionariusz ankiety umożliwił zgromadzenie informacji poprzez pozyskanie odpowiedzi na przygotowane uprzednio pytania zadane wybranym osobom. Składał się z dwóch części:

- merytorycznej – z pytaniami dotyczącymi decyzji podejmowanych przez farmaceutów przy wyborze dystrybutora i zamawianego asortymentu,
- metryczki – dotyczącej cech społeczno-demograficznych, umożliwiających stworzenie indywidualnych charakterystyk respondentów.

Osobom ankietowanym zostało zadanych 20 pytań dotyczących warunków handlowych mających wpływ na wybór dystrybutora i dalszą współpracę.

Wyniki badania

W przeprowadzonym badaniu wzięło udział 40 kobiet i 12 mężczyzn. Wiek ankietowanych był zróżnicowany. Najwięcej jednak osób mieściło się w przedziale 20–30 lat, co świadczy o tym, że personel apteczny stanowią osoby młode. Wykształcenie respondentów było

mało zróżnicowane – najwięcej ankietowanych miało wykształcenie wyższe (aż 90% stanowili pracownicy z tytułem magistra farmacji). Wyższe wykształcenie osób ankietowanych jest ściśle związane z klauzulą prawa farmaceutycznego, która określa, że kierownikiem apteki może być jedynie osoba mająca wyższe wykształcenie farmaceutyczne i odpowiedni staż pracy. W zależności od struktury pracy w aptece zdarza się, że osobą odpowiedzialną za zamówienia jest konkretny farmaceuta, bez względu na wykształcenie, ale z odpowiednim stażem.

W odpowiedzi na pytanie, z usług jakiego dystrybutora apteki korzystają najczęściej, głównie wskazywano na hurtownię farmaceutyczną NEUCA (39%) i PGF Cefarm Poznań (31%). Powyższe świadczą o tym, że aptekarze chcą współpracować z dostawcami zaufanymi i oferującymi szeroki asortyment i dlatego wybierają dwie wyżej wymienione hurtownie, będące jednymi z największych i najlepiej zaopatrzonych ogólnopolskich dystrybutorów na rynku farmaceutycznym.

Kolejne pytanie dotyczyło sposobu zamawiania towaru u dystrybutora. Respondenci w ponad 90% odpowiedzieli, że zamówienia składają za pomocą opcji KS EWD, czyli specjalnie stworzonego modułu w programach aptecznych, umożliwiającego sprawne i mało czasochłonne wysyłanie zamówienia, dzięki czemu można wykluczyć pomyłki słowne dotyczące nazwy leków lub dawki, co zdarza się w przypadku telefonicznego składania zamówień. Istotnym czynnikiem wpływającym na obrót apteczny oraz na liczbę pacjentów odwiedzających aptekę jest dostępność leków. Dlatego też następane pytanie dotyczyło ilości realizacji zamówień w ciągu dnia. Najliczniejsza grupa respondentów zaznaczyła odpowiedź „dwa razy dziennie” (70%). Pozostali ankietowani mogą zrobić zamówienie raz lub trzy razy dziennie. Większa ilość zamówień w ciągu dnia zapewnia praktycznie nieograniczony dostęp do leków dostępnych w hurtowniach, co jest ważną informacją zarówno dla aptekarzy, jak i dla pacjentów.

Niektóre hurtownie farmaceutyczne w zawieranej umowie umieszczają punkt o minimum logistycznym (minimalnej kwocie umożliwiającej fizyczne przemieszczanie się produktów). Ankietowani, wypowiadając się w tym względzie, w większości zaznaczali brak minimum logistycznego (61%), pozostali, aby zrealizować zamówienie, muszą zamówić towar za minimum 50 zł, 200 zł, 300 zł lub 400 zł. Dane te są sygnałem, iż najwięksi dystrybutorzy na rynku nie wymagają od swoich kontrahentów minimum logistycznego, natomiast jeżeli minimalna kwota jest wymagana, to jest symboliczna w odniesieniu do całego zamówienia.

Kolejne istotne pytanie dotyczyło terminowości dostaw. W aptekach zdarza się, że niektóre leki w danym

dniu zostały wykupione przez pacjentów. Dzięki możliwości realizacji zamówienia np. dwa razy w ciągu dnia apteka jest w stanie zamówić towar dla danego pacjenta w ten sam dzień lub następnym. Na pytanie dotyczące terminowości dostaw odpowiedzi rozłożyły się w następujący sposób: 54% respondentów stwierdziło, że dostawy są realizowane w wyznaczonym terminie, natomiast 46% stwierdziło, że tak nie jest.

Odpowiadając na kolejne pytania, osoby, które stwierdziły występowanie opóźnień w realizacji zamówień, mogły sprecyzować swoją wypowiedź. U 61% badanych czas oczekiwania na towar wynosi nie dłużej niż 2 godziny, następnie 8% czeka jedynie godzinę, czyli niewiele, biorąc pod uwagę, że farmaceuta, umawiając się z pacjentem na odbiór leków, nie sugeruje nigdy sztywniej godziny, tylko zakłada przedział jednogodzinny. Niewielka także liczba ankietowanych oczekuje aż dzień na dowóz asortymentu (8%). Ze względu na dobro pacjentów dłuższy niż 2 godziny czas oczekiwania na lek na pewno nie wpływa pozytywnie na opinię o aptece. W tym przypadku może dojść do nieporozumień lub zerwania umowy w kanale dystrybucji.

Następnym badanym zagadnieniem była zgodność towaru z zamówieniem. Z badania wynika, że dystrybutorzy hurtowi starają się, aby asortyment dostarczany do aptek był niesprzeczny z zamówieniem składanym przez farmaceutę. W grupie respondentów 77% zaznaczyło odpowiedź „tak”, która świadczy o kompletności zamówienia, a 23% ankietowanych twierdziło, że dostawa nie jest zgodna z zamówieniem. Poproszono ich o wskazanie, jak kształtuje się procentowa niezgodność w dostarczonym towarze. Aptekarze w większości podawali przedział 1–5%, co świadczy o niewielkim niedopasowaniu zamówienia. Pojawiły się także odpowiedzi 10–20% niezgodności, wskazujące istotną rozbieżność między zamówieniem a dostawą. Dla aptek powinien to być istotny czynnik do rozważenia dalszej współpracy z dystrybutorem.

Następnym badanym zagadnieniem był temat braków w zamówieniu. Z odpowiedzi na to pytanie można wywnioskować, że mimo zgodności z zamówieniem pojawiają się braki w towarze – twierdzi tak aż 92% respondentów. Braków w dostawie nie zauważa 8%. Chcąc dowiedzieć się więcej o brakujących lekach, zadano pytanie, ile wynosi procentowy udział braków. Po wynikach badania można dojść do wniosku, że występujący ubytek asortymentu w zamówieniu jest niewielki i waha się w przedziale 1–5%. Świadczyć to może o nieuwadze pracownika hurtowni podczas przygotowania produktów do apteki lub przeoczeniu przez niego danej pozycji na liście.

Na podstawie informacji z kolejnego pytania – tym razem o jakość dostarczanego towaru – można stwier-

dzić, że apteki są zdecydowanie zadowolone z zamówienia – to opinia aż 54% ankietowanych. „Raczej tak” – tę odpowiedź zaznaczyło 46% respondentów. Reasumując: farmaceuci opowiadają się pozytywnie w kwestii jakości towaru, odpowiedniego opakowania, zabezpieczenia oraz oznakowania substancji silnie i bardzo silnie działających, trucizn, leków psychotropowych i produktów wymagających przechowywania w niskiej temperaturze. Dobre opinie farmaceutów są dla hurtowni oznaką zadowolenia z współpracy. Mimo wysokiej jakości dostarczanego towaru zdarzają się opakowania uszkodzone, prawdopodobnie podczas transportu. Towar wyjeżdżający z hurtowni jest niejednokrotnie sprawdzany pod kątem jakości. Ankietowani mieli odpowiedzieć na pytanie, czy i jak procentowo wygląda uszkodzony asortyment. Większość (92%) aptekarzy ocenia uszkodzenie produktów w dostawie na poziomie od 1 do 10%, z tym że 10-procentowy udział uszkodzonych leków występuje tylko u 8% ankietowanych. Produkty do aptek dostarczane są transportem drogowym przez kierowców świadczących usługi przewozowe w specjalnie przygotowanych do tego samochodach. Pomimo dodatkowych zabezpieczeń niektóre opakowania ulegają uszkodzeniu. Wpływ na to mają także warunki atmosferyczne oraz warunki panujące na drodze. Uszkodzony asortyment można zwrócić do hurtowni, wypełniając odpowiedni formularz zwrotu/reklamacji, poprzez odpowiednie uzupełnienie dokumentu, tj. wpisanie numeru faktury, daty transakcji, numeru seryjnego leku oraz daty ważności. Po doręczeniu protokołu zwrotu rozpoczyna się procedura reklamacyjna. Ankietowani mieli wskazać czas trwania reklamacji. Na tygodniowy termin rozpatrzenia wniosku reklamacyjnego, co jest optymalnym rozwiązaniem, wskazało 39% respondentów. Zaznaczyć należy, że zdarzają się wyjątkowo krótkie procesy reklamacji – trwające jedynie 2 dni, na co wskazało 15% ankietowanych. Jednocześnie tyle samo respondentów wskazało, że czas wymiany uszkodzonego opakowania to miesiąc. Na podstawie powyższych danych można wnioskować, że okres rozpatrzenia reklamacji jest bardzo szeroki – od krótkiego 2-dniowego, do bardzo długiego, trwającego nawet miesiąc.

Ostatnie pytanie dotyczyło wpływu odpowiednich czynników na relacje w kanale dystrybucji. Analiza zgromadzonych wyników wskazuje, że najbardziej istotnymi czynnikami współpracy są terminowość dostaw oraz

ich kompletność – co podkreślili wszyscy respondenci. Najmniej istotnym czynnikiem, który ma średni wpływ na kooperację z hurtownią, jest możliwość opóźnienia zapłaty. Można zatem stwierdzić, że apteki, dbając o dobro pacjentów, dużą wagę przykładają do zapewnienia im szerokiego asortymentu i dostępu do lekarstw.

Wnioski

1. Aptekarze chcą współpracować z dostawcami zaufanymi i oferującymi szeroki asortyment.
2. Najwięksi dystrybutorzy na rynku nie wymagają od swoich kontrahentów minimum logistycznego, natomiast jeżeli minimalna kwota jest wymagana, to jest symboliczna w odniesieniu do całego zamówienia.
3. Najbardziej istotnymi czynnikami współpracy są terminowość dostaw oraz ich kompletność. Natomiast najmniej istotnym czynnikiem, który ma średni wpływ na kooperację z hurtownią, jest możliwość opóźnienia zapłaty.

Piśmiennictwo

1. Poździk R. Dystrybucja produktów. Warszawa: PWE; 2001.
2. Słownik terminologii logistycznej. Poznań: Instytut Logistyki i Magazynowania; 2006.
3. Kramer T. Podstawy marketingu. Warszawa: PWE; 2004.
4. Gołębska E. Compendium wiedzy o logistyce. Poznań: PWN; 1999.
5. Czubała A. Dystrybucja produktów. Warszawa: PWE; 2001.
6. Cyplik P, Głowacka-Fertsch D, Fertsch M. Logistyka przedsiębiorstw dystrybucyjnych. Poznań: Wyższa Szkoła Logistyki; 2008.
7. Rutkowski K. Logistyka dystrybucji. Warszawa: Szkoła Główna Handlowa; 2005.

Artykuł przyjęty do redakcji: 27.11.2015

Artykuł przyjęty do publikacji: 15.03.2016

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Jan Nowomiejski
ul. Mariana Smoluchowskiego 11
60-179 Poznań
tel.: 60 861 22 50
e-mail: jnowomiejski@op.pl
Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

PROBLEMY PIELEGNACYJNE I SPOŁECZNE U OSÓB CHORYCH NA ŁUSZCZYCĘ

CARING AND SOCIAL PROBLEMS IN PEOPLE WITH PSORIASIS

Mieczysława Irena Wyderka¹, Jadwiga Darowska²

¹Zakład Teorii Pielęgniarstwa

Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. Mikołaja Pirogowa w Łodzi

²absolwentka Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi

DOI: <http://dx.doi.org/10.20883/pielpol.2016.13>

STRESZCZENIE

Wstęp. Łuszczyca jest chorobą nieuleczalną. Stosowane metody leczenia mają na celu złagodzenie jej objawów i wydłużenie okresów remisji. Chociaż łuszczyca nie jest chorobą zakaźną, to może powodować poważne cierpienia psychologiczne pacjenta, zaburzać więzi społeczne i zdolność do pracy. Psychiczny dyskomfort wywołany oszpecceniem sprawia, że najcięższe przypadki łuszczycy uniemożliwiają choremu normalne życie. Praca z osobami ze schorzeniami dermatologicznymi to duże wyzwanie dla każdej pielęgniarki.

Cel. Cel pracy to ocena poziomu wiedzy badanych na temat swojej choroby, zbadanie, czy pacjenci mają świadomość, że istnieje możliwość uzyskania pomocy w istniejących grupach wsparcia, uzyskanie informacji na temat problemów pielęgnacyjnych i społecznych osób chorujących na łuszczycę, także wpływu pracy i edukacji pielęgniarki na ich rozwiązywanie.

Materiał i metody. Badaniem objęto 50 osób hospitalizowanych z powodu łuszczycy. Zastosowano kwestionariusz ankiety.

Wyniki. Według 82% badanych fachowość zespołu pielęgniarskiego w znaczący sposób pomogła im w codziennym pielęgowaniu skóry. Zdaniem 72% pielęgniarki chętnie rozmawiały na temat łuszczycy, udzielały porad i wyjaśniały problemy, z jakimi stykają się pacjenci. Wiedzę na temat choroby od pracowników ochrony zdrowia uzyskało 16% respondentów, pozostali czerpali ją z innych źródeł.

Wnioski. Pielęgniarka odgrywa znaczącą rolę w procesie leczenia łuszczycy. Większość badanych wysoko oceniła fachowość personelu pielęgniarskiego. Wiedza chorych na temat łuszczycy pochodziła w znacznym stopniu z mediów. Diagnoza łuszczycy stała się dla nich przyczyną wielu problemów zdrowotnych i społecznych. Wspólna praca i edukacja prowadzona przez pielęgniarki i pozostałych członków zespołu terapeutycznego mogą w znaczący sposób pomóc osobom chorującym na łuszczycę i ich rodzinom w zmniejszeniu negatywnych jej skutków.

SŁOWA KLUCZOWE: łuszczyca, choroba, problem, edukacja, pielęgniarka.

ABSTRACT

Introduction. Psoriasis is one of the most common inflammatory skin diseases. Despite the fact that psoriasis is not contagious, people suffering from it are the objects of harassment. Caring for people with dermatological diseases is a challenge for the nurse.

Aim. The purpose of this study was to assess the psoriatic patients' level of knowledge about their disease and to examine the patients' awareness of the possibility of obtaining support from existing support groups, to obtain information about social and care problems of people suffering from psoriasis and to establish the impact of the nurses' education and labor on resolving them.

Material and methods. The research involved 50 patients suffering from psoriasis. The study was conducted by the author's own questionnaire.

Results. According to 82% of the psoriatic patients competency of the nursing team has significantly helped them in their daily skin care. According to 72% of psoriatic patients nurses have willingly talked about the nature of psoriasis, gave advice and explanations on the problems. 16% of the respondents gained knowledge from health professionals, others derived it from the other sources.

Conclusions. A nurse has an important role in the treatment of patients with psoriasis. The majority of respondents highly assessed the professionalism of nurses. Knowledge on psoriasis patients comes largely from the media. The diagnosis of psoriasis has become for the patients the cause of many health and social problems. The work and education conducted by nurses and other members of the therapeutic team can significantly help people suffering from psoriasis and their families to reduce negative consequences.

KEYWORDS: psoriasis, disease, problem, education, nurse.

Wprowadzenie

Na łuszczycę ludzie chorują od stuleci. Hipokrates zaliczył tę tajemniczą przypadłość do chorób skóry

zwanymi *lupoi*. W epoce średniowiecza ludzie dotknięci łuszczycą byli wyklęci przez Kościół, pozbawieni prawa do życia w społeczeństwie. Zdarzały się przypadki pa-

lenia ich na stosie jako osób opętanych, nieczystych. W 1808 r. twórca współczesnej dermatologii brytyjskiej dr Robert Willa jako pierwszy opisał odmienność łuszczycy. Jego pracę kontynuował Ferdynand Herbe, który ostatecznie zdefiniował trąd i łuszczycę jako różne jednostki chorobowe [1].

Łuszczycza najczęściej spotykana jest u mieszkańców Europy, rzadziej u Azjatów, natomiast bardzo rzadko dotyka ludności czerwonoskórej i Eskimosów. Według danych Krajowego Zespołu ds. Dermatologii i Wenerologii w Polsce na łuszczycę choruje 800 tysięcy osób, z czego 17 tysięcy cierpi na najcięższą postać tego schorzenia. Rzadko stanowi bezpośrednie zagrożenie dla życia, ale w znacznym stopniu ogranicza, a nawet uniemożliwia normalne funkcjonowanie w każdej dziedzinie życia człowieka. Uważa się, że na rozwój choroby mają wpływ czynniki genetyczne, środowiskowe oraz immunologiczne. Na podstawie badań genetycznych wyróżnia się dwa typy łuszczycy: typ I – wczesny – początek przed 40. rokiem życia, szczyt zachorowań to 18.–22. rok życia, związek z antygenami HLA-Cw6, DR7. Częste występowanie rodzinne, częste nawroty i rozległe zmiany skórne; typ II – późny – początek po 40. roku życia, szczyt zachorowań po 55. roku życia, związek z antygenami HLA-Cw2, B27.

Udowodniono, że na rozwój choroby duży wpływ ma układ nerwowy. Wysiewy łuszczycy często pojawiają się pod wpływem stresów oraz przy nadmiernym spożywaniu alkoholu [2].

Istota procesu chorobowego polega na znacznie przyspieszonym procesie podziału wszystkich faz cyklu podziałów komórkowych, zwiększeniu intensywności procesów metabolicznych oraz niepełnym różnicowaniu się komórek z zachowaniem resztkowych jąder w warstwie rogowej. Zjawisko to nazywamy parakeratozą. W zdrowej skórze okres przejścia komórki naskórka z warstwy rozrodczej na powierzchnię skóry wynosi 26 dni, u osób chorych na łuszczycę – 4 dni [3, 4]. We wszystkich postaciach łuszczycy istotną rolę odgrywają czynniki wewnętrzne i zewnętrzne, które mogą zapoczątkować lub nasilać proces chorobowy. Do najczęściej spotykanych czynników wyzwalających należą:

- czynniki fizyczne: iniekcje, szczepienia, oparzenia, ukłucia owadów, rany chirurgiczne, skaleczenia, dermabrazja, zadrapania, tatuaż, promienie UV (w miejscu uszkodzenia skóry pojawiają się w aktywnym okresie choroby typowe wykwitły łuszczycowe – objaw Koebnera), ostre i przewlekłe infekcje paciorkowcowe, przewlekłe infekcje bakteryjne i grzybicze, ospa wietrzna, półpasiec, trądzik, łojotokowe zapalenie skóry;
- czynniki hormonalne, okres dojrzewania, menopauza, ciąża, poród, stres, leki – kortyko-

steroidy, sole litu, leki przeciwmalaryczne, beta-blokery, NLPZ, interferon, dieta, alkohol, papierosy, zaburzenia metaboliczne – mocznica, hypokalcemia (brak wapnia lub jego niewystarczająca ilość), np. przy dializach, HIV/AIDS – u osób zakażonych HIV łuszczycza występuje częściej i ma cięższy przebieg.

Charakterystyczne objawy łuszczycy zwyczajnej (*psoriasis vulgaris*) to płaskowynioste grudki barwy czerwonej i czerwono-brunatnej, różnej wielkości, wyraźnie odgraniczone od skóry otaczającej, pokryte białosrebrzystymi łuskami. Przy zdrapywaniu łuski odpadają, tworząc cienkie płatki przypominające zeszkrobiny ze świecy, następnie uwidacznia się lśniąca powierzchnia (objaw świecy stearynowej) oraz dochodzi do punktikowatego krwawienia (objaw Auspitz'a). Cechą charakterystyczną w przypadku łuszczycy jest rozwój zmian łuszczycowych w miejscu urazu skóry (objaw Koebnera). Zmiany chorobowe mogą zajmować wszystkie okolice ciała, ale najbardziej charakterystyczne miejsca występowania zmian to: łokcie i kolana, wyprostne powierzchnie kończyn górnych i dolnych, okolica łędźwiowo-krzyżowa, tułów, ręce i stopy, owłosiona skóra głowy (zmiany na skórze głowy to najbardziej powszechna i bardzo często pierwsza okolica zajęta przez chorobę), fałdy skórne, paznokcie. Zmiany mają zwykle symetryczny układ. Bardzo rzadko występują na skórze twarzy.

Odmiany kliniczne łuszczycy to: drobnogrudkowa (*psoriasis guttata*), plackowata (*plaque psoriasis*), zwyczajna dłoni i stóp (*psoriasis vulgaris palmo-plantaris*), odwrócona (*psoriasis inversa*), owłosionej skóry głowy (*psoriasis capitis*), erythrodermia łuszczycowa (*erythrodermia psoriatica*), paznokci (*psoriasis unguium*), krostkowa (*psoriasis pustulosa*), stawowa – łuszczycowe zapalenie stawów, i łuszczycza u dzieci [5]. W klasycznych przypadkach łuszczycy zwyczajnej o rozpoznaniu decydują obraz kliniczny choroby, dokładny wywiad rodzinny oraz wynik badania histopatologicznego. Większe problemy stwarza rozpoznanie łuszczycowego zapalenia stawów, które wymaga wykonania oznaczenia czynnika reumatoidalnego, OB, badania RTG lub scyntygrafii kości oraz konsultacji reumatologa. W diagnostyce choroby należy także uwzględnić badanie różnicowe z takimi jednostkami jak: wyprysk łojotokowy, liszaj płaski, przyłuszczycza oraz łupież różowy Giberta, osutka kiłowa i osutka polekowa.

Każda łuszczycza jest inna i wymaga indywidualnego traktowania. Leczenie zależy od nasilenia i rozległości zmian skórnych z uwzględnieniem chorób współistniejących i ewentualnych przeciwwskazań. Bardzo pomocna w leczeniu choroby jest też psychoterapia. Podstawową rolę w leczeniu większości przypadków odgrywa terapia miejscowa w postaci maści i kremów

[4]. Następną skuteczną i wygodną metodą leczenia łuszczycy zwyczajnej jest fototerapia promieniami UV na zmiany łuszczycowe. Kurację stosuje się pod kontrolą poziomu enzymów wątrobowych, a u kobiet zaleca się stosowanie antykoncepcji. W przypadkach ciężkich i opornych odmian łuszczycy stosuje się leczenie systemowe. Podawane są leki cytostatyczne i immunosupresyjne, syntetyczny analog witaminy A [2]. Leki biologiczne to najnowsza metoda leczenia łuszczycy związana z udowodnieniem immunologicznego podłoża choroby. Skóra osoby chorującej na łuszczycę wymaga specjalnej troski i to nie tylko w okresie zaostrzenia choroby, ale także w stanach remisji.

Odpowiednia pielęgnacja może w znacznym stopniu zarówno przyspieszyć proces leczenia, jak i wydłużyć okresy bezobjawowe choroby. Pielęgniarka w pracy z pacjentem powinna zapoznać go ze sposobami i metodami pielęgnowania skóry, nie tylko w trakcie pobytu w szpitalu, ale również w warunkach domowych. W sposób bardzo delikatny i taktowny należy przekonać pacjenta o konieczności dbania o higienę całego ciała, używania kremów i maści o działaniu nawilżającym i natłuszczającym [3]. Wygląd skóry wolnej od zmian chorobowych wpłynie pozytywnie na nastrój pacjenta, podniesie jego samoocenę, a tym samym może spowodować wydłużenie się okresu remisji choroby. Objawy łuszczycy, takie jak zmiany skórne umiejscowione na nieoświetlonych częściach ciała, wypadające włosy czy dokuczliwy świąd, powodują u chorych częste występowanie objawów depresyjnych. Nieprzewidywalność wystąpienia okresów zaostrzeń choroby wywołuje uczucie ciągłego napięcia i stałej obecności stresu w życiu każdej osoby dotkniętej tym schorzeniem. Długotrwałe utrzymujący się stres wpływa z kolei na nasilenie i częstotliwość występowania zaostrzonych objawów łuszczycy [6]. Każde działanie pielęgniarki powinno być ukierunkowane na potrzeby i sytuację danego pacjenta. Uświadomienie choremu wpływu, jaki on sam ma na własne zdrowie, przekonanie go o konieczności zmiany stylu życia, unikania czynników wyzwalających nasilenie się objawów łuszczycy – to wszystko może skutkować zmianą podejścia do choroby, wyzwolić wolę walki o każdy dzień wolny od obecności zmian chorobowych. Niechęć do osób z chorobami dermatologicznymi wynika z pewnych stereotypów i uprzedzeń. Wielu ludzi utożsamia wygląd zmian łuszczycowych z brakiem higieny [3].

Dla wielu ludzi duże znaczenie ma sytuacja społeczna, utożsamiana z obecnością innych ludzi. Dlatego pielęgniarka powinna zapewnić pacjentom wsparcie poprzez umożliwienie kontaktu z innymi ludźmi, którzy przeżywają podobne rozterki. Bardzo pomocne w rozwiązaniu tego problemu są powstałe grupy wsparcia dla osób

chorujących na łuszczycę. Przykładem takiej organizacji jest powstałe w 1993 r. w Lublinie Stowarzyszenie Chorych na Łuszczycę „Psoriasis”. W każdą środę działa telefon zaufania (nr 081 532 91 90), pod którym dyżurujący lekarze dermatolodzy i psycholog odpowiadają na pytania pacjentów. Stowarzyszenie ma swoją stronę internetową, na której można znaleźć wiele informacji na temat łuszczycy [4]. Defekty estetyczne w łuszczycy powodują, że sam pacjent unika kontaktów z innymi z obawy przed ich reakcją. Chorzy często wycofują się z życia towarzyskiego oraz z innych form aktywności społecznej. Każda choroba, a zwłaszcza choroba przewlekła, upośledza w mniejszym lub większym stopniu możliwość pełnienia ról społecznych, m.in. utrudnia wykonywanie prozaicznych zadań typu prace domowe czy zaburza funkcjonowanie w sferze intymnej. Zmiana wyglądu ciała, spadek libido i wydolności seksualnej mogą zmniejszyć atrakcyjność partnera, a także stać się przyczyną rozpadu więzi rodzinnych [7]. Rodzina jest najważniejszą komórką, w której chory szuka oparcia i miłości. Zdarza się, że członkowie rodziny z powodu braku akceptacji zarówno samej choroby, jak i siebie w roli opiekunczo-usprawniającej nie podejmują się opieki nad osobą chorą. Niepokój związany z możliwością dziedziczenia łuszczycy powoduje u nich obawy związane z założeniem rodziny i planowaniem potomstwa. Łuszczycą bardzo często staje się przyczyną znacznego pogorszenia się sytuacji materialnej chorujących na nią osób. Znaczna grupa utrzymuje się z renty chorobowej [5].

Dzień 28 października został ogłoszony Światowym Dniem Chorych na Łuszczycę.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w formie kwestionariusza ankiety. Badaniem objęto pacjentów hospitalizowanych w klinice dermatologii z powodu łuszczycy. Ankieta zawierała 33 pytania dotyczące różnych problemów, z jakimi spotykają się osoby z tym schorzeniem. Analiza odpowiedzi pozwoliła uzyskać wiedzę na temat zagadnień stanowiących cele tej pracy.

Wyniki

Łuszczycą jest jedną z najczęstszych chorób skóry, jest chorobą na całe życie, która w znaczący sposób wpływa na wszystkie dziedziny życia człowieka, powodując ograniczenia zarówno w życiu codziennym, jak i w sferze zawodowej. Nadal nie wiadomo, co ją wywołuje. Jest ona przewlekła, nawracająca, niezakaźna, nieuleczalna. Dostępne metody leczenia i pielęgnacji skóry łuszczycowej pozwalają jedynie złagodzić stany ostre i zmniejszyć lub na jakiś czas usunąć jej objawy. Skóra stanowi pewną barierę ochronną, a zmiany łusz-

czycowe mogą zakłócić tę ochronę, narażając chorego na infekcje. Jak wynika z analizy przeprowadzonych badań, 40% respondentów podaje chorobę jako główną przyczynę niezrealizowania swoich planów życiowych, 24% zdecydowanie wini chorobę za niemożność zrealizowania swoich planów. Tylko 20% uważa, że nie stanowiła przeszkody w ich realizacji.

Prawidłowe leczenie i systematyczna pielęgnacja skóry mogą wydłużyć okresy remisji, jednak choroby nie można całkowicie wyleczyć. Pomimo coraz szerszego dostępu do informacji łuszczycy nadal pozostaje chorobą „tajemniczą”, którą wiele zdrowych osób odbiera negatywnie, obawiając się o narażenie własnego zdrowia. Badania własne wykazały, że 42% chorych na łuszczycę ma często wrażenie, że ludzie unikają z nimi kontaktu z obawy o własne zdrowie, 10% ma zawsze takie wrażenie, 40% – rzadko, natomiast 8% nigdy nie miało.

Obawiając się reakcji swego otoczenia, 46% dotkniętych tym schorzeniem ukrywa ten fakt przed większością swoich znajomych. O ukrywaniu jej przed wszystkimi swoimi znajomymi mówiło 24%, 4% przyznaje się do choroby. Można sądzić, że osoby chorujące na łuszczycę wyolbrzymiają problem związany z reakcją otoczenia na widok ich skórnych zmian, jednak nie wolno tych odczuć lekceważyć, a wręcz przeciwnie – trzeba jak najwięcej i szczerze rozmawiać z chorymi. Dobre relacje między pacjentem a pielęgniarką pozwalają na szybkie i skuteczne rozwiązywanie codziennych problemów.

Łuszczycyca to nie tylko zmiana wyglądu skóry, lecz następstwa psychiczne i społeczne wynikające z nieznamośności tej choroby przez ogół społeczeństwa. W badanej grupie 52% uważa, że wiedza społeczeństwa na temat łuszczycy jest wystarczająca, pozostali są przekonani, że poziom tej wiedzy jest niewystarczający lub niski. Podejmując inicjatywę szerzenia wśród społeczeństwa wiedzy na temat łuszczycy, środowisko pielęgniarskie może w znaczący sposób wpłynąć na przełamanie barier społecznych związanych z postrzeganiem osób chorych na nią. Pomniejszenie obaw ludzi zdrowych wobec tej choroby wpłynie na zaniechanie unikania kontaktów z osobami chorymi i umożliwi chorym pełnienie różnych ról społecznych.

W praktyce pielęgniarskiej nie może zabraknąć programów edukacyjnych. Jest to tym ważniejsze, że jak wykazały badania, zaledwie 16% uzyskało wiedzę na temat łuszczycy od pracowników ochrony zdrowia, pozostali czerpali informacje z Internetu (2%), z programów telewizyjnych (26%), innych źródeł (56%). To właśnie pielęgniarki są osobami predysponowanymi do propagowania wiedzy na temat promocji zdrowia. Należy zadbać o to, aby w oddziale były dostępne materiały edukacyjne dla pacjentów, ich rodzin oraz wszystkich zainteresowanych.

Pracując z osobami przewlekle chorymi, należy pamiętać, że choroba czy niepełnosprawność nie powinny odebrać człowiekowi potencjału intelektualnego, talentów i marzeń. Okazuje się, że w wielu przypadkach może to być trudne do zrealizowania. Po przeanalizowaniu ankiet okazało się, że dla 32% źródłem utrzymania jest renta, 16% to osoby bezrobotne, tylko 30% to osoby czynne zawodowo. Należy dążyć do tego, aby mimo pewnych ograniczeń człowiek mógł być nadal aktywny społecznie, zawodowo i rodzinnie.

Celem pracy pielęgniarki winno być niwelowanie i minimalizowanie skutków choroby w każdej dziedzinie życia pacjenta. Zadania pielęgniarki to uczenie, motywowanie i pomaganie pacjentowi w osiągnięciu zdolności do samodzielnego radzenia sobie z problemami. Łuszczycyca obok defektów estetycznych, potwierdzonych przez 40% respondentów, powoduje także bardzo uciążliwe objawy somatyczne, jak świąd (38%), bóle stawów (22%), trudności w wykonywaniu czynności dnia codziennego (62%). Do zadań pielęgniarki należy uczyć pacjenta, jak prawidłowo pielęgnować chorą skórę oraz unikać czynników wyzwalających zaostrzenie choroby. W przeprowadzonych badaniach 62% respondentów dobrze oceniło poziom wiedzy pielęgniarek na temat łuszczycy, tylko 4% źle. Uzyskany wynik świadczy o tym, że pielęgniarka coraz bardziej widzi potrzebę doskonalenia zawodowego nie tylko pod względem instrumentalnym, ale także merytorycznym. To właśnie ona spędza z pacjentem znacznie więcej czasu niż lekarz i to z nią chory najczęściej rozmawia o swoich codziennych, a niekiedy i intymnych problemach. Badania dowiodły, że w okresie zaostrzenia choroby aż 90% czuje się nieatrakcyjnie fizycznie i seksualnie, zaledwie 6% nie ma takich problemów. Z niemiłymi uwagami na temat wyglądu swojej skóry spotyka się 30% respondentów, rzadko – 60%, tylko 10% nie doświadczyło tego typu zachowań. Codzienna pielęgnacja skóry z systematycznym używaniem środków natłuszczających oraz dbanie o higienę całego ciała mogą znacznie zmniejszyć dyskomfort spowodowany objawami łuszczycy.

Nie można zapominać o okresach hospitalizacji. To czas, w którym pomaga się pacjentowi złagodzić najbardziej ostrą fazę choroby i aby terapia była w pełni skuteczna, musi być kontynuowana po wyjściu ze szpitala. Dlatego tak ważne są zalecenia, które pacjent otrzymuje w momencie opuszczenia oddziału. Przeprowadzone badania wykazały, że 96% otrzymało informację o dalszym postępowaniu, w tym 24% od pielęgniarki, a 64% od lekarza, tylko 4% twierdzi, że nie uzyskało żadnych informacji o dalszej pielęgnacji. Włączenie pacjenta do współdecydowania o rodzaju zastosowanej metody leczenia i pielęgnowania daje nadzieję na lepsze i pełniejsze przestrzeganie zaleceń dotyczących włą-

snego zdrowia po wyjściu ze szpitala. Istotą opieki pielęgniarskiej jest wzmocnienie sił psychicznych i energii życiowej pacjenta. Wymaga to zdobycia jego zaufania poprzez swoją etyczną postawę. Nie można zmienić rzeczywistości, ale można mieć znaczący wpływ na sytuację danego pacjenta – poprzez życzliwość, troskę i stałe bycie z osobą chorą w jej zmartwieniach i nadziejach. Wymaga to wejścia w jej świat, poznania sytuacji życiowej, osobistej, jej planów i dążeń.

Nie należy zapominać o poszanowaniu praw pacjenta, w tym prawa do samodzielnego podejmowania decyzji. Jak pokazują wyniki, aż 50% czuje się z powodu swojej choroby gorszymi od innych ludzi, zaledwie 18% stanowczo temu zaprzecza. Osoby dotknięte tym schorzeniem winny wiedzieć, że występujące w łuszczycy pewne niedoskonałości w wyglądzie skóry nie czynią ich gorszymi od zdrowych.

Łuszczycą jest częstszą przyczyną hospitalizacji, z tego powodu tworzy specyficzną więź między pielęgniarkami pracującymi w oddziale a pacjentami. Obdarzając pielęgniarkę zaufaniem, opowiadając o swoich problemach nie tylko zdrowotnych, ale i osobistych, oczekują od niej pomocy, zrozumienia i życzliwości. Zdaniem 98% ankietowanych personel pielęgniarski zapewnił im przyjazną i życzliwą atmosferę w oddziale, odmiennego zdania było 2%.

Wyniki pokazują, jak duże jest zapotrzebowanie na wsparcie emocjonalne wśród chorych na łuszczycę. Potwierdza to, że łuszczycą to choroba zarówno ciała, jak i duszy. Wiek XX przyniósł ze sobą szybki rozwój cywilizacji, znacznie szybsze, stresujące życie. Skutkiem tych zjawisk stało się masowe występowanie przewlekłych, cywilizacyjnych chorób, wobec których medycyna naprawcza jest bezradna. Do nich można zaliczyć też łuszczycę, gdyż jak wykazują badania, częstą przyczyną wysiewu choroby są stres i styl życia. Promocja zdrowia umożliwia ludziom nabywanie umiejętności służących zdrowiu w ciągu całego ich życia. Zdrowie daje bowiem możliwość zaspokojenia istotnych potrzeb osobistych, zawodowych i społecznych. Pielęgniarka pełni w edukacji zdrowotnej nie tylko funkcję konsultanta, ale także edukatora. Jak wynika z analizy przeprowadzonych badań, 84% uzyskało informacje na temat czynników predysponujących do zaostrzeń choroby, w tym 28% od pielęgniarek, 32% od lekarza, pozostali od innych osób.

Działania edukacyjne powinny stać się priorytetem dla wszystkich pracowników ochrony zdrowia. Osoby mające wiedzę na temat istoty swojej choroby zyskują świadomość zależności między postrzeganiem własnej choroby a prowadzonym stylem życia. Pojawia się szansa na uwierzenie we własne możliwości oraz uzyskania choćby częściowej kontroli nad swoją sytuacją zdrowotną. Należy uświadamiać ludziom, że oni

sami podejmują decyzje i dokonują wyborów w sprawie swojego zdrowia, trybu życia, a tym samym ponoszą odpowiedzialność za własne zdrowie oraz oddziałują na zdrowie innych. Bardzo pomocne w rozwiązywaniu problemów osób dotkniętych łuszczycą są ruchy samopomocowe. Przykładem takiej organizacji jest wspomniane wyżej Stowarzyszenie Chorych na Łuszczycę „Psoriasis”. Wyniki pokazały, że 70% ankietowanych nigdy nie słyszało o jego istnieniu, 30% słyszało, w tym 10% otrzymało informację na ten temat od pielęgniarki, 8% – od lekarza. Jest to wskazówką dla całego zespołu terapeutycznego, aby informować pacjentów o takiej możliwości uzyskania pomocy.

Choroba stanowi duże wyzwanie dla rodziny pacjenta – tak uważa 56% badanych. Rodzina jest najważniejszą opoką dla każdego; pielęgniarka w swojej pracy powinna starać się o nawiązanie bliskiego kontaktu z rodziną pacjenta. Poprzez rozmowę z bliskimi chorego personel pielęgniarski może udzielić wielu rad rozwiązujących codzienne problemy, jakie niesie ze sobą łuszczycą.

Przeprowadzone badania wykazały, że rozpoznanie choroby miało wpływ na planowanie rodziny u 80% badanych, aż 90% czułoby się winnymi, w przypadku gdyby ich dzieci także zachorowały na łuszczycę.

Po przeanalizowaniu badań okazało się, że konieczność codziennego smarowania i natłuszczenia skóry to dla 68% duża uciążliwość w życiu codziennym, zdaniem 24% jest to wręcz niemożliwe do wykonania w warunkach domowych.

Należy pamiętać, że szczególnie w chorobach skórnych bardzo ważne dla pacjenta jest poczucie miłości i akceptacji dla jego wyglądu zwłaszcza ze strony najbliższych. Tym ważniejsze w procesie pielęgnowania jest poznanie możliwości opiekuńczych rodziny pacjenta i w razie konieczności wskazanie, w jaki sposób można uzyskać pomoc od instytucji społecznych. Jest to sprawa bardzo istotna dla osób chorujących na łuszczycę, gdyż dla 82% choroba stała się przyczyną pogorszenia się ich sytuacji materialnej. Konieczność codziennego stosowania wielu maści, kremów i leków powoduje dodatkowe koszty. W wielu szpitalach zatrudnieni są psycholodzy, których można poprosić o pomoc. Współpraca z nim może skutkować rozwiązaniem wielu problemów.

Wnioski

Z analizy przeprowadzonych badań wynika, że większość badanych wysoko oceniła fachowość personelu pielęgniarskiego, który w trakcie pobytu ankietowanych w oddziale chętnie i wyczerpująco odpowiadał na pytania dotyczące wszystkich aspektów choroby.

Wiedza chorych na temat łuszczycy pochodziła w znacznym stopniu z mediów, tylko 16% uzyskało ją od pracowników ochrony zdrowia.

O istnieniu Stowarzyszenia Osób Chorych na Łuszczycę „Psoriasis” nie wiedziało 70% respondentów.

Stwierdzenie łuszczycy stało się dla chorych przyczyną wielu problemów zdrowotnych i społecznych. Choroba miała wpływ na wszystkie sfery ich życia.

Trzeba podkreślić, że wspólna praca i edukacja prowadzona przez pielęgniarki i pozostałych członków zespołu terapeutycznego mogą w znaczący sposób pomóc osobom chorującym na łuszczycę i ich rodzinom w zmniejszeniu negatywnych jej skutków.

Piśmiennictwo

1. Szczerkowska-Dobosz A, Komorowska O. Kliniczna heterogenność łuszczycy zwyczajnej i jej fenotypowa klasyfikacja. *Dermatol Prakt.* 2010; 1: 9–13.
2. Frank O, Nestle D, Kaplan H, Barker J. Łuszczycyca. *Dermatol Dypł.* 2009; 1 (11): 18–26.
3. Krajewska-Kułak E (red.). *Dermatologia i wenerologia dla pielęgniarek.* Lublin: Czelej; 2006. 74–76, 371–376, 420–431.
4. Łoza K, Miturska R, Borzęcki A. *Poradnik dla chorego na łuszczycę.* Lublin: LEO Pharma; 2009. 5–29.
5. Conaghan P, Coates L. Lepsze rozpoznawanie łuszczycowego zapalenia stawów. *Lek Rodz.* 2010; 5: 430–435.
6. Janowski K. Osobowościowe uwarunkowania radzenia sobie ze stresem w łuszczycy. Lublin: Polihymnia; 2006. 72–77.
7. Świętochowski W. System rodziny wobec przewlekłej choroby somatycznej. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego; 2010. 67–93.

Artykuł przyjęty do redakcji: 25.07.2014

Artykuł przyjęty do publikacji: 25.08.2015

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Mieczysława Irena Wyderka
ul. Pływacka 112
94-127 Łódź
tel.: 42 68 04 760
e-mail: mwyderka1@wp.pl
Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi

ZWYCZAJE ŻYWIENIOWE UCZENNIC KLAS TRZECICH SZKÓŁ GIMNAZJALNYCH I LICEÓW OGÓLNOKSZAŁCĄCYCH

EATING HABITS AMONG FEMALE JUNIOR HIGH THIRD GRADE AND HIGH SCHOOL STUDENTS

Ewa Kobos¹, Anna Kubiak², Barbara Knoff¹, Józefa Czarnecka³

¹ Zakład Pielęgniarstwa Społecznego
Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Wyższa Szkoła Edukacji Zdrowotnej i Nauk Społecznych w Łodzi

³ Zakład Podstaw Pielęgniarstwa
Warszawski Uniwersytet Medyczny

DOI: <http://dx.doi.org/10.20883/pielpol.2016.14>

STRESZCZENIE

Cel. Cele pracy to poznanie zachowań żywieniowych uczennic klas trzecich szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych oraz analiza czynników mających wpływ na te zachowania.

Materiał i metody. W badaniu udział wzięło 121 uczennic w wieku 14–19 lat z 4 losowo wybranych szkół. Uczennice gimnazjum stanowiły 51% badanej grupy, uczennice liceum – 49%. Z miasta pochodziło 64% uczennic, ze wsi – 36%. W celu zebrania materiału badawczego zastosowano kwestionariusz ankiety *Moje zwyczaje żywieniowe* (MZŻ).

Wyniki. Istotnie wyższy odsetek odpowiedzi „tak” w stwierdzeniach „jedzenie sprawia mi w dobry nastrój” oraz „rzadko stosuję diety” odnotowano w kwestionariuszach wypełnionych przez uczennice liceum ogólnokształcącego w porównaniu z tym odsetkiem z kwestionariuszy uczennic gimnazjum. Niepokój po zbyt obfitym posiłku czuło 47% badanych, że swojej figury niezadowolonych było 69% uczennic, o swoją wagę martwiło się 53% badanych, aż 74% uczennic wołało ważyć mniej niż obecnie. Czasami unikało jedzenia w przypadku odczuwania głodu 35% uczennic, 57% po większym posiłku miało ochotę pozbyć się zbędnych kalorii. W kwestionariuszu MZŻ uzyskano ogółem średnią wartość punktową odpowiedzi na poziomie 11,71. Najwyższą średnią wartość uzyskano w czynniku „emocjonalne przejadanie się”.

Wnioski. Na zachowania żywieniowe uczennic klas trzecich nie mają wpływu ani rodzaj szkoły, do której uczęszczają, ani opinie na temat ich masy ciała wypowiedziane przez koleżanki. Więcej zachowań żywieniowych stanowiących ryzyko występowania zaburzeń w odżywianiu wykazują uczennice z miasta oraz będące na diecie odchudzającej.

SŁOWA KLUCZOWE: zachowania żywieniowe, zaburzenia odżywiania, młodzież.

ABSTRACT

Aim. Acknowledgment of eating habits among female junior high third grade and high school students and analysis of factors which have an impact on these habits.

Material and methods. 121 female students aged 14–19 from 4 randomly chosen schools participated in the research. 51% of them were junior high students, 49% – high school students, 64% lived in cities, 36% in the country. In order to collect the material a questionnaire ‘My eating habits’ was used.

Results. More high school students said ‘yes’ in connection with the following questionnaire points: ‘eating makes me happy’ and ‘I rarely diet’. 47% felt anxious after a too big meal, 69% of the students were unsatisfied with their figure, 53% worried about their weight, 74% wanted to weigh less than currently. 35% of the students skipped meals even if feeling hungry, 57% after a big meal wanted to get rid of the calories. An overall average of 11,71 points was attained in the questionnaire. The highest average was connected with the emotional overeating factor.

Conclusions. The type of school and peer opinion about weight has no impact on eating habits of the third grade female junior high students. Students from cities and being on diets showed more eating habits which showed risks of eating disorders.

KEYWORDS: eating habits, eating disorders, teenagers.

Wprowadzenie

Żywność, czyli dobór potraw z odpowiednią zawartością składników pokarmowych, przygotowanych w określony sposób, spożywanych w określonej ilości i liczbie posiłków w ciągu dnia, ma szczególne znaczenie dla wzrostu i rozwoju ludzi w okresie adolescencji. Występowaniu zaburzeń odżywiania w tym

okresie sprzyja wiele czynników: nieadekwatne spostrzeganie obrazu własnego ciała, reklama i łatwy dostęp do niezdrowej żywności, polskie zwyczaje żywieniowe, niewłaściwe zachowania żywieniowe typu: brak spożycia śniadań, niewłaściwa liczba posiłków w ciągu dnia, nadmierne spożycie słodczy, podjadanie między posiłkami, rozpowszechnienie spożycia posił-

ków typu „fast food” [1–5], a także brak przedmiotu poświęconego edukacji zdrowotnej, śmieciowe jedzenie w sklepikach szkolnych, styl życia charakteryzujący się małą aktywnością fizyczną [6].

Doniesienia wskazują, że dojrzewanie stanowi jeden z krytycznych okresów występowania otyłości [7, 8]. W Polsce problem ten występuje u około 15–30% dzieci w okresie dojrzewania [1]. Szacuje się, że 70–80% młodzieży, u której stwierdzono otyłość w tym okresie życia, będzie też otyłymi w dorosłości [7]. Lansowanie w mediach szczupłej sylwetki jako atrakcyjnej sprzyja sięganiu po restrykcyjne nieprawidłowo zbilansowane diety oraz wystąpieniu zaburzeń odżywiania: bulimii, anoreksji, kompulsywnego objadania się [6]. Rozwój tkanki tłuszczowej u dziewcząt w okresie dojrzewania stanowi niezbędny element tego procesu, a niedobory pokarmowe mogą zaburzać jego naturalny przebieg [9].

Zaburzenia odżywiania klasyfikowane są do grupy zachowań ryzykownych, czyli mających niekorzystny wpływ na zdrowie. Istnieje zatem potrzeba podejmowania działań profilaktycznych i edukacyjnych w tym zakresie. Szkoła jest najlepszym środowiskiem dla planowania i wdrażania edukacji żywieniowej ukierunkowanej również na profilaktykę zaburzeń odżywiania. Pomimo istotnego znaczenia edukacji zdrowotnej ma ona niejednokrotnie niską rangę w środowisku szkolnym, uznawana jest za zadanie dodatkowe, tym samym jest niedoceniana [10, 11].

Mając powyższe na uwadze, celami badań były: poznanie zachowań żywieniowych uczennic klas trzecich szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych oraz analiza czynników mających wpływ na te zachowania. Przystępując do badań, założono następujące hipotezy badawcze:

1. W badanej grupie uczennic klas trzecich dominują restrykcje dietetyczne.
2. Na zachowania żywieniowe uczennic nie ma wpływu rodzaj szkoły, do której uczęszczają.
3. Uczennice mieszkające w miastach częściej wykazują restrykcje dietetyczne.
4. W grupie uczennic z nadwagą i otyłością dominuje nawykowe i emocjonalne przejadanie się, w grupie uczennic z niedoborem masy ciała dominują restrykcje dietetyczne.
5. Uczennice uprawiające sport wykazują mniej antyzdrowotnych zwyczajów żywieniowych. Uczennice będące na diecie wykazują więcej restrykcji dietetycznych.
6. Uczennice spotykające się z opinią, że są zbyt grube, stosują więcej restrykcji dietetycznych.

Materiał i metody

Do zebrania materiału badawczego wykorzystano kwestionariusz *Moje zwyczaje żywieniowe* (MZŻ). Kwestionariusz ten jest wykorzystywany do pomiaru nawyków żywieniowych u osób dorosłych i starszej młodzieży. Może być wykorzystywany w celu diagnozowania zaburzeń w odżywianiu, przewidywaniu skłonności do tycia. Kwestionariusz składa się z 30 twierdzeń, na które badani udzielają odpowiedzi „tak” lub „nie”. Poszczególne twierdzenia kwestionariusza zostały pogrupowane w 3 grupy czynników:

- czynnik 1 – nawykowe przejadanie się, czyli jedzenie na zasadzie nawyku, np. podczas oglądania telewizji,
- czynnik 2 – emocjonalne przejadanie się, czyli jedzenie w celu rozładowania emocji,
- czynnik 3 – restrykcje dietetyczne, czyli ograniczanie lub rezygnacja z niektórych pokarmów [12].

Badania zostały zrealizowane w okresie od lutego do marca 2015 r. wśród 121 uczennic klas trzecich na terenie 2 gimnazjów i 2 liceów ogólnokształcących. Kryterium włączenia uczennic do badań było: uczęszczanie do klasy trzeciej szkoły publicznej, pisemna zgoda rodzica uczennic klas trzecich gimnazjum i ustna zgoda uczennic klas trzecich liceum na udział w badaniu. Z badań wyłączono szkoły niepubliczne oraz sportowe.

Do analizy statystycznej wyników wykorzystano program Statistica 10.0. Zgodność rozpatrywanych zmiennych ilościowych z rozkładem normalnym badano przy użyciu testu Shapiro-Wilka. Do porównań międzygrupowych dla poszczególnych skal wykorzystano test U Manna-Whitneya oraz test ANOVA rang Kruskala-Wallisa. Dla zmiennych jakościowych zastosowano test jednorodności chi-kwadrat. Analizę korelacji między wartością BMI a uzyskanymi wynikami przeprowadzono za pomocą współczynnika korelacji rang Spearmana. Za istotne statystycznie uznawano wyniki, gdy wyliczone prawdopodobieństwo testowe p spełniało nierówność $p < 0,05$.

Badaną grupę stanowiły w 51% uczennice klas trzecich liceum ogólnokształcącego oraz w 49% uczennice klas trzecich gimnazjum. Z miasta pochodziło 64% uczennic biorących udział w badaniu, ze wsi – 36%. W badanej grupie dominowały uczennice w wieku 18 lat (35%) oraz 16 lat (27%). Średnia wieku uczennic wyniosła 16,9 roku. U 22% badanych uczennic wykazano szczupłość, niedowagę – u 12%, nadwagę miało 10% uczennic, u 2% występowała otyłość. Systematycznie uprawiało sport w badanej grupie 41% uczennic, 17% było na diecie odchudzającej. W badanej grupie tylko 29% uczennic stwierdziło, że nie spotkało się z opiniami na temat ich masy ciała wypowiedzianymi przez koleżanki. Z wygłaszaniem takich opinii zetknięto się 71% uczen-

nic, przy czym 21% z nich usłyszało, że są za chude, 6% – że są zbyt chude, 7% – że mają nadmierną masę ciała.

Wyniki

Analizy wyników wykazały istnienie istotnych statystycznie różnic między udziałami odpowiedzi twierdzących w stwierdzeniu „jedzenie wprawia mnie w dobry nastrój” ($\chi^2 = 9,43$; $df = 1$; $p = 0,002$) oraz „rzadko stosuję diety” ($\chi^2 = 4,6$; $df = 1$; $p = 0,032$) w zależności od rodzaju szkoły. Wśród uczennic liceum ogólnokształcącego odsetek odpowiedzi „tak” był wyższy niż wśród uczennic gimnazjum (**Tabela 1**).

Tabela 1. Różnice istotne statystycznie w stwierdzeniach kwestionariusza MZZ w zależności od rodzaju szkoły

Table 1. Differences statistically essential in statements from the questionnaire according to the type of school

| Twierdzenie/ Statement | Odpowiedź/ Answer | Rodzaj szkoły/ School type | | | | df | p |
|---|----------------------|-------------------------------|----|------------------------|----|----|-------|
| | | Gimnazjum/ Gymnasium | | Liceum/ High school | | | |
| | | N | % | N | % | | |
| Jedzenie wprawia mnie w dobry nastrój/ Eating makes me happy | Tak/Yes | 33 | 53 | 47 | 80 | 1 | 0,002 |
| | Nie/No | 29 | 47 | 12 | 20 | | |
| | Ogółem/ Total | 62 | 51 | 59 | 49 | | |
| Rzadko stosuję diety/ I rarely diet | Tak/Yes | 45 | 73 | 52 | 88 | 1 | 0,031 |
| | Nie/No | 17 | 27 | 7 | 12 | | |
| | Ogółem/ Total | 62 | 51 | 59 | 49 | | |

df – liczba stopni swobody/degrees of freedom,

p – prawdopodobieństwo testowe/probability value

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

W kwestionariuszu MZZ uzyskano ogółem średnią wartość punktową odpowiedzi na poziomie 11,71. Najwyższą średnią wartość wynoszącą 4,52 uzyskano w czynniku „emocjonalne przejadanie się”. Na zbliżonym poziomie kształtowały się średnie wartości uzyskane w czynnikach: „nawykowe przejadanie się” ($M = 3,53$) oraz „restrykcje dietetyczne” ($M = 3,65$) (**Tabela 2**).

Tabela 2. Średnie wartości i odchylenie standardowe poszczególnych czynników kwestionariusza MZZ

Table 2. Average values and standard deviation of the questionnaire factors

| Czynniki/Factors | M | SD | Med. | Min. | Max. |
|--|-------|------|-------|------|-------|
| Nawykowe przejadanie się/ Habitual overeating | 3,53 | 2,69 | 3,00 | 0,00 | 10,00 |
| Emocjonalne przejadanie się/ Emotional overeating | 4,52 | 2,30 | 5,00 | 0,00 | 9,00 |
| Restrykcje dietetyczne/ Dietary restrictions | 3,65 | 2,48 | 3,00 | 0,00 | 10,00 |
| Wynik ogółem/Total | 11,71 | 5,35 | 11,00 | 1,00 | 24,00 |

M – średnia/mean, Med. – mediana/median, SD – odchylenie standardowe/standard deviation, Min. – minimum/minimum, Max. – maksimum/maximum

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Porównując zachowania żywieniowe w zależności od wybranych zmiennych charakteryzujących badaną grupę, nie wykazano istotnych różnic w wynikach uzyskanych ogółem w kwestionariuszu MZZ oraz w jego poszczególnych czynnikach w zależności od rodzaju szkoły, do której uczęszczały uczennice ($p \geq 0,05$) (**Tabela 3**).

Tabela 3. Rodzaj szkoły a zachowania żywieniowe – analiza porównawcza

| Czynniki/Factors | Gimnazjum/ Gymnasium | | Liceum Ogólnokształcące/ High school | | Test U Manna- -Whitneya/ Mann-Whitney test | |
|--|--|------|--|------|---|-------|
| | M | SD | M | SD | Z | p |
| | Nawykowe przejadanie się/ Habitual overeating | 3,41 | 2,77 | 3,66 | 2,62 | 0,772 |
| Emocjonalne przejadanie się/ Emotional overeating | 4,22 | 2,40 | 4,84 | 2,17 | 1,599 | 0,109 |
| Restrykcje dietetyczne/ Dietary restrictions | 3,70 | 2,76 | 3,59 | 2,18 | 0,111 | 0,911 |
| Wynik ogółem/Total | 11,35 | 5,72 | 12,10 | 4,96 | 0,873 | 0,382 |

M – średnia/mean, SD – odchylenie standardowe/standard deviation, Z – wartość statystyki testu U Manna-Whitneya dla grup $n > 20$ /value of the Mann-Whitney test for groups $n > 20$, p – prawdopodobieństwo testowe/probability value

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Analiza porównawcza wyników uzyskanych w grupie uczennic pochodzących z miasta i ze wsi wykazała, że wyższe wartości ogółem w skali MZZ ($M = 13,03$; $p = 0,000$) w czynnikach: „nawykowe przejadanie się” ($M = 4,28$; $p = 0,000$) oraz „emocjonalne przejadanie się” ($M = 4,97$; $p = 0,006$) osiągnęły uczennice z miasta (**Tabela 4**).

Tabela 4. Miejsce zamieszkania a zachowania żywieniowe – analiza porównawcza

Table 4. Place of living and eating habits – comparative analysis

| Czynniki/Factors | Miasto/City | | Wieś/Country | | Test U Manna- -Whitneya/ Mann-Whitney test | |
|--|--|------|--------------|------|---|--------|
| | M | SD | M | SD | Z | p |
| | Nawykowe przejadanie się/ Habitual overeating | 4,18 | 2,73 | 2,40 | 2,23 | -3,785 |
| Emocjonalne przejadanie się/ Emotional overeating | 4,97 | 2,36 | 3,75 | 2,00 | -2,721 | 0,006 |
| Restrykcje dietetyczne/ Dietary restrictions | 3,87 | 2,69 | 3,27 | 2,06 | -1,077 | 0,281 |
| Wynik ogółem/Total | 13,02 | 5,29 | 9,43 | 4,69 | -3,515 | 0,000 |

M – średnia/mean, SD – odchylenie standardowe/standard deviation, Z – wartość statystyki testu U Manna-Whitneya dla grup $n > 20$ /value of the Mann-Whitney test for groups $n > 20$, p – prawdopodobieństwo testowe/probability value

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Wystąpiły istotne statystycznie różnice między grupami w wynikach czynników: „emocjonalne przejadanie się” oraz „restrykcje dietetyczne” w zależności od wartości BMI (ang. *body mass index*). W czynniku „emocjonalne przejadanie się” różnica zachodziła między niedowagą/szczupłością a prawidłową masą ciała ($p = 0,008$), w czynniku „restrykcje dietetyczne” różnica zachodziła między niedowagą/szczupłością a nadwagą/otyłością ($p = 0,038$). W wyniku ogólnym kwestionariusza MZZ nie wykazano istotnych różnic w porównywanych grupach (**Tabela 5**).

Tabela 5. Wartość BMI a zachowania żywieniowe – analiza porównawcza
Table 5. BMI value and eating habits – comparative analysis

| Czynniki/ Factors | Prawidłowa masa ciała/ Normal weight | | Niedowaga/ szcupość/ Underweight/ thinness | | Nadwaga/ otyłość/ Overweight/ obesity | | Test Kruskala- Wallisa/ Kruskal-Wal- lis test | |
|--|--|------|---|------|--|------|---|-------|
| | M | SD | M | SD | M | SD | H | p |
| | Nawykowe przejadanie się/ Habitual overeating | 3,52 | 2,66 | 3,87 | 3,02 | 2,66 | 1,54 | 1,1 |
| Emocjonalne przejadanie się/ Emotional overeating | 5,00 | 2,12 | 3,60 | 2,16 | 5,00 | 2,77 | 9,9 | 0,007 |
| Restrykcje dietetyczne/ Dietary restrictions | 3,76 | 2,15 | 2,59 | 2,49 | 5,06 | 3,21 | 7,3 | 0,025 |
| Wynik ogółem/ Total | 12,29 | 5,13 | 10,43 | 5,15 | 12,73 | 6,48 | 3,7 | 0,150 |

M – średnia/*mean*, SD – odchylenie standardowe/*standard deviation*, H – wartość statystyki testu Kruskala-Wallisa/*value of the Kruskal-Wallis test*, p – prawdopodobieństwo testowe/*probability value*

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

W badanej grupie uczennic najwyższy średni wynik punktów uzyskano w czynniku „restrykcje dietetyczne” ($M = 6,60$), najniższy wynik otrzymano w czynniku kwestionariusza „nawykowe przejadanie się” ($M = 3,60$). Ogółem średnia wyników kwestionariusza wyniosła 15,50 (**Tabela 6**). Wykazano istotną statystycznie różnicę w porównywanych grupach uczennic ze względu na bycie na diecie w wynikach czynników: „emocjonalne przejadanie się” ($p = 0,047$), „restrykcje dietetyczne” ($p = 0,000$) oraz wyniku ogólnym kwestionariusza ($p = 0,001$). Zarówno średnie arytmetyczne, jak i mediany wskazują na to, iż wyższe wartości osiągały dziewczynki będące na diecie odchudzającej.

U uczennic systematycznie uprawiających sport najwyższą średnią wartość punktów uzyskano w czynniku „emocjonalne przejadanie się” ($M = 4,12$), natomiast najniższą wartość średnią w czynniku „nawykowe przejadanie się” ($M = 2,49$). Ogółem w kwestionariuszu średnia wartość punktów wyniosła 10,96. Wykazano istotne statystycznie różnice w wynikach otrzymanych

w czynniku „nawykowe przejadanie się”. Wyższe wartości osiągnęły uczennice nieuprawiające systematycznie sportu (**Tabela 7**).

Tabela 6. Bycie na diecie a zachowania żywieniowe – analiza porównawcza
Table 6. Dieting and eating habits – comparative analysis

| Czynniki/ Factors | Tak/Yes | | Nie/No | | Test U Manna- Whitneya/ Mann-Whitney test | |
|--|--|------|--------|------|--|--------|
| | M | SD | M | SD | Z | p |
| | Nawykowe przejadanie się/ Habitual overeating | 3,60 | 2,41 | 3,52 | 2,75 | -0,366 |
| Emocjonalne przejadanie się/ Emotional overeating | 5,40 | 1,95 | 4,35 | 2,33 | -1,985 | 0,047 |
| Restrykcje dietetyczne/ Dietary restrictions | 6,60 | 2,08 | 3,06 | 2,12 | -5,296 | 0,000 |
| Wynik ogółem/ Total | 15,50 | 5,37 | 10,95 | 5,03 | -3,265 | 0,001 |

M – średnia/*mean*, SD – odchylenie standardowe/*standard deviation*, Z – wartość statystyki testu U Manna-Whitneya dla grup $n > 20$ /*value of the Mann-Whitney test for groups $n > 20$* , p – prawdopodobieństwo testowe/*probability value*

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Tabela 7. Systematyczne uprawianie sportu a zachowania żywieniowe – analiza porównawcza
Table 7. Doing sports regularly and eating habits – comparative analysis

| Czynniki/ Factors | Tak/Yes | | Nie/No | | Test U Manna- Whitneya/ Mann-Whitney test | |
|--|--|------|--------|------|--|-------|
| | M | SD | M | SD | Z | p |
| | Nawykowe przejadanie się/ Habitual overeating | 2,94 | 2,55 | 3,95 | 2,73 | 2,281 |
| Emocjonalne przejadanie się/ Emotional overeating | 4,12 | 2,20 | 4,81 | 2,35 | 1,510 | 0,130 |
| Restrykcje dietetyczne/ Dietary restrictions | 3,90 | 2,78 | 3,47 | 2,26 | -0,768 | 0,442 |
| Wynik ogółem/ Total | 10,96 | 5,83 | 12,25 | 4,96 | 1,148 | 0,156 |

M – średnia/*mean*, SD – odchylenie standardowe/*standard deviation*, Z – wartość statystyki testu U Manna-Whitneya dla grup $n > 20$ /*value of the Mann-Whitney test for groups $n > 20$* , p – prawdopodobieństwo testowe/*probability value*

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Nie wykazano istotnych statystycznie różnic w wynikach kwestionariusza MZZ w zależności od wyrażania bądź niewyrażania opinii na temat masy ciała uczennic przez ich koleżanki. Wartości średnie uzyskane w poszczególnych czynnikach kwestionariusza kształtowały się na zbliżonym poziomie. Najwyższy średni wynik ogółem ($M = 13,75$) uzyskano wśród uczennic, które spotkały się z opinią na temat zbyt dużej masy ciała (**Tabela 8**).

Tabela 8. Opinia koleżanek dotycząca masy ciała badanych a zachowania żywieniowe – analiza porównawcza

Table 8. Peer opinion about the participants' weight and eating habits – comparative analysis

| Czynniki/ Factors | Za gruba/ zbyt dużo waży/ Too fat/ weighs too much | | Waży tyle, ile powinna/ Correct weight | | Za chuda/ zbyt chuda/ Too thin | | Nie wyrażają opinii/ No opinion | | Test Kruskala- Wallisa/ Kruskal- Wallis test | |
|--|---|------|--|------|--------------------------------------|------|--|------|--|-------|
| | M | SD | M | SD | M | SD | M | SD | H | p |
| Nawykowe przejadanie się/ Habitual overeating | 4,37 | 3,42 | 3,35 | 2,64 | 4,21 | 2,90 | 2,94 | 2,28 | 4,0 | 0,257 |
| Emocjonalne przejadanie się/ Emotional overeating | 5,62 | 2,66 | 4,64 | 2,12 | 3,90 | 2,56 | 4,71 | 2,13 | 4,4 | 0,216 |
| Restrykcje dietetyczne/ Dietary restric- tions | 3,75 | 2,54 | 3,84 | 2,32 | 3,06 | 2,56 | 3,94 | 2,62 | 3,2 | 0,350 |
| Wynik ogółem/ Total | 13,75 | 7,12 | 11,84 | 5,50 | 11,18 | 5,45 | 11,60 | 4,72 | 1,4 | 0,690 |

M – średnia/mean, SD – odchylenie standardowe/standard deviation, H – wartość statystyki testu Kruskala-Wallis/ value of the Kruskal-Wallis test, p – prawdopodobieństwo testowe/probability value

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Dyskusja

Badania nie pokazują, że częstotliwość występowania zaburzeń odżywiania w grupie dziewcząt w krajach Europy ma tendencję wzrostową. Na anoreksję zapadają dziewczęta między 12. a 19. rokiem życia, a dolna granica wieku ulega obniżeniu. Szacuje się, że w Polsce problem ten dotyczy 0,8–1,8% dziewcząt < 18. r.ż. [1]. W przypadku bulimii zachorowania dotyczą dziewcząt między 15. a 24. rokiem życia. Częstotliwość występowania bulimii u nastolatek waha się w granicach 0,3–7,3%. Statystycznie często wśród zaburzeń odżywiania u dzieci i młodzieży klasyfikuje się otyłość. Jak wskazują dane, sprzyjają temu m.in. nieprawidłowe zachowania żywieniowe [13].

Celami badań były: poznanie zachowań żywieniowych uczennic klas trzecich szkół gimnazjalnych oraz ponadgimnazjalnych oraz analiza czynników mających wpływ na te zachowania. Pierwszą z hipotez założoną w pracy było przypuszczenie, iż w badanej grupie dominują restrykcje dietetyczne. Narastający problem stosowania diet odchudzających, głodówek, a także ograniczania liczby spożywanych posiłków w grupie dziewcząt wykazali autorzy wielu badań [14–16]. Wyniki badań własnych nie potwierdziły tej hipotezy. W badanej grupie uczennic dominowały zachowania żywieniowe wskazujące na emocjonalne przejada-

nie się. K. Nowakowska i wsp. badań z wykorzystaniem kwestionariusza MZŻ (w grupie 14–19-letnich dziewcząt) wykazali na zbliżonym poziomie średnią częstotliwość zachowań z grupy „restrykcje dietetyczne” i „emocjonalne przejadanie się”. Dane literaturowe pokazują, że stany emocjonalne mogą wpływać na spożywanie zarówno niedostatecznej, jak i nadmiernej ilości pokarmów. Emocje negatywne silniej wpływają na zachowania osób stosujących diety, otyłych oraz cierpiących na zaburzenia odżywiania [17]. Badania własne potwierdziły, że u uczennic z nadwagą i otyłością dominują restrykcje dietetyczne i emocjonalne przejadanie się, natomiast u szczupłych – nawykowe przejadanie się. Tym samym obalona została hipoteza, że u uczennic szczupłych i z niedoborem masy ciała dominują restrykcje dietetyczne, natomiast u otyłych i z nadmierną masą ciała – nawykowe przejadanie się. Stwierdzono, że stosowanie restrykcji dietetycznych, radykalnych metod obniżania masy ciała oraz zaburzenia emocjonalne zwiększają ryzyko otyłości. Niektóre stany psychiczne, np. poczucie izolacji, niezadowolenie z wyglądu ciała, wstyd z powodu nadwagi oraz odczucia towarzyszące byciu obiektem drwin i żartów, doprowadzają do zaburzeń w odżywianiu, które skutkują nadwagą i otyłością [18]. Pozytywne emocje mogą powodować spożycie obfitszych pokarmów, odczuwanie większej przyjemności z jedzenia [17].

Wyniki badań potwierdziły hipotezę, iż zachowania żywieniowe uczennic nie są uzależnione od rodzaju szkoły, do której uczęszczają. Uczestniczące w badaniu uczennice są w okresie adolescencji, która stawia przed nimi określone zadania rozwojowe. Wśród nich możemy wskazać m.in.: osiągnięcie dojrzałych więzi z rówieśnikami obu płci, akceptację własnego wyglądu i chronienie własnego organizmu [19]. Młodzi niemający wsparcia mogą uciekać się do zbliżonych – bez względu na to, w jakiego rodzaju szkole się uczą – form radzenia sobie z napięciem i frustracją, np. wyniszczanie się dietami, uciekanie w nałogi. Potęgowane to może być charakterystyczną dla okresu adolescencji sensytywnością, czyli wzmoczoną emocjonalnością, nadwrażliwością młodzieży [19].

Analiza materiału badawczego nie potwierdziła również hipotezy o częstszym podejmowaniu restrykcji dietetycznych przez uczennice mieszkające w miastach. W literaturze wskazuje się miejsce zamieszkania jako czynnik mający znaczenie w poziomie spożycia żywności i jego strukturze [20, 21]. Także ograniczona kontrola rodziców nad młodzieżą w środowiskach wiejskich związana z czasochłonnymi dojazdami do szkoły jest wskazywana jako czynnik sprzyjający pojawianiu się zachowań anorektycznych [22]. Wśród determinantów społecznych zachowań żywieniowych wymienia się oddziaływanie na zachowanie człowieka innych osób. Za-

chowanie młodego człowieka może wynikać z naśladowania innych, może być wymuszane przez inne osoby albo stanowić element dostosowania się do grupy [23]. W czasie dorastania młodzież określa, do jakiej grupy chce przynależać, zabiega o jej uznanie. Standardy kulturowe dotyczące atrakcyjności fizycznej stawiają przed młodymi wysokie wymagania w stosunku do własnego ciała, a niska i nieadekwatna samoocena może prowadzić do patologii w odżywianiu [15, 16, 23]. W pracy nie potwierdzono hipotezy, że zachowania żywieniowe uczennic różnią się w zależności od opinii na temat ich masy ciała wypowiedzianych przez koleżanki. Nie wykazano wyższych wartości w czynniku „restrykcje dietetyczne” wśród uczennic spotykających się z opinią, że są za grube lub zbyt dużo ważą.

W kolejnej hipotezie zakładano, że uczennice uprawiające regularnie sport wykazują mniej zachowań antyzdrowotnych w porównaniu z nieuprawiającymi sportu. Obserwacje wskazują, że problem braku satysfakcji z wyglądu ciała narasta wraz z niedostateczną ilością wysiłku fizycznego oraz wzrostem liczby nastolatków z otyłością i nadwagą. Brak satysfakcji z wyglądu staje się przyczyną emocjonalnych i społecznych trudności w okresie adolescencji. Powyższym problemom można zapobiegać poprzez aktywność fizyczną. Aktywność fizyczna wpływa korzystnie na postrzeganie własnego ciała, daje poczucie pewności siebie, większe poczucie własnej wartości niezależnie od posiadanej masy ciała, niesie ze sobą również korzyści psychologiczne związane z udziałem w aktywności [24]. Wyniki badań częściowo potwierdziły założoną powyżej hipotezę. Uczennice uprawiające systematycznie sport osiągnęły istotnie niższe wartości tylko w czynniku „nawykowe przejadanie się”. Badania A. Wojtyły i wsp. wykazały, że młodzież w Polsce nie ma świadomości, iż aktywność fizyczna korzystnie wpływa na utrzymanie prawidłowej masy ciała, atrakcyjnej sylwetki [24].

Analiza danych potwierdziła, że uczennice będące systematycznie na diecie wykazują wyższe wartości w czynniku „restrykcje dietetyczne” oraz w ogólnym wyniku kwestionariusza. Wśród powszechnie stosowanych przez nastolatki diet dominują: głodówki, odgraniczenie ilości pożywienia, ograniczenie stodyczy, diety owocowo-warzywne, ograniczenie liczby posiłków [25].

Przystępując do badań, założono, że prezentowane przez uczennice zachowania żywieniowe stanowią czynnik ryzyka wystąpienia zaburzeń odżywiania. W badanej grupie występują nieprawidłowe zachowania żywieniowe predysponujące do rozwoju zaburzeń odżywiania: stosowanie diet odchudzających, świadome ograniczanie się w jedzeniu, poczucie niepokoju po zjedzeniu zbyt obfitego posiłku, niezadowolenie z figury, unikanie jedzenia podczas odczuwania głodu,

przypisywanie wadze zbyt dużego znaczenia, obfite posiłki spożywane przy zaniepokojeniu, uzależnienie spożycia posiłku od nastroju.

Przedstawione w pracy wyniki badań wskazują na potrzebę wdrożenia działań profilaktycznych w środowisku szkolnym ukierunkowanych na zmianę zachowań żywieniowych uczennic oraz kształtowanie umiejętności życiowych. Podejmowanie wobec dzieci i młodzieży działań profilaktycznych w celu wyeliminowania antyzdrowotnych zachowań żywieniowych jest ważne ze względu na ich negatywne konsekwencje, które w tych grupach wiekowych występują szybciej i są znacznie poważniejsze niż u dorosłych. Wynika to z trwającego jeszcze rozwoju obejmującego biologiczny, emocjonalny, społeczny i intelektualny wymiar.

Profilaktyka zaburzeń odżywiania powinna zmierzać do ograniczania czynników ryzyka oraz obejmować działania wzmacniające pozytywne zasoby osobiste oraz środowiskowe [26]. W literaturze wyodrębnia się trzy stopnie profilaktyki zaburzeń odżywiania. Pierwszy stopień ukierunkowany jest na dzieci i młodzież, które nie są jeszcze zagrożone przyjęciem niewłaściwych zachowań żywieniowych oraz nieodpowiedniego podejścia do własnego ciała; obejmuje np. wszystkich uczniów w klasie. Drugi stopień profilaktyki obejmuje dzieci i młodzież, które są zagrożone przyjęciem takich zachowań; skierowana jest np. na osoby w okresie dojrzewania, pochodzące z rodzin dysfunkcyjnych, wykazujące niektóre symptomy zaburzeń odżywiania. Profilaktyka trzeciego stopnia adresowana jest do osób, u których rozpoznano zaburzenia odżywiania i które były poddane leczeniu. Na żadnym z trzech poziomów nie należy pomijać rodziców – odgrywają oni dużą rolę w kształtowaniu stosunku młodego człowieka do zachowań żywieniowych i własnego ciała [26]. Nawiązanie przez nauczycieli i pielęgniarki współpracy z rodzicami jest ważne z punktu widzenia profilaktyki zaburzeń odżywiania.

Według M. Kowalczuk profilaktyka zaburzeń odżywiania w szkołach powinna uwzględniać: rozwijanie krytycyzmu wobec lansowanego w mediach modelu szczupłej sylwetki, kształtowanie pozytywnego obrazu ciała, ukazanie konsekwencji niewłaściwych metod kontroli masy ciała, podnoszenie samooceny, popularyzowanie zdrowego odżywiania, przekazanie wiedzy na temat zaburzeń odżywiania, sposobów leczenia i udzielania pomocy osobom mającym zaburzenia odżywiania [27].

Podsumowanie

W badanej grupie uczennic emocjonalne przejadanie się jest dominującym spośród zachowań żywieniowych. Ogółem w skali kwestionariusza wyższe wyniki osiągnęły uczennice z miasta. Zachowania charaktery-

styczne dla emocjonalnego przejadania się występowały częściej w grupie uczennic z prawidłową masą ciała niż u tych, które były szczupłe lub miały niedowagę. Restrykcje dietetyczne wykazywały częściej uczennice z nadwagą/otyłością niż uczennice z niedowagą lub szczupłością. Uczennice będące systematycznie na diecie wykazały wyższe wartości ogółem w kwestionariuszu oraz w czynnikach: „restrykcje dietetyczne” i „emocjonalne przejadanie się”. Uczennice nieuprawiające systematycznie sportu osiągnęły wyższe wartości w czynniku „nawykowe przejadanie się”. Na zachowania żywieniowe uczennic nie mają wpływu ani rodzaj szkoły, do której uczęszczają, ani opinie na temat ich masy ciała wypowiedziane przez koleżanki.

Piśmiennictwo

1. Wojtyła A, Kapka-Skrzypczak L, Paprzycki P, Diatczyk J, Bylina J. Zachowania zdrowotne młodzieży. Raport. Lublin: Instytut Medycyny Wsi; 2011. 33–36.
2. Wołowski T, Jankowska M. Wybrane aspekty zachowań zdrowotnych młodzieży gimnazjalnej – cz. I. Zachowania młodzieży związane z odżywianiem. *Probl Hig Epidemiol.* 2007; 88 (1): 64–68.
3. Dzielska A, Kołoto H, Mazur J. Zachowania zdrowotne młodzieży związane z odżywianiem w kontekście czynników społeczno-ekonomicznych – kierunek zmian w latach 2002–2006. *Probl Hig Epidemiol.* 2008; 89 (2): 22–229.
4. Ziółkowska A, Gajewska M, Szostak-Węgierek D. Zachowania żywieniowe młodzieży gimnazjalnej z Warszawy i miejscowości podwarszawskich. *Probl Hig Epidemiol.* 2010; 91 (4): 606–610.
5. Czarnecka-Skubina E, Namysław I. Wybrane elementy zachowań żywieniowych uczniów szkół średnich. *Zywn-Nauk Technol Ja.* 2008; 6 (61): 129–143.
6. Ponczek D, Olszowy I. Styl życia młodzieży i jego wpływ na zdrowie. *Probl Hig Epidemiol.* 2012; 93 (2): 260–268.
7. Przybylska D, Kurowska M, Przybylski M. Otyłość i nadwaga w populacji rozwojowej. *Hygeia Public Health.* 2012; 47 (1): 28–35.
8. Klump KL. Puberty as a critical risk period for eating disorders: A review of human and animal studies. *Horm Behav.* 2013; 64 (2): 399–410.
9. Wycisk J, Ziółkowska B. Zaburzenia odżywiania. W: Wycisk J, Ziółkowska B (red.). *Młodzież przeciwko sobie.* Warszawa: Difin; 2009. 51–88.
10. Woynarowska B. Czynniki warunkujące zdrowie i dbałość o zdrowie. W: Woynarowska B (red.). *Edukacja zdrowotna.* Warszawa: PWN; 2008. 44–74.
11. Marcysiak M, Zakrzewska M, Zagroba M, Marcysiak M, Ostrowska B, Wiśniewska E, Skotnicka-Klonowicz G. Rola pielęgniarki szkolnej w promowaniu zdrowego stylu życia w ocenie uczniów. *Probl Piel.* 2010; 18 (2): 184–190.
12. Ogińska-Bulik N, Putyński L. Kwestionariusz „Moje zwyczaje żywieniowe” – konstrukcja i właściwości psychometryczne. *Acta Universitatis Lodzensis. Folia Psychologica.* 2004; 4: 25–33.
13. Majda A, Barszczyk K. Rola mediów w powstawaniu zaburzeń odżywiania u młodzieży w wieku dojrzewania. *Probl Piel.* 2012; 20 (1): 34–42.
14. Tomaszewska I, Babicz-Zielińska E, Tomaszewski D. Odmienne postrzeganie własnych sylwetek przez młodzież a ryzyko występowania zaburzeń w odżywianiu. *Probl Hig Epidemiol.* 2012; 93 (4): 812–816.
15. Malara B, Joško J, Kasperczyk J, Kamecka-Krupa J. Rozpowszechnienie zaburzeń odżywiania wśród młodzieży w wybranych miastach województwa śląskiego. *Probl Hig Epidemiol.* 2010; 91 (3): 388–392.
16. Piłska M, Jeżewska-Zychowicz M. *Psychologia żywienia.* Warszawa: Wydawnictwo SGGW; 2008. 43–49.
17. Campbell A, Hausenblas HA. Effects of exercise interventions on body image a meta-analysis. *J Health Psychol.* 2009; 14 (6): 780–793.
18. Ponczek D, Olszowy I. Styl życia młodzieży i jego wpływ na zdrowie. *Probl Hig Epidemiol.* 2012; 93 (2): 260–268.
19. Jeżewska-Zychowicz M. Zachowania żywieniowe i ich uwarunkowania. Warszawa: Wydawnictwo SGGW; 2007. 81–121.
20. Raport GUS, <http://www.stat.gov.pl/gus> (data dostępu: 20.05.15).
21. Kołtątaj B, Kołtątaj W, Karwat I. Problem zachowań anorektycznych wśród młodzieży gimnazjalnej i licealnej Lublina. *Probl Hig Epidemiol.* 2010; 91 (3): 393–399.
22. Jeżewska-Zychowicz M. Zmiana zachowań żywieniowych a profilaktyka zdrowotna. Warszawa: Wydawnictwo SGGW; 2011. 39–48.
23. Wojtyła A, Biliński P, Bojar I, Wojtyła C. Zaburzenia odżywiania u polskich gimnazjalistów. *Probl Hig Epidemiol.* 2011; 92 (2): 343–350.
24. Goluch-Koniuszy Z, Fugiel J. Ocena sposobu żywienia i stanu odżywiania dziewcząt będących w okresie adolescencji, w tym stosujących diety odchudzające. *Rocznik PZH.* 2009; 60 (3): 251–259.
25. Mroczkowska D, Ziółkowska B, Cwojdzńska A. Zaburzenia odżywiania. *Poradnik dla rodziców i bliskich.* Warszawa: Scholar; 2007. 101–102.
26. Kowalczyk M. Pedagogiczna diagnoza i profilaktyka zaburzeń odżywiania się u młodzieży szkolnej. *Kraków: Impuls;* 2008. 84.

Artykuł przyjęty do redakcji: 27.11.2015

Artykuł przyjęty do publikacji: 15.12.2015

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Ewa Kobos
ul. Erazma Ciołka 27
01-445 Warszawa
tel.: 22 877 35 97
e-mail: kobewa@interia.pl
Zakład Pielęgniarstwa Społecznego
Warszawski Uniwersytet Medyczny

CUKRZYCA I OTYŁOŚĆ U PACJENTÓW Z REUMATOIDALNYM ZAPALENIEM STAWÓW (RZS) JAKO CZYNNIKI POGARSZAJĄCE PRZEBIEG CHOROBY

DIABETES AND OBESITY IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS (RA) AS A FACTOR OF DISEASE DETERIORATION

Magdalena Baran¹, Marta Majorczyk¹, Jolanta Jaworek²

¹ studentka studiów doktoranckich

Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum

² Zakład Fizjologii Medycznej, Instytut Fizjoterapii

Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum

DOI: <http://dx.doi.org/10.20883/pielpol.2016.15>

STRESZCZENIE

Reumatoidalne zapalenie stawów jest chorobą przewlekłą o podłożu autoimmunologicznym. Nierzadko reumatoidalnemu zapaleniu stawów towarzyszą inne choroby współistniejące mające także podłoże zapalne. Tymi schorzeniami często są jednostki chorobowe należące do szeroko rozumianego zespołu metabolicznego. Najczęściej spotykanymi schorzeniami, które jednocześnie są uważane już za choroby cywilizacyjne, są cukrzyca i otyłość. U chorych na cukrzycę stwierdza się stan zapalny, którego podstawą jest insulinooporność tkankowa, a także zaburzony metabolizm glukozy. Także znaczenie dla gospodarki węglowodanowej w reumatoidalnym zapaleniu stawów mają stosowane leki. Inną chorobą zapalną towarzyszącą RZS jest otyłość. Wieloletnie badania wykazały, że komórki tkanki tłuszczowej są źródłem mediatorów zapalenia. U otyłych osób, głównie kobiet, zapalenia stawów w przebiegu RZS mają cięższy przebieg. Te dwie choroby – cukrzyca i otyłość – współistniejące z reumatoidalnym zapaleniem stawów znacząco wpływają na stan chorych, na ich jakość życia i rokowania. Celem pracy było wykazanie, na podstawie przeglądu piśmiennictwa, że współistnienie cukrzycy i otyłości wraz z RZS wpływa na pogorszenie przebiegu tej choroby stawów.

SŁOWA KLUCZOWE: reumatoidalne zapalenie stawów, cukrzyca, otyłość, choroby metaboliczne.

ABSTRACT

Rheumatoid arthritis is a chronic autoimmune disease. Rheumatoid arthritis is often accompanied by other diseases, whose etiology is related to previous inflammation. These diseases often belong to the so called metabolic syndrome. The most common conditions, which are also considered to be already civilization diseases, are diabetes mellitus and obesity. Patients with diabetes tend to have inflammation, based on tissue insulin resistance and impaired glucose metabolism. Some drugs used in the treatment of rheumatoid arthritis have also impact on carbohydrate balance. Another disease associated with rheumatoid arthritis is obesity. Recent studies have shown that adipocytes are the source of many inflammatory mediators. The course of rheumatoid arthritis is much severe in the obese patients, particularly in obese woman. These two diseases coexisting of rheumatoid arthritis significantly affect the condition of patients, their quality of life and prognosis. The aim of the study was to determine, based on the review of the literature, that the coexistence of diabetes and obesity with RA affected the worsening of this disease of the joints.

KEYWORDS: rheumatoid arthritis, diabetes, obesity, metabolic diseases.

Reumatoidalne zapalenie stawów

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS), czyli gościec przewlekłe postępujący, jest chorobą o charakterze zapalnym i podłożu autoimmunologicznym. Etiologia choroby wciąż nie jest znana. Objawy RZS dotyczą zmian stawowych i pozastawowych [1]. Charakterystycznymi objawami stawowymi RZS są: symetryczny ból i obrzęki drobnych stawów rąk i stóp, rzadziej dużych stawów, a także sztywność poranna trwająca zwykle dłużej niż godzinę. Towarzyszące dolegliwości to: uczucie przewlekłego zmęczenia, gorączka, bóle

mięśni i utrata masy ciała [1, 2]. Zmiany pozastawowe towarzyszące RZS dotyczą układu sercowo-naczyniowego, układu oddechowego (powodując utrudnienie oddychania i prawidłowego dotlenienia tkanek organizmu), nerek (powodując zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej i diurezy). W RZS zmiany zapalne mogą dotyczyć również skóry, narządu wzroku i centralnego układu nerwowego [3, 4].

Kobiety chorują trzy razy częściej niż mężczyźni. Szczyt zachorowania przypada na 4. i 5. dekadę życia. U 70% chorych występują okresy remisji i za-

ostrzeń choroby. U 15% chorych proces chorobowy przebiega łagodnie z umiarkowaną jego aktywnością i destrukcją kilku stawów. U około 10% chorych remisje są długotrwałe, nawet kilkuletnie. Choroba rozwija się bardzo szybko – w ciągu kilku tygodni, a u około 15% chorych nawet w ciągu kilku dni. W ciągu 2 lat od zachorowania u chorych z RZS może dojść do znacznej destrukcji stawów prowadzącej do niepełnosprawności [5].

Zaburzenia metaboliczne w reumatoidalnym zapaleniu stawów

Reumatoidalne zapalenie stawów jest chorobą układową, dlatego nierzadko w przebiegu RZS występują objawy pozastawowe. W dobie chorób cywilizacyjnych bardzo często współistnieją u pacjentów z RZS zaburzenia metaboliczne [6].

Cukrzyca w reumatoidalnym zapaleniu stawów

Choroby układowe tkanki łącznej niosą za sobą ryzyko wystąpienia chorób układu krążenia. W procesie diagnozowania pacjenta często stwierdza się współistniejące zaburzenia gospodarki węglowodanowej lub cukrzycę typu II [7].

Częstość wystąpienia cukrzycy u chorych na RZS szacuje się na 14–18%. Praktyka kliniczna wskazuje na wystąpienie cukrzycy typu I, typu II, a także cukrzycy typu LADA, w której występują przeciwciała przeciwko dekarboksylazie kwasu glutaminowego. Na świecie wciąż prowadzone są badania nad związkiem cukrzycy z procesem zapalnym stawów. Wyniki tych badań są rozbieżne. J.F. Simard i M.A. Mittleman [7, 8] stwierdzili 24 przypadki cukrzycy wśród 144 chorych na RZS powyżej 60. roku życia. C. Han i wsp. [9] w dużych badaniach populacyjnych, które objęły 28 tysięcy osób, określili współczynnik zachorowania na cukrzycę typu II u chorych na RZS; wynosi on 1,4. Potwierdzeniem tych badań są badania D.H. Solomona i wsp. [10], którzy potwierdzili ten współczynnik – wyniósł on 1,5 wśród 48 tysięcy chorych na RZS.

U chorych na RZS stwierdza się zaburzenia metabolizmu glukozy i insulinooporność. Poziom glukozy we krwi zależny jest nie tylko od prawidłowego funkcjonowania komórek trzustki, ale także prawidłowego wychwytu glukozy przez komórki efektorowe, zwłaszcza mięśnie szkieletowe i komórki mięśniowe [8].

Wyniki wieloletnich badań pozwoliły na ustalenie, że cukrzyca może mieć podłoże zapalne. Opublikowane badania wskazują, że osoby otyłe charakteryzują wysoki poziom we krwi cytokin prozapalnych – czynnika martwicy nowotworów α (TNF- α) oraz interleukiny 6 (IL-6). Istotnie podwyższone w procesie zapalnym w przebiegu cukrzycy są także białka chemotaktyczne dla monocytów MCP1, ekspresja genu dla syntazy,

a także kinaz białkowych. Dowiedziono, że przewlekły proces zapalny niezależnie od ilości występującej tkanki tłuszczowej wpływa na procesy metabolizmu glukozy i obniża poziom tkankowej wrażliwości na insulinę. Do tej pory nie poznano dokładnego patomechanizmu powstawania RZS, natomiast znane są cytokiny prozapalne (m.in.: IL-15, TNF- α , IL-1- β , IL-6, IL-8, IL-12, IL-17, IL-18), które odgrywają znaczącą rolę w przebiegu i leczeniu RZS. Te same cytokiny spełniają ważną funkcję w powstaniu cukrzycy. Fakt ten może sugerować, że RZS i cukrzyca są schorzeniami, których patomechanizm jest podobny i mają podobne właściwości prozapalne [8].

Znajomość cytokin prozapalnych wspólnych dla RZS i cukrzycy pozwala określić i zbadać wpływ leków stosowanych w RZS na procesy zapalne charakterystyczne dla zaburzeń metabolicznych. D.H. Solomon i wsp. przeprowadzili badanie, które wykazało, że na 1000 osób z aktywnym RZS roczny wskaźnik zachorowania na cukrzycę u osób stosujących inhibitory TNF- α wyniósł 19,7, natomiast u stosujących metotreksat był wyższy i wyniósł 23,8. Wynika z tego, że zablokowanie prozapalnego TNF- α zmniejszyło u tych osób częstość występowania cukrzycy. Z kolei metotreksat zwiększa przeciwzapalne i wzmagające metabolizm glukozy w organizmie działanie adenozy. Zaobserwowano także po kilku miesiącach stosowania metotreksatu zmniejszenie ilości przeciwciał anty-GAD powodujących cukrzycę LADA. Stosowanie glikokortykosteroidów (GKS) znacząco wpływa na gospodarkę węglowodanową, pobudzając glukoneogenezę wątrobową, nasilając syntezę glikogenu i tym samym zwiększając poziom glukozy we krwi. GKS wpływają także na zmniejszenie wytwarzania insuliny przez komórki trzustkowe. Wieloletnie badania wykazują, że długotrwale stosowanie GKS sprzyja powstaniu cukrzycy, natomiast krótki czas leczenia kortykosteroidami nie wpływa znacząco na wzrost poziomu glikemii. M. Fleischmann i wsp. [8, 11] wykazali, że stosowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ) sprzyja obniżeniu poziomu glukozy w surowicy, a także obniża CRP i poziom peptydu C. NLPZ modulują stężenie adiponektyn, co sugeruje korzystny ich wpływ na insulinooporność.

Cukrzyca jako choroba współistniejąca z RZS obciąża chorego. Zmęczenie towarzyszące RZS i zmniejszenie wydolności fizycznej utrudniają choremu funkcjonowanie. Chory musi pamiętać nie tylko o codziennych ćwiczeniach, zachowaniu prawidłowej postawy w RZS, ale także o diecie i kontroli glikemii [12].

Otyłość w reumatoidalnym zapaleniu stawów

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) na świecie żyje ponad 1,5 miliarda osób z nadwagą i blisko

ponad 500 milionów z otyłością. Otyłość jest stanem, w którym tkanka tłuszczowa przekracza 25% masy ciała u mężczyzn i 30% masy ciała u kobiet [16]. Przyczyną tego stanu jest hipertrofia lub/i hiperplazja adipocytów. Za powstanie otyłości odpowiedzialnych jest kilka czynników: czynniki genetyczne, środowiskowe, społeczne, kulturowe i stan hormonalny organizmu [13]. Stwierdzono, że otyłość wpływa na wystąpienie niektórych przewlekłych chorób współistniejących, najczęściej takich jak nadciśnienie tętnicze, choroby układu krążenia, zespół metaboliczny i choroby stawów. Od niedawna prowadzi się badania kliniczne nad uwalnianymi przez tkankę tłuszczową czynnikami prozapalnymi, które odpowiadają za współistnienie chorób zapalnych z otyłością. Dotyczy to również RZS [14]. W połowie lat 80. wykazano, że tkanka tłuszczowa nie jest tylko rezerwuarem dodatkowej ilości energii, ale także miejscem przemiany steroidów i bogatym źródłem adiposyny. Adiposyna jest jedną z kilku składowych dopełniacza (składowa D) odpowiedzialnych za enzymatyczną produkcję ASP (ang. *acylation stimulating protein*), które jest białkiem układu dopełniacza odpowiedzialnym za metabolizm glukozy i lipidów. Wyizolowanie leptyny z adipocytów wykazało, że tkanka tłuszczowa może działać jako narząd endokryny. Adipocyty produkują różne substancje: adiponektynę i szereg cytokin prozapalnych. Z tkanki tłuszczowej wydzielane są m.in. istotne dla procesu zapalnego w RZS IL-6, IL-1-β i TNF-α. Wspomniane cytokiny wyróżniają się jako jedne z najistotniejszych w procesie rozpoznawania stanu zapalnego stawów i są one celem nowych metod leczenia za pomocą inżynierii biomedycznej [14–18].

Jakość życia chorych na RZS zależna jest głównie od stopnia zaawansowania choroby i czasu jej trwania. W początkowym okresie RZS występują ból, obrzęk stawów, a także ograniczenie ich ruchomości. Towarzysząca otyłość jest czynnikiem znacznie utrudniającym proces leczenia RZS poprzez ograniczenie mobilności pacjenta. Jakość życia chorych na RZS ze współistniejącą otyłością jest znacznie gorsza niż u osób szczupłych chorych na RZS. Chorzy poza dolegliwościami związanymi z zapaleniem stawów, jak ból, niepełnosprawność ruchowa czy stany depresyjne, muszą zmagać się z nadmierną ilością tkanki tłuszczowej, co potęguje bolesność i proces destrukcji stawów. Stawy szybciej ulegają deformacji, co widoczne jest w diagnostyce radiologicznej. Zakres ruchów czynnościowych chorego otyłego z RZS jest bardzo ograniczony, a jakość życia tych chorych jest zdecydowanie niezadowolająca. Pierwszym krokiem w leczeniu takiego chorego powinna być szybka redukcja jego masy ciała. Zmniejszenie masy ciała ma działanie przeciwzapalne

i immunosupresyjne, ale również poprawia się dzięki temu stan funkcjonalny chorego. Następuje zmniejszenie syntezy mediatorów zapalenia po redukcji masy ciała. Równie ważne jest wykluczenie z diety produktów wywołujących reakcje autoimmunizacyjne i alergiczne [14–18].

Podsumowanie

Wieloletnie badania prowadzone przez naukowców na całym świecie wskazują, że osoby chore na RZS częściej niż reszta populacji zapadają na choroby należące do zespołu metabolicznego. Jednymi z najczęstszych diagnozowanych schorzeń wśród chorych na RZS są cukrzyca i otyłość. U podstaw współistnienia RZS, cukrzycy i otyłości leżą stan zapalny i procesy autoimmunologiczne. Jakość życia tych chorych znacznie pogarsza się, gdy zaczynają towarzyszyć im inne dolegliwości niż charakterystyczne dla RZS. Leczenie staje się wielokierunkowe, co wymaga także od pacjentów dodatkowej pracy włożonej w samoopiekę i samopielegnację.

Piśmiennictwo

1. Zimmermann-Górska A (red.). Reumatologia kliniczna. Tom I. Warszawa: PZWL; 2008. 340–348.
2. Klippel J, Dieppe P, Ferri F. Reumatologia. Lublin: Czelej; 2000. 143–154.
3. Baran M, Jaworek J. Wpływ leków biologicznych na jakość życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. W: Jaworek J, Frańczuk B (red.). Fizjoterapia w teorii i praktyce. Kraków: Wydawnictwo UJ; 2012: 109–127.
4. Skare TL, Nakano I, Escuissiatto DL et al. Pulmonary changes on high-resolution computed tomography of patients with rheumatoid arthritis and their association with clinical, demographic, serological and therapeutic variables. *Rev Bras Reumatol.* 2011; 51: 325–330.
5. Głuszko P, Filipowicz-Sosnowska A, Tlustochowicz W. Reumatoidalne zapalenie stawów. *Reumatologia.* 2012; 50, 2: 83–90.
6. Kontny E. Nowe aspekty patogenezы spondyloartropatii zapalnych. Część II – czynniki środowiskowe, zaburzenia mikrobiomu, objawy pozastawowe. *Reumatologia.* 2014; 52, 3: 172–180.
7. Simard JF, Mittleman MA. Prevalent rheumatoid arthritis and diabetes among NHANES III participants aged 60 and older. *J Rheumatol.* 2007; 34: 469–473.
8. Dąbrowski P, Majdan M. Zaburzenia gospodarki węglowodanowej u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów i zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa – wpływ stosowanego leczenia. *Reumatologia.* 2014; 52, 2: 129–135.
9. Han C, Robinson DW, Hackett MV et al. Cardiovascular disease and risk factors in patients with rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, and ankylosing spondylitis. *J Rheumatol.* 2006; 33: 2167–2172.
10. Solomon DH, Love TJ, Canning C, Schneeweiss S. Risk of diabetes among patients with rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis and psoriasis. *Ann Rheum Dis.* 2010; 69: 2114–2117.
11. Singh VP, Bali A, Singh N. Advanced glycation end products and diabetic complications. *Korean J Physiol Pharmacol.* 2014; 18, 1: 1–14.

12. Wysocka-Skurska I, Sierakowska M, Sierakowski S. Ocena jakości życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów w zależności od stosowanej terapii farmakologicznej. *Reumatologia*. 2012; 50, 1: 16–23.
13. World Health Organization. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic.
14. Karlson EW, Deane K. Environmental and gene-environment interactions and risk of rheumatoid arthritis. *Rheum Dis Clin North Am*. 2012; 38 (2): 405–426.
15. Mazurek T. Aktywność prozapalna tkanki tłuszczowej – nowe spojrzenie na etiologię miażdżycy. *Kardiol Pol*. 2009; 67: 1119–1124.
16. Wąsowski M, Walicka M, Marcinowska-Suchowierska M. Otyłość – definicja, epidemiologia, patogeneza. *Post Nauk Med*. 2013; 4: 301–306.
17. Conde J, Scotece M, López V et al. Adipokines: novel players in rheumatic diseases. *Discov Med*. 2013; 15: 73–83.
18. Filipowicz-Sosnowska A, Głuszko P, Rupiński R. Profil lipidów u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów leczonych lekami modyfikującymi przebieg choroby. *Reumatologia*. 2014; 52 (2): 120–128.

Artykuł przyjęty do redakcji: 09.07.2015
Artykuł przyjęty do publikacji: 03.08.2015

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Magdalena Baran
ul. Pawła Włodkowica 3/50
31-452 Kraków
tel.: 783 874 294
e-mail: baranmagdalena@gmail.com
Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum

BIEGUNKA PODRÓŻNYCH

TRAVELLERS' DIARRHEA

Ewelina Kimszal¹, Katarzyna Van Damme-Ostapowicz²

¹ Studenckie Koło Naukowe „Tropik”
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

² Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

DOI: <http://dx.doi.org/10.20883/pielpol.2016.16>

STRESZCZENIE

Szacuje się, że około 50 milionów osób z naszego kraju wyjeżdża rocznie do strefy tropikalnej. Biegunka podróżnych jest najczęstszym problemem zdrowotnym osób podróżujących z krajów uprzemysłowionych do krajów rozwijających się o niskim standardzie sanitarnym. Najczęstszą przyczyną biegunek jest zakażenie enterotoksycznym szczepem *Escherichia coli*. Niepoddana odpowiedniej obróbce żywność i zanieczyszczona fekaliami woda są głównym rezerwuarem patogenów wywołujących biegunki podróżnych. Podstawowe znaczenie w profilaktyce mają: dokładna higiena rąk, picie butelkowanej wody oraz odpowiednia obróbka termiczna produktów. Leczenie biegunki polega przede wszystkim na zapobieganiu odwodnieniu. Innym znanym sposobem jest terapia antybiotykami, loperamidem. W fazie badań naukowych są probiotyki i szczepionka WC-rBS stosowana w profilaktyce cholery. Głównym celem pracy jest zwiększenie świadomości społeczeństwa na temat problemów, jakie mogą przytrafić się nam podczas podróży; ponadto przybliżono podstawowe informacje na temat biegunki podróżnych takie jak: objawy, obszary występowania, możliwości zakażenia, leczenie oraz jaką zastosować profilaktykę, aby uniknąć nieprzyjemnych skutków podróżowania.

SŁOWA KLUCZOWE: biegunka, podróże, medycyna podróży, choroby tropikalne.

ABSTRACT

It is estimated that about 50 million people in our country goes annually to the tropics. Travellers' diarrhea is the most common health problem of travelers from industrialized countries to developing countries with a low standard of sanitation. The most common cause of diarrhea is the infection by the entero-toxic strain of *Escherichia coli*. Food and water contaminated with feces are the main reservoir of pathogens that cause travellers' diarrhea. The basic importance in the prevention is an accurate hand hygiene, drinking bottled water and adequate thermal treatment products. Treatment of diarrhea is primarily to prevent dehydration. Another known method is the antibiotic treatment, loperamide. In the phase of research are probiotics and vaccine WC-RBS known in the prevention of cholera. The main aim is to increase public awareness of the problems that can appear during the trip to the tropics. The main aim is to increase public awareness about the problems that can happen to us when traveling, as well as learning basic information about travellers' diarrhea, such as symptoms, areas of occurrence, the possibility of infection, treatment, and how to use prevention to avoid unpleasant effects of travel.

KEYWORDS: diarrhea, travels, travel medicine, tropical diseases.

Wprowadzenie

W Polsce nie ma dokładnych danych na temat liczby osób wyjeżdżających do strefy tropikalnej. Mówi się, że co roku podróżuje około 50 milionów obywateli naszego kraju [1]. Jak wiadomo, podróżowanie to zmiana środowiska; wiążą się z tym zwiększone problemy zdrowotne zarówno podczas samej podróży, jak i w trakcie pobytu [2]. Szacuje się, że dotyczą one 15–75% osób wyjeżdżających do strefy tropikalnej [3]. Do takich problemów możemy zaliczyć ostrą infekcję przewodu pokarmowego, manifestującą się krótką i czasem trudną do opanowania biegunką, która w późniejszym okresie może nieprzyjemnie popsuć nam plany związane z wycieczką [4].

Co to jest biegunka podróżnych i jak się objawia?

Biegunka podróżnych (ang. *travellers' diarrhea* – TD) jest najczęstszym problemem zdrowotnym osób podróżujących z krajów uprzemysłowionych do krajów rozwijających się o niskim standardzie sanitarnym. Kraj (rejon) pobytu jest czynnikiem przyczyniającym się do ryzyka wystąpienia biegunki podróżnych. Szacuje się, że występuje ona u 30–70% osób wyjeżdżających. Z problemem tym borykają się od lat nie tylko cywile, narażeni są również wojskowi wyjeżdżający na misje. Brak odpowiedniej odporności na patogeny przyczynia się do wystąpienia choroby [5]. W 80% przyczyną biegunek

jest zakażenie enterotoksycznym szczepem *Escherichia coli* (ETEC), rzadziej do zakażenia dochodzi bakterią z rodzaju *Campylobacter*, *Shigella*, *Salmonella* [6]. Pasożyty i wirusy są mniej powszechne w etiologii. Wirusy (rotawirusy) stanowią zwykle 5–8% zakażeń, pasożyty (*Giardia lamblia*, *Cryptosporidium parvum*, *Entamoeba histolytica*) – łącznie około 10%; objawy w tej grupie rozwijają się dłużej [7].

Ciężką biegunkę podróżnych rozpoznaje się u turysty, jeżeli w czasie wycieczki oddaje 3 i więcej płynnych lub półpłynnych stolców. Towarzyszy temu co najmniej jeden z wymienionych objawów: gorączka, nudności, wymioty, bóle brzucha, obecność krwi w kale lub bolesne parcie na stolec. O umiarkowanej TD mówimy, kiedy występują 1 lub 2 płynne lub półpłynne stolce w ciągu 24 godzin bez dodatkowych objawów. Łagodna biegunka podróżnych występuje, kiedy mamy 1 lub 2 płynne lub półpłynne stolce bez dodatkowych objawów i nie wpływają one na codzienne czynności życiowe. Biegunka zwykle przemija samoistnie po 3–4 dniach [8].

Zazwyczaj objawy pojawiają się w pierwszym tygodniu pobytu, a w ponad 90% przypadków występują w ciągu pierwszych 2 tygodni. Około 80% turystów z biegunką skarży się na skurcze brzucha, 10–25% ma gorączkę, 20% ma wymioty, a od 5% do 10% ma krew lub śluz w kale. Biegunka podróżnych może spowodować znaczące zakłócenia, bo aż 40% musi zmodyfikować swoje działania w jakiś sposób, a około 20% osób musi spędzić w łóżku 1 lub 2 dni. Pobyt w szpitalu jest rzadki i dotyczy do 1% osób wyjeżdżających, śmiertelność w tej chorobie jest rzadka. Chociaż objawy w większości przypadków są krótkotrwałe, niestety zdarzają się incydenty, w których biegunka może trwać przez miesiąc lub dłużej i dotyczy ona 2% podróżujących. Przyczyną przewlekłej biegunki są zakażenia pierwotniakowe [9].

Problemem coraz częściej występującym u osób wracających z podróży jest poinfekcyjny zespół jelita drażliwego (ang. *post-infectious irritable bowel syndrome* – PI-IBS). Pojawia się po mniej więcej pół roku od przebycia biegunki podróżnych. Zanotowano, że aż u 18% osób w dalszym ciągu pojawiają się dolegliwości ze strony układu pokarmowego. Efektywne zapobieganie TD wydaje się ważnym zagadnieniem [10].

Występowanie

Kraje wysokiego ryzyka są zlokalizowane: w Azji, na Bliskim Wschodzie, w Afryce, w Ameryce Południowej i Środkowej (Meksyk).

Kraje średniego ryzyka obejmują: Europę Wschodnią, Afrykę Południową, niektóre wyspy karaibskie.

Kraje niskiego ryzyka to: Stany Zjednoczone, Australia, Kanada, Nowa Zelandia, Japonia, kraje Europy Północnej i Zachodniej [7].

W Azji, Afryce, Ameryce Południowej i Środkowej biegunka podróżnych doczekała się lokalnych nazw, takich jak „zemsta Faraona”, „galop gringo” lub „klątwa Montezumy” [11].

U kogo częściej wystąpi TD?

Problem ten częściej dotyczy osób podróżujących z krajów uprzemysłowionych do krajów rozwijających się strefy tropikalnej i subtropikalnej; turystów, którzy wcześniej nie podróżowali do krajów rozwijających się (w przeciwieństwie do osób, które często wyjeżdżały do regionów o wysokim ryzyku); osób, które nie zachowują ostrożności w jedzeniu i piciu; takich, którym przydarzył się epizod biegunki podczas ostatniej podróży; których czynniki genetyczne predysponują do występowania TD; osób dysponujących niskim budżetem podczas podróży oraz słabo przygotowanych do podróży; osób żyjących wśród mieszkańców regionu wysokiego ryzyka (np. wolontariusze) [12]. Biegunka podróżnych częściej występuje u dzieci poniżej 2. roku życia, a także u osób dorosłych od 20. do 30. roku życia. Do czynników predysponujących należą: długość pobytu, niska kwaśność żołądka, immunosupresja, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, choroba Crohna [13, 14].

Jak możemy zarazić się biegunką?

Niepoddana odpowiedniej obróbce żywność i zanieczyszczona fekaliami woda są głównym zbiornikiem patogenów wywołujących biegunki podróżnych [7]. Do niebezpiecznej żywności zaliczamy sałatki, nieobrane i niedogotowane warzywa i owoce, surowe lub słabo dogotowane mięso, ryby i owoce morza, niepasteryzowane produkty mleczne. Nie należy: pić wody prosto z kranu, używać nieprzetworzonej wody do płukania zębów, dodawać lodu do napojów. Wiele osób uważa, że trudno jest stosować się do restrykcyjnej diety, co za tym idzie – aż 95% podróżujących w ciągu kilku dni od przyjazdu łamie – przypadkowo lub celowo – zasadę „bezpiecznego” jedzenia i picia. Dodatkowo istnieje mało dowodów na korelację między przestrzeganiem diety, stosowaniem środków ostrożności i zmniejszonym ryzykiem TD, choć rozsądek podpowiada zachowanie ostrożności podczas wyboru żywności [15].

Jedzenie w restauracjach, spożywanie żywności od ulicznych sprzedawców, spożywanie zimnych sosów, żywności, która na początku jest gotowana, a następnie podgrzana – to wszystko zwiększa ryzyko wystąpienia TD [16]. Często nie zdajemy sobie sprawy, że ważniejsze jest to, gdzie jemy, niż to, co zjemy. Należy też pamiętać o skorzystaniu z płynu antybakteryjnego do rąk przed posiłkiem [15].

Leczenie

Do podstawowych działań podczas leczenia biegunki należy przede wszystkim zapobieganie odwodnieniu – w gorącym klimacie dotyczy to głównie dzieci i osób w podeszłym wieku. W tym celu należy używać butelkowanej wody do picia. Pierwsze objawy biegunki łatwo można zniwelować za pomocą leków hamujących perystaltykę jelit, a także dobrze dobranymi lekami przeciwbakteryjnymi. Sposób dawkowania i podawania takich środków warto omówić wcześniej, podczas wizyty lekarskiej przed wyjazdem. Należy podkreślić, że około 50% przypadków ostrej biegunki związanej z podróżą ustępuje w ciągu 48 godzin [17].

Doustna szczepionka przeciwko cholery zapewnia częściową ochronę przed bakteryjną biegunką podróżnych [18]. Niezależnie od etiologii zauważono, że częstość występowania epizodów związanych z biegunką zmniejszyła się o 23% u turystów zaszczepionych WC-rBS. Podkreślić tu należy, że okres immunoprotekcji wydaje się krótszy od obserwowanego w przypadku cholery. Szczepione przeciwko TD według wskazań w części krajów powinny zostać m.in. osoby z predyspozycjami do zakażeń pokarmowych oraz biegunki o ciężkim przebiegu, w tym turyści stosujący przewlekle leki z grupy inhibitorów pompy protonowej lub immunosupresyjne, obciążeni przewlektymi, zapalnymi schorzeniami jelit oraz małe dzieci. Szczepionka WC-rBS jest zarejestrowana w niektórych państwach do zapobiegania zarówno cholery, jak i biegunce podróżnych wywoływanej przez *Escherichia coli* (ETEC). W Polsce szczepionka WC-rBS (Dukoral, Sanofi Pasteur) została zarejestrowana jako środek stosowany w profilaktyce cholery [10].

Profilaktycznie przed podróżą podaje się antybiotyki takie jak ciprofloksacyna lub rifaksymina. Przydatne mogą być zwłaszcza podczas krótkoterminowych podróży, ale wiążą się z zagrożeniami, np. wywołana przez *Clostridium difficile* biegunka jest związana z ciprofloksacyną [19].

Wszystkie osoby podróżujące do obszaru wysokiego ryzyka zachęcane są do samodzielnego leczenia TD antybiotykiem. Do tej pory 3 antybiotyki okazały się być skuteczne w skróceniu czasu trwania biegunki podróżnych. Należą do nich fluorochinolony (ciprofloksacyna lub lewofloksacyna), rifaksyminy (Xifaxan, Salix) i azytromycyny [12].

Fluorochinolony są najskuteczniejsze i często stosuje się je jako leki z wyboru u dorosłych. Pojedyncza dawka w kuracji 3-dniowej zazwyczaj jest wystarczająca, o ile nie występują objawy takie jak gorączka i krew w stolcu świadczące o zakażeniu szczepami inwazyjnymi. Zwrócić należy uwagę, że ze względu na ryzyko ogólnoustrojowych działań niepożądanych fluoro-

chinolony nie powinny być stosowane jako preparaty pierwszego rzutu w prewencji biegunki [10]. Lek ten jest przeciwwskazany dla kobiet w ciąży i dla dzieci poniżej 15. roku życia [3]. Fluorochinolony są bardziej skuteczne niż rifaksymina w leczeniu biegunki spowodowanej przez szczepy *Shigella* [12].

Leczenie rifaksyminą w 90% przypadków, w tym w leczeniu TD, okazało się skuteczne. Lek ten ma mniejsze skutki uboczne i wiąże się z mniejszą ilością obaw wynikających z rozwoju oporności [12]. Rifaksymina działa na bakterie tlenowe i beztlenowe Gram-dodatnie i Gram-ujemne. Nie jest zalecana u kobiet w ciąży i u dzieci poniżej 12. roku życia. Nie wolno jej stosować w przypadku gorączki lub przy obecności krwi w stolcu [3].

Inwazyjne enteropatogeny bakteryjne są najbardziej prawdopodobnymi przyczynami biegunek podróżnych podczas podróży do Azji Południowej. Niektórzy eksperci medycyny podróży zalecają wyjeżdżającym do tej części świata zaopatrzyć się w azytromycynę do samodzielnego leczenia [12]. Można stosować ją u kobiet w ciąży i u dzieci [3].

Po rozpoczęciu leczenia antybiotykami biegunka trwa około 24 godzin (dla porównania: u osób przyjmujących placebo czas trwania biegunki wynosił 50–70 godzin). Leczenie antybiotykami jest zalecane we wszystkich przypadkach umiarkowanej biegunki [12].

Loperamid jest syntetycznym lekiem opioidowym i został zatwierdzony przez amerykańską Food and Drug Administration (FDA) do stosowania u dorosłych i dzieci w wieku powyżej 2 lat. Wydaje się być bezpieczny w większości rodzajów biegunki, choć jego stosowanie nie jest zalecane, gdy nie ma krwi w stolcu lub temperatura przekracza 38,5°C. Loperamid jest skuteczny podawany samodzielnie lub w połączeniu z antybiotykiem. Zalecaną dawką jest 4 mg doustnie, a następnie 2 mg po każdym luźnym stolcu, maksymalnie do 16 mg na dobę u dorosłych. Korzystanie z loperamidu nie jest zalecane u kobiet w ciąży lub karmiących piersią. Lek jest ogólnie dobrze tolerowany, ale czasem może powodować zaparcia, wzdęcia i uczucie dyskomfortu w brzuchu [20].

Wszechstronne zastosowanie, w tym w terapii i profilaktyce wielu chorób, znajdują probiotyki (dokumentowana jest skuteczność *Lactobacillus rhamnosus* oraz *Saccharomyces boulardii*). Najlepsze rezultaty odnotowano w terapii biegunek o zróżnicowanej etiologii. Biegunki podróżnych stanowią odmianę biegunek infekcyjnych, dlatego stosowanie probiotyków wydaje się być skuteczne w przypadku zminimalizowania nieprzyjemnych skutków choroby. Badanie Oksanena i wsp. przeprowadzone na grupie 800 turystów wykazało, że ryzyko wystąpienia biegunki u turystów suplementowanych probiotykiem zmniejszyło się w porównaniu

z osobami przyjmującymi placebo. Innym problemem jest stosowanie antybiotyków, które zaburzają prawidłowy ekosystem bakterii jelitowych. Leki te niszczą oprócz chorobotwórczych mikroorganizmów wywołujących biegunkę także wysoce wrażliwe bakterie komensalne. Częstym powikłaniem po antybiotykoterapii jest biegunka poantybiotykowa występująca nawet u 40% dzieci. Dlatego ważne jest, aby podczas przyjmowania antybiotyku podawać preparaty probiotyczne, które zmniejszają ryzyko wystąpienia kolejnej biegunki o około 50% [21].

Należy skontaktować się z lekarzem, jeśli:

- temperatura ciała przekroczy 39°C,
- wymioty trwają dłużej niż 2 dni,
- objawy utrzymują się dłużej niż 5 dni,
- zachorują ciężarne, dzieci do 8. roku życia, osoby starsze > 65. roku życia,
- chorobą towarzyszącą jest czerwonka [22].

Profilaktyka

Podróżnikom często radzi się, by zachowywali się zgodnie z zasadą, która brzmi następująco: *Boil it, cook it, peel it, or forget it* („Ugotuj, obierz lub zapomnij”). Najlepszym sposobem zapobiegania jest unikanie wątpliwej żywności lub napojów. Nie należy pić wody z kranu, chyba że została przegotowana, przefiltrowana lub chemicznie odkażona. Należy pić wyłącznie napoje butelkowane bez dodatków w postaci lodu. Nie wolno jeść owoców i warzyw, o ile wcześniej nie zostały obrane lub ugotowane, a także gotowanego jedzenia, które nie jest już gorące – takie pozostawione w temperaturze pokojowej jedzenie jest szczególnie niebezpieczne. Należy unikać: niepasteryzowanego mleka oraz innych produktów, które mogą być wykonane z niepasteryzowanego mleka (do takich produktów należą lody), żywności i napojów uzyskanych od ulicznych sprzedawców, surowego lub niedogotowanego mięsa lub ryb. Niektóre gatunki ryb mogą zawierać trujące biotoksyny nawet po ugotowaniu; w szczególności nie powinno się spożywać barrakudy. Inne ryby, które mogą zawierać toksyny, to seriola (ang. *amberjack*), okoń morski i wiele innych tropikalnych ryb rafowych [23].

Innym zaproponowanym przez naukowców podejściem do zapobiegania TD jest stosowanie probiotyków, gdyż nie wykazują one oddziaływania toksycznego na organizm. Jednakże tylko kilka środków probiotycznych okazało się być skutecznymi w randomizowanych badaniach klinicznych (*Lactobacillus GG*, *Saccharomyces boulardii*). Warto byłoby zainteresować się tym tematem i przeprowadzić specjalne badania, które pomogłyby poznać skuteczność probiotyków, ponieważ leki te mają niską cenę i doskonałe profile bezpieczeństwa

stwa i akceptacji, co czyni je idealnym rozwiązaniem dla turystów, którzy mogą je wykorzystać do samoleczenia (szczególnie polecane są osobom z grup wysokiego ryzyka, a więc kobietom w ciąży i dzieciom) [24].

Wnioski

1. Biegunka podróżnych jest najczęstszym problemem zdrowotnym osób podróżujących z krajów uprzemysłowionych do krajów rozwijających się o niskim standardzie sanitarnym. Szacuje się, że występuje u 30–70% osób wyjeżdżających.
2. Najczęstszą przyczyną biegunek jest zakażenie *Escherichia coli* (ETEC), rzadziej do zakażenia dochodzi bakterią z rodzaju *Campylobacter*, *Shigella*, *Salmonella*. Pasożyty i wirusy są mniej powszechne w etiologii.
3. Ciężką biegunkę podróżnych rozpoznaje się u turysty, jeżeli w czasie wycieczki oddaje 3 i więcej płynnych lub półpłynnych stolców. Towarzyszy temu co najmniej jeden z wymienionych objawów: gorączka, nudności, wymioty, bóle brzucha, obecność krwi w kale lub bolesne parcie na stolec.
4. Zazwyczaj objawy pojawiają się w pierwszym tygodniu pobytu, a w ponad 90% przypadków występują w ciągu pierwszych 2 tygodni.
5. Wiele osób uważa, że trudno jest stosować się do restrykcyjnej diety, co za tym idzie – aż 95% podróżujących w ciągu kilku dni od przyjazdu łamie zasadę „bezpiecznego” jedzenia i picia.
6. Do podstawowych działań podczas leczenia biegunki należy przede wszystkim zapobieganie odwodnieniu – w gorącym klimacie dotyczy to głównie dzieci i osób w podeszłym wieku.
7. Inną formą leczenia biegunek podróżnych jest podawanie antybiotyków, loperamidu oraz probiotyków.
8. Niezależnie od etiologii zauważono, że częstość występowania epizodów związanych z biegunką zmniejszyła się o 23% u turystów zaszczepionych WC-rBS, która w Polsce zarejestrowana jest tylko jako środek stosowany w profilaktyce cholery.

Piśmiennictwo

1. Mianowany M, Bednarek-Gejo A, Skoczylas P, Głowacka A. Ocena poziomu wiedzy i świadomości studentów na temat zagrożeń biologicznych występujących w krajach tropikalnych. *Probl Hig Epidemiol.* 2012; 93 (2): 385–391.
2. Van Damme-Ostapowicz K, Krajewska-Kułak E. Standard edukacji pielęgniarskiej wobec pacjentów z zakresu medycyny podróży. *Probl Piel.* 2013; 21 (1): 1–6.
3. Chlabicz S. Antybiotyki dla osób podróżujących. *Forum Med Rodz.* 2008; 2; 3: 229–233.
4. Mach T. Biegunka podróżnych. *Gastroenterol Klin.* 2011;3; 3: 121–126.

5. Ericsson CD, DuPont HL, Steffen R. Travel's diarrhea. *Engl J Med*. 2004; 350, 17: 1801–1804.
6. Szajewska H. *Saccharomyces boulardii* – aktualne dane naukowe. *Prz Gastroenterol*. 2012; 7 (6): 351–358.
7. Centres for Disease Control and Prevention, www.cdc.gov (data dostępu: 30.04.2015).
8. Paredes-Paredes M, Flores-Figueroa J, Dupont HL. Advances in the treatment of travelers' diarrhea. *Curr Gastroenterol Rep*. 2011;13, 5: 402–407.
9. Diemert DJ. Prevention and Self-Treatment of Traveler's Diarrhea. *Clin Microbiol Rev*. 2006;19, 3: 583–594.
10. Wroczyńska A, Nahorski WL. Profilaktyka cholery i biegunki podróżnych. *Zakażenia*. 2010; 2: 113–117.
11. (Dostępne w Internecie:) www.szczepieniadlapodrozuja-cych.pl (data dostępu: 30.04.2015).
12. de la Cabada Bauche J, DuPont HL. New Developments in Traveler's Diarrhea. *Gastroenterol Hepatol*. 2011;7, 2: 88–95.
13. (Dostępne w Internecie:) www.medycynatropikalna.pl (data dostępu: 30.04.2015).
14. Navaneethan U, Giannella RA. Definition, Epidemiology, Pathophysiology, Clinical Classification, and Differential Diagnosis of Diarrhea. Guandalini S, Vaziri H (red.). *Diarrhea Diagnostic and Therapeutic Advances*. New York: Humana Press; 2011. 1–33.
15. Leder K. Advising travellers about management of travellers' diarrhoea. *Aus Fam Physician*. 2015; 44, 1: 34–37.
16. Yates J. Travel's Diarrhea. *Am Fam Physician*. 2005; 71, 11: 2095–2100.
17. McGregor AC, Wright SG. Gastrointestinal symptoms in travelers. *Clin Med*. 2015; 15, 1: 93–95.
18. (Dostępne w Internecie:) www.szczepieniadlapodrozuja-cych.pl (data dostępu: 30.04.2015).
19. Patel RP, Liang SY, Koolwal P, Kuhlmann FM. Travel advice for the immunocompromised traveler: prophylaxis, vaccination, and other preventive measures. *Ther Clin Risk Manag*. 2015; 11: 217–228.
20. de Saussure PH. Management of the Returning Traveler with Diarrhea. *Ther Adv Gastroenterol*. 2009;2, 6: 367–375.
21. Cichy W, Gałęcka M, Szachta P. Probiotyki jako alternatywne rozwiązanie i wsparcie terapii tradycyjnych. *Zakażenia*. 2010; 6: 2–8.
22. Küpper T, Schoeffl V, Milledge J. Biegunka podróżnych – profilaktyka i leczenie w górach. *Stanowisko Komisji Medycznej UIAA*. 2008; 5: 1–11.
23. (Dostępne w Internecie:) www.mdtravelhealth.com (data dostępu: 30.04.2015).
24. Rendi-Wagner P, Kollaritsch H, Ericsson CD, Steffen R. Drug Prophylaxis for Travelers' Diarrhea. *Clin Infect Dis*. 2001; 34, 5: 628–633

Artykuł przyjęty do redakcji: 13.05.2015

Artykuł przyjęty do publikacji: 15.09.2015

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Ewelina Kimszal
 ul. Jerzego Waszyngtona 23a
 15-304 Białystok
 tel.: 504 476 011
 e-mail: ewelinak91@o2.pl
 Studenckie Koło Naukowe „Tropik”
 Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej
 Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

EVIDENCE-BASED MIDWIFERY PRACTICE – PRZEGLĄD ŚWIATOWEGO PIŚMIENNICTWA

EVIDENCE-BASED MIDWIFERY PRACTICE – REVIEW OF WORLD LITERATURE

Jarosława Belowska, Aleksander Zarzeka, Mariusz Panczyk, Joanna Gotlib

Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia
Warszawski Uniwersytet Medyczny

DOI: <http://dx.doi.org/10.20883/pielpol.2016.17>

STRESZCZENIE

Zastosowanie *evidence-based midwifery practice* w wybranych grupach specjalistów nauk o zdrowiu jest tematem szeroko podejmowanym w dostępnej, aktualnej literaturze światowej. Celem pracy była analiza dostępnego, aktualnego piśmiennictwa światowego podejmującego szeroko pojętą problematykę praktyki zawodowej opartej na faktach i dowodach naukowych w grupie położnych.

Wyszukiwanie piśmiennictwa przeprowadzone zostało przez dyplomowanych bibliotekarzy z Biblioteki Głównej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Dokonano analizy światowego piśmiennictwa naukowego indeksowanego w bazach: EMBASE, PROQUEST, PUBMED, SCOPUS. Analizowano artykuły w języku angielskim z lat 2000–2013 (data publikacji 1.01.2000–12.11.2013). W dostępnym, światowym piśmiennictwie odnaleziono jedynie 16 pozycji dotyczących grupy zawodowej położnych. Poszerzenie kryteriów wyszukiwania na pozycje piśmiennictwa nieindeksowane w światowych bazach pozwoliło na odnalezienie kolejnych 17 pozycji piśmiennictwa. Prezentowana analiza piśmiennictwa oparta jest na 31 pozycjach piśmiennictwa.

W pracy przeanalizowano szczegółowo m.in.: 1) rodzaje publikacji (przeglądy systematyczne, artykuły oryginalne, studium przypadku, 2) tematykę badań podejmowanych w światowym piśmiennictwie, 3) rodzaje czasopism, w których publikowane są prace z obszaru *evidence-based midwifery practice* (wraz z podaniem współczynnika IF, najbardziej wpływowych autorów i publikacji).

SŁOWA KLUCZOWE: praktyka zawodowa, dowody naukowe, literatura, położne.

ABSTRACT

The application of evidence-based midwifery practice in selected groups of specialists in health sciences is a subject frequently addressed in the currently available world literature. The aim of this study was to analyze the available, up-to-date world literature on the broadly understood subject of professional practice based on facts and scientific evidence in the group of midwives.

The literature search was conducted by chartered librarians from the Main Library of Medical University of Warsaw. The analysis covered world scientific literature indexed in the following databases: EMBASE, PROQUEST, PUBMED, SCOPUS. It focused on articles in the English language from the years 2000 – 2013 (date of publication: 1 January 2000 to 12 November 2013). Only 16 publications concerning the professional group of midwives were found in the available world literature. Other 17 publications were found when the criteria were extended to items not indexed in world databases. The presented analysis of literature is based on 31 publications.

The study provides a detailed analysis of, among others, (1) types of publications (systematic surveys, original articles, case study), (2) research subjects reported in world literature, (3) types of journals in which publications from the area of evidence-based midwifery practice appear (with the IF coefficient of the most influential authors and publications).

KEYWORDS: professional practice, scientific evidence, literature, midwives.

Wprowadzenie

Pojęcie i założenia medycyny opartej na danych naukowych (ang. *evidence-based medicine* – EBM) opracowali epidemiolodzy kliniczni z Uniwersytetu McMastera w Hamilton (Kanada). Określenia tego po raz pierwszy użył w 1991 r. Gordon Guyatt, profesor medycyny i epidemiologii klinicznej, w materiale informacyjnym dla lekarzy. „Rezydentów naucza się postawy »oświeconego sceptycyzmu«, w odniesieniu do stosowanych metod diagnostycznych, terapeutycznych i oceny rokowania w codziennym postępowaniu

z pacjentami. Takie podejście nazywa się *evidence-based medicine*. (...) Celem jest uświadomienie, na jakich danych naukowych opiera się czyjaś praktyka, na ile te dane są wiarygodne i jakie wnioski można z nich wyciągnąć. Stosowanie tej strategii wymaga jasnego sformułowania odpowiednich pytań, dokładnego przeszukania piśmiennictwa odnoszącego się do określonej sytuacji klinicznej oraz wyważonego zastosowania wyciągniętych wniosków do rozwiązania problemu klinicznego” [1].

Idea *evidence-based medicine*, mimo że na świecie rozwija się dopiero od kilkunastu lat, to już uzna-

na została za przełomową ideę w medycynie [2–8]. Do 2000 r. ukazało się około 200 poważnych rozpraw w postaci książkowej i 1500 artykułów oraz działało około 200 witryn internetowych poświęconych EBM [9].

Pojęcie EBM zostało z czasem „zapożyczone” przez inne dziedziny kliniczne, takie jak pielęgniarstwo czy położnictwo, i w efekcie można dziś mówić o *evidence-based practice* (EBP) oraz jego zastosowaniu w wybranych grupach specjalistów nauk o zdrowiu, czyli empirycznej weryfikacji przyjmowanych założeń oraz otrzymywanych wyników” [10].

Cel pracy

Celem pracy była analiza dostępnego, aktualnego piśmiennictwa światowego, podejmującego szeroko pojętą problematykę praktyki zawodowej położnych opartej na faktach i dowodach naukowych.

Przegląd piśmiennictwa. Kryteria doboru piśmiennictwa

Wyszukiwanie piśmiennictwa przeprowadzone zostało przez dyplomowanych bibliotekarzy z Biblioteki Głównej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Dokonano analizy światowego piśmiennictwa naukowego indeksowanego w bazach: EMBASE, PROQUEST, PUBMED, SCOPUS. Analizowano artykuły w języku angielskim z lat 2000–2013 (data publikacji 1.01.2000–12.11.2013). Szczegółowe kryteria wyszukiwania – słowa kluczowe oraz deskryptory wykorzystane do wyszukiwania w poszczególnych bazach piśmiennictwa światowego – przedstawiono w **tabeli 1**.

Tabela 1. Szczegółowe kryteria wyszukiwania piśmiennictwa w wybranych bazach piśmiennictwa światowego

Table 1. Detailed criteria of literature search in selected world literature databases

| Baza piśmiennictwa/ <i>Databases</i> | Kryteria wyszukiwania/ <i>Criteria</i> |
|---|---|
| EMBASE | 'evidence based nursing': de AND practice:de AND ((english)/lim OR (polish)/lim) AND [2000-2014]/py |
| PROQUEST | su (evidenceBased Nursing) AND su(Health Knowledge, Attitudes, Practice) |
| PUBMED | (evidence based nursing [MeSH Terms]) AND Health Knowledge, Attitudes, Practice [MeSH Terms] („evidence based practice” [MeSH Major Topic]) AND „health knowledge, attitudes, practice” [MeSH Major Topic]) AND „dietetics” [MeSH Major Topic]) OR „physical therapists” [MeSH Major Topic] |
| SCOPUS | KEY („evidence based nursing”) AND KEY (knowledge attitudes practice)KEY („evidence based practice”) AND KEY (nurs*) OR KEY (diet*) OR KEY (physiotherap*) AND KEY (knowledge attitudes practice) |

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

W dostępnym, światowym piśmiennictwie odnaleziono jedynie 16 pozycji dotyczących grupy zawodowej położnych; 3 spośród tych pozycji odnaleziono zostały w więcej niż jednej bazie. Poszerzenie kryteriów wyszukiwania na pozycje piśmiennictwa nieindeksowane w światowych bazach pozwoliło na odnalezienie kolejnych 17 pozycji piśmiennictwa. Prezentowana analiza piśmiennictwa oparta jest na 31 pozycjach piśmiennictwa.

Przeglądu piśmiennictwa dokonano według trzech kryteriów:

- przegląd piśmiennictwa według rodzajów publikowanych artykułów,
- przegląd piśmiennictwa według podejmowanej tematyki,
- przegląd piśmiennictwa według rodzajów czasopism.

Przegląd piśmiennictwa według rodzajów publikowanych artykułów

Blisko 97% spośród odnalezionych prac, zarówno indeksowanych, jak i nieindeksowanych, stanowiły artykuły oryginalne, a jedynie 1 pozycja była w formie editoriału. Ponadto odszukane zostały 2 pozycje książkowe, które ze względu na poprawność merytoryczną przeprowadzania przeglądu piśmiennictwa naukowego zostały wyłączone z dalszej analizy. Najwięcej artykułów dotyczących wykorzystywania badań naukowych w położnictwie zostało odnalezionych w internetowej bazie danych PUBMED. Szczegółowe wyniki analizy przedstawiono w **tabeli 2**.

Tabela 2. Przegląd piśmiennictwa według rodzajów publikowanych artykułów

Table 2. Survey of literature according to types of articles published

| Baza piśmiennictwa/ <i>Database</i> | Przegląd systematyczny/ <i>Systemic review</i> | Artykuł oryginalny/ <i>Original article</i> | Studium przypadku/ <i>Case report</i> | Edytorial/ <i>Editorial</i> |
|--|---|--|--|--------------------------------|
| EMBASE | 0 | 0 | 0 | 0 |
| PROQUEST | 0 | 1 | 0 | 0 |
| PUBMED | 0 | 10 | 0 | 0 |
| SCOPUS | 0 | 2 | 0 | 0 |
| Pozycje nieindeksowane | 0 | 17 | 0 | 1 |

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Przegląd piśmiennictwa według podejmowanej tematyki

Kolejnym kryterium przyjętym w badaniach była analiza dostępnego piśmiennictwa według podejmowanej tematyki. Najwięcej publikacji dotyczyło położnictwa (77,4% wszystkich analizowanych publikacji). Jedynie

4 odnalezione pozycje dotyczyły zagadnień związanych z pielęgniarstwem (12,9%). Zdecydowanie najmniejsza liczba publikacji dotyczyła szeroko pojętych nauk o zdrowiu: tylko 3,2% artykułów. Szczegółowe wyniki analizy przedstawiono w **tabeli 3**.

Tabela 3. Przegląd światowego piśmiennictwa według podejmowanej tematyki

Table 3. Survey of world literature according to subjects

| Dziedzina/Domain | Liczba publikacji/ Number of publications | Procent/Percent |
|---------------------------------|--|-----------------|
| MIDWIFERY | 24 | 77,4% |
| NURSING | 4 | 12,9% |
| HEALTH CARE SCIENCES & SERVICES | 1 | 3,2% |

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Przegląd piśmiennictwa według czasopism – analiza bibliometryczna

Do analizy cytowań wykorzystano dane zebrane z baz bibliograficzno-abstraktowych: GOOGLE SCHOLAR, SCOPUS oraz WEB OF SCIENCE. Wartości współczynnika impact factor zostały zebrane na podstawie bazy JOURNAL CITATION REPORTS® (Thomson Reuters), a h-index (indeks Hirscha) na podstawie danych bazy SCOPUS.

Analizowano dostępne piśmiennictwo według tytułów czasopism i największej liczby publikacji (**Tabela 4**), według najbardziej wpływowych publikacji ocenionych liczbą cytowań oraz wskaźnikiem impact factor (**Tabela 5**).

Czasopisma, w których najczęściej publikowane są artykuły związane z praktyką zawodową położnych opartą na badaniach naukowych, to „Journal of Midwifery and Women's Health”, „The Practising Midwife” oraz „Midwifery” (**Tabela 4**).

Tabela 4. Analiza piśmiennictwa według tytułów czasopism o największej liczbie publikacji

Table 4. Analysis of literature according to titles of journals with the largest number of publications

| Czasopismo/ Journal) | Dziedzina/ Domain | Liczba publikacji/ Number of publications | Procent/ Percent |
|---|----------------------|---|---------------------|
| Journal of Midwifery and Women's Health | MIDWIFERY | 12 | 38,7% |
| The Practising Midwife | MIDWIFERY | 8 | 25,8% |
| Midwifery | MIDWIFERY | 2 | 6,45% |
| Social Science and Medicine | HEALTH CARE SCIENCES | 1 | 3,2% |

| | | | |
|--------------------------------|-----------|---|------|
| Nurse Education in Practice | NURSING | 1 | 3,2% |
| Journal of Clinical Nursing | NURSING | 1 | 3,2% |
| British Journal of Midwifery | MIDWIFERY | 1 | 3,2% |
| Journal of Nursing Scholarship | NURSING | 1 | 3,2% |
| Journal of Advanced Nursing | NURSING | 1 | 3,2% |
| Evidence Based Midwifery | MIDWIFERY | 1 | 3,2% |

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Tabela 5. Analiza piśmiennictwa według najbardziej wpływowych publikacji

Table 5. Analysis of literature according to the most influential publications

| Pierwszy autor/ First author | Tytuł publikacji/ Title of publication | Liczba cytowań/ Number of citations | Czasopismo/ Journal | Impact factor | Dziedzina/ Domain |
|---------------------------------|--|--|---|---------------|----------------------|
| Veeramah V | Utilization of research findings by graduate nurses and midwives | 53 | Journal of Advanced Nursing | 1,527 | NURSING |
| Fullerton JT | The International Confederation of Midwives' essential competencies for midwifery practice: examining the evidence | 15 | Midwifery | 1,116 | MIDWIFERY |
| Fullerton JT | The International Confederation of Midwives essential competencies for basic midwifery practice. an update study: 2009–2010 | 14 | Midwifery | 1,116 | MIDWIFERY |
| Bogdan-Lovis EA | The contextual influence of professional culture: Certified nurse-midwives' knowledge of and reliance on evidence-based practice | 13 | Social Science and Medicine | 2,733 | HEALTH CARE SCIENCES |
| Gijbels H | A systematic review evaluating the impact of post-registration nursing and midwifery education on practice | 9 | Nurse Education in Practice | 0 | NURSING |
| Kennedy H | Science and midwifery: Paradigms and paradoxes | 8 | Journal of Midwifery and Women's Health | 1,254 | MIDWIFERY |

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Ograniczenia prezentowanej analizy piśmiennictwa

Brak dostępu do pełnych darmowych tekstów ponad 25% wszystkich odnalezionych pozycji był istotnym ograniczeniem i trudnością w przeprowadzeniu rzetelnej analizy piśmiennictwa naukowego.

Podsumowanie

Liczba pozycji w światowym piśmiennictwie naukowym poświęconym tematyce EBM oraz EBP jest zdecydowanie niewystarczająca, z kolei w dostępnym piśmiennictwie polskim nie odnaleziono żadnej pozycji dotyczącej stosowania praktyki zawodowej opartej na dowodach naukowych przez położne. Problematyka *evidence-based practice* poruszana jest przede wszystkim w kontekście podnoszenia jakości opieki nad pacjentem oraz wzrostu jej efektywności, głównie w pielęgniarstwie. W związku z niewystarczającą liczbą publikacji dotyczących *evidence-based midwifery practice* w naukach o zdrowiu należy propagować tę tematykę w polskim piśmiennictwie naukowym. Szczegółowa znajomość zasad *evidence-based midwifery practice* jest konieczna dla bezpiecznej, nowoczesnej i efektywnej praktyki zawodowej położnych i innych specjalistów nauk o zdrowiu, wpływa na podniesienie poziomu ich profesjonalizmu i umacnia ich pozycję zawodową w zespole terapeutycznym, jak również może wpłynąć pozytywnie na jakość współpracy z lekarzem.

Piśmiennictwo

- Gajewski P, Jaeschke R, Brożek J. Podstawy EBM czyli medycyny opartej na danych naukowych dla lekarzy i studentów medycyny. Kraków: Medycyna Praktyczna. 2008.
- Guyatt G. Praktyczne aspekty EBM. Med Prakt. 2003; 3: 37–38.
- Haynes B. EBM – Jak uniknąć zalewu informacji? Med Prakt. 2003; 3: 41–43.
- Głazziou P. EBM – Rola Cochrane Collaboration i Cochrane Library. Med Prakt. 2003; 3: 44–45.
- Majkowski J. Medycyna oparta na dowodach – zalety i ograniczenia w praktyce klinicznej. Epileptologia. 2008; 16: 217–225.
- Gajewski P, Jaeschke R, Mrukowicz J. Evidence based medicine (EBM) współczesną sztuką lekarską. Cele Polskiego Instytutu Evidence Based Medicine. Med Prakt. 2003; 3: 31–34.
- Jaeschke R. Ocena technologii medycznych dla ich finansowania ze środków publicznych zgodna z zasadami EBM. Propozycja polskich rozwiązań. Med Prakt. 2004; 10, <http://www.mp.pl/artykuly/25153> (data dostępu: 9.02.2014).
- Jaeschke R, Cook D, Guyatt G. EBM po Y2K. Med Prakt. 2000; 1, <http://www.mp.pl/artykuly/10548> (data dostępu: 9.02.2014).
- Greenhalgh T. How to Read a Paper: The Basics of Evidence Based Medicine. Wyd. II. London: BMJ Books; 2001.
- Jaeschke R, Guyatt G, Cook D. Evidence based medicine (EBM), czyli praktyka medyczna oparta na wiarygodnych i aktualnych publikacjach. Med Prakt. 2000; 1–2: 120–124.
- Gijbels H, O'Connell R, O'Connor D. A systematic review evaluating the impact of post-registration nursing and midwifery education on practice. Nurse Educ Pract. 2010; 10 (2): 64–69.
- Fullerton JT, Thompson JB, Severino R. The International Confederation of Midwives essential competencies for basic midwifery practice. An update study: 2009–2010. Midwifery. 2011; 27 (4): 399–408.
- Wickham S. Midwifery basics: understanding research (8). Critiquing research. Pract Midwife. 2010; 13 (7): 42–45.
- Devane D, McCarthy B. Midwifery basics: understanding research (7). Understanding statistics in research papers. Pract Midwife. 2010; 13 (6): 40–42.
- Hall J. Midwifery basics: understanding research (5). Interpreting qualitative data. Pract Midwife. 2010; 13 (3): 32–35.
- Brennan M, Van Der Putten D. Midwifery basics: understanding research (4). Data collection methods and measurement. Pract Midwife. 2010; 13 (2): 34–39.
- Casey D, Devane D. Midwifery basics: understanding research (3). Sampling. Pract Midwife. 2010; 13 (1): 40–43.
- Devane D, Cooney A. Midwifery basics: understanding research (2). Research problems, purposes, questions and hypotheses. Pract Midwife. 2009; 12 (11): 34–37.
- Wickham S. Midwifery basics: understanding research (1). Sources of evidence and research. Pract Midwife. 2009; 12 (9): 38–41.
- Farrar D, Syson J, Germaine T, Airey R. Research midwives: look at the evidence! Pract Midwife. 2011; 14 (7): 28–32.
- Hunter B. Implementing research evidence into practice: some reflections on the challenges. Evid Based Midwifery. 11 (3): 76–80.
- Bogdan-Lovis EA, Sousa A. The contextual influence of professional culture: Certified nurse-midwives' knowledge of and reliance on evidence-based practice. Soc Sci Med. 2006; 62 (11): 2681–2693.
- Barroso R. Toward Unification of the Midwifery Profession: Looking Back to Guide Us Now. J Midwifery Womens Health. 2010; 55 (1): 2–4.
- Fullerton J, Thompson J. The International Confederation of Midwives' essential competencies for midwifery practice: examining the evidence. Midwifery. 21: 2005; 2–13.
- Humphreys A, Johnson S, Richardson J, Stenhouse E, Watkins M. A systematic review and meta-analysis: evaluating the effectiveness of nurse, midwife/allied health professional consultants. J Clin Nurs. 2007; 16: 1792–1808.
- Rees C. Introduction to Research for Midwives. Wyd. II. Edynburg: Books for Midwives; 1997.
- Sakala C. Current resources for evidence-based practice. J Midwifery Womens Health. 2005; 50 (4): 354–356.
- Bluff R. Evaluating qualitative research. Brit J Midwifery. 1997; 5 (4): 232–235.
- Johnson PG, Oshio S, Fisher MC, Fullerton JT. The 1999–2000 ACC task analysis of nurse-midwifery/midwifery practice: a consideration of the concept of professional issues. J Midwifery Womens Health. 2001; 46 (5): 313–320.
- Albers L. "Evidence" and midwifery practice. J Midwifery Womens Health. 2001; 46: 130–136.
- Barger M. Evidence-based practice: New opportunities, new responsibilities. J Midwifery Womens Health. 2001; 46: 352–353.
- Carr C, Schott A. Differences in evidence-based care in midwifery practice and education. J Nurs Scholarship. 2002; 34: 153–158.
- Carr K. Developing an evidence-based practice protocol: Implications for midwifery practice. J Midwifery Womens Health. 2000; 45: 544–551.

34. Erickson-Owens D, Kennedy H. Fostering evidencebased care in clinical teaching. *J Midwifery Womens Health*. 2001; 46: 137–145.
35. Sakala C. Evidence-based practice. *J Midwifery Womens Health*. 2003; 48: 69–71.
36. Sakala C, Corry M. What is evidence-based health care? *J Midwifery Womens Health*. 2001; 46: 127–128.
37. Veeramah V. Utilization of research findings by graduate nurses and midwives. *J Adv Nurs*. 2004; 47: 183–191.
38. Wagner M. Pursuing the birth machine: The search for appropriate birth technology. Camperdown: Ace Graphics; 1994.
39. Rooks JP. Evidence-based practice and its application to childbirth care for low-risk women. *J Midwifery Womens Health*. 1999a; 48: 355–369.
40. Oshio S, Johnson P, Fullerton J. The 1999–2000 task analysis of American nurse-midwifery/midwifery practice. *J Midwifery Womens Health*. 2002; 47: 35–41.
41. Kennedy H, Lowe N. Science and midwifery: Paradigms and paradoxes. *J Midwifery Womens Health*. 2001; 46: 91–97.

Artykuł przyjęty do redakcji: 05.08.2015
Artykuł przyjęty do publikacji: 12.12.2015

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Joanna Gotlib
ul. Żwirki i Wigury 61
02-091 Warszawa
tel.: 22 5720 490, fax: 22 5720 491, tel. kom.: +48 608 108 028
e-mail: joanna.gotlib@wum.edu.pl
Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia
Warszawski Uniwersytet Medyczny

PROBLEMY PIELEGNACYJNE POJAWIAJĄCE SIĘ W PROCESIE GOJENIA RAN NOWOTWOROWYCH

NURSING DIAGNOSIS OCCURRING IN THE PROCESS OF CANCER'S WOUND HEALING

Dorota Bitiucka¹, Regina Sierżantowicz²

¹ Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa Chirurgicznego
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

² opiekun Studenckiego Koła Naukowego przy Zakładzie Pielęgniarstwa Chirurgicznego
Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

DOI: <http://dx.doi.org/10.20883/pielpol.2016.18>

STRESZCZENIE

Rana przewlekła jest rodzajem rany, pozostającej w ciągłej fazie zapalnej, upośledzającej regenerację i odbudowę anatomiczną oraz fizjologiczną spójności. Charakteryzuje się niedostatecznym gojeniem mimo stosownego leczenia przez długi okres. Szereg czynników ogólnoustrojowych i czynników miejscowych utrudnia proces gojenia się rany. Rany nowotworowe, powstające na skutek rozsiewu nowotworowego w organizmie człowieka, i związane z nimi głębokie uszkodzenia tkanki skórnej powodują wiele problemów pielęgnacyjnych. Wśród nich na szczególną uwagę zasługują: znaczny wysięk z rany i fetor wydobywający się z rany, krwawienie z rany, ryzyko wystąpienia zaburzeń wodno-elektrolitowych, postępujący ból oraz problemy psychiczne związane z oszpeceniem ciała.

Celami pracy były: próba oceny rozpoznania najczęstszych problemów pielęgnacyjnych pacjenta z raną nowotworową oraz ukazanie działań pielęgnarskich zmniejszających dolegliwości chorego. Dokonano także krytycznej analizy literatury.

SŁOWA KLUCZOWE: rana nowotworowa, problemy pielęgnacyjne, materiały opatrunkowe, holistyczny model opieki pielęgnarskiej.

ABSTRACT

Cancer wound is a type of a chronic wound, remaining in the continuous phase of the inflammatory, impairing the regeneration and restoration of anatomical and physiological coherence. The cancer wound does not heal even when it is worthily treating. The healing process is inhibited by general and local factors. Increasing problems have a disadvantageous influence on a patient, his family and medical staff. Those problems are: exudation and foetor coming from the wound, bleeding from the wound, the risk of water – electrolyte imbalance, chronic pain and psychical problems related to body disfigurement.

The aim of the study was the research of literature in the field of identifying the most common nursing problems occurring in the process of cancer wound healing and submitting the nursing care which decreases patient's complaints.

KEYWORDS: cancer wound, nursing problems, dressing materials, holistic type of treatment.

Wprowadzenie

Rana przewlekła jest rodzajem rany, pozostającej w ciągłej fazie zapalnej, upośledzającej regenerację i odbudowę anatomiczną oraz fizjologiczną spójności. Charakteryzuje się niedostatecznym gojeniem mimo stosownego leczenia przez długi okres. Przewlekły charakter rany związany jest z ciągłym narażeniem na zakażenie drobnoustrojami [1]. Leczenie ran wymaga całościowej interakcji między komórkami naskórka, skóry właściwej i tkanek położonych pod nią. Szereg czynników ogólnoustrojowych i czynników miejscowych utrudnia proces gojenia się rany. Najczęściej w chorobach nowotworowych tymi czynnikami są: podeszły wiek, niedożywienie i wyniszczenie, choroby przewlekłe, przyjmowane leki, palenie tytoniu oraz

rozległy rozsiew nowotworowy. Nie bez znaczenia są też miejscowe problemy, jak zakażenie rany, obecność tkanki martwiczej, obecność ciała obcego, uraz mechaniczny, a także przewlekły ucisk [2, 3]. Rany nowotworowe powstają w wyniku uszkodzenia tkanki skórnej na skutek rozsiewu nowotworowego w organizmie człowieka. Komórki nowotworowe, dostając się do krwi lub limfy, osadzają się w drobnych naczyniach krwionośnych, powodując zaburzenia ukrwienia skóry, zaczerwienienie, obrzęk oraz ubytek naskórka i martwicę, a w konsekwencji owrzodzenie skóry. Uszkodzenia te występują w nowotworach pierwotnych, np. w nowotworze głowy lub skóry, a także są konsekwencją przerzutów. Przerzutowe uszkodzenia skóry powstają w wyniku procesu nowotworowego toczącego się w płucach, piersiach, jelicie

grubym i skórze właściwej. Najczęściej rany nowotworowe powstają na klatce piersiowej, głowie i szyi, plecach, tułowi i brzuchu, pachwinie i pachach, genitaliach oraz kończynach [4]. Dokładna ocena rany jest niezbędna w początkowym etapie leczenia i pielęgnowania. Ocena ta obejmuje nie tylko uszkodzenie tkanek, ale także stan bio-psycho-społeczny pacjenta i diagnozę lekarską. Zebrane dane pozwalają na zaplanowanie indywidualnej opieki nad chorym. Do oceny rany nowotworowej używa się skal, które klasyfikują stan rany, wysięk, krwawienie, zapach, świąd i intensywność dolegliwości bólowych. Jedną ze skal jest system oceny TIME, T – usuwanie martwych tkanek, I – kontrola i ograniczenie namnażania się bakterii, M – zminimalizowanie wysięku oraz fetoru, E – zmniejszenie uszkodzenia tkanki skórnej wokół rany. W celu oceny głębokości i uszkodzenia tkanek stosowane są czterostopniowe skale, takie jak Malignant Cutaneous Wound (MCW) oraz National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), używana także w ocenie odleżyn [5]. Rozległe i głębokie rany, pojawiające się wraz ze wzrostem rozsiewu nowotworowego, powodują szereg komplikacji miejscowych i ogólnych. Narastające problemy wpływają niekorzystnie na pacjenta, ale także na jego rodzinę i personel medyczny. Wśród problemów zdrowotnych istotne znaczenie w tej kwestii mają: znaczny wysięk z rany i fetor wydobywający się z rany, krwawienie z rany, ryzyko wystąpienia zaburzeń wodno-elektrolitowych, postępujący ból oraz problemy psychiczne związane z oszczędzeniem ciała [4].

Celami pracy były: próba oceny rozpoznania najczęstszych problemów pielęgnacyjnych pacjenta z raną nowotworową oraz ukazanie działań pielęgnarskich zmniejszających dolegliwości chorego. Dokonano także krytycznej analizy literatury.

Wysięk i fetor wydobywające się z rany nowotworowej

Znaczny wysięk z rany nowotworowej utrudnia utrzymanie czystości założonego opatrunku, higieny ciała chorego oraz jego otoczenia. Wilgotne środowisko i złuszczone naskórek zwiększają ryzyko infekcji bakteryjnej, co w konsekwencji prowadzi do namnażania się drobnoustrojów, zarówno tlenowych, jak i bez-tlenowych. Pierwszym etapem w okresie miejscowego leczenia i pielęgnacji rany nowotworowej jest dokładne oczyszczenie. Metodą oczyszczenia może być chirurgiczne opracowanie rany lub wykorzystanie środków autolizujących, np. hydroterapia 0,9-procentowym NaCl ze środkiem antyseptycznym stosowane na ranę pod ciśnieniem. Niezbędna jest też dekontaminacja rany oraz zmiana opatrunków. Materiał do zaopatrywania rany nowotworowej powinien spełniać następujące kryteria:

- 1) zapewnienie fizjologicznej stałości rany,

- 2) ściste przyleganie do uszkodzonej tkanki,
- 3) pochłanianie nadmiaru wysięku i zabezpieczenie przed jego wyciekami,
- 4) zmniejszanie nieprzyjemnego zapachu,
- 5) zapewnienie wilgotności rany, termoregulacji, wymiany gazowej i optymalnego pH dla skóry,
- 6) ochrona przed infekcjami i bodźcami zewnętrznymi,
- 7) zminimalizowanie dolegliwości bólowych,
- 8) antyalergicznosc [1, 4, 6, 7].

Praca pielęgnarska w kontekście holistycznej opieki w procesie leczenia ran nowotworowych obejmuje zadania diagnostyczne, terapeutyczno-pielęgnacyjne, opiekuńcze, edukacyjne i rehabilitacyjne. Pielęgniarka ocenia stan bio-psycho-społeczny pacjenta i podejmuje działania w celu zmniejszenia dolegliwości chorego. Zminimalizowanie wysięku i nieprzyjemnego zapachu zapewniają materiały opatrunkowe. Dobór opatrunków zależy od natężenia negatywnych czynników, stanu i rozległości rany oraz stanu ogólnego pacjenta [4, 8]. W przypadku rany zainfekowanej wykorzystuje się opatrunki z jonami srebra, gdyż są skuteczne w zwalczaniu drobnoustrojów i zmniejszaniu przykrego zapachu z rany. Rany leczone opatrunkami z jonami srebra goją się szybciej niż rany opatrunkami zwykłymi materiałami. Opatrunki z jonami srebra stosuje się jako alternatywę dla antybiotyków i chemioterapeutyków; nie powodują oporności drobnoustrojów na substancje czynne [9, 10]. Rekomendowane opatrunki do ran z czynną infekcją to opatrunki hydrofóbrkowe z jonami srebra oraz opatrunki piankowe z zawartością srebra [11].

Do pochłaniania znacznego wysięku z rany nowotworowej używa się gąbek poliuretanowych. Utrzymują one stałą wilgotność i temperaturę w miejscu uszkodzenia tkanek oraz zapewniają stałą wymianę gazową. Zaleca się ich stosowanie ze środkami przeciwdrobnoustrojowymi czy środkami antyseptycznymi lub antybiotykami. Samodzielne ich zastosowanie może opóźnić gojenie rany [12].

Skuteczne w odprowadzaniu nadmiernej ilości wydzieliny są także materiały hydrokoloidowe, które utrzymują wilgotność uszkodzonej tkanki i hamują namnażanie się drobnoustrojów w jej wnętrzu [13]. Kolejnymi efektywnymi materiałami absorpcyjnymi są dekstranometry, a uzupełniający oczyszczający mechanizm działania pozwala na ich wykorzystanie na owrzodzenia o dużym wysięku oraz owrzodzenia zainfekowane, wymagające oczyszczenia [12].

Wykorzystywanymi w procesie wchłaniania i niwelowania nieprzyjemnego zapachu są również opatrunki typu hydrofibr. Ich cechą charakterystyczną jest zatrzymywanie wysięku wraz z drobnoustrojami wewnątrz opatrunku oraz zapobieganie maceracji i podrażnieniu skóry wokół rany [14].

Podkreślić należy, że w pielęgnacji ran nowotworowych każdy zastosowany opatrunek powinien być dopasowany do wielkości rany i fazy jej gojenia oraz szczelnie przylegać do uszkodzonej tkanki. Opatrunek należy bezwzględnie wymienić, jeśli pojawią się silny ból, podwyższona temperatura ciała, przekrwienie lub przeciążenie pochłanianym wysiękiem oraz jego destabilizacja w miejscu założenia. Przy każdej zmianie zastosowanego materiału należy ocenić stan uszkodzonej tkanki, jej głębokość, rodzaj wysięku, natężenie zapachu, obecność tkanki martwiczej, fazę gojenia i obecność objawów czynnej infekcji, takich jak: obrzęk, podwyższona temperatura ciała, zaczerwienienie, fetor, obecność w ranie złożeń ropy [4, 8].

Do zminimalizowania nieprzyjemnego zapachu z rany nowotworowej można zastosować także preparaty antyseptyczne. Najczęściej wykorzystuje się dobrze znane preparaty, takie jak: 3-procentowy nadtlenek wodoru, 1-procentowa chlorheksydyna, kwas borny lub 3–5-procentowy kwas octowy. Użycie środków powinno być poprzedzone dokładną oceną rany. W badaniach M. Sopaty i wsp. [15] stwierdzono, że zastosowanie chlorowodoru oktenidyny powoduje pozytywny efekt w minimalizacji wysięku, eradykacji bakterii oraz zredukowaniu tkanki martwiczej. Zastosowanie chlorowodoru oktenidyny powoduje też zmniejszenie kolonizacji ran owrzodzeniowych przez drobnoustroje, jak *S. aureus* czy *P. mirabilis*. Preparaty z chlorowodorkiem oktenidyny wykorzystuje się zarówno do odkażenia uszkodzonych tkanek, jak i zaopatrzenia rany [15].

Krwawienie z rany

Krwawienie z rany jest wynikiem mechanicznego uszkodzenia bogato unaczynionej, nowo powstałej tkanki nowotworowej. Ubytek krwi utrudnia zaopatrzenie rany, potęguje niedokrwistość, zwiększa ryzyko zakażenia rany. W przypadku masywnego krwotoku z rany nowotworowej podejmuje się decyzje o chirurgicznym opracowaniu uszkodzonej tkanki lub mniej inwazyjnym działaniu, jakim jest embolizacja owrzodzeń [16].

W celu powstrzymania krwotoku wykorzystuje się również radioterapię miejsca krwawienia i substancje o działaniu hemostatycznym [16, 17]. Do zminimalizowania krwawienia z rany używa się także materiałów opatrunkowych zawierających jony srebra o różnym stężeniu, ponieważ im wyższe stężenie cząsteczek srebra, tym większe działania koagulacyjne. Dodatkowo materiały te zawierają parafinę zmniejszającą ryzyko przyklejenia się opatrunku do powstałych zmian [10]. Niektóre opatrunki algininowe mają właściwości hemostatyczne. Jony wapnia powodują aktywację płytek krwi i przyspieszają kaskadę procesów krzepnięcia krwi. Materiały algininowe mają zastosowanie w ranach z dużym wysiękiem

oraz w przewlekłych ranach głębokich, szczelinowych i w wilgotnych owrzodzeniach pokrytych dużą warstwą włókniaka. Nie należy ich stosować w ranach suchych i „czystych” [18]. Wspomniane wcześniej opatrunki typu hydrofiber również znajdują zastosowanie w zmniejszeniu krwawienia z rany, ponieważ wykazują działanie fibrynolityczne i pobudzają angiogenezę [14]. Działaniami zmniejszającymi ryzyko wystąpienia krwotoku z rany są: ostrożna zmiana opatrunków, chirurgiczne opracowanie martwiczej tkanki, zminimalizowanie wysięku oraz zabezpieczenie uszkodzonych tkanek przed urazem mechanicznym. Dodatkowo można zastosować opaski uciskowe i okłady z lodu, jednak nie będą one skuteczne przy silnym krwawieniu. Przy zmianie materiałów opatrunkowych należy pamiętać o nasączeniu ich preparatem o działaniu hemostatycznym – roztworem kwasu traneskamowego, lub antyseptycznym – roztworem chlorowodoru oktenidyny [4].

Ryzyko wystąpienia zaburzeń wodno-elektrolitowych

Zły stan ogólny pacjenta, krwawienie i znaczny wysięk z rany nowotworowej stwarzają ryzyko wystąpienia zaburzeń wodno-elektrolitowych. W celu zmniejszenia ryzyka należy podjąć następujące działania profilaktyczne:

- 1) kontrolę parametrów życiowych: ciśnienia tętniczego krwi, tętna, oddechów 4 razy dziennie oraz temperatury 2 razy dziennie,
- 2) obserwację pacjenta pod kątem odwodnienia: napięcie skóry i gałek ocznych, kontrola błony śluzowej jamy ustnej i ocena stanu języka,
- 3) przy każdym kontakcie z pacjentem ocenę stanu opatrunków założonych na ranie oraz ich tempa przesiąkania,
- 4) zmianę przesiąkniętych opatrunków z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki,
- 5) kontrolę diurezy dobowej i prowadzenie bilansu wodno-elektrolitowego,
- 6) pobranie krwi obwodowej do diagnostyki laboratoryjnej na stężenie elektrolitów, mocznika i kreatyniny, a także do oceny hematokrytu,
- 7) podanie płynów infuzyjnych i leków drogą dożylną zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich [3, 4].

Postępujące dolegliwości bólowe

Postępujący ból dotyczy toczonego się procesu nowotworowego i samej rany nowotworowej. Pacjenci onkologiczni cierpią z powodu bólu przewlekłego, który przebiega z wyraźnymi zaostrzeniami. Doznania bólowe rany nowotworowej stają się większe, gdy uszkodzenie tkanek jest rozległe, pojawiają się znaczny wysięk z rany, przykry zapach oraz krwotok. Dodatkowymi

czynnikami potęgującymi ból są brak postępu w leczeniu rany nowotworowej, oszpecenie i odrzucenie ze strony środowiska [4].

W celu uzyskania pełnego obrazu dolegliwości bólowych używa się skal oceniających natężenie bólu, takich jak: skala VAS (wizualna skala analogowa) oraz skala NRS (numeryczna skala bólu), poza tym duże znaczenie mają wnikliwa obserwacja chorego i rany nowotworowej oraz umiejętność dokładnego wystuchania pacjenta [4, 19].

Pacjenci onkologiczni leczeni są środkami analgetycznymi według drabiny analgetycznej Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zgodnie ze zleceniem lekarza. Najczęściej stosowanymi środkami przeciwbólowymi są preparaty opioidowe. Dodatkowymi elementami uśmierzającymi ból są indywidualnie dobrane dla pacjenta materiały opatrunkowe, profesjonalna zmiana opatrunków oraz substancje działające miejscowo, jak zimno suche lub środki miejscowo znieczulające [4, 19].

Problemy psychiczne związane z oszpeceniem ciała

Opieka pielęgniarska nie powinna być skoncentrowana tylko na sferze biologicznej chorego. Holistyczny model opieki postrzega problem całościowo, z uwzględnieniem stanu psychospołecznego pacjenta [4].

Rana nowotworowa, oszpecając ciało chorego, w szczególności wpływa na jego stan psychiczny. Rozległe, bolesne uszkodzenia, o odrażającym zapachu, mają bardzo niekorzystny wpływ na podejście pacjenta do choroby, do własnego ciała oraz czynności dnia codziennego. Chory z raną nowotworową, widząc brak postępu w leczeniu, rezygnuje z walki z chorobą oraz unika kontaktu, pogłębiając odosobnienie. Zaniedbanie złego stanu psychicznego pacjenta może doprowadzić do poczucia winy, depresji, zaburzeń snu i odżywiania, a także niesprawności fizycznej [4, 16, 19].

Największym problemem wpływającym na stan psychiczny pacjenta jest znaczny wysięk powiązany z fetorem wydobywającym się z rany. Przykry zapach przenika przez ubrania, może powodować nudności i wymioty, a w konsekwencji wstręt do samego siebie. Należy zadbać o szczelność założonego opatrunku i higienę osobistą oraz otoczenia pacjenta. Poprawić samopoczucie chorego mogą pokazywanie najmniejszych postępów w procesie leczenia rany, zachęcanie chorego do aktywności w czynnościach dnia codziennego, wykazywanie empatii oraz cierpliwości [4, 16, 19].

Alternatywne metody leczenia ran nowotworowych

Wśród najnowszych badań biologicznych w leczeniu i pielęgnacji ran przewlekłych na uwagę zasługują opa-

trunki pochodzenia naturalnego. Wyniki badań uzyskane w metodzie *in vitro*, na modelach zwierzęcych i podczas prac klinicznych udowodniły, iż pozytywne działanie w leczeniu ran przewlekłych wykazały antyoksydanty, np. witamina E [20]. Przykładem materiałów pochodzenia naturalnego są opatrunki z transgenicznego lnu. To materiały zaprojektowane z włókien lnu, oleju i ekstraktu z nasion. Przeprowadzone przez K. Skórkowską-Telichowską i wsp. [21] 12-tygodniowe badania z użyciem opatrunków z zawartością lnu wykazały zmniejszenie rozmiarów ran w 80% przypadków w grupie 30 pacjentów z przewlekłym owrzodzeniem żylnym, zmniejszenie wysięku u 67% badanych oraz minimalizowanie bólu wśród 96% badanych. U mniej niż 20% pacjentów rany uległy powiększeniu. Stwierdzono również, że opatrunki te zastosowane na rany przewlekłe wpłynęły na zmniejszenie zmian owrzodzeniowych u pacjentki ze stopą cukrzycową po 12-tygodniowej terapii [22].

Najnowsze badania kliniczne wykazują skuteczność działania owocu *Carrica papaya* w leczeniu przewlekłych ran, a także w ranach pooperacyjnych i oparzeniach. Badania przedkliniczne przeprowadzono na gryzoniach. Wykazano zwiększone ziarninowanie rany u chorych na cukrzycę gryzoni, dodatkowo zauważono działanie antybakteryjne na *S. aureus* i *P. aeruginosa* [23]. Badania na ranach u szczurów leczonych ekstraktem z ziaren papai udowodniły znaczne zmniejszenie się ran po 13 dniach od zastosowania kuracji. Ponadto w uszkodzonych tkankach w badaniu histopatologicznym odnotowano zwiększoną ilość włókien kolagenowych w porównaniu do grupy kontrolnej [24].

Kolejną alternatywą w zaopatrywaniu ran nowotworowych jest miód – najstarsza substancja naturalna stosowana leczniczo. Najnowsze opatrunki z zawartością miodu stosowane są w formie hydrożeli, alagininów i hydrokolidów. W badaniach klinicznych przeprowadzonych w Malezji przez R.M. Zohdi i wsp. [26] wykorzystano opatrunki z zawartością miodu i zastosowano na rany pooperacyjne, oparzeniowe, owrzodzenia towarzyszące w zespole stopy cukrzycowej i owrzodzenia żyłne kończyn dolnych. W pierwszych trzech grupach pacjentów wykazano korzystny wpływ na proces gojenia się rany, zaś w owrzodzeniach goleni odnotowano zmniejszone dolegliwości bólowe jako jedyny efekt terapeutyczny [25].

Naturalne olejki znalazły zastosowanie w leczeniu ran przewlekłych. Pierwszym z nich jest olejek pomarańczowy. W badaniu metodą *in vitro* zauważono, że opatrunki z olejkiem pomarańczowym wykazują właściwości antybakteryjne wobec szczepów gronkowca złocistego MRSA (gronkowiec złocisty oporny na metycylinę) i VISA (gronkowiec złocisty średnio oporny na

wankomycynę). Dodatkowo nie wykazano toksycznego działania olejku na komórki naskórka ludzkiego. Olejek dodano również do hodowli ludzkich keratynocytów zarażonych *S. aureus*, co spowodowało wyeliminowanie zakażenia [26].

Kolejny olejek stosowany na rany i owrzodzenia to olejek eukaliptusowy. Badania nad tym olejkiem wykazały jego właściwości antybakteryjne oraz zdolność do wiązania toksyn drobnoustrojów, przez co jest on bezpieczny w użyciu jako preparat antyseptyczny. Zastosowanie mieszanki olejku eukaliptusowego z cytrynowym, goździkowym i tymiankowym skutkowało działaniem przeciwwzapalnym i znacznym zmniejszeniem wydzielającego się fetoru z wrzodzących ran głowy i szyi [27].

Skuteczny w leczeniu i pielęgnacji ran przewlekłych okazał się również kwas cytrynowy. Badania zostały przeprowadzone w Indiach przez B.S. Nagoba i wsp. [28] w grupie 34 pacjentów z przewlekłymi owrzodzeniami. Zastosowano maści z kwasem cytrynowym z miękką parafiną. Owrzodzenia były ranami zainfekowanymi, najczęściej przez szczepy *S. aureus* i *Klebsiella*. Miejscowe zastosowanie maści z kwasem cytrynowym spowodowało w 73% przypadków wyleczenie rany, a u pozostałych badanych zaobserwowano wyeliminowanie czynnego zakażenia drobnoustrojami i powstanie ziarniny, lecz nie odnotowano całkowitego wygojenia się rany [28].

Podsumowanie

Obecność ran przewlekłych u pacjenta w przebiegu procesu nowotworowego znacznie utrudnia lub uniemożliwia aktywność codzienną chorego oraz niekorzystnie wpływa na jego postawę i motywację w walce z chorobą. Zarówno pacjenci, jak i personel pielęgniarski borykają się z trudnościami w procesie leczenia i pielęgnacji ran nowotworowych. Obecnie nie ma formalnych zaleceń i standardów, na których zespół terapeutyczny mógłby oprzeć działania praktyczne. Przegląd literatury z zakresu pielęgnacji ran nowotworowych umożliwił zebranie danych, na podstawie których można zgłębić problematykę tego tematu. Zastosowanie opatrunków nowoczesnej generacji i alternatywnych metod leczenia ran przewlekłych, których skuteczność potwierdzono badaniami klinicznymi, znacznie poprawia stan ogólny pacjenta oraz gojenie rany. Postępy w gojeniu ran oraz zminimalizowanie krwawienia i wysięku z rany pozytywnie wpływają na jakość życia pacjenta i walkę z chorobą nowotworową [4, 5, 8].

Piśmiennictwo

1. Skórkowska-Telichowska K, Bugajska-Prusak A, Pluciński P et al. Fizjologia i patologia przewlekłe niegojących się owrzodzeń oraz sposoby ich miejscowego leczenia w świetle współczesnej wiedzy medycznej. *Dermatol Prakt.* 2009; 5: 15–29.

- Ziółkowski G, Ochocka B, Malara M et al. Pielęgnacja skóry i rany. Katowice: Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych; 2011.
- Ściśło L, Kowalewska M. Rany. W: Ściśło L, Walewska E (red.). *Procedury pielęgniarskie w chirurgii*. Warszawa: PZWL; 2012. 59–142.
- Bazaliński D, Chmiel Z, Kózka M. Opieka pielęgniarska nad pacjentem z raną nowotworową. W: Szewczyk MT, Jawień A (red.). *Leczenie ran przewlekłych*. Warszawa: PZWL; 2012. 162–167.
- Kelly J. Methods of wound debridement: a case study. *Nurs Stand.* 2010; 25: 51–59.
- Pielesz A, Paluch J. Opatrunki aktywne – biomateriały w badaniach glikacji kolagenu. *Polim Med.* 2012; 2: 115–120.
- Cutting K F. Wound dressings: 21st century performance requirements. *J Wound Care.* 2010; 1: 4–9.
- Robaczewska I, Filanowicz M, Cegła B. Pielęgniarskie działania oparte na stosowaniu specjalistycznych opatrunków ratujących stopę cukrzycową. *Piel Pol.* 2014; 1: 41–48.
- Jemec GB, Kerihuel JC, Ousey K et al. Cost-effective use of silver dressings for the treatment of hard-to-heal chronic venous leg ulcers. *PLOS One.* 2014; 6: 1–6.
- Regiel A, Kyzioł A, Arruebo M. Chitosan-silver nanocomposites – modern antibacterial materials. *CHEMIK International Edition.* 2013; 8: 683–692.
- Jawień A, Bartoszewicz M, Przondo-Mordarska A et al. Wytyczne postępowania miejscowego i ogólnego w ranach objętych procesem infekcji. *Polskie Towarzystwo Leczenia Ran. Leczenie Ran.* 2012; 3: 59–73.
- Jagielski D, Jagielska A. Wykaz grup opatrunków specjalistycznych stosowanych w opiece paliatywnej. *Med Paliat Prakt.* 2008; 2 (2): 48–52.
- Gloekner Powers J, Morton LM, Phillips TJ. Dressings for chronic wounds. *Dermatol Ther.* 2013; 26: 197–206.
- López PP, Soriano DP, González SA et al. Silver-containing Hydrofiber dressings to prevent progression of the radiation dermatitis in patients undergoing external beam radiotherapy and orthovoltage to the skin cancer. *Rep Pract Oncol Radiother.* 2013; 1: 209.
- Sopata M, Ciupińska M, Głowacka A, Muszyński Z, Tomaszewska E. Effect of Octenisept antiseptic on bioburden of neoplastic ulcers in patients with advanced cancer. *J Wound Care.* 2008; 1: 24–7.
- Bazaliński D. Trudno gojące się rany w opiece domowej. Cz. II. Zaopatrywania ran, zastosowanie opatrunków specjalistycznych i tradycyjnych w praktyce pielęgniarskiej. W: Kachaniuk H (red.). *Pielęgniarska opieka nad osobami starszymi*. Warszawa: Raabe; 2009. 26–41.
- Wierzbicka M, Bień S, Osuch-Wójcikiewicz E et al. Zalecenia diagnostyczno-lecznicze w leczeniu nowotworów głowy i szyi. *Pol Prz Otolaryngol.* 2011; 1: 17–43.
- Solanki G, Solanki R. Alginate dressings: an overview. *Int J Biomed Res.* 2012; 1: 24–28.
- Burchacka A. Opieka paliatywna i terminalna. W: Koper A (red.). *Pielęgniarstwo onkologiczne*. Warszawa: PZWL; 2011. 397–417.
- Dorai AA. Wound care with traditional, complementary and alternative medicine. *Indian J Plast Surg.* 2012; 2: 418–424.
- Skórkowska-Telichowska K, Żuk M, Kulma A et al. New dressing materials derived from transgenic flax products to treat long-standing venous ulcers – a pilot study. *Wound Repair Regen.* 2010; 18: 168–179.
- Skórkowska-Telichowska K, Kulma A, Szopa J. The response of diabetic foot to a new type of dressing. *Int Arch Med.* 2012; 5: 33.

23. Murthy MB, Murthy BK, Bhave S. Comparison of safety and efficacy of papaya dressing with hydrogen peroxide solution on wound bed preparation in patients with wound gape. *Indian J Pharmacol.* 2012; 6 (44): 784–787.
24. Nayak BS, Ramdeen R, Adogwa A et al. Wound-healing potential of an ethanol extract of *Carica papaya* (*Caricaceae*) seeds. *Int Wound J.* 2012; 9: 650–655.
25. Zohdi RM, Bakar ZA, Zakaria N et al. Gelam (*Malaleuca* spp.) honey-based hydrogel as burn wound dressing. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2012; 1–7.
26. Muthaiyan A, Martin EM, Natesan S et al. Antimicrobial effect and mode of action of terpenes cold pressed Valencia orange essential oil on Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus*. *J App Microbiol.* 2012; 5 (112): 1020–1033.
27. Gryś A, Łowicki Z, Gryśczyńska A et al. Rośliny zielarskie w leczeniu chorób skóry – bezpieczeństwo i zastosowanie. *Post Fitoter.* 2011; 3: 191–196.
28. Nagoba BS, Wadher BJ, Rao A et al. Treatment of lepromatous ulcers using citric acid as a sole antimicrobial agent. *Int Wound J.* 2012; 9: 553–556.

Artykuł przyjęty do redakcji: 20.10.2015
Artykuł przyjęty do publikacji: 03.12.2015

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Dorota Bitiućka
ul. Szpitalna 37
15-274 Białystok
tel.: 85 686 50 78
e-mail: renatasierz@wp.pl
Studenckie Koło Naukowe
przy Zakładzie Pielęgniarstwa Chirurgicznego
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

■ PRAWO W PIELĘGNIARSTWIE – PRZEGLĄD AKTUALNEGO, DOSTĘPNEGO POLSKIEGO PIŚMIENNICTWA NAUKOWEGO Z ZAKRESU PIELĘGNIARSTWA

LAW IN NURSING – THE REVIEW OF CURRENT POLISH SCIENTIFIC LITERATURE ON NURSING

Aleksander Zarzeka^{1,2}, Mariusz Panczyk¹, Jarosława Belowska¹, Łukasz Samoliński¹, Weronika Jewczak², Lucyna Iwanow², Joanna Gotlib¹

¹ Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia

Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Studenckie Koło Naukowe Prawa Medycznego

Warszawski Uniwersytet Medyczny

DOI: <http://dx.doi.org/10.20883/pielpol.2016.19>

STRESZCZENIE

Z regulacjami prawnymi w swojej pracy zawodowej pielęgniarki spotykają się wielokrotnie, dlatego aspekty te są często przedmiotem prac naukowych. Autorzy uznali za stosowne przeprowadzenie przeglądu piśmiennictwa poświęconego tym zagadnieniom. Przegląd obejmował 37 artykułów, które ukazały się w latach 2012–2015 w polskich czasopismach pielęgniarskich.

Tematyka prawna stanowi istotne zagadnienie w polskim piśmiennictwie naukowym z zakresu pielęgniarstwa. Wśród prac więcej ma charakter poglądowy (27) niż badawczy (10). Najczęściej poruszonymi zagadnieniami są prawo medyczne, prawo w zawodzie pielęgniarki oraz prawo pracy, ze szczególnym uwzględnieniem zjawiska tzw. mobbingu.

W części prac zdarzają się pewne niedociągnięcia merytoryczne w zakresie zgodności treści artykułów czy stosowanego narzędzia badawczego z aktualnym stanem prawnym. Dlatego też wydaje się zasadne tworzenie interdyscyplinarnych zespołów badawczych z udziałem zarówno prawnika, jak i pielęgniarki lub lekarza.

SŁOWA KLUCZOWE: prawo, pielęgniarka, prawo medyczne, prawo w pielęgniarstwie.

ABSTRACT

Nurses in their everyday practice meet legal issues, therefore these issues are the subject of scientific research. Authors performed a systematic review of articles, which tackle legal issues, published in Polish nursing journals. The review covered 37 articles published between 2012 and 2015.

Law is a significant topic in the Polish scientific literature in the area of nursing. There are more reviews (27) than research articles (10) included in the paper. The most popular areas are: medical law, law in nursing and labor law, particularly the phenomenon of mobbing in the place of work.

In part of studies there are some infringements as the content of the article or the applied research tool is not compliant with binding laws. Therefore, it seems to be reasonable to create interdisciplinary teams during scientific work. These teams shall include a lawyer and a nurse or physician.

KEYWORDS: law, nurse, medical law, nursing law.

Wstęp

Zagadnienia prawne stanowią istotny element wykonywania zawodu pielęgniarki. Relacje pielęgniarka – pacjent i pielęgniarka – lekarz są ściśle uregulowane prawem. Jego znajomość i stosowanie są elementami koniecznymi dla prawidłowej pracy w zawodzie. Oprócz przedstawionego aspektu prawo reguluje także inne elementy życia zawodowego pielęgniarki. Należą do nich możliwe formy wykonywania zawodu, a co za tym idzie – regulacje z tym związane, jak: prawa i obowiązki pracownicze, zasady prowadzenia własnej działalności gospodarczej czy swoboda kontraktowania.

Zawód pielęgniarki cały czas ewoluuje. Z pomocniczego stał się nie tak dawno samodzielnym zawodem medycznym. Aktualnie jesteśmy świadkami kolejnej „małej rewolucji” w pielęgniarstwie. Od 1 stycznia 2016 r. określone grupy pielęgniarek są uprawnione do kierowania pacjentów na podstawowe badania diagnostyczne, a także do samodzielnego ordynowania leków, wyrobów medycznych i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia i wystawiania na nie recept/zleceń oraz do wystawiania recept w ramach leczenia zleconego wcześniej przez lekarza [1]. Zmiany te zwiększają prestiż zawodowy, ale także zakres odpowiedzialności

ści prawnej i zawodowej pielęgniarek, co temat prawa w pielęgniarstwie czyni jeszcze bardziej aktualnym [2].

W niniejszej pracy autorzy przedstawiają efekty przeprowadzonego przeglądu dostępnego polskiego piśmiennictwa naukowego dotyczącego prawa w pielęgniarstwie. Ilościowej i jakościowej analizie poddane zostaną artykuły poruszające zagadnienia prawne w czasopismach naukowych z zakresu pielęgniarstwa.

Cel pracy

Celem pracy była ilościowa i jakościowa analiza dostępnego piśmiennictwa naukowego podejmującego szeroko pojętą problematykę zagadnień prawnych dotyczących wykonywania zawodu pielęgniarki. Dokonano przeglądu piśmiennictwa zawartego w polskich, recenzowanych czasopismach naukowych z obszaru pielęgniarstwa.

Przegląd piśmiennictwa

Kryteria włączenia poszczególnych pozycji do przeglądu piśmiennictwa

Zastosowano dwa kryteria włączenia poszczególnych pozycji piśmiennictwa do prezentowanego przeglądu piśmiennictwa. Pierwszym kryterium włączenia był rodzaj czasopisma, w którym opublikowano pracę. Drugie kryterium włączenia stanowił czas publikacji.

Rodzaj czasopism

Do prezentowanego przeglądu piśmiennictwa włączono wszystkie czasopisma naukowe znajdujące się w części B wykazu czasopism recenzowanych Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego [3], w których tytule pojawia się słowo „pielęgniarstwo”.

Czas publikacji

Ze względu na fakt, że 1 stycznia 2012 r. weszła w życie nowa *Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej*, przegląd piśmiennictwa obejmował okres od 1 stycznia 2012 do 15 maja 2015 r. Datę końcową wyznacza chwila rozpoczęcia analizy zgromadzonego materiału.

Przegląd piśmiennictwa

W części B wykazu czasopism recenzowanych Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego [3] odnaleziono 6 czasopism spełniających założone wcześniej kryteria włączenia do przeglądu piśmiennictwa:

- „Problemy Pielęgniarstwa”,
- „Pielęgniarstwo XXI wieku”,
- „Pielęgniarstwo Polskie”,
- „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne”,
- „Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne”,
- „Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne”.

Wszystkie odnalezione czasopisma spełniające kryteria włączenia do przeglądu piśmiennictwa były kwartalnikami (4 wydania w roku). Biorąc pod uwagę ten fakt oraz przedział czasowy analizy, oczekiwana liczba dostępnych wydań wynosiła 78. Analiza piśmiennictwa pozwoliła na odszukanie 77 wydań czasopism włączonych do prezentowanego przeglądu piśmiennictwa. Brak dostępności jednego wydania wynikał z opóźnienia w druku ostatniego, najnowszego wydania czasopisma „Problemy Pielęgniarstwa”.

Najważniejszym kryterium merytorycznym włączenia poszczególnych pozycji piśmiennictwa do prezentowanego przeglądu była tematyka pracy. Tematyka pracy w założeniu autorów niniejszego opracowania podejmować miała szeroko rozumianą problematykę zagadnień prawnych dotyczących wykonywania zawodu pielęgniarki.

Proces doboru poszczególnych pozycji do przeglądu piśmiennictwa

Proces doboru poszczególnych pozycji piśmiennictwa do prezentowanego przeglądu podzielono na dwa etapy. W pierwszym etapie analizowano tytuły prac i słowa kluczowe, które sugerowały podjęcie tematyki prawnej w tekście publikacji. Podczas tego etapu w założonym przedziale czasowym znaleziono 41 publikacji.

Drugi etap doboru poszczególnych pozycji do przeglądu piśmiennictwa stanowiła analiza pełnych tekstów publikacji. Z analizy wyłączono artykuły, w których tematyka prawna była jedynie aspektem pobocznym lub uzupełniającym (np. jeden akapit dotyczący aspektu prawnego analizowanego zagadnienia, szczególnie klinicznego). Na tej podstawie wybrano do analizy 37 prac. Cały proces selekcji przedstawiono w **tabeli 1**.

Tabela 1. Proces doboru poszczególnych pozycji piśmiennictwa do prezentowanego przeglądu – tematyczna selekcja artykułów z uwzględnieniem nazw czasopism

Table 1. The selection process for the individual items of the literature presented for a review – a thematic selection of articles including journal titles

| Nazwa czasopisma/Name of the journal | Problemy Pielęgniarstwa | Pielęgniarstwo XXI wieku | Pielęgniarstwo Polskie | Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne | Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne | Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne | Łącznie/Total |
|---|-------------------------|--------------------------|------------------------|------------------------------------|---|--|---------------|
| Artykuły zakwalifikowane na podstawie tytułu i słów kluczowych/Articles classified on the basis of the title and keywords | 9 | 7 | 16 | 7 | 1 | 1 | 41 |

| | | | | | | | |
|--|---|---|----|---|---|---|----|
| Artykuły odrzucone po analizie pełnych tekstów/ <i>Articles rejected after analyzing the full texts</i> | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 4 |
| Artykuły ostatecznie zakwalifikowane do przeglądu/ <i>Articles ultimately qualified for the review</i> | 7 | 7 | 15 | 7 | 0 | 1 | 37 |

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Ostatecznie wszystkie odnalezione publikacje spełniające założone wcześniej kryteria włączenia do analizy poddano analizie ilościowej i jakościowej [4–38, 46, 47].

Analiza ilościowa pozycji włączonych do przeglądu piśmiennictwa

W pierwszym etapie podjęto się analizy ilościowej odnalezionych publikacji włączonych do przeglądu piśmiennictwa. Najwięcej artykułów poruszających problematykę prawną w obszarze pielęgniarstwa opublikowano w czasopiśmie „Pielęgniarstwo Polskie”. Najmniej artykułów z obszaru tej tematyki prezentowało, z obiektywnych względów, czasopismo ściśle specjalistyczne – „Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne”. W periodyku „Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne” nie odnaleziono żadnego tekstu spełniającego kryteria włączenia do przeglądu piśmiennictwa.

Analizując czas powstałych publikacji, ich liczebność systematycznie z roku na rok spadała. W 2012 r. opublikowano 15 artykułów z zakresu prawa; 2 lata później – jedynie 6. Szczegółową analizę ilościową przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Analiza ilościowa publikacji włączonych do przeglądu piśmiennictwa dotyczących zagadnień prawnych

Table 2. Quantitative analysis of publications included in the review of the literature on legal issues

| Czasopismo/ <i>Journal</i> | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | Razem w czasopiśmie/ <i>Total in the journal</i> |
|---|------|------|------|------|--|
| Pielęgniarstwo XXI wieku | 0 | 1 | 4 | 2 | 7 |
| Problemy Pielęgniarstwa | 2 | 4 | 1 | 0 | 7 |
| Pielęgniarstwo Polskie | 9 | 4 | 1 | 1 | 15 |
| Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne | 3 | 4 | 0 | 0 | 7 |
| Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Razem w danym roku/ <i>Total in a given year</i> | 15 | 13 | 6 | 3 | 37 |

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Analiza włączonych do przeglądu piśmiennictwa publikacji z uwzględnieniem afiliacji autorów prac

W kolejnym etapie analizy publikacji włączonych do przeglądu piśmiennictwa podjęto próbę analizy autorstwa i afiliacji przedmiotowych prac. Stwierdzono, że 62 autorów tworzyło lub współtworzyło 37 artykułów. Średnio 1 pracę pisało 1,7 autora. Najwięcej – 6 prac – napisała Agnieszka Sieńko. Autorami 2 prac było 18 osób, a pozostałe 43 osoby – 1 pracy.

Zdecydowana większość afiliacji miała charakter akademicki. Najwięcej (22) autorów reprezentuje Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, mniej (11) Warszawski Uniwersytet Medyczny oraz (9) Gdański Uniwersytet Medyczny. Po 4 osoby legitymują się afiliacją Uniwersytetu Rzeszowskiego i Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, a po 2 – Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu oraz Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

Analiza włączonych do przeglądu piśmiennictwa publikacji z uwzględnieniem rodzaju tematyki publikacji

Włączone do prezentowanego przeglądu piśmiennictwa publikacje analizowano pod kątem rodzaju i tematyki. Zdecydowana większość artykułów miała charakter poglądowy (27). Pozostałe 10 publikacji to prace badawcze.

Wszystkie publikacje podzielono na 7 kategorii tematycznych: (1) prawo medyczne, (2) prawo w pielęgniarstwie, (3) prawo pracy, (4) prawo karne, (5) prawo ochrony zdrowia, (6) prawo konstytucyjne, (7) prawo cywilne.

Aby ułatwić Czytelnikowi prawidłowe rozróżnienie zakresów kategorii „prawo medyczne”, „prawo pielęgniarstwie” i „prawo ochrony zdrowia”, autorzy przyjęli, że do artykułów z zakresu prawa medycznego zaliczać będą teksty o tematyce praw pacjenta i prawa zawodów medycznych z wyłączeniem prawa pielęgniarstwiego stanowiącego osobną kategorię. Kategoria „prawo ochrony zdrowia” dotyczy zaś aspektów prawno-organizacyjnych funkcjonowania podmiotów leczniczych.

Najobszerniejsza kategoria to „prawo medyczne”, w której znalazło się 11 prac. Dotyczyły one głównie zgody pacjenta, klauzuli sumienia, praw pacjenta i dawstwa narządów po śmierci. Problematyce prawnej w pielęgniarstwie poświęcono 10 prac. Tutaj podstawowymi zagadnieniami badawczymi były: zasady wykonywania zawodu pielęgniarki, analiza prawna kompetencji pielęgniarstwie i błędy medyczne. Prawie tyle samo (9) publikacji dotyczyło zagadnień z zakresu prawa pracy. Autorzy skupili się przede wszystkim na problemie mobbingu, choć prace dotyczyły też kwe-

stii form zatrudnienia. Do kategorii „prawo w ochronie zdrowia” zakwalifikowano 2 publikacje. Skupiły się one na aspektach administracyjnych, jak np. finansowanie świadczeń zdrowotnych. Również 2 prace odnosiły się do prawa karnego. Analizowanymi zagadnieniami było prawno-karne ujęcie wspomnianego już mobbingu i granice pomiędzy wdzięcznością a przestępstwami korupcyjnymi. Zagadnieniu z zakresu prawa konstytucyjnego – statusowi rodziny i prawu do rodzicielstwa – poświęcony był 1 artykuł. Również 1 praca dotyczyła tematu bardzo luźno związanego z tematyką pielęgniarstwa – wadą oświadczenia woli, jaką jest groźba, i jej prawnocivilnymi skutkami.

Warto zauważyć, że tematem poruszonym w największej liczbie analizowanych prac (8) było zjawisko mobbingu. Szczegółowe wyniki dotyczące rodzaju i tematyki artykułów przedstawiono w **tabeli 3**.

Tabela 3. Analiza charakteru i tematyki publikacji włączonych do przeglądu piśmiennictwa poruszających aspekty prawne
Table 3. Analysis of the nature and content of publications included in the review of the literature raising legal aspects

| Lp. | Nazwisko pierwszego autora/ <i>Author's name</i> | Rodzaj pracy/ <i>Type of work</i> | Kategoria tematyczna/ <i>Thematic category</i> | Zagadnienie badawcze/ <i>The issue of research</i> |
|-----|---|--------------------------------------|---|---|
| 1. | Augustynek [4] | oryginalna/ <i>original</i> | prawo medyczne/ <i>medical law</i> | zgoda pacjenta/ <i>the patient's consent</i> |
| 2. | Wróbel [5] | poglądowa/ <i>review</i> | prawo medyczne/ <i>medical law</i> | klauzula sumienia/ <i>conscience clause</i> |
| 3. | Studnicka [6] | poglądowa/ <i>review</i> | prawo w pielęgniarstwie/ <i>nursing law</i> | opieka nad pacjentem niepełnosprawnym/ <i>disabled patient care</i> |
| 4. | Medak [7] | poglądowa/ <i>review</i> | prawo w pielęgniarstwie/ <i>nursing law</i> | błąd medyczny/ <i>medical error</i> |
| 5. | Afityka [8] | oryginalna/ <i>original</i> | prawo w pielęgniarstwie/ <i>nursing law</i> | błąd medyczny/ <i>medical error</i> |
| 6. | Gocel [9] | oryginalna/ <i>original</i> | prawo medyczne/ <i>medical law</i> | prawa pacjenta/ <i>patient rights</i> |
| 7. | Wójcik [10] | oryginalna/ <i>original</i> | prawo w pielęgniarstwie/ <i>nursing law</i> | prawo dot. zdrowia psychicznego/ <i>law on mental health</i> |
| 8. | Zimmermann [11] | poglądowa/ <i>review</i> | prawo w pielęgniarstwie/ <i>nursing law</i> | zasady wykonywania zawodu pielęgniarki/ <i>rules of nurse practice</i> |
| 9. | Kozłowska [12] | poglądowa/ <i>review</i> | prawo pracy/ <i>labor law</i> | mobbing |
| 10. | Zimmermann [13] | poglądowa/ <i>review</i> | prawo w pielęgniarstwie/ <i>nursing law</i> | zasady wykonywania zawodu pielęgniarki/ <i>rules of nurse practice</i> |

| | | | | |
|-----|------------------|--------------------------------|--|---|
| 11. | Kotlenga [14] | oryginalna/ <i>original</i> | prawo w pielęgniarstwie/ <i>nursing law</i> | zasady wykonywania zawodu pielęgniarki/ <i>rules of nurse practice</i> |
| 12. | Labuda [15] | poglądowa/ <i>review</i> | prawo pracy/ <i>labor law</i> | forma zatrudnienia pielęgniarki/ <i>form of nurse employment</i> |
| 13. | Leoniuk [16] | poglądowa/ <i>review</i> | prawo karne/ <i>criminal law</i> | przemoc domowa/ <i>home abuse</i> |
| 14. | Zurzycka [17] | poglądowa/ <i>review</i> | prawo medyczne/ <i>medical law</i> | zgoda pacjenta/ <i>the patient's consent</i> |
| 15. | Rasińska [18] | oryginalna/ <i>original</i> | prawo pracy/ <i>labor law</i> | mobbing |
| 16. | Bajurna [19] | oryginalna/ <i>original</i> | prawo pracy/ <i>labor law</i> | mobbing |
| 17. | Urbaniak [20] | poglądowa/ <i>review</i> | prawo pracy/ <i>labor law</i> | mobbing |
| 18. | Zdanowska [21] | poglądowa/ <i>review</i> | prawo pracy/ <i>labor law</i> | mobbing |
| 19. | Baranowska [22] | poglądowa/ <i>review</i> | prawo pracy/ <i>labor law</i> | mobbing |
| 20. | Prussak [23] | poglądowa/ <i>review</i> | prawo pracy/ <i>labor law</i> | zatrudnienie w podmiotach leczniczych/ <i>employment in medical entities</i> |
| 21. | Baranowska [24] | oryginalna/ <i>original</i> | prawo medyczne/ <i>medical law</i> | klauzula sumienia/ <i>conscience clause</i> |
| 22. | Stępnik [25] | poglądowa/ <i>review</i> | prawo pracy/ <i>labor law</i> | mobbing |
| 23. | Gieburowski [26] | poglądowa/ <i>review</i> | prawo karne/ <i>criminal law</i> | mobbing |
| 24. | Woderska [27] | oryginalna/ <i>original</i> | prawo medyczne/ <i>medical law</i> | dawstwo narządów/ <i>organ donation</i> |
| 25. | Holecki [28] | poglądowa/ <i>review</i> | prawo ochrony zdrowia/ <i>the right to health</i> | rozliczenie świadczeń zdrowotnych/ <i>health service settlement</i> |
| 26. | Sielska [29] | poglądowa/ <i>review</i> | prawo ochrony zdrowia/ <i>the right to health</i> | znaki identyfikacyjne pacjentów/ <i>identification marks of patients</i> |
| 27. | Urbaniak [30] | poglądowa/ <i>review</i> | prawo konstytucyjne/ <i>constitutional law</i> | rodzina i rodzicielstwo/ <i>family and parenting</i> |
| 28. | Szymańska [31] | oryginalna/ <i>original</i> | prawo medyczne/ <i>medical law</i> | eutanazja/ <i>euthanasia</i> |
| 29. | Sieńko [32] | poglądowa/ <i>review</i> | prawo w pielęgniarstwie/ <i>nursing law</i> | cewnikowanie/ <i>catheterization</i> |
| 30. | Sieńko [33] | poglądowa/ <i>review</i> | prawo w pielęgniarstwie/ <i>nursing law</i> | podawanie midazolamu przez pielęgniarkę/ <i>administration of midazolam by a nurse</i> |
| 31. | Sieńko [34] | poglądowa/ <i>review</i> | prawo karne/ <i>criminal law</i> | korupcja/ <i>corruption</i> |

| | | | | |
|-----|-----------------------|----------------------|--|---|
| 32. | Sieńko [35] | poglądowa/ review | prawo medyczne/ medical law | prawa pacjenta w przebiegu operacji/patients' rights in the course of opera- tions |
| 33. | Sieńko [36] | poglądowa/ review | prawo medyczne/ medical law | dawstwo nar- ządów/organ donation |
| 34. | Sieńko [37] | poglądowa/ review | prawo w pielę- gniarstwie/ nursing law | kaniulacja żyły szyjnej przez pielęgniarkę/ cannulation of the jugular vein by a nurse |
| 35. | Kwapińska [38] | poglądowa/ review | prawo medyczne/ medical law | przymus bez- pośredni wobec pacjenta/direct coercion against a patient |
| 36. | Przybylska [46] | poglądowa/ review | prawo medyczne/ medical law | błąd medyczny/ medical error |
| 37. | Wojciechowska [47] | poglądowa/ review | prawo cywilne/ civil law | groźba jako wada oświadczenia woli/the threat of a defect declara- tion of intent |

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Analiza merytoryczna publikacji włączonych do prezentowanego przeglądu piśmiennictwa pod względem znajomości aktualnych przepisów prawnych

Autorzy podjęli się także próby analizy merytorycznej, zarówno prac oryginalnych, jak i poglądowych, pod względem zgodności z aktualnymi przepisami prawa. W części prac pojawiały się pewne uchybienia wskazujące na powierzchowną znajomość badanego zagadnienia od strony prawnej.

W pracach oryginalnych jednym z przejawów takiego stanu rzeczy była kateria niewuwzględniająca odpowiedzi poprawnej w pytaniach dotyczących wiedzy respondentów na temat aktualnie obowiązujących przepisów prawnych.

W jednej z prac zapytano m.in., kto decyduje o wykonaniu świadczenia zdrowotnego w sytuacji, gdy pacjent ze względu na stan zdrowia nie jest w stanie sam wyrazić na nie zgody. Respondenci wybrać mogli następujące odpowiedzi: „(1) opiekun faktyczny; (2) lekarz; (3) pielęgniarka; (4) nie wiem”. Tymczasem *Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty* [39] w art. 32 ust. 2 przyznaje taką kompetencję sądowi opiekuńczemu: „Jeżeli pacjent jest małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe

– zezwolenie sądu opiekuńczego”. Opiekun faktyczny może wyrazić zgodę jedynie na zbadanie pacjenta (art. 32 ust. 3). Lekarz zaś może wykonać zabieg bez zgody pacjenta, tylko „jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym” (art. 33 ust. 1).

W innym badaniu zapytano respondentów, „czy lekarz prowadzący pacjenta w stanie nagłego zagrożenia życia ma prawo odmówić rodzinie oraz bliskim tego pacjenta udostępniania informacji na temat jego stanu zdrowia, jeśli ten pacjent sobie tego nie życzy”. Art. 13. *Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* [40] stanowi: „Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego”. Przepis ten jest niejako „zdublowany” przez art. 40 ust. 1 ustawy lekarskiej: „Lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu”. Nie może budzić więc żadnych wątpliwości, że lekarz ma bezwzględny obowiązek (a nie prawo) odmówić rodzinie i bliskim prawa do informacji, jeśli pacjent sobie tego nie życzy. W świetle przytoczonych argumentów prawnych zadane przez autorów pracy pytanie należy uznać za nieprecyzyjne.

Od uchybień merytorycznych nie są wolne również prace poglądowe. W jednej z prac autorzy powołują się na *Powszechną deklarację praw człowieka i obywatela*. Dokument taki nie istnieje. Autorzy dokonali swoistej fuzji *Deklaracji praw człowieka i obywatela* – dokumentu programowego rewolucji francuskiej przyjętego w 1789 r. przez Konstytuante – oraz *Powszechnej deklaracji praw człowieka z 1948 r.* Z dalszych wyjaśnień autorów wynika, że chodziło o ten drugi dokument, jednak błąd w nazwie aktu sugeruje pobieżną lekturę piśmiennictwa.

Z kolei w innym artykule, nadesłanym do redakcji 7 maja 2012 r., autorzy powołują się na uchyloną ponad 5 miesięcy wcześniej *Ustawę z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej* oraz nieobowiązującą od 1 lipca 2011 r. *Ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej*.

Dyskusja

Polskie piśmiennictwo naukowe obfituje w pozycje analizujące prawne aspekty pielęgniarstwa [4–38, 46, 47]. Podobnie w piśmiennictwie zagranicznym istnieje wiele prac poświęconych tej tematyce. Są to artykuły zarówno poglądowe, jak i oryginalne. Dużo mniej jest jednak

przeглядów literatury. Istnieje więc potrzeba opracowania ujmującego w sposób ilościowy i jakościowy aktualny stan nauk o zdrowiu dotyczący prawa w pielęgniarstwie.

W bazie Polskiej Bibliografii Lekarskiej (słowa kluczowe: „pielęgniarstwo” i „prawo”, okres wyszukiwania 15.05.2010–14.05.2015 r., typ artykułu: praca przeglądowa) nie odnaleziono żadnej pozycji spełniającej kryteria wyszukiwania.

W bazie PubMed/Medline (MeSH Major Topic: law AND nursing, język wyszukiwania: angielski, okres wyszukiwania: ostatnie 5 lat, typ artykułu: przegląd lub przegląd systematyczny) odnaleziono 11 artykułów spełniających przedmiotowe kryteria. Istotnie 4 artykuły odnosiły się do zagadnienia prawa w pielęgniarstwie. Tematyka prac dotyczyła: użycia przymusu fizycznego w opiece psychiatrycznej, a także aspektów prawa do wyrażenia zgody pacjenta psychiatrycznego, odpowiedzialności pielęgniarki oraz zgody pacjenta w chorobach nowotworowych i roli pielęgniarki w jej uzyskaniu [41–44].

W prezentowanym przeglądzie piśmiennictwa zarówno przeprowadzono analizę ilościową, jak i podjęto próbę jakościowej analizy aktualnego polskiego piśmiennictwa pielęgniarstwa. Analiza ilościowa pokazała, że w czasopismach „ogólnopielęgniarskich”, tj. „Pielęgniarstwo Polskie”, „Problemy Pielęgniarstwa”, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” czy „Pielęgniarstwo XXI wieku”, tematyka prawna poruszana jest dużo częściej (7–13 artykułów) niż w czasopismach specjalistycznych – „Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne” i „Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne” (0–1 artykuł).

Najbogatszym pod względem liczby opublikowanych prac był rok 2012. Może to być skorelowane z wejściem w życie nowych przepisów regulujących wykonywanie zawodu pielęgniarki. Ogólna liczba (34) odnalezionych z 3 lat (2012–2014) prac pozwala stwierdzić, że temat prawa jest ważnym zagadnieniem w literaturze naukowej z zakresu pielęgniarstwa. Należy spodziewać się, że liczba pozycji na ten temat może nawet wzrosnąć, szczególnie w kontekście kolejnych uchwalonych w drugiej połowie 2014 r. zmian prawnych, które wchodzą w życie 1 stycznia 2016 r.

Należy zauważyć, że w proces publikacyjny artykułów z zakresu prawa w pielęgniarstwie zaangażowana jest duża grupa osób – średnio ok. 2 osób na 1 tekst. Tylko 1 osoba była autorem więcej niż 2 prac. W wielu przypadkach stworzono zespoły interdyscyplinarne, w skład których wchodził prawnik i pielęgniarka lub lekarz [4, 5, 11, 13]. Współpraca taka zdaje się być potrzebna, a nawet konieczna w kontekście zawiłości zarówno systemu prawnego, jak i specyfiki pracy pielęgniarstwa. Nie dziwi też fakt, że prace poglądowe pisane

były zwykle przez 1–2 autorów, zaś badawcze – przez zespół składający się z nawet 7 osób. Uwarunkowane jest to rodzajem i czasem pracy poświęconej na skonstruowanie i przeprowadzenie badania. Z tego samego powodu artykułów oryginalnych jest dużo mniej niż poglądowych. Nie umniejsza to oczywiście roli tych ostatnich, których wnikliwa lektura powinna być podstawą rozpoczęcia prac badawczych.

Analiza ilościowa afiliacji ilustruje siłę dużych ośrodków uniwersyteckich w realizacji przedmiotowej tematyki naukowej. Pierwsze trzy instytucje są uniwersytetami medycznymi. Na czoło wysuwa się Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Tuż za nim plasują się Warszawski i Gdański Uniwersytet Medyczny. Sugeruje to, że w tych ośrodkach jednostki naukowe lub sami badacze specjalizują się w prawie pielęgniarstwie. Jest to bardzo młoda dziedzina prawa. O jej powstaniu można mówić w momencie przyznania zawodowi pielęgniarki statusu samodzielnego zawodu medycznego. W Polsce stało się to w 1996 r. Specjalizacja naukowców w dużych ośrodkach uniwersyteckich w tym zakresie może mieć wpływ na rozwój tej dziedziny prawa.

Tematyka prac podzieliła się na trzy główne obszary – prawo medyczne, prawo pracy i prawo pielęgniarstwa. Nie dziwi fakt podejmowania problemów prawno-medycznych. Wśród nich największym zainteresowaniem cieszą się prawa pacjenta, ze szczególnym uwzględnieniem jego zgody na wykonanie świadczeń oraz błędów medycznych. Tematyka ta jest także często podejmowana w zagranicznym piśmiennictwie [41]. Co więcej, przytoczone aspekty należą do głównych przyczyn odpowiedzialności prawnej i zawodowej tak lekarzy, jak i pielęgniarek [7].

Prawie co trzecia pozycja dotyczy prawa w zawodzie pielęgniarki. Pokazuje to, że polska literatura pielęgniarstwa nie stroni od problemów *stricto* zawodowych. Może mieć to także pośredni wpływ na pozycję zawodową pielęgniarki. Artykuły dotyczące prawa pielęgniarstwa obejmują zasady wykonywania zawodu, ale też konkretne kompetencje pielęgniarek – przeprowadzanie kaniulacji czy podawanie określonych leków. Mnogość prac może być odzwierciedleniem potrzeb pielęgniarek w zakresie aktualizowania stanu wiedzy o prawie w swojej profesji.

Zaskakująco duża liczba artykułów porusza tematykę prawa pracy. Szczególnie uwzględnianym aspektem jest mobbing. Sugeruje to, że jest on poważnym problemem w tej grupie zawodowej. Takie też są tezy analizowanych prac. Jak podaje Kozłowska, odsetek pielęgniarek, które doświadczyły mobbingu, waha się od 20% w Norwegii do 86% w Turcji. Polska na tym tle plasuje się po środku z wynikiem 40% [12]. Zauważana

w literaturze jest także problematyka formy zatrudnienia pielęgniarek. Zarówno umowa o pracę, jak i tzw. kontrakt mają swoje wady i zalety. Jak pokazuje badanie cytowane przez Labudę, w zakresie preferowanej formy zatrudnienia podobny odsetek pielęgniarek wskazuje kontrakt i etat [15].

W kilku pracach pojawił się aspekt opieki psychiatrycznej. Nastręcza ona wiele problemów natury prawnej i praktycznej ze względu na swoją specyfikę. W obszarze tym często konieczne jest ograniczenie praw pacjenta ze względu na inne dobra, co musi dziać się z ogromną ostrożnością i pod właściwą kontrolą. Chodzi tu przecież o ograniczanie praw człowieka, które dopuszczalne jest pod ściśle określonymi rygorami. Problem ten szeroko opisywany jest też w literaturze zagranicznej [42, 43].

Kolejnym zagadnieniem wartym przedyskutowania jest pojawianie się w pracach niedociągnięć merytorycznych w zakresie zgodności ze stanem prawnym. Badanie znajomości prawa lub postaw względem obowiązujących norm prawnych wymaga od autorów uprzedniej, wnikliwej lektury aktualnego stanu prawnego – ustaw, rozporządzeń, piśmiennictwa, doktryny, a także orzecznictwa sądów i innych instytucji zajmujących się stosowaniem prawa. Jest to zadanie trudne, także dla prawników. Przepisy zlokalizowane są niejednokrotnie w różnych aktach prawnych, a ich poprawna wykładnia wymaga solidnego warsztatu i praktyki. Zdarza się też, że dominujące poglądy doktryny są sprzeczne ze stanowiskiem sądów, a samo orzecznictwo jest niejedolite. Widać to szczególnie dobrze w sporach pomiędzy Sądem Najwyższym a Trybunałem Konstytucyjnym [45].

W świetle przytoczonych argumentów nie mogą dziwić występujące w niektórych pracach pielęgniarskich uchybienia natury prawnej. Czasem wynikają one z powierzchniowości autorów, jak w przypadku błędnej nazwy aktu prawnego, na jaki powoływali się autorzy (*Powszechna deklaracja praw człowieka i obywatela*), czy wręcz posiłkowania się nieaktualnym stanem prawnym (ustawa o ZOZ). Czasem jednak – co może niepokoić – brak wnikliwej analizy prawa dotyczącego badanego zagadnienia przekłada się na błędne skonstruowanie narzędzia badawczego.

Ograniczenia prezentowanego przeglądu piśmiennictwa

Ograniczeniem niniejszego badania był przede wszystkim dobór czasopism uwzględnionych w przeglądzie. Tematyka prawa w pielęgniarstwie pojawia się także w innych periodykach z zakresu nauk o zdrowiu, a także prawa medycznego. Ze względu na ramy niniejszej pracy uwzględnienie wszystkich czasopism podejmujących tematykę prawa w pielęgniarstwie nie było możliwe.

Podsumowanie

Elementy prawne w zawodzie pielęgniarki stanowią często poruszane zagadnienie w dostępnym polskim piśmiennictwie naukowym z zakresu pielęgniarstwa. Tematyka prawna podejmowana jest przede wszystkim w czasopismach ogólnopielęgniarskich, jednak prace poruszające aspekty prawne znaleźć można także w periodykach *stricte* specjalistycznych. Przeprowadzony przegląd piśmiennictwa pokazał, że prawo stanowi istotny przedmiot zainteresowań naukowych środowiska pielęgniarskiego.

Część prac z zakresu prawa prezentowanych w piśmiennictwie pielęgniarskim zawiera pewne niedoskonałości merytoryczne, co może mieć wpływ na ich jakość. Wnikliwa analiza obowiązującego stanu prawnego oraz skonfrontowanie go z opinią doktryny i orzecznictwem zminimalizowałyby przedmiotowe uchybienia. Jest to szczególnie ważne, ponieważ prezentowane artykuły stanowią *a priori* maksymalnie wiarygodne źródło wiedzy naukowej dla pielęgniarek. Należałoby rozważyć udział prawnika w zespole badawczym, co z jednej strony uczyniłoby lżejszym wysiłek badawczy pielęgniarek, a z drugiej powinno gwarantować najwyższą jakość publikowanych prac. Także w redakcjach czasopism pielęgniarskich w roli recenzenta powinno się rozważyć uwzględnienie prawnika, jako osoby czuwającej nad merytoryczną poprawnością artykułów.

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Dz.U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039 ze zm., <http://isap.sejm.gov.pl/Download.jsessionid=021B0102E9F1-F9A6D967F2DF2ABF992D?id=WDU20111741039&type=3> (data dostępu: 16.06.2015).
2. Zarzeka A, Panczyk M, Ściegłińska B, Belowska J, Iwanow L, Gottlib J. Postawy pielęgniarek oddziaływających wobec rozszerzenia uprawnień zawodowych w zakresie wystawiania recept oraz samodzielnego kierowania na badania diagnostyczne – wstępne badanie jakościowe. *Piel Pol.* 2015; 4 (58): 409–415.
3. Część B wykazu czasopism recenzowanych Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, http://www.bip.nauka.gov.pl/g2/oryginal/2014_12/c47eabc3ea1048d087074f73e2-b0723a.pdf (data dostępu: 28.05.2015).
4. Augustynek E, Jacek A. Stan wiedzy personelu pielęgniarskiego odnośnie udzielania świadczeń zdrowotnych bez zgody pacjenta. *Piel XXI w.* 2013; 4 (45): 5–9.
5. Wróbel A, Jacek A, Gajdek M. Stosowanie klauzuli sumienia w zawodach lekarza, pielęgniarki i położnej w świetle obowiązujących przepisów prawa. *Piel XXI w.* 2014; 1 (46): 19–21.
6. Studnicka K. Etyczne i prawne aspekty pracy pielęgniarki dotyczącej osób niepełnosprawnych w świetle konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych. *Piel XXI w.* 2014; 2 (47): 35–41.

7. Medak E, Aftyka A, Rozalska-Walaszek I. Błędy medyczne w praktyce lekarskiej i pielęgniarskiej – definicja, klasyfikacja, przyczyny, odpowiedzialność. *Piel XXI w.* 2014; 2 (47): 43–46.
8. Aftyka A, Rozalska-Walaszek I, Medak E, Kandziński G. Opinie pielęgniarek na temat częstości występowania błędów medycznych w codziennej praktyce. *Piel XXI w.* 2014; 4 (49): 5–10.
9. Gocel M, Kaczyńska A, Belowska J, Zarzeka A, Stachacz G, Król A, Gotlib J. Ocena wiedzy członków rodzin na temat praw pacjenta w stanie nagłego zagrożenia życia leżonego w oddziale intensywnej terapii. *Piel XXI w.* 2015; 1 (50): 5–10.
10. Wójcik M, Belowska J, Zarzeka A, Stachacz G, Panczyk M, Gotlib J. Ocena wiedzy pielęgniarek na temat Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. *Piel XXI w.* 2015; 1 (50): 16–21.
11. Zimmermann A, Banasik P. Wpływ nowych regulacji prawnych na zasady wykonywania zawodu przez pielęgniarki (część I). *Probl Piel.* 2012; 20 (3): 385–392.
12. Kozłowska L, Doboszyńska A. Mobbing w grupie zawodowej pielęgniarek. *Probl Piel.* 2012; 20 (4): 524–528.
13. Zimmermann A, Banasik P. Wpływ nowych regulacji prawnych na zasady wykonywania zawodu przez pielęgniarki (część II). *Probl Piel.* 2013; 21 (2): 271–279.
14. Kottlenga M, Grabowska H, Świetlik M. Ocena wiedzy na temat aktów prawnych regulujących wykonywanie zawodu pielęgniarki w Polsce w grupie pielęgniarek. *Probl Piel.* 2013; 21 (3): 290–296.
15. Labuda D, Chorążkiewicz M. Kontrakt jako alternatywna forma zatrudnienia pielęgniarek w szpitalu. *Probl Piel.* 2013; 21 (3): 388–396.
16. Leoniuk K, Nowakowska H, Sobczak K. Zadania pielęgniarki w systemie przeciwdziałania przemocy domowej. *Probl Piel.* 2013; 21 (3): 397–402.
17. Zurzycka P. Informowanie pacjenta o podejmowanych działaniach elementem świadomej zgody. *Probl Piel.* 2014; 22 (1): 113–118.
18. Rasińska R, Nowakowska I, Nowomiejski J. Zjawisko mobbingu w opiniach przyszłych położnych. *Piel Pol.* 2012; 1 (43): 7–11.
19. Bajurna B, Zdanowska J, Mendiya L. Źródła wiedzy pielęgniarek na temat lobbingu. *Piel Pol.* 2012; 1 (43): 20–24.
20. Urbaniak M. Mobbing – wybrane aspekty prawne. *Piel Pol.* 2012; 1 (43): 29–33.
21. Zdanowska J, Sialska J, Wieja E. Działania podejmowane w celu zapobiegania zjawisku mobbingu w wybranych podmiotach leczniczych. *Piel Pol.* 2012; 1 (43): 34–38.
22. Baranowska J, Kuchta J, Baranowski S, Litwińska Z, Klamerek A. Motywacja a lobbuing. *Piel Pol.* 2012; 2 (44): 96–99.
23. Prussak E. Zatrudnienie w podmiotach leczniczych pracowników wykonujących zawód medyczny. *Piel Pol.* 2012; 3 (45): 150–154.
24. Baranowska J, Baranowski S, Kuchta J, Litwińska Z. Stanowisko farmaceutów i studentów farmacji wobec klauzuli sumienia. *Piel Pol.* 2012; 4 (46): 187–189.
25. Stępiak P. Ochrona przed mobbingiem w zakładach opieki zdrowotnej – uwagi o instrumentarium prawnym. *Piel Pol.* 2012; 4 (46): 190–202.
26. Gieburowski K. Stosowanie praktyk mobbingowych w podmiotach leczniczych z punktu widzenia art. 218 § 1 kodeksu karnego. Uwagi wybrane. *Piel Pol.* 2012; 4 (46): 206–209.
27. Woderska N. Rola rodziny w podejmowaniu decyzji o dawstwie narządów do transplantacji. *Piel Pol.* 2013; 1 (47): 7–11.
28. Holecki T, Bocionek A. Rozliczanie świadczeń medycznych udzielanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. *Piel Pol.* 2013; 1 (47): 42–47.
29. Sielska J, Kwiatek-Markiewicz S, Dobrowolska E, Jakubek E. Realizacja obowiązku zaopatrywania pacjentów w znaki identyfikacyjne. *Piel Pol.* 2013; 3 (49): 216–218.
30. Urbaniak M. Konstytucyjny status rodziny i prawo do rodzicielstwa. *Piel Pol.* 2013; 4 (50): 289–294.
31. Szymańska K. Postawy wobec eutanazji wśród studentów pielęgniarstwa, prawa i kleryków. *Piel Zdr Publ.* 2012; 2 (2): 125–133.
32. Sieńko A. Zabieg cewnikowania w świetle prawa i etyki. *Piel Zdr Publ.* 2012; 2 (3): 237–238.
33. Sieńko A. Podanie midazolamu (Midanium, Dormicum) przez pielęgniarkę – aspekty prawne. *Piel Zdr Publ.* 2012; 2 (4): 315–317.
34. Sieńko A. Wdzięczność, łapówka, serdeczność czy brak etyki? *Piel Zdr Publ.* 2013; 3 (1): 71–73.
35. Sieńko A, Budzis A. Podmiotowość pacjenta w przebiegu zabiegu operacyjnego. *Piel Zdr Publ.* 2013; 3 (1): 75–78.
36. Sieńko A. Skuteczność sprzeciwu na pobranie tkanek i narządów w kontekście obowiązków lekarza. *Stan de lege lata i wnioski de lege ferenda.* *Piel Zdr Publ.* 2013; 3 (2): 167–173.
37. Sieńko A. Samodzielna kaniulacja żyły szyjnej przez pielęgniarkę. *Piel Zdr Publ.* 2013; 3 (2): 219–220.
38. Kwapińska C, Grzelak L. Zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec pacjenta. Aspekt prawny (1). *Piel Neurol Neurochir.* 2012; 1 (2): 83–85.
39. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry. *Dz.U.* z 1997 r. Nr 28, poz. 152 ze zm.
40. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. *Dz.U.* z 2009 r. Nr 52, poz. 417 ze zm.
41. Carnock M. Professional indemnity and its importance: a legal overview. *Nurs Child Young People.* 2011; 23 (6): 25–26.
42. Galon PA, Wineman NM. Coercion and procedural justice in psychiatric care: state of the science and implications for nursing. *Arch Psychiatr Nurs.* 2012; 24 (5): 307–316.
43. Cummings S. How to tell whether patients can make decisions about their care. *Emerg Nurse.* 2012; 20 (5): 22–26.
44. Wilkinson K. Informed consent and patients with cancer: role of the nurse as advocate. *Clin J Oncol Nurs.* 2012; 16 (4): 348–350.
45. Siedlecka E. Sąd pierwszy raz postawił się Trybunałowi Konstytucyjnemu, *Gazeta Wyborcza*, 4 kwietnia 2014 r., http://wyborcza.pl/1,76842,15739454,Sad_pierwszy_raz_postawil_sie_Trybunalowi_Konstytucyjnemu.html (data dostępu: 28.05.2015).
46. Przybylska K, Klamerek A, Matthews-Kozanecka M. Błąd medyczny jako zagrożenie funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. *Piel Pol.* 2014; 52 (2): 155–160.
47. Wojciechowska A. Groźba w stosunku do osób najbliższych – przyczyny psychologiczne i skutki prawne w polskim prawie cywilnym. *Piel Pol.* 2014; 55 (1): 88–92.

Artykuł przyjęty do redakcji: 04.12.2015
Artykuł przyjęty do publikacji: 15.02.2016

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Aleksander Zarzeka
ul. Żwirki i Wigury 61
02-091 Warszawa
tel.: 22 5720 490, fax: 22 5720 491, tel. kom.: +48 608 108 028
e-mail: aleksander.zarzeka@wum.edu.pl
Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia
Warszawski Uniwersytet Medyczny

SYNDROM WYPALENIA ZAWODOWEGO – SYMPTOMY I CZYNNIKI RYZYKA*

OCCUPATIONAL BURNOUT SYNDROME – SYMPTOMS AND RISK FACTORS

Agnieszka Bańkowska

Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy
Zakład Higieny i Epidemiologii, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

DOI: <http://dx.doi.org/10.20883/pielpol.2016.20>

STRESZCZENIE

Na aktywność zawodową i zdrowie pracowników podmiotów działalności leczniczej wpływa ogromna ilość bodźców różnego pochodzenia. Są takie, które motywują do działania, sprawiają, że realizacja zadań na medycznych stanowiskach pracy ma nie tylko wymiar fizyczny. Występują jednak również takie, których pojawienie się skutkuje silnymi objawami o ujemnym wpływie na funkcjonowanie zarówno w sferze zawodowej, jak i innych obszarach życia społecznego.

W niniejszym artykule zaprezentowano, odwołując się do literatury przedmiotu, przegląd głównych symptomów wypalenia zawodowego oraz wybrane czynniki ryzyka często towarzyszące temu niepokojącemu syndromowi.

SŁOWA KLUCZOWE: wypalenie zawodowe, objawy wypalenia, czynniki ryzyka.

ABSTRACT

Professional activity and health of employees in healthcare entities are influenced by a huge number of stimuli of various origins. There are those that motivate to action and as a result, the implementation of tasks at medical positions does not only have a physical dimension. However, there are also those whose appearance results in severe symptoms with a negative impact on functioning not only in the professional sphere but also in other areas of social life.

This article presents, based on the literature, an overview of the main symptoms of occupational burnout and selected risk factors often associated with this disturbing syndrome.

KEYWORDS: occupational burnout, burnout symptoms, risk factors.

Wstęp

Współcześnie praca stała się ważnym, czasami najważniejszym elementem życia. Możliwości podnoszenia kwalifikacji zawodowych stały się bardziej osiągalne. Obecnie większość ludzi postrzega siebie jako osobę wartościową wyłącznie w kontekście spektakularnych sukcesów i awansów zawodowych. W momencie gdy tak się nie dzieje, pomimo coraz wyższych osiągnięć, zaczynają nawarstwiać się negatywne emocje związane z pracą oraz środowiskiem pracy. Osoby takie w niekorzystnym świetle postrzegają własną aktywność zawodową, a także współpracowników. Coraz częściej są skłonne do konfliktów zespołowych, rośnie agresja wobec innych. W każdej pracy niezwykle istotną jest motywacja, która u takich osób ulega osłabieniu.

Stresogenność środowiska pracy w podmiotach działalności leczniczej może w konsekwencji skutkować pojawieniem się symptomów wypalenia zawodowego u części zatrudnionego personelu.

*Artykuł zawiera obszernie fragmenty pracy doktorskiej pt. *Cechy wypalenia zawodowego i nasilenie stresu u personelu naziemnego i pilotów Bazy Lotnictwa Taktycznego w Łasku* napisanej na UMK w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, pod kierunkiem prof. dr. hab. med. Aleksandra Gocha

Zarys definicyjnego ujęcia syndromu wypalenia zawodowego

Wypalenie zawodowe zostało opisane jako syndrom wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i obniżenia własnych osiągnięć, które są traktowane jako etapy rozwijającego się zespołu wypalenia zawodowego [1–3].

Po raz pierwszy terminu „wypalenie zawodowe” użyto w 1974 r. w Stanach Zjednoczonych; niemal równoległe uczyniło to dwoje badaczy tego zjawiska – psychiatra Herbert Freudenberger i psycholog społeczny Christina Maslach. Freudenberger zauważył u młodych wolontariuszy, pracujących z młodzieżą uzależnioną od narkotyków, powolną utratę motywacji do pracy, zmniejszenie zaangażowania, a mniej więcej po roku takiej pracy – pojawienie się objawów somatycznych. Zespół ten miał charakterystyczny przebieg i objawy; uczony nazwał je zespołem *burnout*, czyli zespołem „wypalenia sił” [4]. Maslach, pracująca na Uniwersytecie w Berkeley, objęła badaniami osoby pracujące w stre-

sujących zawodach, szczególnie takich, które wymagały kontaktu z ludźmi i podejmowania decyzji istotnych dla ludzi. Wykonała badania wśród pielęgniarek, pracowników opieki społecznej, prawników udzielających porad ludziom ubogim oraz psychologów klinicznych i psychiatrów pracujących z osobami chorymi psychicznie, a także pracowników więzień. Zaobserwowała u nich podobne objawy. Według Maslach zespół wypalenia zawodowego jest odpowiedzią organizmu na stres związany z pracą. Stan ten przejawia się utratą troski, traktowaniem pacjentów/klientów w sposób mechaniczny i pozbawiony emocji. Wstępnie definicja ta składała się z dwóch elementów: depersonalizacji i wyczerpania emocjonalnego. Z czasem, na etapie dalszych badań, dołączono kolejny element, tj. obniżone poczucie własnych dokonań. Definicja Maslach jest obecnie najpowszechniej stosowaną [5–8].

Symptomy wypalenia zawodowego

Pierwsze objawy wypalenia zawodowego dotyczą zazwyczaj psychofizycznego i emocjonalnego wyczerpania. Jest ono związane ze stanem psychofizycznego przeciążenia, spowodowanego nadmierną intensywnością kontaktów międzyludzkich. Objawia się niechęcią do pracy, obniżoną aktywnością, pesymizmem, drażliwością i utrzymującym się stałym napięciem psychofizycznym. Oprócz wspomnianych zaobserwować można lęk, bezsenność czy objawy psychosomatyczne, np. bóle głowy [5–7, 9].

Depersonalizacja przejawia się negatywną bądź obojętną postawą wobec innych ludzi, zwykle odbiorców świadczonej usługi. Wiąże się to ze zdystansowaniem, powierzchownym traktowaniem i sformalizowaniem kontaktów z otoczeniem. Zjawisko depersonalizacji jest wszechobecne, ma charakter trwałości i może powodować niepokój i zaburzenia funkcjonalne. Depersonalizacja może współwystępować z chorobami neurologicznymi, jak np. padaczką, oraz chorobami psychiatrycznymi, tj.: poważną depresją, schizofrenią czy stresem pourazowym [10–12]. Okazuje się, że stres zawodowy i bierny styl radzenia sobie ze stresem mają bezpośredni wpływ na pojawienie się objawów depersonalizacji, natomiast satysfakcja z pracy przy jednoczesnym wsparciu i wykorzystaniu wsparcia społecznego zapobiega jej wystąpieniu. Zadowolenie z pracy i aktywny styl radzenia sobie ze stresem mają pozytywny wpływ na poczucie osobistego spełnienia, podczas gdy pasywny styl radzenia sobie wiąże się z gorszym poczuciem osobistego spełnienia. Obniżone poczucie własnych dokonań jest tendencją do postrzegania własnych osiągnięć w negatywnym świetle. Skutkuje obniżeniem satysfakcji zawodowej bądź też jej całkowitą utratą, a także poczuciem klęski i obniżoną samooceną. Wszystko to ma

wpływ na sposób wykonywania pracy i motywację do podejmowania zadań zawodowych. Pojawiają się tendencje do absencji w pracy, co w pewnym stopniu jest mechanizmem ucieczki z sytuacji trudnej [13, 14].

Niedawne badania skupiły się na wpływie wsparcia menedżerów wobec pracowników i okazało się, że im niższy poziom wsparcia menedżera, tym wyższy poziom wypalenia emocjonalnego i objawów zmęczenia wśród pracowników. Natomiast wyższy poziom wsparcia kierowniczego wiąże się z większym poziomem satysfakcji zawodowej pracowników. Jest to więc jedna z dróg poprawy sytuacji psychologicznej pracowników, zapobiegająca wypaleniu. Wykazano też, że wsparcie menadżerskie może być jednym z elementów ogólnej, dobrej organizacji pracy uwzględniającej tzw. czynnik ludzki [15].

Współczesne badania wskazują, że osobami najbardziej narażonymi na zespół wypalenia są pracownicy zawodów wymagających kontaktu z ludźmi: nauczyciele, lekarze, pielęgniarki, przedstawiciele innych zawodów medycznych, pracownicy opieki społecznej [6]. Okazało się, że na wypalenie zawodowe narażeni są też pracownicy innych profesji, nadmiernie obciążeni pracą, wykonujący czynności zawodowe pod dużą presją odpowiedzialności, czasu, obciążeni fizycznie i psychicznie [7]. Spośród zawodów medycznych najwięcej badań dotyczyło grupy pielęgniarek i lekarzy. Wyniki tych badań wykazały, że około 50% przedstawicieli podanych zawodów cierpi na wypalenie zawodowe. Wypalenie dotyczy specjalistów pracujących w różnych obszarach medycyny, tj. opiece paliatywnej, poradniach opieki środowiskowej, szpitalach. Ponadto rozpowszechnienie zespołu wypalenia jest podobne w różnych krajach świata [16–19].

Obecnie na świecie prowadzone są badania nad stresem w pracy i jego znaczeniem dla powstania wypalenia zawodowego, szczególnie wśród osób wykonujących zawody wymagające specjalnych predyspozycji, jak piloci, lekarze ratownictwa medycznego, pielęgniarki i inni pracownicy podmiotów leczniczych, pracownicy korporacji i menedżerowie. W zawodach tych kluczowe jest podejmowanie szybkich decyzji w warunkach szczególnych, tj. presja czasu, napięcie emocjonalne w sytuacjach mogących generować ostry stres, zagrożenie życia własnego lub innych ludzi związane z błędną decyzją. Warto też pamiętać, że decyzje podejmowane w takich warunkach zawsze opierają się na przewidywaniu efektu z określonym prawdopodobieństwem, ale istnieje duży obszar „braku danych”, czyli informacji niezbędnych do prawidłowego przewidzenia skutku decyzji. Jak wiadomo, decyzje podejmowane w warunkach silnego stresu u niektórych osób nie są optymalne, szczególnie dotyczy to ludzi, u których emocje działają

destrukcyjnie na funkcje poznawcze i zmniejszają efektywność myślenia [20, 21].

Zwrócono również uwagę, że objawy wypalenia sił, podobne do wypalenia zawodowego, są problemem występującym w różnym wieku, często u młodych „zapalonych” do danej aktywności. W badaniach amerykańskich stwierdzono takie objawy wśród studentów medycyny, gdzie problem dotyczy ponad połowy studentów. Ponadto objawy wypalenia sił mogą utrzymywać się nawet po ukończeniu przez nich studiów, co jest czynnikiem osłabiającym motywację do rozpoczęcia pracy w zawodzie i zwiększającym ryzyko rozwoju wypalenia zawodowego. U osób tych mogą pojawić się zaburzenia psychiczne, przede wszystkim depresja, zaburzenia lękowe, w niektórych przypadkach dochodzi do nadużywania alkoholu i substancji psychoaktywnych, a nawet pojawiają się myśli i zachowania samobójcze [1, 3, 22].

Badania donoszą, że osoby z wypaleniem zawodowym prezentują wyższe nasilenie drażliwości i cynizmu, które skutkuje negatywnym, bezdusznym lub zbyt dystansowanym reagowaniem na różne aspekty pracy. Wiąże się to często ze zmniejszeniem profesjonalizmu i brakiem efektywności tych osób. Prawdopodobnie jest więc reakcją obronną w sytuacji poczucia własnej nieskuteczności w pracy, brakiem kompetencji, a szczególnie jest zauważalne u osób z widocznym brakiem sukcesów zawodowych. Ma to ogromne znaczenie w wielu obszarach życia społecznego czy gospodarczego, ale szczególnie niebezpieczne jest w zawodach związanych z pracą z ludźmi, m.in. w medycynie [2, 23, 24].

Czynniki ryzyka wypalenia zawodowego

Wypalenie zawodowe może mieć różne źródła, które zlokalizowane są na trzech płaszczyznach. Pierwsza z nich to płaszczyzna indywidualna, na którą składają się cechy osobowości, temperamentu, cechy biologiczne, zwłaszcza związane z funkcjonowaniem układu nerwowego. Stanowią one podłoże neurobiologiczne, określające ryzyko wystąpienia zaburzeń stresowych, w tym wypalenia zawodowego [25, 26].

Czynniki osobowościowe, takie jak zdolność do podejmowania wyzwań, stopień zaangażowania w zadania, skłonność do nadmiernego emocjonalnego zaangażowania w pracę, zwiększają jednocześnie ryzyko wypalenia zawodowego, co już wykazano w pierwszych badaniach nad tym zespołem. Syndrom wypalenia zawodowego często dotyka osób, które z zapałem rozpoczynają swoją karierę zawodową, mają poczucie misji, dużą motywację do pracy i jednocześnie wysokie oczekiwania, związane np. z rozwojem zawodowym czy możliwością awansu. Wysoko stawiają wymagania zarówno sobie, jak i innym ludziom. Takie osoby bar-

dzo często dekompensują się wtedy, gdy mają niewielki wpływ na daną sytuację i napotykają przeszkody w osiągnięciu celów [27].

Kolejna grupa czynników ryzyka wypalenia zawodowego wiąże się ze sferą kontaktów międzyludzkich [8, 28]. Obejmuje ona kontakty ze współpracownikami lub/i osobami z zewnątrz, korzystającymi z usług. W tych przypadkach szczególną uwagę zwraca się na konflikty interpersonalne, mobbing, poczucie obniżania wartości pracowników, brak poprawnej komunikacji w zespole czy agresję werbalną [28]. Mobbing w miejscu pracy ma negatywny wpływ zarówno na pracowników, jak i na organizację pracy. Może doprowadzić do znacznych zaburzeń emocjonalnych pracownika, pogorszenia stanu zdrowia psychicznego i fizycznego. Jest to obszar intensywnie badany; zwłaszcza badania psychologiczne koncentrują się na znaczeniu tej patologii w kontekście cech osobowości pracowników, w szczególności w zespołach cech składających się na osobowość ofiary i agresora. Mobbing jest patologicznym zjawiskiem, które występuje w miejscach „bogactych” w inne patologie, jak realizacja własnych interesów nie zawsze zgodnych z interesem firmy, a sprzyja nie tylko wypaleniu zawodowemu, ale również zwiększa ryzyko zaburzeń psychicznych [29]. Konflikty interpersonalne są procesem niełatwym do badania, gdyż bardzo trudno jest ustalić ich jasne przyczyny. Każdy konflikt toczy się o coś, np. pieniądze, prestiż, władzę i inne ważne „przywileje” pracownicze, a każda ze stron w indywidualny sposób spostrzega i interpretuje fakty. Konflikty w miejscu pracy są dużym zagrożeniem dla prawidłowych relacji zawodowych i tym samym dużym zagrożeniem dla zdrowia psychicznego pracowników [8].

Trzecią płaszczyzną jest obszar źródeł stresu zawodowego. Organizacja w miejscu pracy czy błędy w organizacji pracy są częstym powodem codziennego stresu, który w znacznym stopniu obciąża układ nerwowy. Źródłem stresu może być środowisko fizyczne, np. hałas, nieodpowiednia temperatura, zła ergonomia. Ponadto istotny jest stres związany ze sposobem wykonywania pracy, jak np. pośpiech, monotonia, a także stres związany z funkcjonowaniem pracownika jako członka organizacji, np. brak możliwości wypowiedzenia swojej opinii w sprawach istotnych dla miejsca pracy. Kolejnym obciążeniem jest stres związany z rozwojem zawodowym (brak możliwości podnoszenia kwalifikacji zawodowych czy brak czynników sprzyjających rozwojowi naukowemu), ale też nadmierne wymagania obciążające pracowników do dodatkowych szkoleń i podnoszenia kwalifikacji. Obecnie najpoważniejszym źródłem stresu jest brak perspektyw zawodowych, brak poczucia stałości pracy oraz zagrożenie utratą pracy. Istotny jest też stres związany z błędami kierowania grupą, szcze-

gólnie niedostosowanie wymagań do zadań placówki i potrzeb pracowników, a także nieprawidłowy system motywacyjny [28].

Powyższe czynniki zaburzają stan emocjonalny pracownika, źle wpływają na dalsze jego funkcjonowanie w środowisku zawodowym, a w perspektywie mogą prowadzić do wystąpienia wypalenia zawodowego i zwiększenia chorobowości.

Podsumowanie

Wypaleniem zawodowym najczęściej zagrożone są zawody, gdzie praca wymaga stałego kontaktu z ludźmi, jak wspomniane wcześniej zawody medyczne czy związane z opieką socjalną. Okazuje się, że nawet bardzo dobrze zorganizowana praca z grupą osób znajdujących się w sytuacji trudnej, jak sytuacja choroby, ubóstwa itp., może sprzyjać wypaleniu. Pracę w tych zawodach najczęściej podejmują ludzie o odpowiednich predyspozycjach emocjonalnych, o wysokim poziomie empatii, często wiążące się emocjonalnie z ludźmi. Praca tego typu nie zawsze jest związana z indywidualnie ocenianym sukcesem, np. trudno jest odnieść zadowalający sukces w pracy z chorymi paliatywnie czy osobami z patologii społecznej. Pracownicy często mają wrażenie, że nie da się niczego zmienić, a częściowa poprawa sytuacji nie jest przez nich odbierana w kategorii sukcesu zawodowego. Dlatego coraz częściej dochodzi do zmiany celów, np. nie jest sukcesem uzdrowienie pacjenta chorego paliatywnie, ale sukcesem jest zmniejszenie bólu, poprawa relacji z rodziną czy zapewnienie godnej śmierci.

Podobnie w pracy, gdzie pracownik angażuje swoje emocje. Silną porażką jest np. agresja i roszczeniowość ze strony pacjenta czy brak przestrzegania przez niego zaleceń, co często wynika ze specyficznych cech osobowości tegoż człowieka i jego aktualnej sytuacji. Pracownicy, którzy muszą skonfrontować własny system wartości z zupełnie odmiennym, odczuwają frustrację i mają poczucie porażki zawodowej.

Wypalenie zawodowe można też pojmować jako wewnętrzną ucieczkę psychiczną przed trudnymi sytuacjami w pracy, co w skrajnych przypadkach może doprowadzić do całkowitej utraty zainteresowania nią. Ponadto opisywane są najbardziej dramatyczne następstwa zespołu wypalenia, jak osłabienie możliwości funkcjonowania i pełnienia ról społecznych, również w rodzinie, co ma szczególnie dotkliwe następstwa osobiste i społeczne. Osoby z nadmiernym obciążeniem pracą, przy jednoczesnym zmniejszeniu wydolności, poświęcają więcej czasu na pracę, tracą kontakt z rodziną i przyjaciółmi, zaniedbują życie osobiste. Osoby z syndromem wypalenia prezentują też wyższy poziom

agresji, szczególnie w reakcji na niepowodzenia lub zwiększenie wymagań otoczenia [30].

Zagrożenia psychospołeczne odnoszą się do interakcji pomiędzy istotą pracy, organizacją pracy, systemami zarządzania, warunkami środowiska pracy a kompetencjami, potrzebami i indywidualnymi predyspozycjami pracownika. Nieprawidłowości w każdym z tych obszarów mogą wiązać się z wyższym ryzykiem wypalenia zawodowego. Mogą one prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia pracowników. Jednostka ta znalazła odzwierciedlenie w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10), w dziale XXI – „Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia”, w kategorii Z73 – „Problemy związane z trudnościami żywieniowymi”, kod: Z73.0 – „Wypalenie się. *Stan wyczerpania życiowego*” [31]. Niezwykle istotnym działaniem, także na gruncie organizacyjnym, musi stać się analiza niepokojących zjawisk oraz szeroko zakrojone działania prewencyjne, by w miarę możliwości wyeliminować ich przyczyny oraz maksymalizować działania na rzecz tworzenia bezpiecznego środowiska pracy.

W ostatnich latach zespół wypalenia zawodowego został uznany za problem zdrowia publicznego ze względu na fizyczne i psychiczne konsekwencje dla zdrowia pracowników oraz obniżenie efektywności i jakości pracy, a co się z tym wiąże – ogromne koszty ekonomiczne czy społeczne [32].

Piśmiennictwo

1. Santen SA, Holt DB, Kemp JD, Hemphill RR. Burnout in medical students: examining the prevalence and associated factors. *South Med J.* 2010; 103 (8): 758–763.
2. Ishak WW, Lederer S, Mandili C, Nikraves R, Seligman L, Vasa M, Bernstein CA. Burnout During Residency Training: A Literature Review. *J Grad Med Educ.* 2009; 1 (2): 236–242.
3. Ishak W, Nikraves R, Lederer S, Perry R, Ogunyemi D, Bernstein C. Burnout in medical students: a systematic review. *Clin Teach.* 2013; 10 (4): 242–245.
4. Freudenberger HJ. Staff Burnout. *J Soc Issu.* 1974; 30 (1): 159–165.
5. Maslach C. Wypalenie się: utrata troski o człowieka. W: Zimbardo PG (red.). *Psychologia i życie.* Warszawa: PWN; 1999. 512.
6. Maslach C. Wypalenie w perspektywie wielowymiarowej. W: Sęk H (red.). *Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie.* Warszawa: PWN; 2000. 13–31.
7. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001; 52: 397–422.
8. Maslach C, Leiter MP. *Prawda o wypaleniu zawodowym.* Warszawa: PWN; 2011.
9. Tucholska S. Christiny Maslach koncepcja wypalenia zawodowego: etapy rozwoju. *Prz Psychol.* 2001; 44 (3): 301–317.
10. Medford N, Sierra M, Baker D, David AS. Understanding and treating depersonalisation disorder. *Adv Psychiatr Treat.* 2005; 11: 92–100.

11. Medford M. Emotion and the unreal self: depersonalization disorder and De-affectualization. *Emot Rev.* 2012; 4 (2): 139–144.
12. Pereira-Lima K, Loureiro SR. Burnout, anxiety, depression, and social skills in medical residents. *Psychol Health Med.* 2015; 20 (3): 353–362.
13. Lin QH, Jiang CQ, Lam TH. The relationship between occupational stress, burnout, and turnover intention among managerial staff from a Sino-Japanese joint venture in Guangzhou, China. *J Occup Health.* 2013; 55 (6): 458–467.
14. Chen KY, Yang CM, Lien CH, Chiou HY, Lin MR, Chang HR, Chiu WT. Burnout, job satisfaction, and medical malpractice among physicians. *Int J Med Sci.* 2013; 10 (11): 1471–1478.
15. Hunsaker S, Chen HC, Maughan D, Heaston S. Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *J Nurs Scholarship.* 2015; 47 (2): 186–194.
16. Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, Kentish N, Pochard F, Loundou A, Papazian L. High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med.* 2007; 175 (7): 686–692.
17. Papatheanasiou, Fradelos EC, Kleisariis CF, Tsaras K, Kalota MA, Kourkouta L. Motivation, leadership, empowerment and confidence: their relation with nurses' burnout. *Mater Sociomed.* 2014; 26 (6): 405–410.
18. Sansó N, Galiana L, Oliver A, Pascual A, Sinclair S, Benito E. Palliative Care Professionals' Inner Life: Exploring the Relationships Among Awareness, Self-Care and Compassion Satisfaction and Fatigue, Burn Out and Coping with Death. *J Pain Symptom Manage.* 2015; doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.02.0132015.
19. Cao X, Chen L, Tian L, Diao Y. The effect of perceived organisational support on burnout among community health nurses in China: the mediating role of professional self-concept. *J Nurs Manag.* 2015; doi:10.1111/jonm.12292.
20. Tei-Tominaga M, Akiyama T, Miyake Y, Sakai Y. The relationship between temperament, job stress and overcommitment: a cross-sectional study using the TEMPS-A and a scale of ERI. *Ind Health.* 2009; 47: 509–517.
21. Jaracz M, Paciorek P, Buciuński A, Borkowska A. Affective temperament and executive functions in emergency medicine professionals. *J Affect Disord.* 2014; 168: 192–196; doi:10.1016/j.jad.2014.07.004. Epub 2014 Jul 10.
22. Cook AF, Arora VM, Rasinski KA, Curlin FA, Yoon JD. The prevalence of medical student mistreatment and its association with burnout. *Acad Med.* 2014; 89 (5): 749–754.
23. Trollope-Kumar K. "Do We Overdramatize Family Physician Burnout?: NO". *Can Fam Physician.* 2012; 58 (7): 731–733.
24. Li J, Tian Y, Ding L, Zou H, Ren Z, Shi L, Feathers D. Simulating extreme environments: Ergonomic evaluation of chinese pilot performance and heat stress tolerance. *Work.* 2014.
25. Kissling W, Mendel R, Förstl H. The burn-out syndrome: prevalence, symptoms, differential diagnosis and treatment. *Dtsch Med Wochenschr.* 2014; 139 (50): 2587–2596.
26. Wakim N. Occupational stressors, stress perception levels, and coping styles of medical surgical RNs: a generational perspective. *J Nurs Adm.* 2014; 44 (12): 632–639.
27. Pines AM. Wypalenie – w perspektywie egzystencjalnej. W: Sęk H (red.). *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie.* Warszawa: PWN; 2006. 32–57.
28. Kamrowska A. Wypalenie zawodowe. *Pol Merk Lek.* 2007; 23 (136): 317–319.
29. Ariza-Montes A, Muniz NM, Montero-Simó MJ, Araque-Padilla RA. Workplace bullying among healthcare workers. *Int J Environ Res Public Health.* 2013; 10 (8): 3121–3139.
30. Kośmicki M. Stres psychospołeczny jako czynnik ryzyka choroby wieńcowej. *Przew Lek.* 2002; 5 (6): 28–37.
31. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10. X Rewizja. T. I. Wyd. 2008, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. 2012; 744.
32. Batista JB, Carlotto MS, Coutinho AS, Augusto LG. Prevalence of Burnout Syndrome and sociodemographic and work factors of elementary education teachers of the City of João Pessoa. *Rev Bras Epidemiol.* 2010; 13 (3): 502–512.

Artykuł przyjęty do redakcji: 12.08.2015

Artykuł przyjęty do publikacji: 16.03.2016

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Agnieszka Bańkowska
 ul. Stanisława Konarskiego 1-3
 85-950 Bydgoszcz
 tel.: 512 494 479
 e-mail: aga-bankowska@wp.pl
 Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy
 Zakład Higieny i Epidemiologii
 Collegium Medicum
 im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy
 Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA SUBPOPULACJI W OKRESIE INWOLUCJI JAKO PRZECIWWAGA DLA HIPOKINEZY

PHYSICAL ACTIVITY OF PEOPLE IN THE INVOLUTION PERIOD AS A COUNTERBALANCE FOR HYPOKINESIS

Grzegorz Konieczny¹, Renata Rasińska²

¹Zakład Pedagogiki

Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu

²Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

DOI: <http://dx.doi.org/10.20883/pielpol.2016.21>

STRESZCZENIE

Celem niniejszej publikacji jest próba określenia roli i znaczenia aktywności fizycznej wśród subpopulacji w okresie inwolucji. W społeczeństwie XXI wieku proces starzenia się i starości jest nieunikniony oraz nieodwracalny. Z danych literaturowych wynika, że współczesne społeczeństwo nacechowane jest licznymi zmianami. Jednym z wymiarów tej konwersji jest wydłużanie się przeciętnego wieku życia. Z estymacji Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że w 2050 r. aż jedna trzecia naszego społeczeństwa będzie w wieku 65+. W związku z powyższym należy właściwie przygotować społeczeństwo do tej demograficznej zmiany. Jednym z istotnych czynników w tej strategii powinno być wychowanie społeczeństwa ku starości oraz w starości. Poza tym instytucje i organizacje zajmujące się szeroko rozumianą kulturą fizyczną powinny podejmować działania edukacyjne w celu uświadamiania społeczeństwu pozytywnych skutków wynikających z czynnego uczestnictwa w różnych formach aktywności fizycznej. Partycypacja różnych grup społecznych, w tym i osób starszych, jak wynika z literatury przedmiotu, stanowi zarówno źródło zdrowego starzenia się, jak i skuteczny środek dla nasilającego się zjawiska, jakim jest hipokineza.

SŁOWA KLUCZOWE: starość, proces starzenia się, aktywność fizyczna, zdrowy styl życia.

ABSTRACT

The purpose of this publication is an attempt to define the role and importance of physical activity among subpopulations in the period of involution. In the society of the 21st century the process of aging and old age is inevitable and irreversible. From literature data it follows that the modern society founded numerous changes. One of the dimensions of this transformation is the increase in the average age of life. The assessment of the Central Statistical Office shows that in 2050 up to 1/3 of our population will be 65. In connection with the foregoing, the public should be properly prepared for this demographic change. One of the important factors in this strategy should be the education of the society to the old age and in the old age. In addition, institutions and organizations engaged in all sorts of physical fitness must take educational activities to educate the public of the positive effects deriving from the active participation in various forms of physical activity. The participation of various social groups, including older people, as can be seen from the literature of the subject is the source of healthy aging and is an effective tool for the growing phenomenon, which is hypokinesia.

KEYWORDS: old age, aging process, physical activity, healthy lifestyle.

Wprowadzenie

„(...) Szukając tematu na badanie, warto zająć się tym, co nas fascynuje – zaangażowanie w problem zwiększa znacząco szanse, że projekt zostanie z sukcesem ukończony” [1]. Powyższa konstatacja stała się myślą przewodnią dla autorów niniejszej publikacji.

Dokonując analizy literatury dotyczącej zmian zachodzących w polskim społeczeństwie, przede wszystkim zmian w obszarze demograficznym, widać, że uwaga badaczy zwrócona jest przede wszystkim na zjawisko starzenia się i starości, które dotyka społeczeństw post-

industrialnych. Szybki rozwój wiedzy, medycyny czy komunikacji to tylko nieliczne składniki będące swoistymi implikatorami konwersji współczesnego społeczeństwa tak na świecie, jak i w Polsce. Zmiany te obejmują m.in. wydłużanie przeciętnego wieku.

Sztandarowa publikacja zatytułowana *Europejski Raport Zdrowia 2012: Droga do osiągnięcia dobrostanu* przygotowana przez Europejskie Biuro Regionalne WHO (raporty takie ukazują się co 3 lata) jest potwierdzeniem powyższej tezy twórców niniejszej publikacji. Z raportu wynika, że wydłuża się wiek przeciętnego mieszkańca Europy. Jak zauważają autorzy, spowodowa-

wane jest to „zmniejszeniem częstotliwości przyczyn pewnych zgonów oraz poprawą w zakresie występowania czynników ryzyka” i „warunków życiowych i społeczno-ekonomicznych” [2].

Według estymacji *Narodowego Programu Zdrowia 2007–2015* wynika, że w ostatnim 10-leciu wzrosła średnia długość trwania życia (dla kobiet do 79,4 roku, dla mężczyzn do 70,81 roku), a umieralność niemowląt została zredukowana do wskaźnika 6,4 na 1000 żywych urodzeń [3].

W jednej z prac E. Kozdroń także zauważa powyższą tendencję. Autorka w publikacji *Aktywność rekreacyjna w procesie pomyślnego starzenia się* konstatuje, że „Polska, tak jak większość europejskich krajów, jest krajem »siwiejącym« – przybywa w naszym społeczeństwie osób powyżej 60. roku życia” [4].

Podstawowe pojęcia

Analizując zjawisko aktywności fizycznej, autorzy dokonają w tym miejscu artykułu ustaleń terminologicznych i typologicznych, odnoszących się do starości i starzenia się, aktywności fizycznej, wykorzystując typowy zakres pojęciowy pojawiający się w literaturze przedmiotu.

Starość jest zjawiskiem biologicznym – elementem cyklu życia ludzkiego. T.B. Kirkwood w jednej ze swych prac stwierdza, że starzenie się jest procesem postępującego upośledzenia funkcji życiowych organizmu oraz utraty zdolności adaptacyjnych do zmian środowiskowych wraz ze zwiększającym się prawdopodobieństwem zgonu [5]. Starzenie się, zgodnie z przyjętym w literaturze psychogerontologicznej określeniem, oznacza pewien proces i ma charakter dynamiczny, podczas gdy starość jako stan ma charakter statyczny [6].

Poddając analizie teoretycznej pojęcie aktywności fizycznej, należy na wstępie zauważyć, że jest to najważniejszy po odżywianiu czynnik determinujący zdrowie. W doskonaleniu autostymów regulacyjnych organizmu stawiana jest bezsprzecznie na pierwszym miejscu. Jest ona czynnikiem modelującym w sposób najbardziej korzystny stan morfologiczny i funkcjonalny organizmu, a także istotnym czynnikiem kształtującym cechy psychiczne. W. Osiński dodaje, że aktywność fizyczna „podejmowana systematycznie w istotnym stopniu wpływa na zachowanie, a także umacnianie zdrowia człowieka” [7].

Aktywność fizyczną definiuje się jako „...każdy ruch ciała związany z kurczeniem się mięśni, który zwiększa wydatek energetyczny powyżej poziomu spoczynkowego” [8]. Tak szeroko rozumiana aktywność fizyczna odnosi się do wszelkich zajęć związanych z wysiłkiem towarzyszącym różnym formom kultury fizycznej, np.: zajęć sportowych i rekreacyjnych czy też uprawiania turystyki, podejmowanych zajęć w czasie wolnym, pod-

czas zabawy, jak również do codziennych zajęć, takich jak chodzenie, prace domowe oraz praca zawodowa związana z wysiłkiem fizycznym.

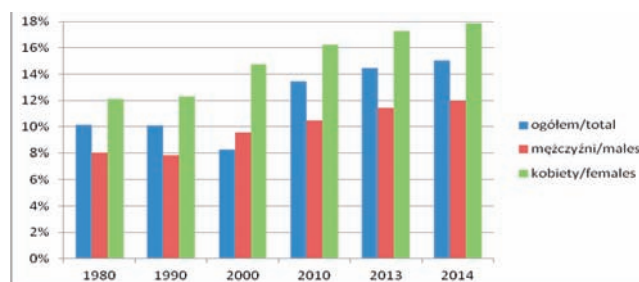
Przechodząc do analizy pojęcia zdrowego (prozdrowotnego) stylu życia, należy zaznaczyć, że termin ten odnosi się zazwyczaj do uczestnictwa w różnorodnych formach aktywności fizycznej, a literatura przedmioty definiuje to zachowanie jako: „...wzór świadomych zachowań związanych ze zdrowiem, będący efektem wyborów dokonywanych przez ludzi na podstawie dostępnych, determinowanych ich sytuacją życiową alternatyw; nie tylko wzór zachowań związany ze zdrowiem, ale także wartości i postawy reprezentowane przez ludzi w odpowiedzi na warunki ich społecznego, kulturowego i ekonomicznego środowiska” [9].

Analiza literatury

Złożoność oraz wielowymiarowość tej tematyki sprawiają, że diagnozowanie tego procesu jest zadaniem niełatwym i wymaga podejścia interdyscyplinarnego w wymiarze zarówno teoretycznym, jak i praktycznym.

Problematyka osób starszych z tego m.in. powodu stała się przedmiotem badań interdyscyplinarnych.

Istniejące estymacje demograficzne przygotowane przez GUS wskazują na wzrost liczby osób w wieku 60+ w polskim społeczeństwie. **Rycina 1** przedstawia zestawienie danych procentowych dotyczących odsetka osób w wieku 65+ od 1980 r.



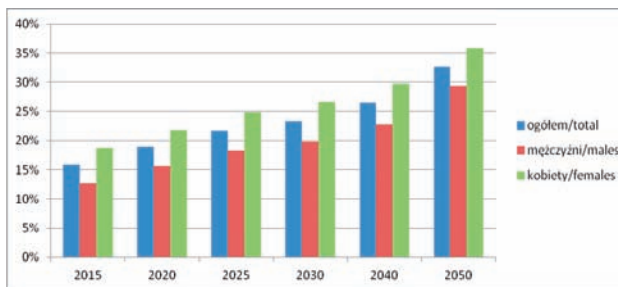
Rycina 1. Liczba osób w wieku 65+ w Polsce (dane w %)

Figure 1. Number of people aged 65+ in Poland (data in %)

Źródło: Odsetki osób w wieku 65+ w Polsce. Rocznik demograficzny 2014. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny

Source: Percentage of people aged 65+ in Poland. Demographic year-book 2014. Warsaw: Central Statistical Office

Prognozy demograficzne wskazują także, że proces starzenia się społeczeństw tak na świecie, jak i w Polsce jest nieunikniony oraz nieodwracalny. Dane liczbowe sięgające do 2050 r. wskazują, że odsetek osób w wieku 65+ będzie stale wzrastał (**Rycina 2**). Z poniższej tabeli wynika, że w połowie XXI wieku aż jedna trzecia naszego społeczeństwa będzie w wieku 65+.

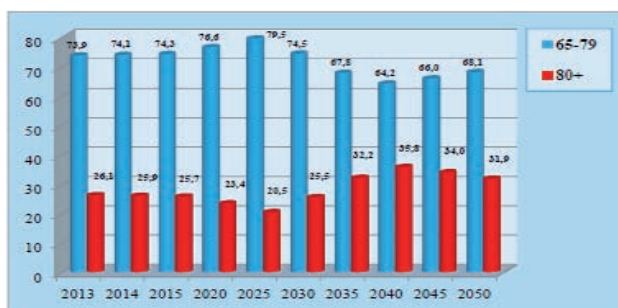


Rycina 2. Liczba Polaków w wieku 65+ (dane w %)
Figure 2. Number of Polish people aged 65+ (data in %)

Źródło: Prognoza demograficzna dotycząca liczby kobiet i mężczyzn w wieku 65+ w Polsce. Rocznik demograficzny 2014. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny

Source: *Demographic prognosis on the number of women and men aged 65+ in Poland. Demographic year-book 2014. Warsaw: Central Statistical Office*

Z kolei przyjmując założenie WHO [10], które wyróżnia trzy etapy życia: 60–74 lata: „młoda” starość (III wiek, *young old*), 75–89 lat: „dojrzała” starość (IV wiek, *oldest old*), 90 lat i więcej: długowieczność (*oldest old, long life*), należy przyjąć, że po 2025 r. drastycznie wzrośnie odsetek 80-latków i starszych z uwagi na fakt, że ten wiek – w kolejnych latach – osiągną osoby urodzone w 1945 r. i później, a więc „pochodzące” z powojennego boomu urodzeń, zaś echo tego wyżu zasili grupę osób w wieku 65 lat i więcej. W 2040 r. osoby ponad 80-letnie będą stanowiły aż 36% zbiorowości osób starszych – 65 lat i więcej. W końcu prognozowanego okresu proporcje nieco ulegną zmianie i odsetek osób 80+ w ogólnej populacji osób starszych (65 lat i więcej) zmniejszy się do 32% (**Rycina 3**).



Rycina 3. Struktura populacji osób starszych (osoby w wieku 65 lat i więcej = 100%)

Figure 3. Population structure of elder people (people aged 65 and more =100%)

Źródło: Prognoza ludności na lata 2014–2050. Studia Analiz Statystycznych. Warszawa: GUS, Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy; 2014. 137

Source: *Demographic prognosis for 2014–2050. Statistical Analyses Studies. Warsaw: Central Statistical Office, Department of Demographic Research and Labour Market; 2014. 137*

Należy przeciwdziałać niekorzystnym (destruktywnym) zmianom w okresie inwolucji, która – jak wynika z przedstawionych estymacji – jest procesem nieuniknionym i przybierającym na sile.

Trzeba zatem właściwie przygotować się do starości zarówno własnej, jak i cudzej. Ogromną rolę w tej kwestii odgrywa wychowanie społeczeństwa ku starości oraz w starości.

Istotnym czynnikiem w tej strategii wychowawczej są podejmowane działania edukacyjne w celu uświadamiania społeczeństwu, a w szczególności subpopulacji, jaką stanowią osoby starsze, że czynne uczestnictwo w różnych formach aktywności fizycznej przyniesie pozytywne rezultaty. Popularyzowanie tej formy aktywności człowieka oraz zachęcanie osób starszych do uczestnictwa w szeroko rozumianej kulturze fizycznej stanowi *spiritus movens* zdrowego starzenia się (ang. *successful ageing*) w wymiarze fizycznym, psychicznym oraz społecznym. Już Hipokrates – starożytny lekarz z Kos – zalecał ruch jako środek działający pozytywnie na cały organizm człowieka [11], a w wieku XVI W. Oczo – nadworny lekarz królów polskich Stefana Batorego oraz Zygmunta III Wazy – stwierdził, że ruch jest w stanie zastąpić każdy lek, ale wszystkie leki razem wzięte nie zastąpią ruchu. Z kolei raport *Global Health Risk* WHO z 2009 r. wskazuje, że wśród 24 czynników wpływających na zwiększenie ryzyka śmiertelności na świecie brak aktywności ruchowej jest trzecim czynnikiem ryzyka odpowiedzialnym za ogólną śmiertelność – 6% (wysokie ciśnienie tętnicze odpowiedzialne jest za 13% zgonów na świecie, a palenie tytoniu – 9%) [12].

Przez liczne instytucje i organizacje społeczne realizowane są zadania zmierzające do popularyzacji tego modelu (M. Demel 1980, W. Siwiński 1992, R. Winiarski 1989, T. Wolańska 1988, A. Gniazdowski 1990, B. Woynarowska 1993, W. Siwiński 2000, Z. Żukowska, R. Żukowski 2003, J. Nowocień 2013).

Do takich instytucji i organizacji realizujących od wielu lat zadania w zakresie działań popularyzujących i aktywizujących m.in. seniorów do partycypowania w różnych formach kultury fizycznej zaliczyć należy m.in. WHO, która organizuje od 2003 r. imprezy mające na celu promowanie korzyści wynikających z uczestnictwa w różnych formach aktywności fizycznej. Imprezy zwane Dniem Aktywności na rzecz Zdrowia (ang. *Move for Healthy Day*) odbywają się corocznie w połowie maja. Warto przywołać tu również Europejskie Stowarzyszenie Promocji Aktywności Ruchowej 50+ (ESPAR 50+), którego misją jest budowanie i utrwalanie prozdrowotnych postaw osób dorosłych, czy też Towarzystwo Krzewienia Kultury Fizycznej (TKKF), które m.in. promuje zdrowy styl życia.

Poza tym do polskich instytucji popularyzujących aktywność fizyczną zaliczyć należy m.in.:

- Ministerstwo Sportu i Turystyki,
- Polską Organizację Turystyczną,
- Regionalną Organizację Turystyczną,
- Lokalną Organizację Turystyczną,
- Polską Izbę Turystyki,
- Polską Agencję Rozwoju Turystyki,
- Polskie Towarzystwo Turystyczno-Krajoznawcze,
- Polskie Stowarzyszenie Turystyki.

Z literatury przedmiotu wynika, że obciążenie organizmu wysiłkiem określane jest w różny sposób: może to być wydatek energetyczny (kcal) potrzebny do wykonania wysiłku; zapotrzebowanie na tlen podczas obciążenia bezwzględne wyrażone w MET (gdzie 1 MET – ekwiwalent metaboliczny – odpowiada zapotrzebowaniu na tlen w spoczynku w pozycji siedzącej i wynosi 3,5 ml/kg/min); lub miara względnej intensywności wysiłku wyrażona odsetkiem maksymalnej częstości serca HR_m (ang. *heart rate*) lub procentem maksymalnego pochłaniania tlenu $\dot{V}O_2$ max (ang. *V – volume, O₂ – oxygen*). Do tego celu można wykorzystać także subiektywne skale odczucia ciężkości wysiłku, spośród których najbardziej znana jest skala Borga, lub będące w codziennym użyciu krokomierze [13–15].

Za niedostateczną uważa się aktywność fizyczną o intensywności poniżej 4–5 MET i/lub wydatku energetycznym mniejszym niż 500 kcal/tydzień [16]. Według J.J. Varo i wsp. za niedostateczną należy przyjąć aktywność fizyczną, przy której wydatek energetyczny wynosi mniej niż 10% całkowitego dobowego wydatku energetycznego [17], z kolei A.C. Leon uważa, że deficyt w ww. zakresie występuje wtedy, gdy jest krótszy niż 25 min/dzień [18].

Przyjmując powyższe kryteria, należy stwierdzić, że 40–60% populacji UE prowadzi siedzący tryb życia (Eurobarometr – marzec 2010). W Polsce w zależności od wieku dotyczy to 50–70% populacji [19]. Jeżeli przeanalizujemy aktywność fizyczną osób starszych, zauważyć należy, że poziom tej aktywności jest niezadowolający. W Polsce styl życia osób starszych można określić raczej jako bierny. Około 80% ludzi starszych (w okresie wczesnej starości, czyli do 75. roku życia) jest mobilnych ruchowo [20], ponad 50% badanych deklaruje potrzebę ruchu, a do podejmowania aktywności fizycznej raz w tygodniu przyznaje się 12% Polaków 60+ [21].

Barierami aktywności fizycznej są najczęściej czynniki zdrowotne, psychologiczne oraz społeczno-kulturowe, do których należą m.in. negatywne uprzedzenia oraz stereotypy.

Mimo tych barier dla coraz większej grupy polskich seniorów dysponujących dużą ilością wolnego czasu kultura fizyczna stanowi pożądaną model zdrowego sty-

lu życia, a tym samym przyczynia się on do łagodzenia procesu inwolucji, tj. do pozytywnego starzenia się.

J. Nowocień konstatuje, że odpowiednio dobrana, zaplanowana i podejmowana aktywność fizyczna jest najlepszym lekarstwem w tym nieuchronnym procesie [22].

Podsumowanie

Dokonując krótkiego podsumowania, należy skonstatować, że aktywność fizyczna jest swoistym fenomenem człowieka żyjącego w erze „globalnych przepływow kulturowych” (A. Appadurai). Istotą tego fenomenu jest fakt, że stanowi *spiritus movens* zdrowego starzenia się (ang. *successful ageing*) w wymiarze fizycznym, psychicznym oraz społecznym.

Instytucje i organizacje zajmujące się krzewieniem kultury fizycznej powinny stale podejmować działania o charakterze toposu w celu popularyzacji zdrowego stylu życia oraz aktywizacji społeczeństwa, w tym i osób starszych, zachęcając do systematycznych działań rekreacyjnych, które stanowią „odtrutkę” przeciwko nieuchronnemu procesowi inwolucji. Taka edukacja zdrowotna ma na celu przeformatowanie postaw społecznych w zakresie wyborów dotyczących aktywnych zachowań podejmowanych w wolnym czasie w taki sposób, by stały się one powszechnie akceptowanym priorytetem oraz swoistym *signum temporis* dzisiejszego społeczeństwa.

Piśmiennictwo

1. Stasik A, Gendźwiłł A. Projektowanie badania jakościowego. W: Jemieliński D (red.). Badania jakościowe. Podejścia i teorie. Tom I. Warszawa: PWN; 2012. 3.
2. WHO. Europejski Raport Zdrowia 2012: Droga do osiągnięcia dobrostanu, www.spif.pl/wp-content/uploads/2015/.../Europejski-Raport-Zdrowia-2012 (data dostępu: 20.02.2016).
3. Kuszewski K, Goryński P, Wojtyński B, Halik R (red.). Narodowy Program Zdrowia 2007–2015. Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r. Warszawa; 2007. 9
4. Kozdroń E. Aktywność rekreacyjna w procesie pomyślnego starzenia się. Zeszyty Naukowe WSKFiT. 2014; 9: 75–84.
5. Kirkwood TB. Human Senescence. BioEssay. 1996; 18 (12).
6. Porzych K, Kędziora-Kornatowska K, Porzych M. Psychologiczne aspekty starzenia się i starości. Gerontol Pol. 2004; 12 (4).
7. Bojar I, Wojtyła K, Owoc A. Aktywność fizyczna uczniów szkół podstawowych powiatu miasta Kalisz i powiatu kaliskiego. Med Ogólna. 2010; 16 (45) 1: 33.
8. EU Working Group. Sport and Health (2008) EU Physical Activity Guidelines, http://ec.europa.eu/sport/what-we-do/doc/health/pa_guidelines_4th_consolidated_draft_en.pdf (data dostępu: 08.03.2016).
9. Ostrowska A. Styl życia a zdrowie: z zagadnień promocji zdrowia. Warszawa: Wyd. Instytutu Filozofii i Socjologii PAN; 1999. 27.
10. Prognoza ludności na lata 2014–2050. Studia Analiz Statystycznych. Warszawa: GUS, Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy; 2014. 135.

11. Karwat ID, Jędrych M, Skawiński D, Pieciewicz-Szczęśna H, Sobieszczęński J, Żukow W, Fronczek M, Borzęcki P. Zdrowie i niepełnosprawność – problemy w definiowaniu. Cz. 9. Cechy wykorzystywane w ocenie stanu zdrowia. *J Health Sci.* 2012; 2 (5); 87–100.
12. WHO. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: WHO Press; 2009.
13. Kozłowski S, Nazar K. Wprowadzenie do fizjologii klinicznej. Wyd. II. Warszawa: PZWL; 1995.
14. Koradecka D (red.). Bezpieczeństwo pracy i ergonomia. Warszawa: CIOP; 1997.
15. Koradecka D, Bugajska J. Ocena wielkości obciążania pracą fizyczną na stanowiskach roboczych. Warszawa: CIOP; 1998.
16. Drygas W, Piotrowicz R, Jegier A, Kopeć G, Podolec P. Aktywność fizyczna u osób zdrowych. W: Podolec P (red.). Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki. Tom II. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2010. 437–442.
17. Varo JJ, Martinez-Gonzalez MA, Kearney J, Gibney M, Martinez JA. Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union. *Int J Epidemiol.* 2003; 32: 138.
18. Leon AC, Rodriguez-Perez M, Rodriguez-Benjumbeda L, Ania-Lafuente B, Brito-Diaz B, Muros de Fuentes M, Almeida-Gonzales D, Batista-Medina M, Aguirre-Aime A. Sedentary lifestyle: Physical activity duration versus percentage of energy expenditure. *Rev Esp Cardiol.* 2007; 60: 244.
19. Wyniki badań GUS – Uczestnictwo Polaków w sporcie i rekreacji ruchowej w 2008 r. Warszawa: GUS; 2009.
20. Gębska-Kuczerowska A. Uwarunkowania mobilności osób w wieku 65 lat i więcej. W: Charzewski J (red.). Problemy starzenia. Warszawa: Wyd. AWF; 2001. 111–113.
21. Wyniki badań GUS – Uczestnictwo Polaków w sporcie i rekreacji ruchowej w 2012 r. Warszawa: GUS; 2013.
22. Nowocień J. Studium o pedagogice kultury fizycznej. Warszawa: Wyd. AWF; 2013. 67.

Artykuł przyjęty do redakcji: 30.04.2015

Artykuł przyjęty do publikacji: 09.07.2015

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Grzegorz Konieczny
ul. Królowej Jadwigi 27/39
61-871 Poznań
tel.: 61 835 54 18
e-mail: gkonieczny@awf.poznan.pl
Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego
w Poznaniu

■ SPRAWOZDANIE Z KONFERENCJI NAUKOWEJ „ZDROWIE W NAUCE I PRAKTYCE. CZTERDZIESTOLECIE SZPITALA W PUSZCZYKOWIE – DOŚWIADCZENIA I ROZWÓJ”

*HEALTH IN SCIENCE AND PRACTICE. THE 40TH ANNIVERSARY OF PUSZCZYKOWO HOSPITAL
– EXPERIENCES AND CHALLENGES – CONFERENCE REPORT*

Renata Rasińska

Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

W dniu 3 czerwca 2016 roku odbyła się Konferencja Naukowa „Zdrowie w nauce i praktyce. Czterdziestolecie Szpitala w Puszczykowie – doświadczenia i rozwój”. Celami konferencji były: przegląd najnowszych wyników badań naukowych, dyskusja, wymiana doświadczeń oraz nawiązanie współpracy w badaniach koncentrujących się wokół problemów związanych ze zdrowiem, zachowaniami zdrowotnymi oraz zdrowym stylem życia.

Organizatorami spotkania byli: Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu, Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej, Szpital w Puszczykowie im. prof. Stefana Tytusa Dąbrowskiego wraz ze Starostwem Powiatowym.

Konferencja składała się z dwóch paneli: jubileuszowego i naukowego. Prezes Zarządu Szpitala dr Ewa Wieja wspólnie ze Starostą Poznańskim Janem Grabkowskim, otwierając obchody jubileuszowe, przypomnieli najważniejsze momenty historyczne szpitala i postaci, jakie w sposób szczególnie odcisnęły swój ślad w działalności szpitala. Ponadto zaprezentowane zostały plany na przyszłość. Wyróżniono także nagrodami jubileuszowymi najbardziej zasłużonych. W końcowej części tego panelu zostały wygłoszone cztery referaty tematycznie powiązane z obchodami.

Zwienieczeniem części oficjalnej była część naukowa, której głównym organizatorem była dr hab. Maria Danuta Głowacka, Prezes Polskiego Towarzystwa Nauk o Zdrowiu, na co dzień związana z Katedrą Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Program konferencji przewidywał trzy sesje poświęcone: zachowaniom zdrowotnym

człowieka, znaczeniu profilaktyki dla zachowania zdrowia oraz społecznym uwarunkowaniom efektywności w realizacji zadań zawodowych; wygłoszono 17 prelekcji. Poruszane tematy dotyczyły szeroko pojętego zdrowia rodziny przez pryzmat zagadnień medycznych, psychologicznych, społecznych oraz organizacyjnych i prawnych.

Konferencja zgromadziła liczne grono uczestników, którymi byli pracownicy Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz goście reprezentujący inne jednostki naukowo-badawcze, m.in. Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Akademię Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu, Gdański Uniwersytet Medyczny, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Wielkopolskie Centrum Onkologii, Collegium Da Vinci w Poznaniu oraz Collegium Medicum w Bydgoszczy.

Swoją obecność, aktywnym uczestnictwem podczas sesji plakatowej, zaznaczyli także studenci naszego Uniwersytetu, prezentując w postaci 14 posterów swoje wyniki badań naukowych.

Na zakończenie głos zabrała dr inż. Renata Rasińska, która podsumowała spotkanie, gratulując jednocześnie prezentacji wielu referatów opracowanych na podstawie przeprowadzonych badań empirycznych, co stało się zdecydowanym walorem niniejszej konferencji. W imieniu organizatorów za tak liczny i aktywny udział w konferencji podziękowała dr hab. Maria Danuta Głowacka.

Z uwagi na naukowy wymiar konferencji i satysfakcjonującą współpracę międzyuczelnianą przy jej organizacji mamy nadzieję, że stanie się ona przyczynkiem do realizacji kolejnych, wspólnych i interdyscyplinarnych projektów naukowo-badawczych.



Powitanie uczestników panelu jubileuszowego
 Źródło: www.szpitalwpuszczykowie.com.pl



Panel naukowy



Uczestnicy panelu jubileuszowego
 Źródło: www.szpitalwpuszczykowie.com.pl



Uczestnicy panelu naukowego



POLSKIE TOWARZYSTWO NAUK O ZDROWIU

Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu powstało w 1998 roku. Inicjatorami powstania Towarzystwa była grupa entuzjastów nauk o zdrowiu i promocji zdrowia pod kierunkiem Pani dr hab. Marii Danuty Głowackiej.

Towarzystwo powołano w celu inspirowania, popierania i popularyzowania rozwoju nauk o zdrowiu oraz promocji zdrowia. W zatwierdzonym statucie Towarzystwa przedstawiono środki umożliwiające realizację wyżej wymienionych celów, do których zalicza się działalność naukową, popieranie działalności wydawniczej, popieranie badań naukowych, organizowanie wymiany naukowej z zagranicą, organizowanie konferencji, sympozjów i seminariów, dofinansowywanie uczestnictwa członków w innych konferencjach, sympozjach i seminariach. Członkowie Towarzystwa aktywnie uczestniczą w działalności naukowej, badawczej i publikacyjnej Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Towarzystwo dofinansowuje uczestnictwo swoich członków w konferencjach organizowanych przez inne uczelnie, a także współuczestniczy w organizowanych przez Wydział Nauk o Zdrowiu konferencjach i sympozjach. Zgodnie z prawem o działalności stowarzyszeń i towarzystw PTNoZ składa na bieżąco sprawozdania finansowe i podatkowe oraz organizuje walne zebrania członków Towarzystwa, zatwierdzając sprawozdania i oceniając działalność statutową.

Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu

ul. Mariana Smoluchowskiego 11, 60-179 Poznań
tel.: 61 655 92 50, fax: 61 655 92 51, e-mail: ptnoz@poczta.onet.pl
NIP: 781 16 48 520, REGON: 639578796, KRS: 0000074710
BZ WBK 60 1090 1346 0000 0001 1347 1664



POLSKIE TOWARZYSTWO NAUK O ZDROWIU

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Miejsce pracy, stanowisko

Ukończona uczelnia/szkoła, kierunek, specjalność

Uzyskany tytuł/stopień/zawód

Data urodzenia

Telefon kontaktowy

E-mail

Proszę o przyjęcie mnie do Polskiego Towarzystwa Nauk o Zdrowiu.
Zapoznałem/am się ze statutem Towarzystwa.
Zobowiązuję się do aktywnej współpracy w realizacji celów Towarzystwa
i regularnego opłacania składek członkowskich.

Data

Podpis

Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu

ul. Mariana Smoluchowskiego 11, 60-179 Poznań
tel.: 61 655 92 50, fax: 61 655 92 51, e-mail: ptnoz@poczta.onet.pl
NIP: 781 16 48 520, REGON: 639578796, KRS: 0000074710
BZ WBK 60 1090 1346 0000 0001 1347 1664

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
zaprasza do udziału w XXXVII edycji

PODYPLOMOWEGO STUDIUM ZARZĄDZANIA W OPIECE ZDROWOTNEJ

– jednego z najlepszych w rankingach szkół menedżerów zdrowia

Studium jest propozycją dla osób z wyższym wykształceniem, pracujących w podmiotach organizacyjnych służby zdrowia lub planujących karierę zawodową w tych strukturach.

Kadrę dydaktyczną tworzą wysokiej klasy wykładowcy akademicy i specjaliści, których celem jest przekazanie słuchaczom wiedzy oraz umiejętności w zakresie: zarządzania, prawa w ochronie zdrowia, ubezpieczeń społecznych, analizy ekonomicznej, rachunkowości oraz marketingu w jednostkach organizacyjnych opieki zdrowotnej.

Nabór trwa cały czas, zgłoszenia przyjmujemy pod adresem:
Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
60–179 Poznań, ul. Mariana Smoluchowskiego 11 (pokój 201)
tel./fax: 61 861 22 51, tel.: 61 861 22 50
e-mail: knoz@ump.edu.pl

Szczegółowe informacje dotyczące studium zamieszczone są
na stronie internetowej: <http://amp.edu.pl>

WSKAZÓWKI DLA AUTORÓW

„Pielęgniarstwo Polskie” zamieszcza recenzowane prace oryginalne, poglądowe, kazuistyczne, sprawozdania ze zjazdów i konferencji, recenzje z książek oraz opracowania z zakresu historii pielęgniarstwa w języku polskim i angielskim. „Pielęgniarstwo Polskie” jest kwartalnikiem i czasopismem wydawanym również w modelu *open-access*. Wersja papierowa „Pielęgniarstwa Polskiego” jest wersją pierwotną.

ZGŁOSZENIA PRAC

Prace należy przesyłać na adres redakcji drogą elektroniczną, jako załącznik do wiadomości e-mail na adres: pielęgniarstwo-polskie@ump.edu.pl. Redakcja nie wymaga przysyłania wersji papierowej manuskryptu.

Nadesłane prace powinny zawierać:

- manuskrypt,
- tabele,
- ryciny,
- oświadczenie autorów.

MANUSKRYPT

Tekst powinien być napisany 12-punktową czcionką Times New Roman, z odstępem między wierszami 1,5 (półtora odstępu), 2,5 cm marginesem z każdej strony, bez adiustacji, tj. bez twardych spacji, znaków końca linii (tzw. miękkich enterów) oraz powinien być wyjustowany (wyrównany do lewego i prawego marginesu). Plik należy zapisać w formacie: DOC lub DOCX. Kolejne strony należy ponumerować, zaczynając od strony tytułowej. Należy pisać wyłącznie zwykłą czcionką (tytuły wytłuszczone), bez wyróżnień dużymi literami, bez rozstrzelania, podkreśleń linią ciągłą itp.

Pierwsza strona pracy powinna zawierać:

- tytuł pracy w języku polskim i angielskim,
- imiona i nazwiska autorów bez tytułów i stopni naukowych,
- afiliację autorów – nazwy instytucji, w których praca powstała z nazwą miasta i kraju,
- nazwisko kierownika jednostki,
- pełny adres, numer telefonu oraz adres e-mail autora, do którego będzie kierowana cała korespondencja.

W dalszej kolejności, od drugiej strony począwszy, powinno znajdować się streszczenie w języku polskim i angielskim przedstawiające istotną treść publikacji, a poniżej polskie i angielskie hasła indeksowe wg wymogów międzynarodowych indeksów lekarskich (MeSH).

STRESZCZENIE

Streszczenia w języku polskim i angielskim powinny mieć charakter strukturalny – zawierać cel, materiał i metody badań, wyniki oraz podsumowanie i nie powinny przekraczać objętością 200 słów.

Słowa kluczowe – nie więcej niż pięć, w języku polskim i angielskim.

PRACA ORYGINALNA

Artykuł oryginalny przedstawia wyniki oryginalnych badań przeprowadzonych w dziedzinie pielęgniarstwa oraz szeroko pojętej medycyny. Artykuł powinien być podzielony na: „Streszczenie”, „Wprowadzenie”, „Materiał i metody”, „Wyniki” i „Dyskusję”. Tekst nie powinien przekraczać 6000 słów, tj. ok. 12–15 stron (łącznie ze „Streszczeniem” i „Piśmiennictwem”).

GUIDANCE FOR CONTRIBUTORS

“Pielęgniarstwo Polskie” prints reviewed original research, opinion articles, case studies, conference reports, book reviews and studies in history of nursery in both Polish and English. “Pielęgniarstwo Polskie” is a quarterly published in the open-access as well. A hard copy of “Pielęgniarstwo Polskie” is original.

PAPERS SUBMISSION

Papers should be submitted to the Editor’s Office by e-mail as an attachment to the following address: pielęgniarswopolskie@ump.edu.pl. Hard copies are not required.

Submitted papers should include:

- manuscript,
- tables,
- figures,
- author’s (authors’) statement(s).

MANUSCRIPT

The text should be written with 12 spot font Times New Roman, with the space between the lines 1.5 (one and a half space), 2.5 cm margin from every side, without editing, i.e. without hard spaces, end of the line signs (so-called soft enters) and should be justified (balanced to the left and right-hand margins). The file should be saved in the format: DOC or DOCX. Pages should be numbered, starting with the title page. One should write with an ordinary font exclusively (greased titles), without upper case distinctions or underlining with the solid line, etc.

The first page of a paper should include:

- paper title in Polish and in English,
- author’s (authors’) first name(s) and surname(s) without academic titles or degrees,
- author’s (authors’) affiliation – names of institutions where the paper was written along with the name of the city and country,
- head of the research unit’s name,
- full address, phone number and e-mail address for correspondence.

The following pages should include the summary in both Polish and English with the essential contents of the paper and below Polish and English Medical Subject Headings (MeSH).

ABSTRACT

Structured abstracts of up to 200 words in Polish and in English should include study objectives, material, methods, results and summary.

Keywords – up to 5 words, in Polish and in English.

ORIGINAL RESEARCH

Original research presents results of original investigations conducted in the field of nursery and medicine in general. The paper should be divided into: “Abstract”, “Introduction”, “Material and methods”, “Results” and “Discussion”. The text should not exceed 6000 words, i.e. about 12–15 pages (including “Abstract” and “References”).

PRACA POGLĄDOWA

Manuskrypty w tej kategorii dotyczą ważnych, fundamentalnych odkryć w dziedzinach będących w zakresie pielęgniarstwa oraz szeroko pojętej medycyny. W pracach poglądowych zalecany jest podział na rozdziały. Artykuł poglądowy nie może przekraczać 8000 słów, tj. ok. 15–20 stron (łącznie ze „Streszczeniem” i „Piśmiennictwem”).

PRACA KAZUISTYCZNA

Praca kazuistyczna opisuje jeden lub więcej interesujących rzadkich przypadków lub stanów klinicznych. Praca powinna mieć następujący układ: „Streszczenie”, „Wprowadzenie”, „Opis przypadku” i „Dyskusja”. Streszczenie (limit słów 250) powinno zawierać „Założenia”, „Prezentację przypadku” i „Wyniki”. Objętość słów nie może przekraczać 2500, tj. ok. 3–4 stron (łącznie ze „Streszczeniem” i „Piśmiennictwem”).

KRÓTKIE DONIESIENIA

Prace w tej kategorii powinny dotyczyć wstępnych wyników badań przeprowadzonych na małej grupie i/lub przy użyciu nowej metodologii. Struktura pracy powinna być podobna do artykułu oryginalnego, a objętość słów nie przekraczać 2500 (łącznie ze „Streszczeniem” i „Piśmiennictwem”).

DONIESIENIA ZJAZDOWE

Podsumowania zjazdów i warsztatów z uwzględnieniem tematyki czasopisma. Artykuły w tej kategorii nie powinny przekraczać 1000–1500 słów (2 strony).

PIŚMIENNICTWO

Piśmiennictwo powinno być napisane na oddzielnej stronie – w systemie Vancouver. Cytowania powinny być numerowane w kolejności ich występowania w tekście i powinny być oznaczone cyframi arabskimi w nawiasach kwadratowych.

W przypadku cytatu z czasopisma należy podać: nazwiska autorów i pierwsze litery imion, następnie: tytuł artykułu, tytuł czasopisma z zastosowaniem obowiązujących skrótów (wg bazy danych MedLine (zawsze zakończone kropką), rok publikacji, tom, rocznik, numer wydania, numer strony pierwszej i ostatniej:

1. Kowalski J, Nowak J. Nozologiczne aspekty bólów głowy. *J Med.* 2007; 1: 12–27.

W przypadku cytatu z książki należy podać: nazwiska autorów i pierwsze litery imion, następnie: tytuł książki, nazwę i siedzibę wydawnictwa, rok wydania, numer strony pierwszej i ostatniej:

2. Pawlak P. *Życie i umieranie*. Warszawa: PWN; 2007. 12–32.

W przypadku cytowania rozdziału pochodzącego z książki należy podać: nazwisko/nazwiska i pierwsze litery imion autora/autorów tegoż rozdziału, tytuł rozdziału cytowanej książki, nazwisko i imię autora (redaktora) książki, tytuł książki, siedzibę i nazwę wydawnictwa, rok wydania, numer pierwszej i ostatniej strony cytowanego rozdziału:

3. Pawlak P. *Życie i umieranie*. W: Malinowski A (red.). *Gerontologia*. Warszawa: PWN; 2007. 12–32.

W przypadku cytatu z materiału elektronicznego (Internetu) należy podać: nazwiska autorów i pierwsze litery imion, następnie: tytuł artykułu, pełny adres strony internetowej oraz datę dostępu (datę wejścia).

OPINION ARTICLES

Opinion articles concern fundamental findings in the field of nursing and medicine in general. The papers should be divided into chapters. The text should not exceed 8000 words, i.e. about 15–20 pages (including “Abstract” and “References”).

CASE STUDIES

Case study presents one or more interesting rare cases or clinical conditions. The paper should be divided into: “Summary”, “Introduction”, “Case Description and Discussion”. The Summary (up to 250 words) should include “Assumptions, Case Presentation and Results”. The text should not exceed 2500 words, i.e. about 3–4 pages (including “Abstract” and “References”).

SHORT REPORTS

Short reports should concern initial research results conducted in a small group and/or by means of new methodology. The paper structure should be similar to original research and the text should not exceed 2500 words (including “Abstract” and “References”).

CONFERENCE REPORTS

Conference and workshop reports should include the topic and references. The text should not exceed 1000–1500 words (2 pages).

REFERENCES

References should be presented on a separate sheet of paper using Vancouver system. Quotations should be numbered according to their appearance in the text and should be marked using Arabic numerals in square brackets.

The sequence for a journal article should be as follows: author’s (authors’) name(s), title of paper, journal name abbreviated as in MedLine database (always ended up with a dot), year of publication, volume number, first and last number of pages, for example:

1. Kowalski J, Nowak J. Nozologiczne aspekty bólów głowy. *J Med.* 2007; 1: 12–27.

The sequence for the book should be as follows: author’s (authors’) name(s), book title, edition and place of publication, year of publication, first and last pages, for example:

2. Pawlak P. *Życie i umieranie*. Warszawa: PWN; 2007. 12–32.

The sequence for the book chapters should be as follows: chapter author(s), chapter title, book author(s), book title, edition and place of publication, year of publication, chapter first and last pages, for example:

3. Pawlak P. *Życie i umieranie*. W: Malinowski A (red.). *Gerontologia*. Warszawa: PWN; 2007. 12–32.

The sequence for the Internet should be as follows: author’s (authors’) name(s), title of paper, full address of the website, access date.

TABELE

Tytuły w języku polskim i angielskim powinny być umieszczone nad tabelami. Tabele powinny być oznaczone numerami arabskimi. Szerokość tabeli nie powinna przekraczać 8 cm lub 16 cm. Wnętrze tabeli również, oprócz wersji polskiej, powinno zawierać wersję angielską.

RYCINY

Podpisy pod rycinami powinny być w języku polskim i angielskim z użyciem numeracji arabskiej. Wnętrze rycin, oprócz wersji polskiej, powinno zawierać wersję angielską.

OŚWIADCZENIA AUTORÓW

Do każdej pracy należy dołączyć oświadczenie autorów, iż praca nie była drukowana wcześniej w innym czasopiśmie oraz zgodę kierownika jednostki na publikację.

Aby przeciwdziałać przypadkom *ghostwriting* oraz *ghost authorship* redakcja prosi autorów nadsyłanych prac o podanie informacji, jaki jest ich wkład w przygotowanie pracy. Informacja powinna mieć charakter jakościowy, tzn. autorzy zobowiązani są podać, czy ich wkład w powstanie publikacji polega na opracowaniu koncepcji, założeniach, metod, protokołu itp. Autorzy są także proszeni o podanie źródeł finansowania badań, których wyniki są prezentowane w nadsyłanej pracy. Załączone do pracy oświadczenia powinny być podpisane przez poszczególnych autorów zgłaszanej pracy.

SKRÓTY

Skróty należy objaśniać przy pierwszym wystąpieniu, umieszczając je w nawiasie po pełnym tekście. Należy sprawdzić poprawność użytych skrótów w tekście. W tytule i streszczeniu zaleca się unikania skrótów. W tabelach i rycinach użyte skróty powinny być wyjaśnione w podpisach znajdujących się poniżej.

PROCEDURA RECENZOWANIA

Wszystkie artykuły podlegają wstępnej ocenie Redaktora Naczelnego lub jednego z członków Rady Naukowej, którzy mogą odrzucić pracę lub przesać ją do recenzji zewnętrznej. Podwójnie anonimowy system recenzji przez przynajmniej dwóch ekspertów w danej dziedzinie jest stosowany dla artykułów zaakceptowanych do dalszej oceny. Po otrzymaniu recenzji Redaktor Naczelny podejmuje decyzję o akceptacji artykułu do druku, akceptacji po drobnej poprawie, akceptacji po zasadniczej poprawie lub odrzuceniu. Autorzy otrzymują uwagi do manuskryptu niezależnie od decyzji. W przypadku akceptacji pracy wymagającej poprawy autorzy zobowiązują się ustosunkować do recenzji w ciągu 30 dni.

Redakcja zastrzega sobie prawo do dokonywania zmian dotyczących stylistyki, mianownictwa i skrótów oraz poprawek wersji w języku angielskim – bez uzgodnienia z autorem.

PRAWA AUTORSKIE

W przypadku akceptacji artykułów do druku wydawca nabywa do nich prawa autorskie, a wszelkie reprodukcje wersji elektronicznej lub papierowej nie mogą być dokonywane bez zgody wydawcy.

TABLES

Table titles in both Polish and English should be placed above tables. All tables should be numbered using Arabic numerals. Table width should not exceed 8 cm or 16 cm. The contents of the table should be in Polish and in English.

FIGURES

Figures should be provided with Polish and English captions and numbered using Arabic numerals. The contents of the figures should be in Polish and in English.

AUTHORS' STATEMENTS

Each manuscript should be accompanied by authors' statements that the paper has never before been published in any other journal and a publishing agreement by the head of the research unit.

To counteract the occurrence of ghostwriting or ghost authorship phenomena the Editorial Board asks all listed authors of submitted papers to provide information on their contribution in manuscript preparation. The information has to be qualitative in character, i.e. the authors should state whether their work included preparation of conceptual framework, assumptions, methods, protocol, etc. Authors are also asked to state sources of funding for research, the results of which are presented in the submitted paper. In addition, each author must complete and submit a statement which should be attached to the manuscript.

ABBREVIATIONS

Abbreviations must be defined in full along with their first appearance in the text. Their correctness should be checked. Avoiding abbreviations in titles and abstracts is recommended. Abbreviations used in tables and figures should be defined in captions below.

REVIEWING PROCEDURE

All submitted papers are initially evaluated by the Main Editor or a member of the Academic Council. Manuscripts may be turned down or reviewed further by two reviewers who do not know authors' names or the name of authors' institutions. The reviewers decide whether the manuscript should be published and suggest corrections that must be made prior to publication. Authors are then required to express their opinion on recommended corrections in writing within 30 days.

The Editor reserves the right to make any adjustments of style, terminology and abbreviations as well as corrections of the English version without asking for the author's consent.

COPYRIGHTS

In case manuscripts are to be published, the Editor acquires the copyrights and no electronic or hard copy can be made without the Editor's consent.

